

16.10.97**G****Verordnung**
der Bundesregierung

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

Mit der Verordnung wird der Übergangszeitraum nach Einführung des neuen Entgeltsystems im Krankenhausbereich um zwei Jahre verlängert. Die Verordnung wird verschlankt und entsprechend die Selbstverwaltung gestärkt. Die Nutzung vorhandener Kapazitäten für die Versorgung ausländischer Patienten wird erleichtert, Abrechnungsprobleme werden bereinigt.

B. Lösung

Die Zielsetzungen sollen insbesondere durch folgende Maßnahmen erreicht werden:

1. Verlängerung des sog. Erlösabzugsverfahrens für Fallpauschalen und Sonderentgelte bis zum Jahr 1999 und damit Verschiebung der endgültigen Trennung dieser Entgelte vom Budgetbereich auf das Jahr 2000,
2. Übertragung von Abrechnungsbestimmungen für Fallpauschalen und Sonderentgelte auf die Selbstverwaltung, die künftig die Entgeltkataloge weiterentwickelt,
3. Herausnahme der Erlöse aus der Behandlung ausländischer Patienten, die zur Krankenhausbehandlung in die Bundesrepublik Deutschland einreisen, aus dem mit den Kostenträgern zu verhandelnden Krankenhausbudget,
4. Bereinigung von Abrechnungsproblemen bei Fallpauschalen und Sonderentgelten, die in der Praxis aufgetreten sind,
5. Sicherstellung der Finanzierung von Qualitätssicherungsmaßnahmen,
6. Klarstellungen zu einigen Rechtsvorschriften.

C. Alternativen

Keine

D. Kosten der öffentlichen Haushalte

Keine

E. Sonstige Kosten

Die Verordnung hat keine meßbaren Auswirkungen auf die Entgelte für Krankenhausleistungen insgesamt und die Beitragssätze der gesetzlichen Krankenkassen. Sie hat somit auch keine Auswirkungen auf Einzelpreise, das allgemeine Preisniveau und insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau.

16.10.97

G

Verordnung
der Bundesregierung

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

Bundesrepublik Deutschland
Der Bundeskanzler
031 (312) - 240 00 Pf 32/97

Bonn, den 16. Oktober 1997

An den
Präsidenten des Bundesrates

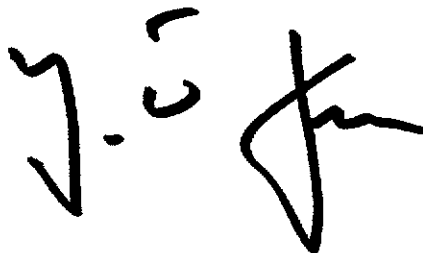
Hiermit übersende ich die von der Bundesregierung beschlossene

Fünfte Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatz-
verordnung

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.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'J. S. J.' followed by a stylized flourish.

Fünfte Verordnung zur Änderung der Bundespfllegesatzverordnung

Vom 1997

Auf Grund des § 16 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), der zuletzt durch Artikel 8 Nr. 3 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) geändert worden ist, verordnet die Bundesregierung:

Artikel 1 Änderung der Bundespfllegesatzverordnung

Die Bundespfllegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), zuletzt geändert durch Artikel 11 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520), wird wie folgt geändert:

1. Dem § 3 wird folgender Absatz angefügt:

„(4) Auf Verlangen des Krankenhauses werden Leistungen für ausländische Patienten, die mit dem Ziel einer Krankenhausbehandlung in die Bundesrepublik Deutschland einreisen, nicht durch das Budget vergütet. § 14 Abs. 1 Satz 1 bleibt unberührt.“
2. In § 5 Abs. 1 Satz 3 wird die Angabe „1995“ ersetzt durch die Angabe „1998“.
3. § 6 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Vertragsparteien auf Bundesebene können vereinbaren, daß eine Fehlschätzung der Veränderungsrate für ein vorausgegangenes Kalenderjahr ganz oder teilweise bei der Vereinbarung der Veränderungsrate berücksichtigt wird.“
 - bb) Im bisherigen Satz 3 wird der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„dabei ist eine nach Satz 3 vereinbarte Berücksichtigung einer Fehlschätzung einzubeziehen.“
 - b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 3 werden die Wörter „die nach Absatz 1 vereinbarte Veränderungsrate“ ersetzt durch die Wörter „die Veränderungsrate nach Absatz 1“.
 - bb) In Satz 6 werden nach dem Wort „Verordnung“ die Wörter „sowie Veränderungen in Folge des Erlösabzugs oder der Kostenausgliederung für Fallpauschalen und Sonderentgelte“ eingefügt.

4. § 7 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 2 Nummer 4 Buchstabe a wird die Angabe „A, E, M, O und Q“ durch die Angabe „A, E, M und O“ ersetzt.
- b) Folgender Satz wird angefügt:
„Übt das Krankenhaus sein Wahlrecht nach § 3 Abs. 4 aus, sind abweichend von Satz 2 Nr. 4 bis 7 die entsprechenden Kosten des einzelnen Krankenhauses bereits vor Erstellung der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung auszugliedern (Nettoprinzip); anstelle der Kostenausgliederung können die Vertragsparteien einen einmaligen Erlösabzug vereinbaren.“

5. § 10 Abs. 2 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Falls bei einem Neugeborenen eine Fallpauschale nicht berechnet werden kann, werden die allgemeinen Krankenhausleistungen mit den für die Versorgung der Mutter berechneten Pflegesätzen abgegolten; dies gilt nicht für Abteilungen oder besondere Einrichtungen, in die das Neugeborene verlegt wird (krankes Neugeborenes), insbesondere pädiatrische Abteilungen und neonatologische Intensivseinrichtungen.“

6. § 11 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Mit den Fallpauschalen werden die allgemeinen Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet, für den ein Entgelt in den Entgeltkatalogen nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 oder § 16 Abs. 2 bestimmt ist.“

b) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Mit den Sonderentgelten wird ein Teil der allgemeinen Krankenhausleistungen für einen in den Entgeltkatalogen nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 oder § 16 Abs. 2 bestimmten Leistungskomplex eines Behandlungsfalles vergütet.“

c) In Absatz 4 wird das Wort „kann“ durch das Wort „ist“ ersetzt; die Wörter „vereinbart werden“ werden durch die Wörter „zu vereinbaren“ ersetzt.

d) Absatz 8 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 erster Halbsatz wird wie folgt gefaßt:

„Weichen bei Fallpauschalen und Sonderentgelten, bei denen das Erlösabzugsverfahren nach § 12 Abs. 2 angewendet wird oder in den Jahren 1998 und 1999 die Kosten ausgliedert werden, die auf einen Pflegesatzzeitraum entfallenden Erlöse von den vorauskalkulierten Erlösen nach § 12 Abs. 2 Satz 1 oder Satz 4 ab,“

bb) Satz 3 wird aufgehoben.

cc) Im bisherigen Satz 9 werden die Wörter „sollen für die Jahre 1996 und 1997 von Satz 1“ durch die Wörter „können von Satz 1 und 2“ ersetzt.

dd) Folgender Satz wird angefügt:

„Übt das Krankenhaus sein Wahlrecht nach § 3 Abs. 4 aus, gelten die Sätze 1 bis 8 nicht für Entgelte, die gegenüber diesen Patienten oder ihren Versicherungen abgerechnet worden sind.“

7. § 12 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „1997“ durch die Angabe „1999“ ersetzt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Vereinbaren die Vertragsparteien nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 oder § 16 Abs. 2 neue Fallpauschalen und Sonderentgelte für einen Pflegesatzzeitraum nach dem 31. Dezember 1999, können sie auch vereinbaren, daß für diese Entgelte in den ersten zwei Kalenderjahren ihrer Anwendung der Erlösabzug nach Satz 1 angewendet werden kann; für die Kalenderjahre 1998 und 1999 gelten die Sätze 1 bis 4.“

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „1998 auszugliedern“ ersetzt durch die Wörter „auszugliedern, das auf den letztmaligen Erlösabzug für die jeweiligen Entgelte nach § 12 Abs. 2 Satz 1 oder 5 folgt.“

bb) Satz 3 wird aufgehoben.

c) In Absatz 4 Satz 1 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„Erlöse nach § 3 Abs. 4 sowie Zu- und Abschläge nach § 21 Abs. 2 Satz 1 erster Halbsatz bleiben außer Betracht.“

d) Absatz 5 wird wie folgt gefaßt:

„Ab dem Jahr 2000 wird der Budgetausgleich nach Absatz 4 für alle Abteilungen, die Fallpauschalen abrechnen, nicht durchgeführt, soweit der Entwicklung der Fallzahlen dieser Abteilungen insgesamt eine gegenläufige Entwicklung der Zahl der abgerechneten Fallpauschalen gegenübersteht und der Ausgleich nach Absatz 4 zu einer Doppelfinanzierung oder Nichtfinanzierung von Fixkosten führen würde. Maßgebend für die Entwicklung im Fallpauschalenbereich sind die nach § 12 Abs. 3 endgültig ausgegliederten Fallpauschalen. Die Vertragsparteien vereinbaren im voraus, bei welchen Entwicklungen eine Nicht- oder Doppelfinanzierung von Fixkosten anzunehmen ist sowie Näheres zur Ermittlung der Fallzahlen und zur Ermittlung der im Budgetbereich nicht auszugleichenden Mehr- oder Mindererlöse. Sie können anstelle einer Nichtanwendung nach Satz 1 auch eine entsprechende Berichtigung des Ausgleichs nach Absatz 4 vereinbaren. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung geben hierzu gemeinsam eine Empfehlung ab.“

8. § 13 Abs. 2 Satz 3 wird wie folgt geändert:

- a) Im ersten Halbsatz werden nach dem Wort „AIDS-Patienten,“ die Wörter „mucoviszidosekranke Patienten,“ eingefügt.
- b) Im zweiten Halbsatz werden die Wörter „in Anlage 1“ ersetzt durch die Wörter „in den Entgeltkatalogen nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 oder § 16 Abs. 2“.

9. § 14 wird wie folgt geändert:

- a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Für die Höhe einer Fallpauschale oder eines Sonderentgelts ist der Tag der Aufnahme in das Krankenhaus maßgeblich.“

- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- aa) Satz 3 wird wie folgt gefaßt:

„Bei Berechnung eines Sonderentgelts wird der Abteilungspflegesatz um 20 vom Hundert ermäßigt, höchstens jedoch für 12 Berechnungstage; dies gilt nicht bei tagesgleichen Pflegesätzen für Intensivmedizin, neonatologische Intensivbehandlung und Psychiatrie.“

- bb) In Satz 4 wird der zweite Halbsatz wie folgt gefaßt:

„wenn die Behandlung des Nierenversagens nicht die Hauptleistung ist.“

- cc) In Satz 5 werden die Wörter „nach Anlage 1.1 Spalte 8 oder 1.2 Spalte 11“ durch die Wörter „nach Absatz 7 Satz 1“ ersetzt.

- c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- aa) Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Sonderentgelte werden für die Leistungskomplexe berechnet, die in den Sonderentgelt-Katalogen nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 und § 16 Abs. 2 bestimmt sind.“

- bb) Satz 3 wird gestrichen.

- d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- aa) Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Fallpauschalen werden für die Behandlungsfälle berechnet, die in den Fallpauschalen-Katalogen nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 und § 16 Abs. 2 bestimmt sind.“

- bb) Satz 2 wird aufgehoben.

- e) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 2 werden nach dem Wort „Zusammenarbeit“ die Wörter „nach Absatz 11“ eingefügt.
 - bb) Satz 3 wird gestrichen.
- f) Absatz 6 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 1 Nr. 1 wird wie folgt gefaßt:
 - „1. ein Sonderentgelt in den Fällen, in denen dies in den Entgeltkatalogen nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 und § 16 Abs. 2 zugelassen ist, sowie bei der Behandlung von Blutern (§ 11 Abs. 2 Satz 3),“
 - bb) Folgender Satz 2 wird angefügt:
 - „Zusätzlich zu einem Sonderentgelt darf berechnet werden:
 - 1. ein weiteres Sonderentgelt in den Fällen, in denen dies in den Entgeltkatalogen nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 und § 16 Abs. 2 zugelassen ist, sowie bei der Behandlung von Blutern (§ 11 Abs. 2 Satz 3),
 - 2. Zu- und Abschläge nach Satz 1 Nr. 3 und 4.“
- g) In Absatz 7 werden die Sätze 1 und 2 wie folgt gefaßt:

„Wird eine Fallpauschale nach Absatz 4 berechnet und übersteigt die Verweildauer des Patienten eine in den Entgeltkatalogen nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 und § 16 Abs. 2 bestimmte Grenz-Verweildauer, werden ab dem ausgewiesenen Tag die Pflegesätze nach Absatz 2 berechnet. Für Fallpauschalen, bei denen eine zusätzliche Grenz-Verweildauer insbesondere für die Intensivmedizin ausgewiesen ist, können in den Entgeltkatalogen abweichende Regelungen festgelegt werden.“
- h) Nach Absatz 10 wird folgender Absatz angefügt:

„(11) Werden die mit einer Fallpauschale vergüteten Leistungen von mehreren Krankenhäusern im Rahmen einer auf Dauer angelegten Zusammenarbeit erbracht und der Patient verlegt, wird die Fallpauschale von dem Krankenhaus berechnet, das die für die Fallpauschale maßgebende Behandlung erbracht hat; der Abschluß eines Vertrages ist nicht erforderlich. Die Grenz-Verweildauer nach Absatz 7 gilt entsprechend für die Gesamtverweildauer des Patienten in beiden Krankenhäusern. Die Krankenhäuser vereinbaren eine Aufteilung der Fallpauschale untereinander. Kommt eine Einigung der beteiligten Krankenhäuser über die Aufteilung der Fallpauschale nicht zustande, hat das abrechnende Krankenhaus an das weiterbehandelnde Krankenhaus den Betrag nach Absatz 5 Satz 4 und 5 für die Anzahl von Tagen abzugeben, die sich vom Verlegungstag bis zum aufgerundeten Mittelwert aus Grenz-Verweildauer (Absatz 7) und der Verweildauer, die der Fallpauschale zugrundegelegt wurde, ergibt.“

- i) Die bisherigen Absätze 1 und 2 des § 15 werden als Absatz 12 angefügt; in Satz 1 wird vor dem Wort „Patienten“ das Wort „selbstzahlenden“ eingefügt, der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:
„gesetzlich versicherte Patienten können dies verlangen.“

10. Die bisherige Überschrift „Vierter Abschnitt Pflegesatzverfahren“ wird nach § 14 eingefügt.

11. § 15 wird wie folgt gefaßt:

„§ 15 Vereinbarung auf Bundesebene

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (Vertragsparteien auf Bundesebene)

1. mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 17 die bundesweit geltenden Entgeltkataloge für Fallpauschalen und Sonderentgelte nach § 17 Abs. 2 a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und deren Weiterentwicklung einschließlich der Abrechnungsbestimmungen, und
2. die für die Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität maßgebliche Veränderungsrate nach § 6 Abs. 1.

Sie können nach § 11 Abs. 8 Satz 2 die Vomhundertsätze für den Mehrerlösausgleich bei Fallpauschalen und Sonderentgelten vereinbaren.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren den einheitlichen Aufbau der Datensätze und die Grundsätze für die Übermittlung

1. der Diagnose- und der Operationsstatistik nach § 17 Abs. 4 Satz 5 und
2. der weiteren Teile der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung.

Für die Verbindlichkeit der Vereinbarungen gilt § 17 Abs. 2 a Satz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes entsprechend.

(3) Bei der Vereinbarung der Entgeltkataloge bestimmen die Vertragsparteien nach Absatz 1 die mit Fallpauschalen und Sonderentgelten zu vergütenden Leistungen sowie bundeseinheitliche Bewertungsrelationen. Die Fallpauschalen sind für einen Behandlungsfall nach der Art der zu erbringenden Leistungen oder nach Diagnosen, die Sonderentgelte sind nach der Abgrenzung des § 11 Abs. 2 zu bestimmen. Die Entgelte sind an die Entwicklung der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie der Kosten anzupassen. Soweit zur Leistungsabgrenzung Diagnose- oder Operationenschlüssel verwendet werden, sind die in § 301 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestimmten Klassifikationen in der jeweils vom Bundesministerium für Gesundheit in Kraft gesetzten Fassung zu verwenden. Die Vertragsparteien geben die Entgeltkataloge oder deren Änderungen einschließlich der Abrechnungsbestimmungen in geeigneter Form kostenfrei und kostenlos bekannt.“

12. § 16 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „in den Anlagen 1 und 2“ ersetzt durch die Wörter „in den Entgeltkatalogen nach § 15 Abs. 1 Nr. 1“.
- b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Die Vereinbarung nach Absatz 1 ist bis zum 15. Oktober, die Vereinbarungen nach den Absätzen 2 und 3 sind bis zum 31. August jeden Jahres zu schließen.“
 - bb) In Satz 4 wird nach dem Wort „Schiedsstelle“ die Angabe „nach § 18 a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ eingefügt.
- c) In Absatz 6 Satz 2 wird nach dem Wort „Schiedsstelle“ die Angabe „nach § 18 a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ eingefügt.

13. § 17 Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 2 werden die Wörter „für die Kalenderjahre 1995 bis 1998“ gestrichen; der Punkt wird durch einen Strichpunkt ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„ab dem Kalenderjahr 2001 wird die Aufstellung einschließlich ihres Anhangs 3 nur noch für das Budget nach § 12 und das Erlösabzugs- und Kostenausgliederungsverfahren nach § 12 Abs. 2 und 3 erstellt.“
- b) In Satz 4 Nr. 2 wird das Wort „fünfstelligen“ gestrichen.
- c) In Satz 5 werden der erste Strichpunkt durch einen Punkt ersetzt und die folgenden zwei Satzteile gestrichen.
- d) In Satz 8 werden die Wörter „für das Kalenderjahr 1998 ist der Abschnitt K 8 zum 31. August“ ersetzt durch die Wörter „sind die Abschnitte V2, V3 und K8 zum 31. Mai des Vorjahres“.
- e) Folgender Satz wird angefügt:

„Übt das Krankenhaus sein Wahlrecht nach § 3 Abs. 4 aus, werden die Kosten und Leistungen für diese Patienten nicht in der allgemeinen Leistungs- und Kalkulationsaufstellung, sondern nach deren Anhang 3 ausgewiesen.“

14. § 18 Abs. 1 Satz 2 wird aufgehoben.

