

**Referentenentwurf einer  
Verordnung zum Fallpauschalensystem  
für Krankenhäuser für das Jahr 2004 (KFPV 2004)**

Vom ... September 2003 (BGBl. I S. ....)

Auf Grund des § 17b Abs. 7 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, der durch Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe c des Gesetzes vom 17. Juli 2003 (BGBl. I S. 1461) neu gefasst worden ist, verordnet das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung:

**Abschnitt 1  
Abrechnungsbestimmungen für DRG-Fallpauschalen**

§ 1

**Abrechnung von Fallpauschalen**

(1) Die Fallpauschalen werden jeweils von dem die Leistung erbringenden Krankenhaus nach dem am Tag der Aufnahme geltenden Fallpauschalen-Katalog und den dazu gehörenden Abrechnungsregeln abgerechnet. Im Falle der Verlegung in ein anderes Krankenhaus rechnet jedes beteiligte Krankenhaus eine Fallpauschale ab. Diese wird nach Maßgabe des § 3 gemindert; dies gilt nicht für Fallpauschalen, die im Fallpauschalen-Katalog als Verlegungs-Fallpauschalen gekennzeichnet sind. Eine Verlegung im Sinne des Satzes 2 liegt vor, wenn zwischen der Entlassung aus einem Krankenhaus und der Aufnahme in einem anderen Krankenhaus nicht mehr als 24 Stunden vergangen sind.

(2) Ist die Verweildauer von Patienten länger als die obere Grenzverweildauer, wird für den dafür im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesenen Tag und jeden weiteren Belegungstag des Krankenhausaufenthalts zusätzlich zur Fallpauschale ein belegungstagesbezogenes Entgelt abgerechnet. Dieses wird ermittelt, indem die für diesen Fall im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesene Bewertungsrelation mit dem Basisfallwert multipliziert wird. Die Zahl der zusätzlich abrechenbaren Belegungstage ist wie folgt zu ermitteln:

Belegungstage insgesamt (tatsächliche Verweildauer nach Absatz 7) + 1  
./. erster Tag mit zusätzlichem Entgelt bei oberer Grenzverweildauer  
= zusätzlich abrechenbare Belegungstage.

(3) Ist die Verweildauer von nicht verlegten Patienten kürzer als die untere Grenzverweildauer, ist für den dafür im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesenen Tag und jeden weiteren, nicht erbrachten Belegungstag ein Abschlag von der Fallpauschale vorzunehmen. Im Fallpauschalen-Katalog ist der erste Tag mit Abschlag ausgewiesen. Die Höhe des Abschlags je Tag wird ermittelt, indem die für diesen Fall im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesene Bewertungsrelation mit dem Basisfallwert multipliziert wird. Die Zahl der Abschlagstage ist wie folgt zu ermitteln:

Erster Tag mit Abschlag bei unterer Grenzverweildauer + 1  
./. Belegungstage insgesamt (tatsächliche Verweildauer nach Absatz 7)  
= Zahl der Abschlagstage.

(4) Erfolgt die Behandlung sowohl in Hauptabteilungen als auch in belegärztlichen Abteilungen desselben Krankenhauses, ist die Höhe der Fallpauschale nach folgender Rangfolge festzulegen:

1. nach der Abteilungsart mit der höheren Zahl der Belegungstage,
2. bei gleicher Zahl der Belegungstage in Haupt- und Belegabteilungen nach der Hauptabteilung.

Ist im Ausnahmefall keine Fallpauschale für belegärztliche Versorgung vorgegeben, ist die Fallpauschale für Hauptabteilungen abzurechnen. Ist bei einer belegärztlichen Versorgung im Rahmen der Geburtshilfe für eine Fallpauschale eine Bewertungsrelation für die Beleghebamme nicht vorgegeben, so sind die Bewertungsrelationen bei Belegoperateuren/-ärzten oder bei Belegoperateuren/-ärzten und Beleganästhesisten für die Abrechnung maßgeblich.

(5) Für jedes Neugeborene, das nach der Versorgung im Kreißaal weiter im Krankenhaus versorgt wird, ist ein eigener Fall zu bilden und eine eigene Fallpauschale abzurechnen. In diesem Falle ist für die Mutter und das Neugeborene jeweils eine Rechnung zu erstellen; werden Mutter und Kind gemeinsam entlassen, ist auf der Rechnung für das Neugeborene die Versichertennummer der Mutter anzugeben. Ist im Fallpauschalen-Katalog eine Mindestverweildauer für die Fallpauschale vorgegeben und wird diese nicht erreicht, ist die Versorgung des Neugeborenen mit dem Entgelt für die Mutter abgegolten. Im Falle einer Verlegung gilt Absatz 1 Satz 2 bis 4.