15. § 19 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 wird nach dem Wort „Schiedsstelle“ die Angabe „nach § 18 a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ eingefügt.

b) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Die Schiedsstelle entscheidet nicht über die Anwendung folgender Vorschriften: § 3 Abs. 2 Satz 4, § 8 Abs. 2, § 9 Abs. 1 Satz 2, § 11 Abs. 8 Satz 4, § 12 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 4 Satz 2 und 3 und Abs. 5 Satz 4 und Abs. 7 Satz 3, § 16 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3 Satz 1, § 17 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 3 und Abs. 7, § 26 Abs. 1 Satz 1 und 2 und Abs. 2 Satz 1 und Abs. 4 Satz 1.“

16. In § 21 Abs. 2 Satz 1 wird der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„wird der Ausgleichsbetrag durch die Erlöse aus Zu- und Abschlägen im restlichen Pflegezeitraum über- oder unterschritten, wird der abweichende Betrag über das nächste Budget ausgeglichen.“

17. In § 23 Abs. 2 Satz 2 werden nach dem Wort „Sonderentgelte“ die Angaben „nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 und § 16 Abs. 2“ eingefügt sowie die Angabe „(Anlage 1.2 und 2.2)“ gestrichen.

18. § 26 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „die Vereinbarung der Fallpauschalen und Sonderentgelte nach § 11 Abs. 1 und Abs. 2“ ersetzt durch die Wörter „die Entgeltkataloge nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 und § 16 Abs. 2“.

b) In Absatz 3 werden die Wörter „Anlagen 1 und 2 bestimmt oder nach § 16 Abs. 2 vereinbart“ ersetzt durch die Wörter „Entgeltkatalogen nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 oder § 16 Abs. 2 bestimmt“.

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 werden die Wörter „Anlagen 1 und 2 bestimmt oder auf Landesebene nach § 16 Abs. 2 vereinbart“ ersetzt durch die Wörter „Entgeltkatalogen nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 oder § 16 Abs. 2 bestimmt“.

bb) In Satz 4 werden die Wörter „Anlage 2 bestimmt oder auf Landesebene nach § 16 Abs. 2 vereinbart“ ersetzt durch die Wörter „den Entgeltkatalogen nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 oder § 16 Abs. 2 bestimmt“.

d) Folgender Absatz wird angefügt:

„(5) Die Vertragsparteien können mit Zustimmung der jeweils betroffenen Vertragsparteien nach § 15 Abs. 1 oder § 16 im Rahmen von Modellvorhaben von den Entgeltkatalogen abweichen mit dem Ziel, einzelne Entgelte aus den Katalogen weiterzuentwickeln.“

19. § 28 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Soweit ein Anspruch nach § 28 Abs. 5, 6 und 10 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 1997 geltenden Fassung noch nicht in Budgetvereinbarungen einbezogen worden ist, ist er in ein Budget für einen nachfolgenden Pflegesatzzeitraum einzurechnen. Der Ermittlung des Verrechnungsbetrags nach § 3 des Gesetzes zur Stabilisierung der Krankenhausaussgaben 1996 vom 29. April 1996 (BGBl. I S. 654) ist im Beitrittsgebiet zusätzlich zu dem Erhöhungssatz von 1,106 vom Hundert für die tarifvertraglich vereinbarte Einmalzahlung die für das Beitrittsgebiet insgesamt geltende Angleichung der Höhe der Vergütung nach dem Bundes-Angestelltentarifvertrag an die im übrigen Bundesgebiet geltende Höhe zugrunde zu legen, soweit diese in 1996 wirksam geworden ist.“

b) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Für Krankenhäuser, die auf Grund des Absatzes 3 in der bis zum 31. Dezember 1997 geltenden Fassung für das Jahr 1997 über die Entgeltkataloge nach § 15 Abs. 1 und § 16 Abs. 2 und über die Modellvorhaben nach § 26 hinaus Fallpauschalen und Sonderentgelte vereinbart haben, können diese Entgelte auch für das Jahr 1998 vereinbart werden.“

c) Der bisherige Absatz 13 wird Absatz 3; folgender Satz wird angefügt:

„Bei der Vereinbarung des Budgets nach § 12 ist die pauschale Kürzung nach § 17 a Abs. 3 Satz 1 zweiter Halbsatz des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die Jahre 1997 bis 1999 gleichbleibend in Höhe von 1 vom Hundert durchzuführen; dabei ist von dem Budgetbetrag auszugehen, der ohne die im Vorjahr abgezogene pauschale Kürzung in Höhe von 1 vom Hundert zu vereinbaren wäre.“

d) Die Absätze 4 bis 6 und 8 bis 12 werden gestrichen.

20. Anlage 1 zu § 11 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) Auf Seite 1 des Fallpauschalen-Kataloges wird das Wort „Fallpauschalen-Katalog“ durch die folgenden Wörter ersetzt:

**„Bundesweiter Fallpauschalen-Katalog
für Krankenhäuser**

(nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 in Verbindung mit § 14 Abs. 4
der Bundespflegesatzverordnung)

Abrechnungs-Bestimmungen

1. Fallpauschalen werden für die im Entgeltkatalog bestimmten Behandlungsfälle berechnet, wenn diese die Hauptleistung des Krankenhauses für den Patienten sind und der Patient am Tag der Aufnahme das 14. Lebensjahr vollendet hat. Eine Berechnung bei jüngeren Patienten ist nur in den in Spalte 2 bezeichneten Ausnahmen möglich.

2. Maßgeblich für die Zuordnung eines Patienten zu einer Fallpauschale und damit für deren Abrechenbarkeit ist die im Entgeltkatalog ausgewiesene Leistung in Verbindung mit der genannten Hauptdiagnose für den Krankenhausaufenthalt oder einer entsprechenden Diagnose. Dabei gilt folgende Rangfolge der Definitionen:
 - a) der Operationenschlüssel nach dem OPS-301 (Spalte 4);
 - b) der Diagnoseschlüssel nach der ICD (Spalte 3); dieser grenzt die Fallpauschalen ergänzend zu Spalte 4 näher ab; die Fallpauschale ist auch bei „entsprechenden“ Diagnosen abzurechnen, wenn die erbrachte Leistung nach Art und Aufwand der Leistung entspricht, die der Fallpauschalendefinition zugrunde liegt;
 - c) die Textdefinition (Spalte 2); sie ist maßgeblich, soweit eine nähere Definition der Fallpauschalen mit den Schlüsseln nach Spalte 4 und 3 nicht dargestellt werden kann und somit nur aus der Textfassung hervorgeht.
 3. Bei den Fallpauschalen, für die in Spalte 9 eine zusätzliche Grenz-Verweildauer für die Intensivmedizin ausgewiesen ist, werden entsprechend der Basispflegesatz und der Abteilungspflegesatz für die Intensivmedizin berechnet, soweit auch die Grenz-Verweildauer der Fallpauschale überschritten wird. Soweit die Grenz-Verweildauer der Fallpauschale nicht überschritten wird, wird der Basispflegesatz nicht, der Abteilungspflegesatz für die Intensivmedizin in Höhe von 50 vom Hundert berechnet.
 4. Arbeitet bei einer „Zusammenarbeit“ nach § 14 Abs. 11 BPfIV eine hauptamtlich geführte Abteilung eines Krankenhauses mit einer belegärztlich geführten Abteilung eines anderen Krankenhauses zusammen, ist die Fallpauschale für die Abteilung abzurechnen, die die Hauptleistung der Fallpauschale erbracht hat.
 5. Erbringt ein Krankenhaus die Leistung einer Fallpauschale zur Weiterbehandlung (B-Pauschale) in den Gruppen 9 und 17 zusätzlich zu der Operationsleistung (A-Pauschale), beginnt die B-Pauschale am Tag der Wundheilung. Die Grenz-Verweildauer der A-Pauschale (Spalte 8) wird in diesem Fall zur Grenz-Verweildauer der B-Pauschale hinzugerechnet. Als erster Belegungstag der Mindestverweildauer der B-Pauschale ist das Kalenderdatum der Wundheilung in der Rechnung anzugeben.
 6. Die Fallpauschalen für die Transplantation von Leber und Niere sind nur bis zum 31. Dezember 1998 abrechenbar.
-
- b) In der Überschrift zu Spalte 4 und in der Fußnote 3) wird die Angabe „ICPM“ ersetzt durch die Angabe „OPS-301“.
 - c) Ab dem 1. Januar 1998 sind anstelle der Fallpauschalen Nr. 9.01 bis 9.13, 16.01 und 16.02, 17.01 und 17.02, 17.06 und 17.07, 17.09 bis 17.11 die in Anhang 1 dieser Verordnung aufgeführten Fallpauschalen abzurechnen.
 - d) Der Fallpauschalen-Katalog wird um die in Anhang 2 dieser Verordnung aufgeführten Fallpauschalen ergänzt, die ab dem 1. Januar 1998 abzurechnen sind.

21. Anlage 2 zu § 11 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

- a) Auf Seite 1 des Sonderentgelt-Kataloges wird das Wort „Sonderentgelt-Katalog“ durch die folgenden Wörter ersetzt:

**„Bundesweiter Sonderentgelt-Katalog
für Krankenhäuser**

(nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 in Verbindung mit § 14 Abs. 3
der Bundespflegesatzverordnung)

Abrechnungs-Bestimmungen

1. Sonderentgelte werden für die im Entgeltkatalog bestimmten Leistungskomplexe berechnet.
2. Maßgeblich für die Zuordnung eines Patienten zu einem Sonderentgelt und damit für die Abrechenbarkeit des Entgelts ist der im Entgeltkatalog ausgewiesene Leistungskomplex. Dabei gilt folgende Rangfolge der Definitionen:
 - a) der Operationenschlüssel nach dem OPS-301 (Spalte 4);
 - b) der Diagnoseschlüssel nach der ICD (Spalte 3), soweit ein solcher vorgegeben ist, um Sonderentgelte voneinander abzugrenzen, für die in Spalte 4 dieselbe operative Leistung ausgewiesen ist;
 - c) die Textdefinition (Spalte 2); sie ist maßgeblich, soweit eine nähere Definition der Sonderentgelte mit den Schlüsseln nach Spalte 4 und 3 nicht dargestellt werden kann und somit nur aus der Textfassung hervorgeht.
3. Zusätzlich zu einer Fallpauschale oder zu einem Sonderentgelt für Operationen (Kapitel I) darf ein weiteres Sonderentgelt nur berechnet werden bei
 - einer Operation an einem anderen Operationstermin,
 - einer Operation an demselben Operationstermin, wenn der Eingriff in einem anderen Operationsgebiet über einen gesonderten Operationszugang vorgenommen wird,
 - einer Rezidiv-Operation (Wiederkehren der ursprünglichen Erkrankung; nicht bei Komplikationen) während desselben Krankenhausaufenthalts,
 - Leistungen, bei denen dies aus der Leistungsdefinition hervorgeht.
4. Ein Sonderentgelt für „Diagnostische Maßnahmen“ (Kapitel II) oder für „Sonstige therapeutische Maßnahmen“ (Kapitel III) darf zusätzlich zu einer Fallpauschale nur berechnet werden, wenn diese Leistung mit der Fallpauschale nicht vergütet wird.
5. Die Sonderentgelte für die Transplantation von Leber und Niere sind nur bis zum 31. Dezember 1998 abrechenbar.

- b) In der Überschrift zu Spalte 4 und in der Fußnote 1) wird die Angabe „ICPM“ ersetzt durch die Angabe „OPS-301“.
- c) Ab dem 1. Januar 1998 sind anstelle der Sonderentgelte Nr. 9.07 bis 9.10, 9.22 und 20.01 bis 21.02 die in Anhang 3 dieser Verordnung aufgeführten Sonderentgelte abzurechnen.
- d) Der Sonderentgelt-Katalog wird um die in Anhang 4 dieser Verordnung aufgeführten Sonderentgelte ergänzt, die ab dem 1. Januar 1998 abzurechnen sind.

22. Anlage 3 zu § 17 Abs. 4 wird wie folgt geändert:

- a) Die Abschnitte „L 1“ und „L 3“ werden wie folgt geändert:
 - aa) Nach Spalte 1 wird folgende Spalte 2 eingefügt:
„Ist-Daten des abgelaufenen Geschäftsjahres“
 - bb) Die bisherigen Spalten 2 bis 4 werden Spalten 3 bis 5.
 - cc) Die laufenden Nummern 17 und 18 werden durch folgende laufende Nummern ersetzt:
„17 davon: mit teilstat. Behandlung
18 Teilstat. Fälle im Budgetbereich 11a)
19 Fälle mit Fallpauschalen 11b)
20 davon: mit Grenz-VD-Überschreitg“
- b) Abschnitt „L 2“ wird von Abschnitt „L 1“ getrennt und auf einem gesonderten Blatt ausgewiesen.
- c) In Abschnitt „L 4“ wird folgende Fußnote angefügt:
***) Zählung von Fallzahl und Verweildauer entsprechend Fußnote 15 i. V. mit Fußnote 11, jedoch ohne vor- und nachstationäre Behandlung.
- d) In Abschnitt „L 5“ wird in der Überschrift zu Spalte 1 die Angabe „ICPM-Schlüssel“ ersetzt durch die Angabe „OPS-301-Schlüssel“.
- e) Abschnitt „K 5“ wird wie folgt geändert:
 - aa) Die laufenden Nummern 3 und 15 werden wie folgt gefaßt:
„(aufgehoben)“
 - bb) Die bisherige Überschrift „Ausgleiche und Zuschläge:“ wird nach der „Ifd. Nr. 13“ eingefügt.

- cc) Die laufende Nummer 14 wird wie folgt gefaßt:
„Ausgleich nach § 12 Abs. 4 und 5“
- dd) Die laufende Nummer 16 wird wie folgt gefaßt:
„Ausgleich nach § 21 Abs. 2 Satz 1 zweiter Hs.“
- ee) In der laufenden Nummer 20 wird die Angabe „(Nr. 13 bis 19)“ ersetzt durch die Angabe „(Nr. 14 bis 19)“.
- f) In Abschnitt „K 6“ wird die laufende Nummer 3 wie folgt gefaßt:
„(aufgehoben)“
- g) In Abschnitt „K 7“ wird die laufende Nummer 14 wie folgt gefaßt:
„(aufgehoben)“
- h) Anhang 2 zu Anlage 3 wird wie folgt geändert:
- aa) In Fußnote 7 wird die Angabe „1998“ ersetzt durch die Angabe „2000“.
- bb) Fußnote 11 wird wie folgt gefaßt:
„Vollstationäre Fälle im Budgetbereich = (Aufnahmen + Entlassungen) : 2.
Ohne interne Verlegungen. Fälle mit nur vorstationärer Behandlung werden nicht einbezogen. Folgende Leistungsverläufe bei der Behandlung des Patienten werden nur als ein vollstationärer Fall gezählt:
– Unterbrechung der Behandlung durch Beurlaubung,
– Wiederaufnahme eines Patienten, bei der nur ein Wochenende zwischen ihr und der vorhergehenden Entlassung liegt,
– Kombination von voll- und teilstationärer Behandlung,
– Kombination von vor-, voll- und nachstationärer Behandlung.
Eine zusätzliche Zählung als teilstationärer Fall unter lfd. Nr. 18 ist nicht zulässig.
Fälle mit Fallpauschalen (lfd. Nr. 19) werden nach Überschreitung der Grenz-Verweildauer im Budgetbereich nicht zusätzlich gezählt.“
- cc) Nach Fußnote 11 werden folgende Fußnoten eingefügt:
- „11a) Teilstationäre Fälle im Budgetbereich: Patienten, die wegen derselben Erkrankung regelmäßig oder mehrfach behandelt werden, werden je Quartal als ein Fall gezählt, z. B. Dialyse.“
- 11b) Fälle mit Fallpauschalen: Rechnet ein Krankenhaus zusätzlich zu einer Fallpauschale für Akutbehandlung (sog. A-Pauschale z. B. für die Operation) eine Fallpauschale für Weiterbehandlung (sog. B-Pauschale z. B. für die Nachsorge) ab, wird insgesamt nur ein Fall gezählt.
- dd) In Fußnote 17 wird die Angabe „ICPM“ ersetzt durch das Wort „Operationenschlüssel“.
- ee) In Fußnote 28 wird folgender Satz angefügt:
„Die Kostenausgliederung für die auf Fallpauschalenpatienten entfallenden Belegungstage ist vor der Erstellung der LKA vorzunehmen (Nettoprinzip). Dabei

sind die tatsächlichen Mehrkosten der Ein- oder Zweibettzimmer gegenüber der Regelleistung abzuziehen."

ff) In Fußnote 32 wird folgender Satz angefügt:

„Bei Ermittlung eines Intensivpflegesatzes wird der im Bereich Intensivmedizin tätige Ärztliche Dienst ausgewiesen.“

gg) In Fußnote 35 Satz 2 wird der erste Halbsatz wie folgt gefaßt:

„Bei der Ermittlung von Abteilungspflegesätzen für die Intensivmedizin sind in den Divisor zusätzlich die Tage anteilig einzubeziehen, für die nach § 14 Abs. 7 Satz 2 zusätzlich zur Fallpauschale der Intensivpflegesatz anteilig berechnet wird;“

hh) In den Fußnoten 39 und 40 wird jeweils folgender Satz 1 eingefügt:

„Nur anzuwenden, soweit das Erlösabzugsverfahren oder die Kostenausgliederung nach § 12 Abs. 2 und 3 angewendet wird.“

ii) In der Fußnote 42 wird der bisherige Satz 8 zu Satz 7 und an den ersten Absatz angefügt; der bisherige Satz 7 wird Satz 8.

i) Nach Anhang 2 wird folgender Anhang angefügt:

„Anhang 3
zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung

Gesonderter Ausweis für ausländische Patienten nach § 3 Abs. 4

Die Leistungen des Krankenhauses und seiner Abteilungen für ausländische Patienten nach § 3 Abs. 4 sind in gesonderten Abschnitten „L 1“ und „L 3“ auszuweisen, begrenzt auf folgende Inhalte:

- lfd. Nr. 4 BT mit tagesgleichen Pflegesätzen 4)
- lfd. Nr. 8 Belegungstage FP-Bereich 9)
- lfd. Nr. 13 Vollstationäre Fälle mit tagesgleichen Pflegesätzen 11)
- lfd. Nr. 18 Teilstationäre Fälle mit tagesgleichen Pflegesätzen 11a)
- lfd. Nr. 19 Fälle mit Fallpauschalen

Artikel 2

Änderung der Krankenhaus-Buchführungsverordnung

Die Krankenhaus-Buchführungsverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 24. März 1987 (BGBl. I S. 1045), zuletzt geändert durch Artikel 3 der Verordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I. S. 2750), wird wie folgt geändert:

In Anlage 4 wird die Kontenuntergruppe 720 wie folgt geändert:

1. Folgendes Konto wird eingefügt:
„7200 Instandhaltung im Sinne von § 17 Abs. 4b Satz 2 KHG, soweit nicht gefördert“
2. Die bisherigen Konten 7200 und 7201 werden die Konten 7201 und 7202.

Artikel 3

Änderung der Abgrenzungsverordnung

Die Abgrenzungsverordnung vom 12. Dezember 1985 (BGBl. I S. 2255), zuletzt geändert durch Artikel 12 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I. S. 1520), wird wie folgt geändert:

§ 4 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

1. Satz 1 erster Halbsatz wird wie folgt gefaßt:
„Zu den Kosten nach Absatz 1 gehören auch die Instandhaltungskosten für Anlagegüter,“
2. Folgender Satz 3 wird angefügt:
„Die nach Satz 1 abgegrenzten Kosten werden nach § 7 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 zweiter Satzteil der Bundespflegesatzverordnung pauschal finanziert.“

Artikel 4

Inkrafttreten

(1) Artikel 1 Nr. 19 Buchstabe a (§ 28 Abs. 1 Satz 2) tritt am 1. Januar 1996 in Kraft. Nummer 20 Buchstaben c und d und Nummer 21 Buchstaben c und d treten am Tag nach der Verkündung dieser Verordnung in Kraft.

(2) Im übrigen tritt diese Verordnung am 1. Januar 1998 in Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Anlage 1.1:

Anhang 1
(zu Artikel 1 Nr. 20 Buchstabe c)

Fallpauschalen bei Versorgung durch Hauptabteilungen

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	KCD-9	OPS-301 ³⁾	Bewertungsrelationen für Fallpauschalen			Grenz- verweil- dauer ⁴⁾	Grenz- verweil- dauer Intensiv- pflege ⁵⁾	davon: Bewertungsrelationen für den Anteil Basisleistungen			Verweil- dauer ¹⁾	Verweil- dauer Intensiv- pflege ²⁾
				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
Gruppe 9: Operationen am Herzen													
9.011	Koronare Herzkrankheit Herzoperation (Koronarchirurgie) unter Ein- satz der Herz-Lungen-Maschine mit Verwen- dung der inneren Brustwandarterie, ggf. komb. mit TEA, ab Aufnahme/Verlegung in die Herzchirurgie; Versorgung bis Abschluß Wundheilung (z.B. Entfernung von Fäden/ Klammern) mindestens jedoch bis Abschluß der Behandlung indikationsspezifischer Komplikationen	414.0	5-361 alle 5-Steller, 6. Stelle: .2; 5-362.3, 5-363.4	10.150	9.700	19.850	17	7	750	760	1.510	12,28	3,40
9.012	Koronare Herzkrankheit Weiterbehandlung im Anschluß an FP 9.011 bis zum Erreichen der Rehabilitationsfähig- keit ¹⁾ ; Mindestaufenthalt 4 Belegungstage	414.0 kombiniert mit V15.1 oder V45.8		1.740	880	2.620	14	-	440	450	890	7,32	-
9.021	Koronare Herzkrankheit Herzoperation (Koronarchirurgie) unter Ein- satz der Herz-Lungen-Maschine unter Ver- wendung der inneren Brustwandarterie komb. mit aortokoronarem Venen-Bypass oder sonstiger Arterie, ggf. komb. mit TEA, ab Aufnahme/Verlegung in die Herzchirurgie; Versorgung bis Abschluß Wundheilung (z.B. Entfernung von Fäden/Klammern), minde- stens jedoch bis Abschluß der Behandlung indikationsspezifischer Komplikationen	414.0	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; 5-362.3 isoliert	10.840	10.630	21.470	18	8	730	740	1.470	12,09	4,43
9.022	Koronare Herzkrankheit Weiterbehandlung im Anschluß an FP 9.021 bis zum Erreichen der Rehabilitationsfähig- keit ¹⁾ ; Mindestaufenthalt 7 Belegungstage	414.0 kombiniert mit V15.1 oder V45.8		2.880	1.430	4.310	20	-	790	800	1.590	12,98	-

1) Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer

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

3) Operationenschlüssel nach § 301 SGB V, Version 1.1

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

5) Verweildauer Intensivpflege: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer der Intensiv-
pflegeeinheit

*) Fähigkeit zur Rehabilitation nach §§ 40, 107 ff. SGBV und entsprechenden Regelungen der Selbstverwaltung (z.B. AHB-Fähigkeit)

Fallpauschalen bei Versorgung durch Hauptabteilungen

(zu Artikel 1 Nr. 20 Buchstabe c)

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD-9	OPS-30 ²⁾	Bewertungsrelationen für Fallpauschalen			Grenz- verweil- dauer ³⁾	Grenz- verweil- dauer ⁴⁾	davon: Bewertungsrelationen für den Anteil Basisleistungen			Verweil- dauer ⁵⁾	Verweil- dauer ⁵⁾
				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
9.031	Koronare Herzkrankheit Herzoperation (Koronarchirurgie) unter Ein- satz der Herz-Lungen-Maschine als aorto- koronarer Venen-Bypass ohne Verwendung der inneren Brustwandarterie, ggf. komb. mit TEA, ab Aufnahme/Verlegung in die Herz- chirurgie; Versorgung bis Abschluß Wund- heilung (z.B. Entfernung von Fäden/Klam- mern), mindestens jedoch bis Abschluß der Behandlung Indikationsspezifischer Kompli- kationen	414.0	5-361 alle 5-Steller, 6. Stelle: 1, 5-362.3	10.150	9.700	19.850	17	7	750	760	1.510	12,28	3,40
9.032	Koronare Herzkrankheit Weiterbehandlung im Anschluß an FP 9.031 bis zum Erreichen der Rehabilitationsfähig- keit ¹⁾ ; Mindestaufenthalt 4 Belegungstage	414.0 kombiniert mit V15.1 oder V45.8		1.740	880	2.620	14	-	440	450	890	7,32	-
9.041	Koronare Herzkrankheit Herzoperation (Koronarchirurgie) unter Ein- satz der Herz-Lungen-Maschine als Rezipi- entgriff am Herzen, ggf. komb. mit TEA, ab Aufnahme/Verlegung in die Herzchirurgie; Versorgung bis Abschluß Wundheilung (z. B. Entfernung von Fäden/Klammern), mindestens jedoch bis Abschluß der Be- handlung Indikationsspezifischer Kompli- kationen	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; 5-362.3 kombiniert mit 5-369.5	11.370	10.680	22.050	17	7	770	770	1.540	12,64	3,71
9.042	Koronare Herzkrankheit Weiterbehandlung im Anschluß an FP 9.041 bis zum Erreichen der Rehabilitationsfähig- keit ¹⁾ ; Mindestaufenthalt 5 Belegungstage	414.0 kombiniert mit V15.1 oder V45.8		1.900	920	2.820	15	-	490	500	990	8,09	-

1) Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer

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

3) Operationschloßel nach § 301 SGB V, Version 1.1

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

5) Verweildauer Intensivpflege: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer der Intensiv-
pflegeeinheit

*) Fähigkeit zur Rehabilitation nach §§ 40, 107 ff. SGBV und entsprechenden Regelungen der Selbstverwaltung (z.B. AHB-Fähigkeit)

Anlage 1.1:
Fallpauschalen bei Versorgung durch Hauptabteilungen
(zu Artikel 1 Nr. 20 Buchstabe c)

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD-9	OPS-301 ¹⁾	Bewertungsrelationen für Fallpauschalen			Grenz- verweil- dauer ²⁾	Grenz- verweil- dauer Intensiv- pflege ³⁾	davon: Bewertungsrelationen für den Anteil Basisleistungen			Verweil- dauer Intensiv- pflege ⁴⁾	Verweil- dauer
				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
9.051	Koronare Herzkrankheit; erworbene Herzklappen- fehler	394 bis 397, 414.0, 424	5-361, 5-363.4 Jeweils kombiniert mit 5-350 oder 5-353	13.820	11.410	25.230	18	10	780	800	1.580	12,97	6,22
9.052	Koronare Herzkrankheit; erworbene Herz- klappenfehler	394 bis 397, 414.0, 424 Jeweils kombi- niert mit V15.1 oder V45.8		2.460	1.240	3.700	16	-	580	580	1.160	9,48	-
9.061	Koronare Herzkrankheit; erworbene Herzklappen- fehler	394 bis 397, 414.0, 424	5-362.0, .1, .x, 6. Stelle: .1 bis .4	11.490	16.780	28.270	21	7	830	840	1.670	13,67	3,45
9.062	Koronare Herzkrankheit; erworbene Herzklappen- fehler	394 bis 397, 414.0, 424 Jeweils kombi- niert mit V15.1, V42.2, V43.3 oder V45.8		1.860	880	2.740	15	-	480	490	970	7,94	-

1) Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer

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

3) Operationschlüssel nach § 301 SGB V, Version 1.1

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

5) Verweildauer Intensivpflege: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer der Intensiv-
pflegeeinheit

*) Fähigkeit zur Rehabilitation nach §§ 40, 107 ff. SGBV und entsprechenden Regelungen der Selbstverwaltung (z.B. AHB-Fähigkeit)

Fallpauschalen bei Versorgung durch Hauptabteilungen

(zu Artikel 1 Nr. 20 Buchstabe c)

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD-9	OPS-30 ¹⁾	Bewertungsrelationen für Fallpauschalen			Grenz- verweil- dauer ²⁾	Grenz- verweil- dauer ³⁾	davon: Bewertungsrelationen für den Anteil Basisleistungen			Verweil- dauer ⁴⁾	Verweil- dauer Intensiv- pflege ⁵⁾			
				Fallpauschalen					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			
9.071	Koronare Herzkrankheit, Herzwandaneurysma, Septumdefekte Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine als Kombinationseingriff von Koronar chirurgie (z.B. mit Aneurysmaresektion oder ASD/VSD) ohne Klappen chirurgie, ab Aufnahme/Verlegung in die Herzchirurgie; Versorgung bis Abschuß Wundheilung (z. B. Entfernung von Fäden/Klammern), mindestens jedoch bis Abschuß der Behandlung indikationsspezifischer Komplikationen	414.0, .1, 429.1 bis .3, .8, .9, 745.4 bis .6, .8, .9	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	11.630	13.650	25.280	20	8	780	790	1.570	12,82	4,35			
9.072	Koronare Herzkrankheit, Herzwandaneurysma, Septumdefekte Weiterbehandlung im Anschluß an FP 9.071 bis zum Erreichen der Rehabilitationsfähigkeit ¹⁾ ; Mindestaufenthalt 7 Belegungstage	414.0, .1, 429.1 bis .3, .8, .9, 745.4 bis .6, .8, .9 jeweils kombiniert mit V15.1 oder V45.8		2.960	1.470	4.430	20	-	770	780	1.550	12,66	-			
9.081	Erworbene Herzklappenfehler Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine mit Korrektur einer Herzklappe, ab Aufnahme/Verlegung in die Herzchirurgie; Versorgung bis Abschuß Wundheilung (z.B. Entfernung von Fäden/Klammern), mindestens jedoch bis Abschuß der Behandlung indikations-spezifischer Komplikationen	394 bis 397, 424	5.350.1, .3, .5, .7; 5.353; 5.354.0 bis .3, .6. Stelle: alle außer 8	10.330	11.040	21.370	21	8	820	830	1.650	13,49	4,02			
9.082	Erworbene Herzklappenfehler Weiterbehandlung im Anschluß an FP 9.081 bis zum Erreichen der Rehabilitationsfähigkeit ¹⁾ ; Mindestaufenthalt 5 Belegungstage	394 bis 397, 424 jeweils kombiniert mit V15.1 oder V45.8		2.250	980	3.230	17	-	590	600	1.190	9,70	-			

1) Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer

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

3) Operationschluß nach § 301 SGB V, Version 1.1

4) Fähigkeit zur Rehabilitation nach §§ 40, 107 ff. SGBV und entsprechenden Regelungen der Selbstverwaltung (z.B. AHB-Fähigkeit)

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

5) Verweildauer Intensivpflege: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer der Intensivpflegeeinheit

Anlage 1.1:
Fallpauschalen bei Versorgung durch Hauptabteilungen
(zu Artikel 1 Nr. 20 Buchstabe c)

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD-9	OPS-301 ³⁾	Bewertungsrelationen für Fallpauschalen			Grenz- verweil- dauer ²⁾	Grenz- verweil- dauer Intensiv- pflege ⁴⁾	davon: Bewertungsrelationen für den Anteil Basisleistungen				Verweil- dauer ¹⁾	Verweil- dauer Intensiv- pflege ⁵⁾
				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	
9.091	Erworbene Herzklappenfehler Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine mit Ersatz einer Herzklappe, ab Aufnahme/Verlegung in die Herzchirurgie; Versorgung bis Abschluß Wundheilung (z.B. Entfernung von Fäden/Klammern), mindestens jedoch bis Abschluß der Behandlung. Indikationsspezifischer Komplikationen	394 bis 397, 424	5-351.0 bis .3, 6. Stelle: .1 bis .4	9.750	15.540	25.290	19	7	780	790	1.570	12,92	3,30	
9.092	Erworbene Herzklappenfehler Weiterbehandlung im Anschluß an FP 9.091 bis zum Erreichen der Rehabilitationsfähigkeit*); Mindestaufenthalt 5 Belegungstage	394 bis 397, 424 jeweils kombiniert mit V42.2 oder V43.3		2.010	990	3.000	16	-	520	530	1.050	8,55	-	
9.101	Erworbene Herzklappenfehler Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine mit Ersatz einer Herzklappe und Korrektur einer Herzklappe, ab Aufnahme/Verlegung in die Herzchirurgie; Versorgung bis Abschluß Wundheilung (z.B. Entfernung von Fäden/Klammern), mindestens jedoch bis Abschluß der Behandlung. Indikationsspezifischer Komplikationen	394 bis 397, 424	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	11.860	17.640	29.500	20	8	840	850	1.690	13,73	3,65	
9.102	Erworbene Herzklappenfehler Weiterbehandlung im Anschluß an FP 9.101 bis zum Erreichen der Rehabilitationsfähigkeit*); Mindestaufenthalt 8 Belegungstage	394 bis 397, 424 jeweils kombiniert mit V42.2 oder V43.3		3.250	1.550	4.800	22	-	880	890	1.770	14,52	-	

1) Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer

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

3) Operationszuschuss nach § 301 SGB V, Version 1.1

*) Fähigkeit zur Rehabilitation nach §§ 40, 107 ff. SGBV und entsprechenden Regelungen der Selbstverwaltung (z.B. AHB-Fähigkeit)

4) Grenzverweildauer Intensivpflege: Erster zusätzlich abrechenbarer Tag auf der Intensivpflegeeinheit
5) Verweildauer Intensivpflege: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer der Intensivpflegeeinheit

Anlage 1.1:

Anhang 1
(zu Artikel 1 Nr. 20 Buchstabe c)

Fallpauschalen bei Versorgung durch Hauptabteilungen

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD-9	OPS-301 ³⁾	Bewertungsrelationen für Fallpauschalen				Grenz- verweil- dauer ²⁾	Grenz- verweil- dauer ²⁾	davon: Bewertungsrelationen für den Anteil Basisleistungen				Verweil- dauer ¹⁾	Verweil- dauer Intensiv- pflege ⁴⁾
				Punkte Personal Sachmittel			Gesamt- punkte			Punkte Personal Sachmittel	Gesamt- punkte	Punkte Personal Sachmittel	Gesamt- punkte		
				5	6	7	8	9	10					11	12
1	2	3	4												
9.111	Erworbene Herzklappenfehler Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine mit Ersatz von zwei Herzklappen, ab Aufnahme/Verlegung in die Herzchirurgie; Versorgung bis Abschluß Wundheilung (z.B. Entfernung von Fäden/Klammern), mindestens jedoch bis Abschluß der Behandlung Indikations-spezifischer Komplikationen	394 bis 397, 424	5-351.4 bis .6, .x, 6. Stelle: .1 bis .4, .x	11.690	21.790	33.480	23	7	880	900	1.780	14,56	4,05		
9.112	Erworbene Herzklappenfehler Weiterbehandlung im Anschluß an FP 9.111 bis zum Erreichen der Rehabilitationsfähigkeit ¹⁾ ; Mindestaufenthalt 5 Belegungstage	394 bis 397, 424 jeweils kombiniert mit V42.2 oder V43.3		2.260	1.100	3.360	17	-	600	600	1.200	9,79	-		
9.121	Erworbene Herzklappenfehler Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine als Reizdivergenz mit Ersatz einer Herzklappe, ab Aufnahme/Verlegung in die Herzchirurgie; Versorgung bis Abschluß Wundheilung (z.B. Entfernung von Fäden/Klammern), mindestens jedoch bis Abschluß der Behandlung Indikations-spezifischer Komplikationen	394 bis 397, 424	5-351.0 bis .3, 6. Stelle: .1 bis .4, kombiniert mit 5-379.5; 5-352	11.750	17.650	29.400	21	7	900	910	1.810	14,83	3,67		
9.122	Erworbene Herzklappenfehler Weiterbehandlung im Anschluß an FP 9.121 bis zum Erreichen der Rehabilitationsfähigkeit ¹⁾ ; Mindestaufenthalt 6 Belegungstage	394 bis 397, 424 jeweils kombiniert mit V42.2 oder V43.3		2.460	1.200	3.660	18	-	660	670	1.330	10,87	-		

- 1) Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer
2) Grenzverweildauer: Erster zusätzlich abrechenbarer Tag bei Überschreitung der Gesamtverweildauer
3) Operationsentscheidungsklass nach § 301 SGB V, Version 1.1
4) Grenzverweildauer Intensivpflege: Erster zusätzlich abrechenbarer Tag auf der Intensivpflegeeinheit
5) Verweildauer Intensivpflege: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer der Intensivpflegeeinheit
*) Fähigkeit zur Rehabilitation nach §§ 40, 107 ff. SGBV und entsprechenden Regelungen der Selbstverwaltung (z.B. AHB-Fähigkeit)

Anlage 1.1:
Fallpauschalen bei Versorgung durch Hauptabteilungen

Anhang 1
(zu Artikel 1 Nr. 20 Buchstabe c)