(6) Zur Einstufung in die jeweils abzurechnende Fallpauschale sind Programme (Groupen) einzusetzen, die vom DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner nach § 17b Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zertifiziert sind. Für Art und Höhe der abzurechnenden Fallpauschale oder des Zusatzentgelts ist der Tag der Aufnahme in das Krankenhaus maßgeblich. Ist bei der Zuordnung von Behandlungsfällen zu einer Fallpauschale auch das Alter der behandelten Person zu berücksichtigen, ist das Alter am Tag der Aufnahme in das Krankenhaus maßgeblich.

(7) Maßgeblich für die Ermittlung der Verweildauer ist die Zahl der Belegungstage. Belegungstage sind der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthalts ohne den Verlegungs- oder Entlassungstag aus dem Krankenhaus; wird ein Patient oder eine Patientin am gleichen Tag aufgenommen und verlegt oder entlassen, gilt dieser Tag als Aufnahmetag. Für den Fall von Wiederaufnahmen gilt § 2 Abs. 4 Satz 3.

(8) In der Rechnung des Krankenhauses sind der sich nach dem Fallpauschalen-Katalog ergebende Betrag für die Fallpauschale sowie Abschläge, weitere Entgelte und Zuschläge gesondert und in einer für die Patienten verständlichen Form auszuweisen; das Verfahren nach § 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt.

## § 2

### **Wiederaufnahmen in dasselbe Krankenhaus**

(1) Das Krankenhaus hat eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen, wenn

1. Patienten innerhalb der oberen Grenzverweildauer, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Krankenhausaufenthalts, wieder aufgenommen werden und
2. für die Wiederaufnahme eine Einstufung in dieselbe Basis-DRG vorgenommen wird.

Eine Zusammenfassung und Neueinstufung nach Satz 1 wird nicht vorgenommen, wenn für einen zweiten oder weiteren Krankenhausaufenthalt eine Fallpauschale abgerechnet werden kann, die bei Versorgung in einer Hauptabteilung in Spalte 13 oder bei belegärztlicher Versorgung in Spalte 15 des Fallpauschalen-Katalogs gekennzeichnet ist.

(2) Eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale ist auch dann vorzunehmen, wenn

1. Patienten innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Krankenhausaufenthalts erneut aufgenommen werden und
2. innerhalb der gleichen Hauptdiagnosegruppe (MDC) die zuvor abrechenbare Fallpauschale in die „medizinische Partition“ oder die „andere Partition“ und die anschließende Fallpauschale in die „operative Partition“ einzugruppieren ist.

Eine Zusammenfassung und Neueinstufung nach Satz 1 wird nicht vorgenommen, wenn einer der Krankenhausaufenthalte mit einer Fallpauschale abgerechnet werden kann, die bei Versorgung in einer Hauptabteilung in Spalte 13 oder bei belegärztlicher Versorgung in Spalte 15 des Fallpauschalen-Katalogs gekennzeichnet ist.

(3) Werden Patienten, für die eine Fallpauschale abrechenbar ist, wegen einer Komplikation im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung innerhalb der oberen Grenzverweildauer, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Aufenthalts, wieder aufgenommen, hat das Krankenhaus ebenfalls eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen. Die Absätze 1 und 2 gehen der Vorgabe nach Satz 1 vor. Satz 1 ersetzt die Vorgaben des § 8 Abs. 5 Satz 1 und 2 des Krankenhausentgeltgesetzes; diese sind während der Geltungsdauer dieser Verordnung (§ 10) nicht anzuwenden.

(4) Bei der Anwendung der Absätze 1 bis 3 ist für jeden Krankenhausaufenthalt eine DRG-Eingruppierung vorzunehmen. Auf dieser Grundlage hat das Krankenhaus eine Neueinstufung in eine Fallpauschale mit den Falldaten aller zusammen zu führenden Krankenhausaufenthalte durchzuführen. Dabei sind zur Ermittlung der Verweildauer die Belegungstage der Aufenthalte in diesem Krankenhaus zusammenzurechnen. Zur Bestimmung der oberen Grenzverweildauer ist das Aufnahmedatum und die DRG-Eingruppierung des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Aufenthalts in diesem Krankenhaus maßgeblich. Hat das Krankenhaus einen der zusammen zu führenden Aufenthalte bereits abgerechnet, ist die Abrechnung zu stornieren. Für die Prüfung, ob die Grenzverweildauer überschritten wird, gilt Satz 2 entsprechend. Die Sätze 1 bis 5 gelten nicht, soweit Entgelte nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes abzurechnen sind.