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD-9	OPS-301 ³⁾	Bewertungsrelationen für Fallpauschalen			Grenz- verweil- dauer ²⁾	Grenz- verweil- dauer ³⁾	davon: Bewertungsrelationen für den Anteil Basisleistungen			Verweil- dauer ⁴⁾	Verweil- dauer Intensiv- pflege ⁵⁾		
				Punkte		Gesamt- punkte			Punkte Personal	Sachmittel	Gesamt- punkte			Punkte Personal	Sachmittel
				5	6										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
9.131	Erworbene Herzklappenfehler Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine als Reizdivergenz an zwei Herzklappen, ab Aufnahme/Verlegung in die Herzchirurgie; Versorgung bis Abschluß Wundheilung (z.B. Entfernung von Fäden/Klammern), mindestens jedoch bis Abschluß der Behandlung indikationsspezifischer Komplikationen	394 bis 397, 424	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	13.280	23.190	36.470	20	10	830	840	1.670	13,62	5,74		
9.132	Erworbene Herzklappenfehler Weiterbehandlung im Anschluß an FP 9.131 bis zum Erreichen der Rehabilitationsfähigkeit*); Mindestenaufenthalt 7 Belegungstage	394 bis 397, 424 jeweils kombiniert mit V42.2 oder V43.3		2.680	1.380	4.060	19	-	730	740	1.470	12,08	-		

1) Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer

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

3) Operationschlüssel nach § 301 SGB V, Version 1.1

*) Fähigkeit zur Rehabilitation nach §§ 40, 107 ff. SGBV und entsprechenden Regelungen der Selbstverwaltung (z.B. AHB-Fähigkeit)

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

5) Verweildauer Intensivpflege: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer der Intensiv-

Anlage 1.1:
Fallpauschalen bei Versorgung durch Hauptabteilungen

Anhang 1
(zu Artikel 1 Nr. 20 Buchstabe c)

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD-9	OPS-301 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	
				5	6	7	8			9	10	11			12
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
Gruppe 16: Geburt und geburtshilfliche Operationen															
16.01	Geburt ab dem 260. Schwangerschaftstag (ab 38. SSW)	Versorgung eines Neugeborenen auf der Säuglingsstation oder im Säuglingszimmer; einschl. der Versorgung eines nach der Geburt erkrankten Neugeborenen bis zu dessen interner oder externer pädiatrischer Verlegung; oder nach dessen Rückverlegung; Mindestaufenthalt ein Belegungstag; nach Rückverlegung zwei aufeinanderfolgende Belegungstage (ohne Verlegungs- und Entlassungstag); nur einmal abrechenbar	V30, V31, V34, V36	680	70	750	-	-	-	-	-				
16.02	Geburt ab dem 225. bis 259. Schwangerschaftstag (ab 32. bis 37. SSW)	Versorgung eines Frühgeborenen auf der Säuglingsstation oder im Säuglingszimmer; einschl. der Versorgung eines nach der Geburt erkrankten Frühgeborenen bis zu dessen interner oder externer pädiatrischer Verlegung; oder nach dessen Rückverlegung; Mindestaufenthalt ein Belegungstag; nach Rückverlegung zwei aufeinanderfolgende Belegungstage (ohne Verlegungs- und Entlassungstag); nur einmal abrechenbar	765.1	1.230	130	1.360	-	-	-	-	-				

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

3) Operationenschlüssel nach § 301 SGB V, Version 1.1

Anlage 1.1:
Fallpauschalen bei Versorgung durch Hauptabteilungen
(zu Artikel 1 Nr. 20 Buchstabe c) Anhang 1

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD-9	OPS-301 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											
17.011	Schenkelhalsfraktur, geschlossen	820.0, .8	5-820.0 bis .2	5.670	3.980	9.650	20	730	740	1.470	12,00
17.012	Schenkelhalsfraktur, geschlossen	820.0, .8 jeweils kombiniert mit V43.6		1.560	750	2.310	16	540	550	1.090	8,91
17.013	Schenkelhalsfraktur, geschlossen	820.0, .8	5-820.0 bis .2	4.960	3.640	8.600	15	490	490	980	8,00
17.021	Schenkelhalsfraktur, geschlossen	820.0, .8	5-820.3, .4	5.670	3.580	9.250	20	730	740	1.470	12,00

1) Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer

2) Grenzverweildauer: Erster zusätzlich abrechenbarer Tag

*) Fähigkeit zur Rehabilitation nach §§ 40, 107 ff SGB V und entsprechenden Regelungen der Selbstverwaltung (z.B. AHB-Fähigkeit)

**) Akutgeriatrie gem. Krankenhausplan/Vertrag nach § 109 SGB V

3) Operationenschlüssel nach § 301 SGB V, Version 1.1

Anlage 1.1:
Fallpauschalen bei Versorgung durch Hauptabteilungen
(zu Artikel 1 Nr. 20 Buchstabe c)

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD-9	OPS-301 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	Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte	
1	2	3	4	5	6	7	8			9	10	11	12
17.022	Schenkelhalsfraktur, geschlossen	820.0, 8 jeweils kombiniert mit V43.6		1.560	750	2.310	16			540	550	1.090	8,91
17.023	Schenkelhalsfraktur, geschlossen	Einbau einer Hüftkopf-/Schaffprothese bei geschlossener Schenkelhalsfraktur, Versorgung bis zur externen oder internen Verlegung in eine geriatrische Abteilung**), auch vor Abschluß der Wundheilung (z.B. Entfernung von Fäden/Klammern)	820.0, 8	4.960	3.240	8.200	15			490	490	980	8,00
17.061	Coxarthrose	Einbau einer Hüftgelenks-Totalendoprothese bei Coxarthrose, Versorgung bis Abschluß Wundheilung (z.B. Entfernung von Fäden oder Klammern), mindestens jedoch bis Abschluß der Behandlung Indikationsspezifischer Komplikationen	714, 715.1 bis 3, .8, 9, 733.4, 754.3, 905.3, 4	7.070	6.920	13.990	18			730	740	1.470	12,00
17.062	Coxarthrose	Weiterbehandlung im Anschluß an FP 17.061 bis zum Erreichen der Rehabilitationsfähigkeit**); Mindestaufenthalt 7 Belegungstage	714, 715.1 bis 3, .8, 9, 733.4, 754.3, 905.3, 4 jeweils kombiniert mit V43.6	2.390	1.210	3.600	21			740	750	1.490	12,16

1) Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer

2) Grenzverweildauer: Erster zusätzlich abrechenbarer Tag

*) Fähigkeit zur Rehabilitation nach §§ 40, 107 ff. SGB V und entsprechenden Regelungen der Selbstverwaltung (z.B. AHB-Fähigkeit

**) Akutgeriatrische gem. Krankenhausplan/Vertrag nach § 109 SGB V

3) Operationenschlüssel nach § 301 SGB V, Version 1.1

Anlage 1.1:
Fallpauschalen bei Versorgung durch Hauptabteilungen

Anhang 1
(zu Artikel 1 Nr. 20 Buchstabe c)

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD-9	OPS-301 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	8	7	8	9	10	11	12
17.071	Lockerung der Hüftgelenksprothese Ersatz einer Endoprothese durch eine Hüftgelenks-Totalendoprothese, Versorgung bis Abschluß Wundheilung (z. B. Entfernung von Fäden/ Klammern), mindestens jedoch bis Abschluß der Behandlung indikations-spezifischer Komplikationen	996.4, .6	5-821.12 bis .14, .23, .24; 5-821.3	8.380	8.210	16.590	21	850	860	1.710	14,00
17.072	Lockerung der Hüftgelenksprothese Weiterbehandlung im Anschluß an FP 17.071 bis zum Erreichen der Rehabilitationsfähigkeit*); Mindestaufenthalt 11 Belegungstage	996.4, .6 jeweils kombiniert mit V43.6		3.750	1.740	5.490	26	1.130	1.140	2.270	18,56
17.091	Gonarthrose Einbau einer Kniegelenks-Totalendoprothese, Versorgung bis Abschluß Wundheilung (z. B. Entfernung von Fäden/Klammern), mindestens jedoch bis Abschluß indikations-spezifischer Komplikationen	714, 715.1 bis .3, .8, .9, 905.4	5-822.1 bis .7, .9	7.100	10.410	17.510	21	730	740	1.470	12,00
17.092	Gonarthrose Weiterbehandlung im Anschluß an FP 17.091 bis zum Erreichen der Rehabilitationsfähigkeit*); Mindestaufenthalt 7 Belegungstage	714, 715.1 bis .3, .8, .9, 905.4 jeweils kombiniert mit V43.6		2.530	1.270	3.800	23	780	790	1.570	12,82
17.101	Gonarthrose Einbau einer unikompartmentalen Kniegelenks-Schlittenprothese, Versorgung bis Abschluß Wundheilung (z. B. Entfernung von Fäden/ Klammern), mindestens jedoch bis Abschluß der Behandlung indikations-spezifischer Komplikationen	714, 715.1 bis .3, .8, .9, 905.4	5-822.0	6.390	5.720	12.110	22	730	740	1.470	12,00
17.102	Gonarthrose Weiterbehandlung im Anschluß an FP 17.101 bis zum Erreichen der Rehabilitationsfähigkeit*); Mindestaufenthalt 5 Belegungstage	714, 715.1 bis .3, .8, .9, 905.4 jeweils kombiniert mit V43.6		1.650	810	2.460	16	510	510	1.020	8,32

1) Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer

2) Grenzverweildauer: Erster zusätzlich abrechenbarer Tag

*) Fähigkeit zur Rehabilitation nach §§ 40, 107 ff. SGB V und entsprechenden Regelungen der Selbstverwaltung (z.B. AHB-Fähigkeit

**) Akutgeriatrie gem. Krankenhausplan/Vertrag nach § 109 SGB V

Anlage 1.1:
Fallpauschalen bei Versorgung durch Hauptabteilungen

Anhang 1
(zu Artikel 1 Nr. 20 Buchstabe c)

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD-9	OPS-301 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
17.111	Lockerung der Kniegelenksprothese Ersatz einer Endoprothese durch eine Kniegelenks- Totalendoprothese, Versorgung bis Abschluß Wund- heilung (z. B. Entfernung von Fäden/Klammern), mindestens jedoch bis Abschluß der Behandlung indikationsspezifischer Komplikationen	996.4, .6	5-823.12 bis .17, 5-823.2 bis .4	9.350	10.340	19.690	22			850	860	1.710	14,00
17.112	Lockerung der Kniegelenksprothese Weiterbehandlung im Anschluß an FP 17.111 bis zum Erreichen der Rehabilitationsfähigkeit*); Mindestaufenthalt 10 Belegungstage	996.4, .6 jeweils kombiniert mit V43.6		3.580	1.560	5.140	27			1.060	1.070	2.130	17,40

1) Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer

2) Grenzverweildauer: Erster zusätzlich abrechenbarer Tag

*) Fähigkeit zur Rehabilitation nach §§ 40, 107 ff. SGB V und entsprechenden Regelungen der Selbstverwaltung (z.B. AHB-Fähigkeit)

3) Operationschlüssel nach § 301 SGB V, Version 1.1

Anlage 1.2:
Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung

Anhang 1

(zu Artikel 1 Nr. 20 Buchstabe c)

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD-9	OPS-301 ³⁾	Bewertungsrelationen bei Belegoperateur			Bewertungsrelationen bei Belegoperateur und 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	Punkte Personal				Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte
1		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Gruppe 16: Geburt und geburtshilfliche Operationen															
16.01	Geburt ab dem 260. Schwangerschaftstag (ab 38. SSW)	V30, V31, V34, V36	9-262.0	680	70	750	680	70	750		-	-	-	-	
	Versorgung eines Neugeborenen auf der Säuglingsstation oder im Säuglingszimmer; einschl. der Versorgung eines nach der Geburt erkrankten Neugeborenen bis zu dessen interner oder externer pädiatrischer Verlegung oder nach dessen Rückverlegung; Mindestaufenthalt ein Belegungstag; nach Rückverlegung zwei aufeinanderfolgende Belegungstage (ohne Verlegungs- und Entlassungstag); nur einmal abrechenbar														
16.02	Geburt ab dem 225. bis 259. Schwangerschaftstag (ab 32. bis 37. SSW)	765.1	9-262.1	1.230	130	1.360	1.230	130	1.360		-	-	-	-	
	Versorgung eines Frühgeborenen auf der Säuglingsstation oder im Säuglingszimmer; einschl. der Versorgung eines nach der Geburt erkrankten Frühgeborenen bis zu dessen interner oder externer pädiatrischer Verlegung oder nach dessen Rückverlegung; Mindestaufenthalt ein Belegungstag; nach Rückverlegung zwei aufeinanderfolgende Belegungstage (ohne Verlegungs- und Entlassungstag), nur einmal abrechenbar														

1) Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer

2) Grenzverweildauer: Erster zusätzlich abrechenbarer Tag

3) Operationenschlüssel nach § 301 SGB V, Version 1.1

Anlage 1.2:
Fallpauschalen bei befristeter Versorgung

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD-9	OPS-301 ³⁾	Bewertungsrelationen bei Belegoperateur			Bewertungsrelationen bei Belegoperateur und Beleg- anästhesist			Grenz- verweil- dauer ²⁾	davon: Bewertungsrelationen für den Anteil Basisleistungen			Verweil- dauer ¹⁾
				Fallpauschale			Fallpauschale				Gesamt- punkte	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 17: Operationen an den Bewegungsorganen														
17.011	Schenkelhalsfraktur, geschlossen	820.0, .8	5-820.0 bis .2	4.480	3.910	8.390	4.160	3.910	8.070	20	730	740	1.470	12,00
17.012	Schenkelhalsfraktur, geschlossen	820.0, .8 jeweils kombiniert mit V43.6		1.290	650	1.940	1.290	650	1.940	14	450	460	910	7,45
17.013	Schenkelhalsfraktur, geschlossen	820.0, .8	5-820.0 bis .2	3.790	3.560	7.350	3.470	3.560	7.030	15	490	490	980	8,00
17.021	Schenkelhalsfraktur, geschlossen	820.0, .8	5-820.3, .4	4.480	3.510	7.990	4.160	3.510	7.670	20	730	740	1.470	12,00

3) Operationenrechenzettel nach § 301 SGB V, Version 1.1

1) Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer

2) Grenzverweildauer: erster zusätzlich abrechenbarer Tag

*) Fähigkeit zur Rehabilitation nach §§ 40, 107 ff. SGB V und entsprechenden Regelungen der Selbstverwaltung (z.B. AHB-Fähigkeit)

**) Akutgeriatrische gem. Krankenhausplan/Vertrag (§ 109 SGB V)

Anlage 1.2:
Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung

Anhang 1
(zu Artikel 1 Nr. 20 Buchstabe c)

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD-9	OPS-301 ²⁾	Bewertungsrelationen bei Belegoperateur			Bewertungsrelationen bei Belegoperateur und Betriebsanästhesist			Grenz- verweil- dauer ²⁾	davon: Bewertungsrelationen für den Anteil Basisleistungen			Verweil- dauer ¹⁾
				Fallpauschale			Fallpauschale				Bewertungsrelationen für den Anteil Basisleistungen			
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamt- punkte	Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamt- punkte		Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamt- punkte	
1		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
17.022	Schenkelhalsfraktur, geschlossen	820.0, 8 jeweils kombiniert mit V43.6		1.290	650	1.940	1.290	650	1.940	14	450	460	910	7,45
17.023	Schenkelhalsfraktur, geschlossen	820.0, 8	5-820.3, 4	3.790	3.160	6.950	3.470	3.160	6.630	15	490	490	980	8,00
17.061	Coxarthrose	714, 715.1 bis .3, .8, .9, 733.4, 754.3, 905.3, 4	5-820.0 bis 2	5.280	6.830	12.110	4.910	6.830	11.740	20	730	740	1.470	12,00
17.062	Coxarthrose	714, 715.1 bis .3, .8, .9, 733.4, 754.3, 905.3, 4 jeweils kombiniert mit V43.6		1.980	1.160	3.140	1.980	1.160	3.140	21	740	750	1.490	12,16

1) Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer

2) Grenzverweildauer: erster zusätzlich abrechenbarer Tag

*) Fähigkeit zur Rehabilitation nach §§ 40, 107 ff. SGB V und entsprechenden Regelungen der Selbstverwaltung (z.B. AHB-Fähigkeit)

**) Akutgeriatrische gem. Krankenhausplan/Vertrag (§ 109 SGB V)

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD-9	OPS-301 ³⁾	Bewertungsrelationen bei Belegoperator			Bewertungsrelationen bei Belegoperator und Beleg- anästhesist			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		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
17.071	Lockerung der Hüftgelenksprothese Ersatz einer Endoprothese durch eine Hüftgelenks-Totalendoprothese, Versorgung bis Abschluß Wundheilung (z. B. Entfernung von Fäden oder Klammern), mindestens jedoch bis Abschluß der Behandlung Indikationsspezifischer Komplikationen	996.4, .6	5-821.12 bis .14, .23, .24; 5-821.3	5.810	8.150	13.960	5.380	8.150	13.530	21	850	860	1.710	14,00
17.072	Lockerung der Hüftgelenksprothese Weiterbehandlung im Anschluß an FP 17.071 bis zum Erreichen der Rehabilitationsfähigkeit ^{*)} ; Mindestaufenthalt 11 Belegungstage	996.4, .6 jeweils kombiniert mit V43.6		3.190	1.730	4.920	3.190	1.730	4.920	28	1.130	1.140	2.270	18,58
17.091	Gonarthrose Einbau einer Kniegelenkstotalendoprothese, Versorgung bis Abschluß Wundheilung (z. B. Entfernung von Fäden oder Klammern), mindestens jedoch bis Abschluß Indikationsspezifischer Komplikationen	714, 715.1 bis .3, .8, .9, 905.4	5-822.1 bis .7, .9	5.230	10.310	15.540	4.900	10.310	15.210	21	730	740	1.470	12,00
17.092	Gonarthrose Weiterbehandlung im Anschluß an FP 17.091 bis zum Erreichen der Rehabilitationsfähigkeit ^{*)} ; Mindestaufenthalt 7 Belegungstage	714, 715.1 bis .3, .8, .9, 905.4 jeweils kombiniert mit V43.6		2.090	1.220	3.310	2.090	1.220	3.310	23	780	790	1.570	12,82
17.101	Gonarthrose Einbau einer unikompartimentalen Kniegelenks-Schlingenprothese, Versorgung bis Abschluß Wundheilung (z. B. Entfernung von Fäden oder Klammern), mindestens jedoch bis Abschluß der Behandlung Indikationsspezifischer Komplikationen	714, 715.1 bis .3, .8, .9, 905.4	5-822.0	4.600	5.630	10.230	4.310	5.630	9.940	22	730	740	1.470	12,00

1) Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer

2) Grenzverweildauer: erster zusätzlich abrechenbarer Tag

*) Fähigkeit zur Rehabilitation nach §§ 40, 107 ff. SGB V und entsprechenden Regelungen der Selbstverwaltung (z.B. AHB-Fähigkeit)

Anlage 1.2: Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung

Anhang 1
(zu Artikel 1 Nr. 20 Buchstabe c)

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD-9	OPS-301 ²⁾	Bewertungsrelationen bei Belegoperateur			Bewertungsrelationen bei Belegoperateur und Beleg- anästhesist			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
17.102	Gonarthrose	714, 715.1 bis 3, 8, 9, 905.4 jeweils kombiniert mit V43.6		1.350	780	2.130	1.350	780	2.130	16	510	510	1.020	8,32
17.111	Lockerung der Kniegelenksprothese	Ersatz einer Endoprothese durch eine Knie- gelenks-Totalendoprothese, Versorgung bis Abschluß Wundheilung (z. B. Entfernung von Fäden/Klammern), mindestens jedoch bis Abschluß indikationsspezifischer Komplika- tionen	5-823.12 bis .17, 5-823.2 bis .4	6.640	10.260	16.900	6.120	10.260	16.380	22	850	860	1.710	14,00
17.112	Lockerung der Kniegelenksprothese	Weiterbehandlung im Anschluß an FP 17.111 bis zum Erreichen der Rehabilitationsfähig- keit*); Mindestaufenthalt 10 Belegungstage		2.950	1.540	4.490	2.950	1.540	4.490	27	1.060	1.070	2.130	17,40

1) Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer

2) Grenzverweildauer: erster zusätzlich abrechenbarer Tag

*) Fähigkeit zur Rehabilitation nach §§ 40, 107 ff. SGB V und entsprechenden Regelungen der Selbstverwaltung (z.B. AHB-Fähigkeit)

3) Operationenschlüssel nach § 301 SGB V, Version 1.1

Anlage 1.1: Anhang 2
Fallpauschalen bei Versorgung durch Hauptabteilungen (zu Artikel 1 Nr. 20 Buchstabe d)

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD-9	OPS-301 ³⁾	Bewertungsrelationen für Fallpauschalen			Grenz- verweildauer ⁴⁾	Grenz- verweildauer ⁵⁾	davon: Bewertungsrelationen für den Anteil Basisleistungen			Verweildauer ¹⁾	Verweildauer ²⁾
				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
Gruppe 9: Operationen am Herzen													
9.14	Kardiomyopathien Herztransplantation, auch sekundär oder nach einem offenen- chirurgischen Eingriff am Herzen, ab Tag der Operation, inklusive Organbeschaffung	164.1, 212.7, 414, 421, 425 bis 428, 745, 746, 996.0, .6, .7, .8	5-375.0, .1	25.540	57.830	83.370	39	13	1.310	1.330	2.640	21,60	4,50

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

3) Operationennachkessel nach § 301 SGB V, Version 1.1

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

5) Verweildauer Intensivpflege: Der Bewertungsrelation zugrundeliegende Verweildauer der Intensivpflegeeinheit

Anlage 1.1:
Fallpauschalen bei Versorgung durch Hauptabteilungen

Anhang 2
(zu Artikel 1 Nr. 20 Buchstabe d)

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD-9	OPS- 301 ³⁾	Bewertungsrelationen für Fallpauschalen			Grenz- verweil- dauer ²⁾	davon: Bewertungsrelationen für den Anteil Basisleistungen			Verweil- dauer ¹⁾
				Gesamtpunkte				Gesamtpunkte			
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Punkte Gesamtpunkte		Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Punkte Gesamtpunkte	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Gruppe 11: Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem ⁶⁾											
11.01	Lympho- und myeloproliferative Erkrankungen, sonstige schwerwiegende Defekte des lymphohämatopoetischen Systems	Myeloablative Therapie mit Transplantation allogenen-unverwandter oder allo-gen-verwandter nicht HLA-identischer hämatopoetischer Stammzellen ab Konditionierungsphase (einschließlich Organbeschaffung), Erwachsene	200, 203 bis 207, 284, 289.8,	5-411.1, 8-805.1, 8-805.2	119.160	202.410	321.570	87	4.230	8.460	68,75
11.02	Lympho- und myeloproliferative Erkrankungen, sonstige schwerwiegende Defekte des lymphohämatopoetischen Systems, maligne Neoplasien von Knochen oder Weichteilen	Myeloablative Therapie mit Transplantation allogenen-unverwandter, HLA-identischer hämatopoetischer Stammzellen ab Konditionierungsphase (einschließlich Organbeschaffung), Erwachsene	170, 171, 200 bis 207, 279, 282.4, 282.6, 284, 288, 289.8,	5-411.1, 8-805.1, 8-805.2	88.520	127.610	216.130	63	3.370	6.740	54,73
11.03	Lympho- und myeloproliferative Erkrankungen, maligne Neoplasien von Knochen oder Weichteilen	Myeloablative Therapie mit Transplantation autologer hämatopoetischer Stammzellen ab Konditionierungsphase (einschließlich Organentnahme und -bearbeitung), Erwachsene	170, 171, 200 bis 207	5-411.0, 8-805.0	60.710	94.560	155.270	61	2.500	5.000	40,59
11.04	Lympho- und myeloproliferative Erkrankungen, sonstige schwerwiegende Defekte des lymphohämatopoetischen Systems, genetische Defekte mit schweren Stoffwechselstörungen	Myeloablative Therapie mit Transplantation allogenen-unverwandter oder allo-gen-verwandter nicht HLA-identischer hämatopoetischer Stammzellen ab Konditionierungsphase (einschließlich Organbeschaffung), Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr	200, 204 bis 207, 272, 277, 279, 284, 287.3, 288, 289.8, 330, 756.5	5-411.1, 8-805.1, 8-805.2	119.160	108.250	227.410	87	4.230	8.460	68,75

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

3) Operationenschlüssel nach § 301 SGB V, Version 1.1
6) gültig bis zum 31.12.1999

Fallpauschalen bei Versorgung durch Hauptabteilungen

(zu Artikel 1 Nr. 20 Buchstabe d)

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD-9	OPS- 301 ³⁾	Bewertungsrelationen für Fallpauschalen			Grenz- verweil- dauer ²⁾	davon: Bewertungsrelationen für den Anteil Basisleistungen			Verweil- dauer ¹⁾
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte		Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
11.05	Lympho- und myeloproliferative Erkrankungen, sonstige schwerwiegende Defekte des lymphohämatopoetischen Systems, genetische Defekte mit schweren Stoffwechselstörungen, maligne Neoplasien von Knochen oder Weichteilen	170, 171, 200 bis 202, 204 bis 207, 272, 277, 279, 282.4, .6, 284, 287.3, 288, 289.8, 330, 756.5	5-411.1, 8-805.1, 8-805.2	88.520	63.560	152.080	63	3.370	3.370	6.740	54,73
11.06	Lympho- und myeloproliferative Erkrankungen, maligne Neoplasien von Knochen, Weichteilen, Nieren, Nebennieren, Paraganglien oder Gehirn	170, 171, 189.0, 191, 194.0, .6, 200 bis 202, 204 bis 207	5-411.0, 8-805.0	60.710	51.120	111.830	61	2.500	2.500	5.000	40,59

- 35 -

3) Operationenschlüssel nach § 301 SGB V, Version 1.1

6) gültig bis zum 31.12.1999

1) Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer

2) Grenzverweildauer: Erster zusätzlich abrechenbarer Tag

Anlage 1.1:
Fallpauschalen bei Versorgung durch Hauptabteilungen
Anhang 2
(zu Artikel 1 Nr. 20 Buchstabe d)

FP Nr.	Fallpauschalendefinition	ICD-9	OPS-301 ¹⁾	Bewertungsrelationen für Fallpauschalen			Grenz- verweil- dauer ²⁾	Grenz- verweil- dauer Intensiv- pflege ³⁾	davon: Bewertungsrelationen für den Anteil Basisleistungen			Verweil- dauer ³⁾	Verweil- dauer Intensiv- pflege ³⁾
				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
Gruppe 12: Operationen am Verdauungstrakt⁴⁾													
12.10	Leberzirrhose	122.5, 155.0, 155.1, 271.0, 275.0, .1, 279.4, 453.0, 570, 571.0, .1, .2, .3, .4, .5, .6, .8, .9, 574.5, 576.1, 751.6	5-504.0, 5-504.1, 5-504.2	55.590	119.920	175.510	63	24	3.230	3.230	6.460	53,00	17,00
12.11	Leberzirrhose, Hepatitis	070.3, .5, .9, 122.5, 155.0, 155.1, 271.0, 275.0, .1, 279.4, 453.0, 570, 571.0, .1, .2, .3, .4, .5, .6, .8, .9, 574.5, 576.1, 751.6	5-504.0, 5-504.1, 5-504.2	55.590	160.180	215.770	63	24	3.230	3.230	6.460	53,00	17,00
Gruppe 13: Operationen an den Harnorganen⁴⁾													
13.01	terminale Niereninsuffizienz	Nierentransplantation ab Tag der Operation, inklusive Organbe- schaffung	585	36.740	60.450	97.190	48	10	2.135	2.135	4.270	35,00	3,00

- 1) Verweildauer: Der Bewertungsrelation zugrundegelegte Verweildauer
2) Grenzverweildauer: Erster zusätzlich abrechenbarer Tag
3) Operationschlüssel nach § 301 SGB V, Version 1.1
4) Grenzverweildauer Intensivpflege: Erster zusätzlich abrechenbarer Tag auf der Intensivpflegeeinheit
5) Verweildauer Intensivpflege: Der Bewertungsrelation zugrundeliegende Verweildauer der Intensivpflegeeinheit
6) Fallpauschalen gültig bis zum 31.12.1998

Sonder- entgelt- Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD-9	OPS-301 ¹⁾	Bewertungsrelation			
				Sonderentgelt			Gesamt-punkte
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Punkte Sachmittel	
1	2	3	4	5	6		7
I	Operationen						
Gruppe 9: Operationen am Herzen							
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, 5-362.3	3.920	6.220		10.140
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; 5-362.3 isoliert	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, 5-362.3	3.780	6.440		10.220
9.10	Herzoperation (Koronarchirurgie) unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine als Reizdivergenz 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; 5-362.3 kombiniert mit 5-369.5	4.830	7.140		11.970

1) Operationenschlüssel nach § 301 SGB V, Version 1.1

Anlage 2.1:
Sonderentgelte bei Versorgung durch Hauptabteilungen

Anhang 3
(zu Artikel 1 Nr. 21 Buchstabe c)

Sonder- entgelt- Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD-9	OPS-301 ¹⁾	Bewertungsrelation		
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamt-punkte
1	2	3	4	5	6	7
9.22	Herzoperation unter Einsatz d. Herz-Lungen-Maschine als Kombinationseingriff v. Koronarchirurgie (z.B. m. 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	4.690	9.430	14.120

Sonderentgelte bei Versorgung durch Hauptabteilungen

(zu Artikel 1 Nr. 21 Buchstabe c)

Sonder- entgelt- Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD-9	OPS-301 ¹⁾	Bewertungsrelation		
				Sonderentgelt		
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte
1	2	3	4	5	6	7
II	Sonstige therapeutische Maßnahmen					
Gruppe 20: Maßnahmen für den Blutkreislauf						
20.01	Dilatation der extremitätenversorgenden Gefäße einer Seite, PTA, Perkutane, transkathetrale Dilatation und Rekanalisation von Arterien mit Ausnahme der Koronararterien, einschl. der Kontrastmittelleitbringung und Durchleuchtungen während des Eingriffs, ggf. auch mehrfach während des stationären Aufenthaltes, einschl. der Versorgung von interventionell behandelbaren Komplikationen und Reinterventionen, ggf. mit Dilatation der Beckengefäße in Crossover-Technik bis zur A. femoralis communis		8-836.0, 6. Stelle: 6, 8., 9	690	3.320	4.010
20.02	Dilatation eines oder mehrerer koronarer Gefäße (PTCA): Perkutane, transkathetrale Dilatation und Rekanalisation von Koronararterien, einschl. der Kontrastmittelleitbringung und Durchleuchtungen während des Eingriffs bei Ein- und Mehr-Gefäßkrankungen, ggf. auch mehrfach während des stationären Aufenthaltes, einschl. erforderlicher Kontrollangiographien und Reinterventionen		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, einschließl. der Kontrastmittelleitbringung und Durchleuchtungen während des Eingriffs, soweit nicht während des stationären Aufenthaltes, soweit nicht während des gleichen Eingriffs eine Dilatation durchgeführt wird		1-275.0 bis 2	790	850	1.640
21.02	Linksherzkatheteruntersuchung bei Ein- und Mehrgefäßkrankungen mit Koronarangiografie und Dilatation eines oder mehrerer koronarer Gefäße (PTCA), ggf. mit Anlage eines temporären Schrittmachers, einschl. der Kontrastmittelleitbringung und Durchleuchtungen während des Eingriffs, ggf. auch mehrfach während des stationären Aufenthaltes; nicht zusätzlich abrechenbar zu den Sonderentgelten 20.02 und 21.01		1-275.0 bis 2, kombiniert mit 8-837.0	1.210	5.430	6.640

Anlage 2.2: Anhang 3
Sonderentgelte bei belegärztlicher Versorgung (zu Artikel 1 Nr. 21 Buchstabe c)

Sonder- entgelt- Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD-9	OPS-301 ¹⁾	Bewertungsrelationen bei Belegoperateur			Bewertungsrelationen bei Belegoperateur und Beleganästhesist		
				Sonderentgelt			Sonderentgelt		
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte	Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I	Operationen								
Gruppe 9: Operationen am Herzen									
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, 5-362.3	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 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; 5-362.3 isoliert	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, 5-362.3	2.690	6.440	9.130	1.660	6.440	8.100

1) Operationenschlüssel nach § 301 SGB V, Version 1.1

Anlage 2.2: Sonderentgelte bei belegärztlicher Versorgung

Anhang 3
(zu Artikel 1 Nr. 21 Buchstabe c)

Sonder- entgelt- Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD-9	OPS-301 ¹⁾	Bewertungsrelationen bei Belegoperateur				Bewertungsrelationen bei Belegoperateur und Beleganästhesist			
				Sonderentgelt				Sonderentgelt			
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte		Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte	
1	2	3	4	5	6	7		8	9	10	
9.10	Herzoperation (Koronarchirurgie) unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine als Reizdivergierung 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; 5-362.3 kombiniert mit 5-369.5	3.390	7.140	10.530		2.080	7.140	9.220	
9.22	Herzoperation unter Einsatz d. Herz-Lungen-Maschine als Kombinationseingriff v. Koronarchirurgie (z.B. m. Aneurysmaresektion oder ASD/VSD) ohne Klappenreparatur		5-361, 5-363.4 jeweils kombiniert mit 5-366, 5-363.0, 5-369.1, 5-370.3, 5-373.0 bis 2, 5-374.6	3.260	9.430	12.690		1.990	9.430	11.420	

1) Operationen nach § 301 SGB V, Version 1.1

Anlage 2.2: Sonderentgelte bei belegärztlicher Versorgung (zu Artikel 1 Nr. 21 Buchstabe c) Anhang 3

Sonderentgelt-Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD-9	OPS-301 ¹⁾	Bewertungsrelationen bei Belegoperateur						Bewertungsrelationen bei Belegoperateur und Beleg-			
				Sonderentgelt			Sonderentgelt			Sonderentgelt			
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte	Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte	Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte	Gesamtpunkte
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
II Sonstige therapeutische Maßnahmen													
Gruppe 20: Maßnahmen für den Blutkreislauf													
20.01	Dilatation der Extremitätenversorgenden Gefäße einer Seite, PTA; Perkutane, transluminale Dilatation und Rekanalisation von Arterien mit Ausnahme der Koronararterien, einschl. der Kontrastmitteleinbringung und Durchleuchtungen während des Eingriffs, ggf. auch mehrfach während des stationären Aufenthaltes, einschl. der Versorgung von interventionell behandelbaren Komplikationen und Reinterventionen, ggf. mit Dilatation der Beckengefäße in Crossover-Technik bis zur A. femoralis communis		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 Kontrastmitteleinbringung und Durchleuchtungen während des Eingriffs bei Ein- und Mehr-Gefäßkrankungen, ggf. auch mehrfach während des stationären Aufenthaltes, einschl. erforderlicher Kontrollangiographien und Reinterventionen		8-837.0	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 Kontrastmitteleinbringung und Durchleuchtungen während des Eingriffs, ggf. auch mehrfach während des stationären Aufenthaltes, soweit nicht während des gleichen Eingriffs eine Dilatation durchgeführt wird		1-275.0 bis .2	320	850	1.170							
21.02	Linksherzkatheteruntersuchung bei Ein- und Mehrgefäßkrankungen mit Koronarangiographie und Dilatation eines oder mehrerer koronarer Gefäße (PTCA), ggf. mit Anlage eines temporären Schrittmachers, einschl. der Kontrastmitteleinbringung und Durchleuchtungen während des Eingriffs, ggf. auch mehrfach während des stationären Aufenthaltes, nicht zusätzlich abrechenbar zu den Sonderentgelten 20.02 und 21.01		1-275.0 bis .2, kombiniert mit 8-837.0	450	5.430	5.880							

1) Operationenschlüssel nach § 301 SGB V, Version 1.1

Anlage 2.1:
Sonderentgelte bei Versorgung durch Hauptabteilungen

Anhang 4
(zu Artikel 1 Nr. 21 Buchstabe d)

Sonder- entgelt- Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD-9	OPS-301 ¹⁾	Bewertungsrelationen		
				Sonderentgelt		
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte
1	2	3	4	5	6	7
Gruppe 9: Operationen am Herzen						
9.27	Herztransplantation, auch sekundär oder nach einem offen-chirurgischen Eingriff am Herzen, inklusive Organbeschaffung		5-375.0, .1	6.090	32.170	38.260

1) Operationenschlüssel nach § 301 SGB V, Version 1.1

Anlage 2.1:
Sonderentgelte bei Versorgung durch Hauptabteilungen
Anhang 4
(zu Artikel 1 Nr. 21 Buchstabe d)

Sonder- entgelt- Nummer	Sonderentgeltdefinition	ICD-9	OPS-301 ¹⁾	Bewertungsrelationen		
				Sonderentgelt		
				Punkte Personal	Punkte Sachmittel	Gesamtpunkte
1	2	3	4	5	6	7
Gruppe 12: Operationen am Verdauungstrakt²⁾						
12.23	Lebertransplantation, inklusive Organbeschaffung		5-504.0, 5-504.1, 5-504.2	8.460	42.750	51.210
12.24	Leber-Retransplantation, inklusive Organbeschaffung		5-504.0 kombiniert mit 5-983; 5-504.1 kombiniert mit 5-983; 5-504.2 kombiniert mit 5-983;	12.950	61.010	73.960
Gruppe 13: Operationen an den Harnorganen²⁾						
13.09	Nierentransplantation, inklusive Organbeschaffung		5-555.0, 5-555.1, 5-555.2	2.990	14.240	17.230

1) Operationenschlüssel nach § 301 SGB V, Version 1.1

2) gültig bis zum 31.12.1998

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Inhalte der Verordnung

Mit der 5. Änderungsverordnung zur Bundespflegesatzverordnung (5. ÄndV BPflV) werden folgende Zielsetzungen verfolgt:

- Verlängerung des Erlösabzugsverfahrens für Fallpauschalen und Sonderentgelte um zwei Jahre (§ 12 Abs. 2),
- Stärkung der Selbstverwaltung durch Verschlinkung der Verordnung (z. B. Übertragung von Abrechnungsregeln für Fallpauschalen und Sonderentgelte),
- Bereinigung von Abrechnungsproblemen bei bestimmten Fallpauschalen und Sonderentgelten,
- Lockerung der Budgetbindung der Krankenhäuser bei ausländischen Patienten, die zur Behandlung in die Bundesrepublik Deutschland einreisen,
- Verbesserung der Rahmenbedingungen für Qualitätssicherungsmaßnahmen,
- Klarstellung zur pauschalen Budgetabsenkung wegen Fehlbelegung.