### § 3

#### **Abschläge bei Verlegung von Patienten**

(1) Im Falle einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus ist von dem verlegenden Krankenhaus ein Abschlag vorzunehmen, wenn die im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesene mittlere Verweildauer unterschritten wird. Die Höhe des Abschlags je Tag wird ermittelt, indem die bei Versorgung durch Hauptabteilung in Spalte 11 und bei belegärztlicher Versorgung in Spalte 13 des Fallpauschalen-Katalogs ausgewiesene Bewertungsrelation mit dem Basisfallwert multipliziert wird. Die Zahl der Tage, für die ein Abschlag vorzunehmen ist, wird wie folgt ermittelt:

Mittlere Verweildauer nach dem Fallpauschalen-Katalog,  
kaufmännisch auf die nächste ganze Zahl gerundet

./. Belegungstage insgesamt (tatsächliche Verweildauer nach § 1 Abs. 7)

= Zahl der Abschlagstage.

(2) Im Falle einer Verlegung aus einem anderen Krankenhaus ist von dem aufnehmenden Krankenhaus ein Abschlag entsprechend den Vorgaben des Absatzes 1 vorzunehmen, wenn die im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesene mittlere Verweildauer im aufnehmenden Krankenhaus unterschritten wird. Dauerte die Behandlung im verlegenden Krankenhaus nicht länger als 24 Stunden, so ist im aufnehmenden Krankenhaus für diese Patienten kein Verlegungsabschlag nach Satz 1 vorzunehmen; bei einer frühzeitigen Entlassung dieser Patienten durch das aufnehmende Krankenhaus ist die Regelung zur unteren Grenzverweildauer nach § 1 Abs. 3, bei einer Weiterverlegung die Abschlagsregelung nach Absatz 1 anzuwenden.

(3) Im Falle einer Rückverlegung in dasselbe Krankenhaus, die innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Entlassungsdatum eines ersten Krankenhausaufenthalts vorgenommen wird, hat das wiederaufnehmende Krankenhaus eine Zusammenfassung der Falldaten aller innerhalb der 30-Tage-Frist liegenden Fälle und eine Neueinstufung nach den Vorgaben des § 2 Abs. 4 Satz 1 bis 5 in eine Fallpauschale durchzuführen sowie Absatz 2 Satz 1 anzuwenden. Satz 1 findet keine Anwendung für Fälle der Hauptdiagnosegruppe für Neugeborene (MDC 15). Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für Krankenhausaufenthalte, für die anstelle einer Fallpauschale Entgelte nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes abzurechnen sind.

(4) Ist in einem Krankenhaus neben dem DRG-Fallpauschalenbereich noch ein Entgeltbereich nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes oder ein Entgeltbereich nach der Bundespflegesatzverordnung vorhanden, sind die unterschiedlichen Entgeltbereiche im Falle von internen Verlegungen wie selbständige Krankenhäuser zu behandeln und die Absätze 1, 2 und 3 Satz 1 und 2 entsprechend bei der Abrechnung der DRG-Fallpauschalen anzuwenden.

(5) Wird aus dem Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung in den Geltungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes verlegt und haben die beteiligten Krankenhäuser im Jahr 2003 die Vorgaben des § 14 Abs. 11 der Bundespflegesatzverordnung zur Zusammenarbeit angewendet, kann das aufnehmende Krankenhaus abweichend von Absatz 4 keine DRG-Fallpauschale berechnen; dies gilt ebenso für ein aufnehmendes Krankenhaus, für das im Jahr 2003 § 3 Abs. 2 der Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser galt. Das aufnehmende Krankenhaus erhält vom verlegenden Krankenhaus den nach der Bundespflegesatzverordnung zu zahlenden Erlösanteil. Dieser ist bei der Aufteilung des Gesamtbetrags nach § 3 Abs. 3 Satz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes gesondert auszuweisen. Bei einer Überschreitung der Grenzverweildauer für diese Zusammenarbeits-Fallpauschale nach der Bundespflegesatzverordnung rechnet das aufnehmende Krankenhaus ab dem Tag der Überschreitung für jeden Belegungstag 150 Euro ab.