Zur Umsetzung dieser Zielsetzungen sind vorgesehen:

- Redaktionelle Folgeänderungen aus der Übertragung der Fallpauschalen- und Sonderentgelt-Kataloge an die Selbstverwaltung;
- Verlagerung von Detailregelungen zur Abrechnung von Fallpauschalen und Sonderentgelten aus dem Verordnungstext in die Entgeltkataloge. Damit kann die Selbstverwaltung diese Regelungen dem jeweiligen Entwicklungsstand der Entgeltkataloge anpassen, ohne daß - wie bisher - ein Verordnungsverfahren erforderlich wird;
- Konkretisierung der Vorgaben zur Abrechenbarkeit von Sonderentgelten neben einer Fallpauschale oder einem anderen Sonderentgelt, zur Zuordnung der Patienten zu den Entgelten (Rangfolge von OPS-301, ICD-9 und textlicher Definition; entsprechende Diagnose);

- Teilung der bisherigen Fallpauschalen für die Bereiche Orthopädie und Herzchirurgie in jeweils eine Fallpauschale für die Akutbehandlung und eine Fallpauschale für die Nachbehandlung im Krankenhausbereich. Damit sollen Abrechnungsprobleme behoben werden, die z. B. im Zusammenhang mit Frühverlegungen in Rehabilitationseinrichtungen oder bei der „Zusammenarbeit“ von Krankenhäusern (§ 14 Abs. 5 Satz 2 und 3) aufgetreten sind;
- Neuvorgabe der Transplantations-Fallpauschalen, die zum 31. Dezember 1997 planmäßig auslaufen (vgl. 3. ÄndV);
- Detailregelungen, die aufgrund der inzwischen gewonnenen Erfahrungen mit der neuen Bundespflegesatzverordnung 1995 angezeigt sind;
- Sicherstellung der Finanzierung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Fallpauschalen und Sonderentgelten durch eine verbindliche Vorgabe für die Vereinbarung von QS-Zuschlägen;
- die Budgetbindung der Krankenhäuser einschließlich der Bindung an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird bei ausländischen Patienten, die zur Behandlung in die Bundesrepublik Deutschland einreisen, durch folgende Änderungen gelockert:
 - Einführung eines Wahlrechts des Krankenhauses, die Leistungen für diese Patienten außerhalb des Budgets nach § 12 BPfIV abzurechnen, damit verbunden
 - die Ausgliederung der entsprechenden Kosten für die stationäre Versorgung, wahlärztliche Leistungen und für Ein- und Zweibettzimmer aus dem Budget mit der Folge, daß hierüber mit den Krankenkassen nicht mehr verhandelt wird, und
 - der Wegfall von Erlösausgleichen für entsprechende Pflegesätze.

Der Grundsatz der Einheitlichkeit der Pflegesätze auch für diese Patienten (§ 17 Abs. 1 Satz 1 KHG) bleibt durch die Änderungsverordnung unberührt;

- Klarstellung in § 28 Abs. 3 BPfIV, daß bei der pauschalen Budgetabsenkung wegen Fehlbelegung nach § 17 a Abs. 3 KHG gleichbleibend (nicht kumulativ) 1 % abzuziehen sind und die Regelung auf die Jahre 1997 bis 1999 begrenzt ist.

II. Kosten

Die Verordnung verlängert bestehende Verfahren, stellt bestehende Abrechnungsregeln klar oder überträgt andere Abrechnungsregeln in die Verantwortung der Selbstverwaltung, führt Folgeänderungen auf Grund der Vorgaben des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes aus und ändert einzelne Positionen der Entgeltkataloge für Fallpauschalen und Sonderentgelte. Änderungen von Abrechnungsvorschriften und Entgelten sind regelmäßig mit Verwaltungs-

aufwand verbunden, dessen Umfang jedoch gering ist. Meßbare Auswirkungen auf die Ausgaben der Krankenhäuser und Krankenkassen sind nicht zu erwarten. Die Änderung der bereits bestehenden Finanzierungsvorschrift für Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Fallpauschalen und Sonderentgelten in eine verbindliche Vorgabe sichert die kontinuierliche Finanzierung der Verwaltungsaufwendungen für die Qualitätssicherung und damit deren flächendeckende Anwendung. Hierüber schließen die Parteien der Selbstverwaltung Verträge. Mehrkosten der Qualitätssicherung werden mittelfristig durch die Effektivitätsverbesserungen mindestens ausgeglichen, z. B. durch eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Die finanziellen Auswirkungen im einzelnen sind im Vorhinein nicht quantifizierbar.

Die Entgelte für Krankenhausleistungen werden durch die Verordnung insgesamt nicht verändert. Daher entstehen Bund, Ländern und Gemeinden keine zusätzlichen Kosten.

Den Wirtschaftspartnern von Krankenhäusern und Krankenkassen entstehen aufgrund der Verordnung ebenfalls keine zusätzlichen Kosten. Insofern hat die Verordnung auch keine Auswirkungen auf Einzelpreise, das allgemeine Preisniveau und insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau.

B. Einzelbegründung

Zu Artikel 1

Artikel 1 ändert die Bundespflegesatzverordnung.

Zu Nummer 1

Die Vorschrift führt ein Wahlrecht des Krankenhauses ein, Leistungen für ausländische Patienten, die zum Zwecke der Krankenhausbehandlung in die Bundesrepublik Deutschland einreisen, außerhalb des Budgets nach § 12 BPflV abzurechnen. Bei Ausübung dieses Wahlrechts werden die Kosten und die Erlöse für die Behandlung dieser Patienten aus dem Budgetbereich und damit auch aus dem Verhandlungsbereich der Krankenkassen herausgenommen. Entsprechende Änderungen werden durch Nummer 4 Buchstabe b, Nummer 6 Buchstabe d Doppelbuchstabe dd und Nummer 7 Buchstabe c vorgenommen. Der Grundsatz der Einheitlichkeit der Pflegesätze wird durch diese Regelung jedoch nicht außer Kraft gesetzt (§ 17 Abs.1 Satz 1 KHG). Das Krankenhaus muß die Behandlungskosten durch die Erlöse aus den mit den Krankenkassen verhandelten Pflegesätzen oder den Fallpauscha-

len und Sonderentgelten sowie aus Wahlleistungserlösen decken. Die Mehr- oder Mindererlös-Ausgleiche nach § 11 Abs. 8 und § 12 Abs. 4 entfallen. Mehrerlöse aufgrund einer höheren Zahl von Patienten verbleiben somit in vollem Umfang dem Krankenhaus. Erläuterungen zur Kostenausgliederung werden zu Nummer 4 Buchstabe b gegeben. Ziel dieser Regelung ist die Schaffung von Anreizen, die internationale Nachfrage nach deutschen Krankenhausleistungen besser zu nutzen und auf diesem Wege vorhandene Kapazitäten besser auszulasten, Arbeitsplätze zu sichern und neue Finanzquellen zu erschließen. Nicht unter diese Regelung fallen Ausländer, die z. B. während einer Geschäftsreise oder eines Urlaubs erkranken oder die in der Bundesrepublik wohnen oder versichert sind.

Zu Nummer 2

Aufgrund eines Änderungsantrags des Bundesrates wurde mit der „Verordnung zur Neuordnung des Pflegesatzrechts“ vom 26. September 1994 das Inkrafttreten von § 5 vom 1. Januar 1995 auf den 1. Januar 1998 verschoben. Nummer 1 paßt den bisher vorgesehenen Termin für die Vereinbarung des Krankenhausvergleichs, der vom Bundesrat nicht geändert wurde, an dieses verschobene Inkrafttreten an.

Zu Nummer 3

Um den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu wahren, begrenzt § 6 die Entgelthöhe für Fallpauschalen und Sonderentgelte. Sie darf nur im Rahmen der voraussichtlichen Entwicklung der sog. Grundlohnrate erhöht werden. Gleiches gilt auch für das Krankenhausbudget, wenn nicht Leistungsentwicklungen eine höhere Anhebung der Budgets erfordern. Die für die Begrenzung maßgebliche Veränderungsrate ist von den Spitzenverbänden der Krankenkassen, dem Verband der privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemeinsam zu schätzen. Da die Schätzung der Grundlohnrate für das folgende Jahr schwierig ist, ist mit Fehlschätzungen der Vertragsparteien zu rechnen. Buchstabe a läßt deshalb zu, daß bei der Vereinbarung der Veränderungsrate auch Fehlschätzungen aus vergangenen Jahren ganz oder teilweise berichtigt werden können. Um eine solche Berichtigung vorzunehmen, können die Vertragsparteien von der voraussichtlichen Grundlohnrate abweichende Vereinbarungen treffen. Die Berücksichtigung einer Fehlschätzung durch die Schiedsstelle ist ausgeschlossen.

Die Trennung der Fallpauschalen und Sonderentgelte vom Budgetbereich führt zu einer rechentechnischen Veränderung des verbleibenden Rest-Budgets. Buchstabe b bestimmt, daß solche Auswirkungen unabhängig von der nach Absatz 1 vereinbarten Veränderungsrate (sog. Grundlohnentwicklung) zu berücksichtigen sind. Wird das Rest-Budget durch einen geringeren Abzug rechentechnisch erhöht, kann es entsprechend auch oberhalb der

Veränderungsrate vereinbart werden. Wird es durch einen höheren Abzug abgesenkt, ist die Obergrenze der Veränderungsrate entsprechend abzusenken. Die Veränderungen der Abzugsbeträge für Fallpauschalen und Sonderentgelte ergeben sich aus einem Vergleich dieser Beträge mit den Vorjahresbeträgen (Abschnitt K 5 lfd. Nr. 10 und 11 der Anlage 3).

Zu Nummer 4

Buchstabe a streicht die Angabe „Q“, weil dieses Kapitel in der Gebührenordnung für Ärzte inzwischen entfallen ist.

Für den Fall, daß das Krankenhaus Leistungen für bestimmte ausländische Patienten außerhalb des Budgetbereichs abrechnet (vgl. zu Nummer 1), bestimmt Buchstabe b, daß abweichend von den pauschalierten Ausgliederungen nach § 7 Abs. 2 Satz 2 die tatsächlich für diese Patienten entstehenden Kosten auszugliedern sind. Entsprechend der Verfahrensweise bei der Ausgliederung sonstiger nicht pflegesatzfähiger Kosten sind diese Kosten bereits vor Erstellung der Verhandlungsunterlage für die Pflegesatzverhandlungen (der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung) abzuziehen (Nettoprinzip). Ebenfalls nach dem Nettoprinzip sind die Kosten für die Behandlung dieser Patienten im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen auszugliedern. Um eine ggf. aufwendig Kostenermittlung zu vermeiden, können die Vertragsparteien der Pflegesatzvereinbarung anstelle der Kostenausgliederung einen einmaligen Erlösabzug vereinbaren.

Zu Nummer 5

Die bestehende Vorschrift wird redaktionell an den Stand der Entgeltkataloge angepaßt. Darüber hinaus wird das bisherige, schwer abgrenzbare Kriterium „gesundes“ Neugeborenes ersetzt durch das formale Kriterium der „Verlegung“ des Neugeborenen von der Säuglingsstation. Die Regelung übernimmt damit das Kriterium, das auch für die Leistungsdefinition der Neugeborenen-Fallpauschale verwendet wird. Ein Neugeborenes gilt für die Zwecke der Pflegesatzabrechnung somit als „krank“, wenn es verlegt wird. In diesem Fall wird es als eigenständiger Patient geführt, für den eigenständig Pflegesätze abgerechnet werden.

Zu Nummer 6 Buchstabe a und b

Redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Übertragung der Entgeltkataloge für Fallpauschalen und Sonderentgelte auf die Selbstverwaltung.

Zu Nummer 6 Buchstabe c

Qualitätssicherungsmaßnahmen sind von besonderer Bedeutung im Zusammenhang mit Fallpauschalen und Sonderentgelten. Um die Finanzierung solcher Maßnahmen sicherzustellen, wird die Vereinbarung entsprechender Zuschläge zu den Entgelten verbindlich vorgegeben.

Zu Nummer 6 Buchstabe d

Der Erlösausgleich für Fallpauschalen und Sonderentgelte nach § 11 Abs. 8 steht in Zusammenhang mit dem Erlösabzugsverfahren nach § 12 Abs. 2. Die Vorschrift des Doppelbuchstaben aa paßt Satz 1 an die Verlängerung des Erlösabzugsverfahrens um zwei Jahre an; vgl. zu Nummer 7 Buchstabe a.

Doppelbuchstabe bb streicht den Satz 3. Damit wird die bisherige Koppelung des Erlösausgleichs nach § 11 Abs. 8 mit der Berichtigung des Budgetausgleichs nach § 12 Abs. 5 aufgehoben. Nähere Erläuterungen werden zu Nummer 7 Buchstabe d gegeben.

Doppelbuchstabe cc verlängert die Geltungsdauer der Sondervorschrift für Fallpauschalen und Sonderentgelte in der Transplantationsmedizin. Damit können die Vertragsparteien „vor Ort“ abweichende Ausgleichssätze vereinbaren und so ggf. bestehende Besonderheiten bei der Behandlung der Patienten berücksichtigen.

Doppelbuchstabe dd bestimmt, daß der Mehr- oder Mindererlösausgleich nach § 11 Abs. 8 nicht gilt für Erlöse aus der Behandlung bestimmter ausländischer Patienten; vgl. die Erläuterungen zu Nummer 1.

Zu Nummer 7 Buchstabe a

§ 12 Abs. 2 BPfIV regelt die Übergangsphase bei der Einführung der neuen pauschalierten Entgelte. In den Jahren 1995 bis 1997 werden die Fallpauschalen und Sonderentgelte von dem Gesamtbudget abgezogen, das die Krankenkassen mit dem Krankenhaus vereinbaren (Erlösabzugsverfahren). Der nach dem Abzug verbleibende Betrag wird als Budget nach § 12 vereinbart und mit tagesgleichen Pflegesätzen nach § 13 gegenüber den Patienten oder deren Krankenkassen abgerechnet. Das Erlösabzugsverfahren mildert in Verbindung mit dem Erlösausgleich nach § 11 Abs. 8 in der Übergangsphase Fehlschätzungen von Leistungsarten und -mengen ab. Es neutralisiert darüber hinaus grundsätzlich die bundes-/landesweit festgelegte Entgelthöhe der Fallpauschalen und Sonderentgelte, so daß eine ggf. zu hoch festgelegte Entgelthöhe nicht zu Mehrausgaben der Krankenkassen und eine ggf. zu niedrige Entgelthöhe nicht zu Verlusten der Krankenhäuser führt.

Doppelbuchstabe aa verlängert diese Übergangsphase um zwei Jahre bis Ende 1999. Damit wird der Selbstverwaltung, der mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz vom 23. Juni 1997 die Verantwortung für die Weiterentwicklung des neuen Entgeltsystems übertragen wurde (§ 17 Abs. 2a KHG), zwei Jahre Zeit gegeben, um die inzwischen mit den neuen Entgelten gewonnenen Erfahrungen umzusetzen. Dies können Änderungen der Leistungsdefinitionen und der Entgelthöhen sein.

Doppelbuchstabe bb ermöglicht der Selbstverwaltung, bei der Einführung neuer Fallpauschalen und Sonderentgelte jeweils eine zweijährige Übergangsphase mit Erlösabzugsverfahren zu vereinbaren. Damit können nicht nur die Risiken der Einführung verringert, sondern auch die Einführung neuer Entgelte beschleunigt werden. Voraussetzung für einen Erlösabzug ist lediglich die Kenntnis der entsprechenden Leistungsmengen, Voraussetzung einer Kostenausgliederung und damit einer endgültigen Abtrennung vom Budgetbereich eine zusätzliche detaillierte Kostenkalkulation.

Zu Nummer 7 Buchstabe b

Mit Doppelbuchstabe aa wird die Vorschrift des Absatzes 3 zur Kostenausgliederung der Entgelte und damit zur endgültigen Trennung vom Budgetbereich redaktionell an die Verlängerung des Erlösabzugsverfahrens angepaßt.

Doppelbuchstabe bb streicht Satz 3. Sein Inhalt ist durch die Umformulierung des Satzes 1 ersetzt worden.

Zu Nummer 7 Buchstabe c

Die Ergänzung des Absatzes 4 Satz 1 stellt klar, daß Pflegesatzerlöse aus der Behandlung bestimmter ausländischer Patienten (vgl. § 3 Abs. 4) sowie Zu- und Abschläge nach § 21 Abs. 2 Satz 1 nicht in den Mehr- oder Mindererlösausgleich einbezogen werden, der die Einhaltung des flexiblen Budgets nach § 12 gewährleisten soll. Die Pflegesatzerlöse für die bestimmten ausländischen Patienten werden nicht ausgeglichen, die Zu- und Abschläge werden gesondert ausgeglichen (§ 21 Abs. 2)

Zu Nummer 7 Buchstabe d

Das gegenwärtigen Entgeltsystem ist ein Mischsystem, bei dem Krankenhausleistungen einerseits über das Krankenhausbudget und andererseits über die neuen Fallpauschalen und Sonderentgelte vergütet werden. Verlagert sich die Nutzung der Krankenhauskapazitäten, die den beiden Entgeltbereichen zugeordnet worden sind, von dem einen in den anderen Bereich, kann es zu einer Doppelfinanzierung oder einer Nichtfinanzierung von Fixkosten kommen, die nicht erwünscht ist. In diesen Fällen wirkt der bereits im Jahr 1986 eingeführte Budgetausgleich nach § 12 Abs. 4 (flexible Budgetierung) falsch. Er gleicht Tatbestände aus, die nicht ausgeglichen werden sollten. Diese Fehlfunktion wird durch die Vorschrift des § 12 Abs. 5 berichtigt. Der geltende Absatz 5 wird vereinfacht. Es wird lediglich vorgeschrieben, daß Absatz 4 nicht angewendet wird, wenn in bestimmten Fällen die Kapazitäten des Budgetbereichs anders als geplant genutzt werden.

Entsprechend der bisherigen Vorgabe des § 12 Abs. 5 gilt die Neuregelung nur für Fälle einer „gegenläufigen Entwicklung“ der Fallzahlen im Budgetbereich einerseits und im Fallpauschalenbereich andererseits. Diese ist gegeben, wenn im Pflegesatzzeitraum die Fallzahl im Budgetbereich sinkt und die Fallzahl im Fallpauschalenbereich steigt oder wenn die Fallzahl im Budgetbereich steigt und die Fallzahl im Fallpauschalenbereich sinkt. In diesen Fällen wird der Ausgleich nach Absatz 4 partiell nicht durchgeführt. Eine „gegenläufige Entwicklung“ liegt nicht vor, wenn der Entwicklung in einem Bereich entweder keine Entwicklung oder eine Entwicklung in die gleiche Richtung im anderen Bereich gegenübersteht. In diesen Fällen wird der Ausgleich nach Absatz 4 vollständig durchgeführt.

Das Nähere zur Umsetzung können die Vertragsparteien „vor Ort“ prospektiv vereinbaren. Dabei können sie z. B. eine Aussetzung des Absatzes 4, eine Berichtigung wie sie bisher vorgeschrieben war oder auch eine einfachere umsatzorientierte Regelung vereinbaren. Die Verbände auf der Bundesebene sollen durch entsprechende Empfehlungen den Vertragsparteien Hilfestellung geben.

Zu Nummer 8

Für einen abschließenden Katalog „besonderer Einrichtungen“, das sind abgrenzbare Organisationseinheiten“ unterhalb der Abteilungsebene, können gesonderte Abteilungspflegesätze vereinbart werden. Diese Katalog wird durch Buchstabe a erweitert um die Behandlung von mucoviszidosekranken Patienten. Eine darüber hinausgehende Erweiterung des Kataloges oder eine generelle Öffnung wird nicht vorgenommen, um die Aussagefähigkeit der Krankenhausvergleiche nach § 5 nicht zu beeinträchtigen.

Buchstabe b nimmt eine redaktionelle Anpassung aufgrund der Übertragung der Entgeltkataloge an die Selbstverwaltung vor.

Zu Nummer 9 Buchstabe a

Bei Patienten, die über den Jahreswechsel im Krankenhaus liegen, stellt sich die Frage, ob die Fallpauschalen und Sonderentgelte zum Punktwert des alten oder des neuen Jahres in Rechnung gestellt werden können. Die Vorschrift stellt klar, daß für die Höhe der Entgelte der Punktwert maßgebend ist, der am Tag der Aufnahme des Patienten gilt.

Zu Nummer 9 Buchstabe b

Zur Vermeidung von Doppelzahlungen bei selbstzahlenden Patienten bestimmt § 14 Abs. 2 Satz 3, daß bei Abrechnung eines operativen Sonderentgelts der Abteilungspflegesatz der jeweils operierenden Abteilung für alle Patienten um 20 Prozent gekürzt wird. Da die Entscheidung, bei welchen Abteilungen zu kürzen oder nicht zu kürzen ist, von Krankenkassen und Krankenhäusern als zu aufwendig angesehen wird, vereinfacht Doppelbuchstabe aa die Abrechnung. Die Kürzung wird auf alle Sonderentgelte und alle Abteilungen ausgedehnt, mit Ausnahme der Intensivmedizin, der neonatologischen Intensivbehandlung und der Psychiatrie. Im Hinblick auf Patienten mit langer Verweildauer im Krankenhaus wird der Abschlag auf 12 Tage begrenzt.

Doppelbuchstabe bb stellt klar, daß ein teilstationärer Pflegesatz für Dialysepatienten nur dann nicht zusätzlich berechnet werden kann, wenn die Behandlung des Nierenversagens die Hauptleistung für den Patienten ist. Dagegen kann z. B. bei einem Nierenversagen infolge einer Operation der Dialysepflegesatz abgerechnet werden.

Doppelbuchstabe cc nimmt eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Übertragung der Entgeltkataloge für Fallpauschalen und Sonderentgelte an die Selbstverwaltung vor.

Zu Nummer 9 Buchstabe c und d

Redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Übertragung der Entgeltkataloge für Fallpauschalen und Sonderentgelte an die Selbstverwaltung. Die Regelung des Absatzes 3 Satz 3 wird in den Absatz 6 Satz 2 verlagert (vgl. Buchstabe f Doppelbuchstabe bb Nr. 2). Darüber hinaus werden die Abrechnungsregeln des Absatzes 4 Satz 1 und 2 aus dem Verordnungstext herausgenommen und in die Entgeltkataloge übertragen (vgl. Nummer 20 Buchstabe a).

Zu Nummer 9 Buchstabe e

Die bisher in § 14 Abs. 5 Satz 2 und 3 enthaltene Vorschrift zur Zusammenarbeit von Krankenhäusern bei der Behandlung von Fallpauschalen-Patienten wird in einen neuen Absatz 11 verlagert (vgl. Buchstabe h).

Zu Nummer 9 Buchstabe f und g

Redaktionelle Änderungen aufgrund der Übertragung der Entgeltkataloge für Fallpauschalen und Sonderentgelte an die Selbstverwaltung sowie Übertragung von Abrechnungsbestimmungen aus dem Verordnungstext in die Entgeltkataloge.

Zu Nummer 9 Buchstabe h

Die bisher in § 14 Abs. 5 Satz 2 und 3 enthaltene Vorschrift zur Zusammenarbeit von Krankenhäusern bei der Behandlung von Fallpauschalen-Patienten (vgl. Buchstabe e) wird in einen neuen Absatz 11 verlagert und neu gefaßt. Die Vorschrift bestimmt, daß eine Fallpauschale zwischen Krankenhäusern aufzuteilen ist, wenn mehrere Krankenhäuser an der Behandlung beteiligt sind und der Patient verlegt wird. Sie stellt klar, daß eine „Zusammenarbeit“ im Sinne der Verordnung nur dann vorliegt, wenn diese auf Dauer angelegt ist. Eine Aufteilung der Fallpauschalen in Einzelfällen würde einen zu großen Aufwand bei der Einigung der beteiligten Krankenhäuser über die Aufteilung der Fallpauschale verursachen und in der Praxis kaum durchführbar sein. Darüber hinaus wird auch klargestellt, daß der Abschluß eines entsprechenden Vertrages nicht Voraussetzung für eine Zusammenarbeit ist, es also auf die faktische Zusammenarbeit ankommt (konkludentes Handeln). Ob eine Zusammenarbeit im Sinne des Absatzes 11 vorliegt oder nicht, entscheidet darüber, ob eine Fallpauschale oder tagesgleiche Pflegesätze und ein Sonderentgelt abgerechnet werden. Da sich hieraus Auswirkungen auf die Höhe des Krankenhausbudgets ergeben, müssen sich die Vertragsparteien „vor Ort“ in dieser Frage einigen.

Zu Nummer 9 Buchstabe i

Die Vorschrift des bisherigen § 15 zur Unterrichtung der Patienten über die Pflegesätze wird in den § 14 Abs. 12 verlagert. Aufgrund der neuen Vorschrift des § 305 Abs. 2 SGB V zur Unterrichtung der gesetzlich versicherten Patienten wird die zusätzliche Verpflichtung zur Unterrichtung dieser Patienten nach Absatz 11 auf die Fälle begrenzt, in denen der Patient diese Unterrichtung verlangt. Die Verpflichtung zur Unterrichtung selbstzahlender Patienten bleibt in bisherigem Umfang bestehen, da diese Patienten persönlich einen Vertrag über die

Krankenhausbehandlung abschließen und ggf. mit einer hohen Belastung zu rechnen haben.

Zu Nummer 10 und 11

In den vierten Abschnitt der Verordnung wird ein neuer § 15 eingeführt, der die auf Bundesebene zu treffenden Vereinbarungen zusammenfaßt und ergänzt.

Absatz 1 gibt einen Überblick über die Regelungstatbestände, die den Spitzenverbänden der Krankenkassen, dem Verband der privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Vereinbarung zugewiesen wurden.

Absatz 2 Nummer 1 enthält die Verpflichtung zur Vereinbarung von Datensätzen zur Übermittlung der Diagnose- und Operationsstatistik der Krankenhäuser. Die Vorschrift wurde mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz in den § 17 Abs. 4 Satz 5 eingefügt. Sie wird nun in den neuen § 15 verlagert. Nummer 2 schreibt demgegenüber neu die Vereinbarung solcher Datensätze auch für die übrigen Teile der Verhandlungsunterlage „Leistungs- und Kalkulationsaufstellung“ (LKA) vor. Über die Definition einheitlicher Schnittstellen soll die reibungslose Übergabe der heute weitestgehend mit Computerprogrammen erstellten LKA an die Krankenkassen ermöglicht werden. Nummer 2 enthält jedoch keine Verpflichtung der Krankenhäuser zu einer solchen Übergabe; hier vertraut der Verordnungsgeber auf die Vernunft der Beteiligten.

Absatz 3 gibt einige Grundregeln für die Vereinbarung und Weiterentwicklung der Entgeltkataloge sowie deren Veröffentlichung durch die Selbstverwaltung vor. Er läßt die Möglichkeit offen, sowohl leistungs- als auch diagnoseorientierte Fallpauschalen zu entwickeln. Darüber hinaus werden die Vertragsparteien zur laufenden sachgerechten Anpassung der Entgelte an medizinische und medizinisch-technische Entwicklungen sowie an Kostenentwicklungen verpflichtet.

Zu Nummer 12

Buchstabe a nimmt redaktionelle Änderungen aufgrund der Übertragung der Entgeltkataloge an die Selbstverwaltung vor.

Buchstabe b Doppelbuchstabe aa verschiebt die Frist für die Vereinbarung der landesweit gültigen Punktwerte vom 31. August auf den 15. Oktober. Die Verschiebung wurde erforderlich, weil die bei der Vereinbarung zu berücksichtigende Veränderungsrate nach § 6 Abs. 1 (Grundlohnentwicklung) erst zum 30. September auf der Bundesebene vereinbart

werden muß. Die Klarstellungen durch Doppelbuchstabe bb und Buchstabe c sind nach Schaffung der neuen Bundesschiedsstelle nach § 18 a Abs. 6 KHG erforderlich.

Zu Nummer 13

Aufgrund der Verlängerung des Erlösabzugsverfahrens wird die bisherige Frist für die Anwendung der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (LKA) aufgehoben. Damit entfällt die Notwendigkeit, zum Ende der Übergangsphase in das neue Entgeltsystem allein wegen Fristablaufs eine neue LKA vorgeben zu müssen. Stattdessen bestimmt Buchstabe a, daß die LKA ab dem Jahr 2001, d. h. nach der Kostenausgliederung von Fallpauschalen und Sonderentgelten, nur noch für die Verhandlung des Budgetbereichs nach § 12 aufzustellen ist. Entsprechend der gegenwärtigen Rechtslage verhandeln die Vertragsparteien „vor Ort“ ab diesem Zeitpunkt nicht mehr über Fallpauschalen und Sonderentgelte.

Buchstabe b führt eine redaktionelle Änderung durch. Aufgrund einer entsprechenden Änderung in § 301 Abs. 2 SGB V wird das Wort „fünfstelligen“ gestrichen. Der Operationenschlüssel OPS-301 enthält nun auch sechsstellige Schlüssel, soweit dies für die Definition der Fallpauschalen und Sonderentgelte erforderlich war.

Die durch Buchstabe c gestrichene Regelung zur Vereinbarung eines einheitlichen Datenaufbaus wurde in den neuen § 15 Abs. 2 verlagert.

Buchstabe d gibt vor, daß den Krankenkassen im Jahr der Kostenausgliederung der Fallpauschalen und Sonderentgelte neben der Kalkulationsaufstellung „K8“ auch die Erlösaufstellungen „V2“ und „V3“ der LKA vorzulegen sind. Nur in diesen Aufstellungen werden als Zeitreihe die im abgelaufenen Pflegesatzzeitraum abgerechneten Entgelte und die der letzten Vereinbarung zugrunde liegenden Leistungsmengen aufgezeigt.

Die Leistungen für ausländische Patienten, die zur Behandlung in die Bundesrepublik Deutschland einreisen, sollen künftig auf Verlangen des Krankenhauses außerhalb des Budgets nach § 12 vergütet werden. Nähere Erläuterungen werden unter Nummer 1 gegeben. Wenn ein Krankenhaus das entsprechende Wahlrecht nach § 3 Abs. 4 nutzt, werden die Kosten, die bisher für die Behandlung dieser Patientengruppe in den Budgets enthalten war, einmalig aus dem Budget ausgegliedert. Dem entsprechend werden auch die Leistungen (Zahl der Fälle, Verweildauer, Diagnosen, Operationen) nicht mehr in der normalen Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (LKA) ausgewiesen. Um jedoch den Krankenkassen sowie der für die Genehmigung der Pflegesätze und die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde einen Überblick über den Umfang solcher Behandlungen - auch im Hinblick auf die Erfüllung des Versorgungsauftrags - zu geben, bestimmt Buchstabe e, daß entspre-

chende Leistungen gesondert nach den Vorgaben des neuen Anhangs 3 zur LKA auszuweisen sind.

Zu Nummer 14

Eine vorläufige Pflegesatzvereinbarung nach § 18 Abs. 1 war bisher nur zulässig, wenn das vorläufige Budget mindestens in Höhe des zuletzt vereinbarten Budgets vereinbart wurde. In der Praxis hat sich gezeigt, daß diese Vorschrift nicht länger aufrechterhalten werden kann, weil dadurch vorläufige Pflegesatzvereinbarungen auch bei den Krankenhäusern verhindert werden, bei denen aufgrund zurückgehender Leistungen klar ist, daß nur ein niedrigeres Budget leistungsgerecht wäre. Satz 2 wird deshalb gestrichen.

Zu Nummer 15

Die Klarstellung durch Buchstabe a ist nach Schaffung der neuen Bundesschiedsstelle nach § 18 a Abs. 6 KHG erforderlich.

Buchstabe b paßt § 19 Abs. 3 an geänderte Regelungen an. Die Schiedsstelle entscheidet nicht über die Berücksichtigung einer Fehlschätzung der Veränderungsrate nach § 6 Abs. 1 (sog. Grundlohnsumme) und nicht über die Möglichkeit einer Berichtigung des Ausgleichs nach § 12 Abs. 5.

Zu Nummer 16

Bei einer verspäteten Vereinbarung von Pflegesätzen werden Mehr- oder Mindererlöse aufgrund der Weiterberechnung der Pflegesätze des Vorjahres durch Zu- oder Abschläge nach § 21 Abs. 2 auf die im restlichen Pflegesatzzeitraum zu erhebenden neuen Pflegesätze verrechnet. Zur Ermittlung der Zu- und Abschläge ist die Zahl der voraussichtlich anfallenden Berechnungstage vorzuschätzen. Fehlschätzungen führen dazu, daß der vereinbarte Ausgleichsbetrag nicht erreicht wird. Die Vorschrift stellt klar, daß Differenzen zwischen der Vereinbarung und den tatsächlich eingetretenen Erlösen aus Zu- und Abschlägen gesondert und vollständig über das nächste Budget ausgeglichen werden.

Die Zu- und Abschläge werden somit in diesem Pflegesatzzeitraum einmalig nicht in den Budgetausgleich nach § 12 Abs. 4 einbezogen; vgl. zu Nummer 6 Buchstabe c Doppelbuchstabe aa. Anders ist dies im folgenden Pflegesatzzeitraum, in dessen Budget der Ausgleichsbetrag nach § 21 Abs. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz einbezogen wird; die Einbeziehung in das Budget und damit in die Pflegesätze führt dazu, daß nur noch der Ausgleich nach § 12 Abs. 4 durchgeführt wird.

Zu Nummer 17

Redaktionelle Folgeänderung aus der Übertragung der Entgeltkataloge an die Selbstverwaltung.

Zu Nummer 18

Mit den Buchstaben a bis c werden in § 26 redaktionelle Folgeänderungen aus der Übertragung der Entgeltkataloge an die Selbstverwaltung durchgeführt.

Buchstabe d erlaubt es, Modellvorhaben nach § 26 auch zur Weiterentwicklung bereits bestehender, verbindlich vorgegebener Fallpauschalen und Sonderentgelte durchzuführen und somit von den bundes- oder landesweit gültigen Entgeltkatalogen abzuweichen. Voraussetzung ist jedoch, daß die für den jeweiligen Entgeltkatalog zuständigen Vertragsparteien auf der Bundes- oder Landesebene diesem Modellversuch zustimmen.

Zu Nummer 19

Nachdem der schwierige Übergang vom alten Recht auf die neue Bundespflegesatzverordnung 1995 erfolgt ist, kann die Verordnung von den meisten der umfangreichen Übergangsvorschriften des § 28 entlastet werden.

Buchstabe a Satz 1 stellt klar, daß Ausgleichsansprüche aus bereits abgelaufenen Kalenderjahren aufgrund des zum jeweiligen Zeitpunkt geltenden Rechts auch dann zu verwirklichen sind, wenn die entsprechende Rechtsgrundlage inzwischen gestrichen worden ist.

Satz 2 nimmt eine Klarstellung vor: Die Tarifvertragsparteien des BAT haben mit Wirkung zum 1. Oktober 1995 eine Anpassung des Bemessungssatzes für die tariflichen Bezüge im Tarifgebiet Ost von 82 v.H. auf 84 v.H. des Tarifgebiets West vereinbart. Aufgrund des § 1 Abs. 1 Satz 2 des Gesetzes zur Stabilisierung der Krankenhausaussgaben 1996 vom 29. April 1996 (BGBl. I S. 654) sind die dadurch im Jahr 1996 entstehenden Mehrkosten bei der Vereinbarung des Gesamtbetrags zugunsten der Krankenhäuser in den neuen Ländern einzubeziehen. Mit Art. 10 Nr. 1 des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520, 1532 f.) wurde bestimmt, daß der Gesamtbetrag nicht höher sein darf als die Berechnungsgrundlage nach § 2 des Gesetzes zur Stabilisierung der Krankenhausaussgaben 1996, erhöht um 1,106 v.H. im Beitrittsgebiet und 0,855 v.H. im übrigen Bundesgebiet. Dadurch sollte zugunsten der Krankenhäuser der Tatsache Rechnung getragen werden, daß die Tarifvertragsparteien am 20. Juni 1996 eine Einmalzahlung für 1996 verein-

bart haben, die nach der Protokollnotiz zu dieser Vereinbarung einer linearen Erhöhung von 1,106 v.H. im Beitrittsgebiet und 0,855 v.H. im übrigen Bundesgebiet entspricht. Dabei ist offen geblieben, wie hinsichtlich der Tarifvereinbarung zur Angleichung des Bemessungssatzes von 82 v. H. auf 84 v.H. zum 1. Oktober 1995 im Tarifgebiet Ost zu verfahren ist. Diese Unklarheit wird nunmehr beseitigt: Die von den Tarifvertragsparteien mit Wirkung zum 1. Oktober 1995 vereinbarte Anpassung des Bemessungssatzes im Tarifgebiet Ost ist zusätzlich zugunsten der Krankenhäuser zu berücksichtigen.

Die BAT-Angleichung Ost/West ist in den Pflegesatzvereinbarungen für die Krankenhäuser im Beitrittsgebiet durchgehend berücksichtigt worden. Für die Kostenträger war zu jeder Zeit offensichtlich, daß die finanzielle Mehrbelastung der Krankenhäuser infolge der BAT-Angleichung nicht ungedeckt bleiben sollte, vielmehr der damit verbundenen Kostenbelastung naturgemäß durch entsprechend höhere Pflegesätze Rechnung getragen werden muß. Demzufolge mußten die Kostenträger ohnehin mit der jetzigen Klarstellung rechnen.

Buchstabe b verlängert die Übergangsvorschrift für „alte“, noch krankenhausesindividuell vereinbarte Sonderentgelte. Da es der Selbstverwaltung auf Landesebene in drei Jahren nicht gelungen ist, sinnvolle Entgelte in einen landesweiten Entgeltkatalog zu überführen, soll durch diese Verlängerung sichergestellt werden, daß erhebliche Umsatzanteile nicht in das Krankenhausbudget zurückfallen, sondern weiterhin leistungsorientiert abgerechnet werden können. Mit der Verlängerung um ein Jahr erhält die Selbstverwaltung erneut Zeit, entsprechende Entgelte auf der Landes- oder Bundesebene zu vereinbaren. Dabei wird die bisherige Soll-Vorschrift durch eine Kann-Vorschrift ersetzt. Die Vorschrift wurde nicht um zwei Jahre verlängert, um zusätzliche Risiken der Krankenhäuser durch ein zeitliches Zusammentreffen eines Wegfalls krankenhausesindividuell vereinbarter Entgelte mit der endgültigen Kostenausgliederung der Fallpauschalen und Sonderentgelte zu vermeiden.

Buchstabe c stellt klar, daß die mit dem Beitragsentlastungsgesetz beschlossene pauschale Budgetkürzung zum Abbau von Fehlbelegungen gleichbleibend in Höhe von 1 Prozent durchzuführen ist. Auch über eine Basisabsenkung aufgrund der pauschalen Kürzung im Vorjahr soll keine indirekte kumulative Erhöhung des Abzugs erfolgen. Durch diese Klarstellung werden höhere Abzüge aufgrund einer krankenhausesindividuellen höheren Fehlbelegung nicht ausgeschlossen.

Buchstabe d streicht Übergangsvorschriften, die wegen Zeitablaufs nicht mehr benötigt werden.

Zu Nummer 20

Eine der Zielsetzungen dieser Verordnung ist es, auch die Abrechnungsregeln für Fallpauschalen und Sonderentgelte an die Selbstverwaltung zu übertragen und somit aus der Verordnung herauszunehmen. Buchstabe a fügt die Abrechnungsbestimmungen in den Entgeltkatalog für Fallpauschalen ein. Mit dem gesetzlichen Übergang der Entgeltkataloge an die Selbstverwaltung zum 1. Januar 1998 (§ 17 Abs. 2a Satz 8 KHG) gehen auch diese Abrechnungsregeln über. Sie können - ebenso wie die Entgelte - bereits zum 1. Januar 1998 von der Selbstverwaltung geändert werden.

Die zu vergütenden Leistungen sind in dem Entgeltkatalog durch den Operationenschlüssel, den Diagnoseschlüssel und die Textbeschreibung definiert. Wird bei der Zuordnung der Patienten zu den Leistungsdefinitionen fehlerhaft vorgegangen, wird ggf. das falsche Entgelt abgerechnet. Nummer 2 stellt deshalb klar, in welcher Rangfolge die Definitionen zueinander stehen und wie folglich vorgegangen werden muß.

Für die Behandlung in hauptamtlichen Abteilungen und in Belegabteilungen sind unterschiedlich hohe Entgelte vorgegeben worden. Ist sowohl eine hauptamtliche als auch eine belegärztlich geführte Abteilung an der Leistungserbringung beteiligt, stellt sich die Frage, welche Fallpauschale abzurechnen ist. Nummer 4 stellt klar, daß in diesen Fällen die Abteilung abrechnet und damit die Entgelthöhe bestimmt, die die Hauptleistung der Fallpauschale, derzeit meist die Operation, erbracht hat.

Die Fallpauschalen in den Bereichen Orthopädie und Herzchirurgie werden geteilt, um unterschiedlichen Versorgungsstrukturen gerecht zu werden. So kann ein Krankenhaus bei Patienten, die im Anschluß an eine Operation nach der Wundheilung entlassen werden, künftig nur noch die (Teil)-Fallpauschale für die operative Phase der Akutbehandlung (sog. A-Pauschale) abrechnen. Bei Patienten, die anschließend im Krankenhaus weiterbehandelt werden müssen, weil sie z. B. noch nicht rehabilitationsfähig sind, kann für die Weiterbehandlung eine sog. B-Pauschale abgerechnet werden. Nummer 5 enthält eine besondere Regelung für den Fall, daß diese Weiterbehandlung in demselben Krankenhaus erbracht wird. Da in diesem Fall sowohl die A-Pauschale als auch die B-Pauschale abgerechnet wird, wird die Grenzverweildauer im Anschluß an die A-Pauschale außer Kraft gesetzt und der Grenz-Verweildauer der B-Pauschale hinzugerechnet. Damit wird vermieden, daß ggf. zwischen den beiden Pauschalen zusätzlich tagesgleiche Pflegesätze abgerechnet werden müssen. Ebenso entfällt bei Komplikationen eine entsprechende Prüfung, ob der Patient sich noch in der A- oder der B-Pauschale befindet.

Die Fallpauschalen und Sonderentgelte für die Transplantation von Leber und Niere wurden bei ihrer Einführung mit der 3. Änderungsverordnung bis zum 31. Dezember 1997 befristet,

weil bereits damals die zuständigen medizinischen Fachgesellschaften eine stärkere Differenzierung der Leistungen und entsprechende Neukalkulationen forderten. Eine Neukalkulation dieser Entgelte konnte jedoch bisher nicht durchgeführt werden, weil entsprechende Leistungskataloge von den Fachgesellschaften nicht bereitgestellt werden konnten und Vereinbarungen mit der Selbstverwaltung über eine Aufnahme der Entgelte in den Landeskatalog nicht zustande gekommen sind. Um ein Zurückfallen dieser Leistungsbereiche in das Krankenhausbudget zu vermeiden, werden die Entgelte durch Buchstabe a Nummer 6 auf ein Jahr befristet neu vorgegeben. Dies ist allerdings nur möglich, weil in diesem Jahr das Erlösabzugsverfahren nach § 12 Abs. 2 die Entgelthöhe neutralisiert. Durch die befristete Neuvorgabe erhält die Selbstverwaltung einen angemessenen Verhandlungszeitraum.

Buchstabe b fügt die neue amtliche Abkürzung des Operationenschlüssels nach § 301 SGB V in die Entgeltkataloge ein.

Mit Buchstabe c werden Fallpauschalen geändert. Einige Fallpauschalen in der Orthopädie und der Herzchirurgie werden geteilt. Die Leistungsbeschreibungen dieser Entgelte und der Fallpauschalen für Neugeborene werden überarbeitet. Bei Schenkelhalsfrakturen wird für die Abrechnung von akutgeriatrischen Abteilungen eine Sonderregelung eingeführt.

Buchstabe d gibt die Fallpauschalen für Transplantationen, die mit der 3. Änderungsverordnung bis zum 31. Dezember 1997 befristet wurden, neu vor. Aufgrund einer Neukalkulation der Entgelte für die Herztransplantationen werden diese Entgelte differenziert abgesenkt.

Zu Nummer 21

Auch die Abrechnungsregeln für Sonderentgelte werden in den Entgeltkatalog übertragen und damit in die Verantwortung der Selbstverwaltung übergeben. Zur Begründung der Nummern 2 und 5 wird auf die Erläuterungen zu Nummer 20 verwiesen.

Nummer 3 verändert die Vorgaben für die zusätzliche Abrechnung von Sonderentgelten neben einer Fallpauschale oder einem anderen Sonderentgelt für den Fall, daß die durchgeführten Operationen an demselben Operationstermin vorgenommen werden. In diesem Fall entstehen für den zweiten Eingriff häufig nur relativ geringe zusätzliche Kosten, die nicht die Abrechnung eines zweiten Sonderentgelts rechtfertigen. Es wird deshalb bestimmt, daß ein zweites Sonderentgelt nur dann abgerechnet werden kann, wenn ein zweiter, gesonderter Operationszugang geschaffen werden muß. Dies ist z. B. bei der beidseitigen Leistenbruchoperation der Fall. Gleichwohl dürfte auch in diesen Fällen das zweite Entgelt höher sein als die zusätzlich entstehenden Kosten. Das Krankenhaus muß deshalb

weniger aufwendige zusätzliche Eingriffe ohne zusätzliche Abrechnung durchführen. Insgesamt gesehen dürften sich Über- oder Unterzahlungen ausgleichen. Soweit dies nicht der Fall ist, verweist Nummer 3 auf den Entgeltkatalog. Bei aufwendigen zusätzlichen Leistungen ohne gesonderten Operationszugang soll die Selbstverwaltung die zusätzliche Abrechnung eines Sonderentgelts über die Leistungsdefinition des jeweiligen Entgelts zulassen (Positivkatalog).

Zur Begründung der Buchstaben b bis d wird auf die entsprechenden Erläuterungen zu Nummer 20 verwiesen. Buchstabe c ändert die Sonderentgelte, deren Leistungsbeschreibungen überarbeitet werden. Bei den Sonderentgelten der Gruppen 20 und 21 werden außerdem Mehrfachabrechnungen eines Sonderentgeltes ausgeschlossen.

Zu Nummer 22 Buchstabe a bis g

Aufgrund der mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz und der 5. ÄndV vorgenommenen Änderungen sind auch Änderungen der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (LKA) nach Anlage 3 der BpflV erforderlich.

Buchstabe a ändert die Abschnitte „L 1“ und „L 3“ zu den Belegungsdaten des Krankenhauses und der Abteilungen. Doppelbuchstabe aa fügt eine neue Spalte 2 in die Abschnitte ein. Bei leistungsorientierten Pflegesatzverhandlungen ist es erforderlich, daß nicht nur die der letzten Pflegesatzvereinbarung zugrunde liegenden Daten ausgewiesen werden, sondern auch die tatsächliche Ist-Belegung des Krankenhauses transparent wird. Doppelbuchstabe cc gibt zwei neue Zeilen vor, mit denen vollstationär behandelte Patienten, die teilstationär weiterbehandelt werden (Ifd. Nr. 17), und Fallpauschalen-Fälle, in denen die Grenz-Verweildauer überschritten wird (Ifd. Nr. 20), ausgewiesen werden.

Buchstabe b schafft den erforderlichen Platz in den Abschnitten „L 1“ und „L 2“.

Buchstabe c stellt klar, daß die Zählung von Fällen und Verweildauern für die Diagnosestatistik „L 4“ nach den Regeln zu erfolgen hat, die für die Abschnitte „L 1“ und „L 3“ gelten (vgl. Buchstabe h Doppelbuchstabe bb), soweit dies möglich ist.

Buchstabe d fügt die neue amtliche Abkürzung des Operationenschlüssels nach § 301 SGB V in die Operationsstatistik nach Abschnitt „L 5“ ein.

Buchstabe e paßt in Abschnitt „K 5“ die für Ausgleichs und Zuschläge vorgesehenen Zeilen an die neue Rechtslage an.

Die Buchstaben f und g streichen in den Abschnitten „K 6“ und „K 7“ die Zeilenbezeichnungen „nicht abgestimmte Großgeräte“, weil mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz die Vorschriften zur Abstimmung von Großgeräten aufgehoben worden sind.

Zu Nummer 22 Buchstabe h

Die Vorschrift ändert einige Fußnoten zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (LKA). Doppelbuchstabe aa führt eine Folgeänderung aufgrund der Verlängerung des Erlösabzugsverfahrens durch.

Um im Rahmen des Krankenhausvergleichs nach § 5 einen gerechten Vergleich der Krankenhäuser untereinander sicherzustellen, gibt Doppelbuchstabe bb über den bisherigen Inhalt der Fußnote 11 hinaus einige Grundregeln für die Zählung von Fällen und Verweildauern vor.

Mit der gleichen Zielsetzung bestimmt Doppelbuchstabe cc, daß teilstationäre Patienten, die regelmäßig wiederkehrend im Krankenhaus behandelt werden, nicht bei jeder Behandlung als ein neuer Fall gezählt werden. Dies gilt z. B. für Dialysepatienten.

Doppelbuchstabe dd paßt in Fußnote 17 die Bezeichnung des amtlichen Operationenschlüssels nach § 301 SGB V an den derzeit geltenden Stand an.

Doppelbuchstabe ee stellt in Fußnote 28 die Kostenausgliederung für gesondert berechenbare Unterkunft (Ein- und Zweibettzimmer) bei Fallpauschalen-Patienten klar. Diese Ausgliederung unterliegt nicht der pauschalen Regelung des § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 7, die nur Patienten mit tagesgleichen Pflegesätzen (Berechnungstage) erfaßt. Da in den Fallpauschalen keine Mehrkosten für Ein- und Zweibettzimmer enthalten sind, können entsprechende pauschalierte Ausgliederungen nach der Abtrennung der Fallpauschalen vom Budgetbereich sowie bei vollständiger oder weitgehender Ablösung des Budgets durch Fallpauschalen nicht mehr vorgenommen werden. Die Vorschrift bestimmt deshalb, daß die Ausgliederung für die auf Fallpauschalen-Patienten entfallenden Mehrkosten entsprechend dem sog. Nettoprinzip der LKA vorzunehmen ist. Das bedeutet, daß nicht die pauschaliert vorgegebenen Kostenanteile, sondern die tatsächlichen Mehrkosten auszugliedern sind.

Aufgrund der Übertragung der Entgeltkataloge an die Selbstverwaltung paßt Doppelbuchstabe ff die Fußnote 35 redaktionell an.

Doppelbuchstabe gg begrenzt die Anwendung der Fußnoten 39 und 40 zeitlich auf den Übergangszeitraum für die Einführung des neuen Entgeltsystems sowie bei der Einführung neuer Entgelte. Nach der endgültigen Kostenausgliederung der Entgelte sollen die beson-

deren Kalkulationsvorgaben nicht mehr angewendet werden. Damit soll erreicht werden, daß die in den Abschnitten „K 1“ bis „K 3“ vorgesehene Zuordnung der Kostenarten zu den Abteilungspflegesätzen und dem Basispflegesatz unverändert eingehalten wird.

Doppelbuchstabe hh stellt zur besseren Verständlichkeit die Reihenfolge der Sätze in Fußnote 42 um.

Zu Nummer 22 Buchstabe i

Übt das Krankenhaus sein Wahlrecht nach § 3 Abs. 4 aus, weist es die Leistungen für ausländische Patienten, die zur Behandlung in die Bundesrepublik einreisen, nicht im Rahmen der normalen Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (LKA) aus, sondern vereinfacht nach den Vorgaben der neuen Anhangs 3 zur LKA. Nähere Erläuterungen werden zu Nummer 13 Buchstabe e gegeben.

Zu Artikel 2

Mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz wurde eine neue Instandhaltungspauschale für größere Instandhaltungsmaßnahmen eingeführt (§ 17 Abs. 4b Satz 2 KHG, § 4 Abs. 2 Abgrenzungsverordnung). Artikel 2 paßt die Krankenhaus-Buchführungsverordnung entsprechend an. In den Kontenrahmen nach Anlage 4 der KHBV wird das Konto 7200 „Instandhaltung im Sinne von § 17 Abs. 4b Satz 2 KHG, soweit nicht gefördert“ neu eingefügt.

Zu Artikel 3

Die Vorschrift dient der Klarstellung. § 4 Abs. 2 Satz 1 definiert die „großen“ Instandhaltungsmaßnahmen und grenzt sie von den übrigen Instandhaltungsmaßnahmen nach Absatz 1 ab. Die Wörter „wenn ... vollständig oder überwiegend ersetzt werden“ in Satz 1 beziehen sich allein auf diese Abgrenzung. Maßnahmen, durch die nach Nummer 1 und 2 definierte Gebäudeteile oder Außenanlagen nicht überwiegend ersetzt werden, werden weiterhin zwischen Krankenkassen und Krankenhaus individuell nach den Vorgaben der Bundespflegesatzverordnung verhandelt. Definierte Gebäudeteile oder Außenanlagen, die überwiegend ersetzt werden, sind aus der Instandhaltungspauschale zu finanzieren, die unabhängig davon bereitgestellt wird, ob und in welcher Höhe in dem Zeitraum von 1997 bis 1999 entsprechende Instandhaltungskosten angefallen sind.

Zu Artikel 4

Die Klarstellung zur Ermittlung des Verrechnungsbetrags nach § 3 des Gesetzes zur Stabilisierung der Krankenhausausgaben 1996 erfolgt rückwirkend zum 1. Januar 1996. Die Änderungen und Neuvorgaben von Fallpauschalen und Sonderentgelten treten am Tage nach der Verkündung dieser Verordnung in Kraft; sie sind jedoch erst ab dem 1. Januar 1998 für die Abrechnung der Entgelte von Bedeutung (vgl. Nummer 20 Buchstaben c und d sowie Nummer 21 Buchstaben c und d). Nach § 17 Abs. 2 a Satz 7 KHG können die Entgeltkataloge zum 1. Januar 1998 durch die Vertragsparteien auf der Bundesebene (§ 15 Abs. 1) geändert werden; dies gilt auch für die Änderungen der Entgeltkataloge, die mit dieser Verordnung vorgenommen wurden.

Im übrigen tritt die Verordnung am 1. Januar 1998 in Kraft.

28.11.97

Beschluß
des Bundesrates

Fünfte Verordnung zur Änderung der Bundespflegegesetzverordnung

Der Bundesrat hat in seiner 719. Sitzung am 28. November 1997 beschlossen, der Verordnung gemäß Artikel 80 Abs. 2 des Grundgesetzes zuzustimmen.