#### § 4

#### **Fallpauschalen bei bestimmten Transplantationen**

(1) Mit Fallpauschalen bei Transplantationen von Organen nach § 9 Satz 1 des Transplantationsgesetzes sowie bei Transplantationen von Knochenmark oder peripheren hämatopoetischen Stammzellen werden die allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für die stationäre Versorgung der Transplantatempfänger oder der Le-

bendspender vergütet. Nicht mit den Fallpauschalen vergütet und folglich gesondert abrechenbar sind insbesondere folgende Leistungen:

1. die Leistungen des Krankenhauses für eine Organentnahme bei möglichen postmortalen Organspendern,
2. die Leistungen der Koordinierungsstelle nach § 11 des Transplantationsgesetzes für die Bereitstellung eines postmortal gespendeten Organs zur Transplantation einschließlich eines dafür erforderlichen Transports des Organs,
3. die Leistungen der Vermittlungsstelle nach § 12 des Transplantationsgesetzes für die Vermittlung eines postmortal gespendeten Organs,
4. die Gutachtenerstellung durch die Kommission nach § 8 Abs. 3 Satz 2 des Transplantationsgesetzes vor einer möglichen Lebendspende,
5. die Voruntersuchungen gemäß § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe c des Transplantationsgesetzes bei möglichen Lebendspendern, nicht jedoch die entsprechenden Untersuchungen bei tatsächlichen Lebendspendern,
6. der Transport von Knochenmark oder peripheren hämatopoetischen Stammzellen,
7. die Kontrolluntersuchungen nach § 115a Abs. 2 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bei Transplantatempfängern; § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 4 des Krankenhausentgeltgesetzes bleibt unberührt,
8. die Kontrolluntersuchungen nach § 115a Abs. 2 Satz 7 in Verbindung mit Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bei Lebendspendern; § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 4 des Krankenhausentgeltgesetzes bleibt unberührt.

(2) Für Transplantationen nach Absatz 1 Satz 1 ist jeweils eine Fallpauschale gegenüber den Transplantatempfängern oder deren Sozialleistungsträgern abzurechnen. Mit der Fallpauschale für die Transplantation von Knochenmark oder peripheren hämatopoetischen Stammzellen werden die Leistungen ab dem Tag der Aufnahme vergütet. Mit den Fallpauschalen für die Transplantationen von Organen nach § 9 Satz 1 des Transplantationsgesetzes werden die Leistungen ab dem Kalendertag vor der Transplantation vergütet; dabei ist abweichend von § 1 Abs. 7 für die Ermittlung der Verweildauer nicht der Tag der Aufnahme, sondern der Kalendertag vor der Transplantation maßgeblich. Im Falle des Satzes 3 werden die Leistungen vom Aufnahmetag bis zum Beginn der Fallpauschale mit den nach den Anlagen 1 bis 4 jeweils abzurechnenden Entgelten vergütet. Das Krankenhaus hat die zwei Behandlungsfälle nach den Sätzen 3 und 4 durch eine statistische Entlassung und eine erneute statistische Aufnahme zu trennen.

(3) Für stationär aufgenommene Lebendspender, bei denen

1. eine Organentnahme vorgenommen wird oder
2. sich erst während der Entnahmeoperation herausstellt, dass das Organ nicht entnommen werden kann, oder
3. sich erst nach der Organentnahme herausstellt, dass das Organ nicht transplantiert werden kann,

ist eine Fallpauschale abzurechnen. Bei erfolgter Transplantation der entnommenen Organe ist die jeweilige Fallpauschale gegenüber den Transplantatempfängern oder deren Sozialleistungsträgern abzurechnen. Kommt es nicht zur Transplantation, ist die jeweilige Fallpauschale gegenüber den Personen, die als Transplantatempfänger vorgesehen waren, oder gegenüber deren Sozialleistungsträgern abzurechnen. Auf der Rechnung ist die Versicherungsnummer der Person, die das Transplantat empfangen hat oder für die Transplantation vorgesehen war, anzugeben.

(4) Die Leistungen des Krankenhauses nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 sind gegenüber der Koordinierungsstelle nach § 11 des Transplantationsgesetzes abzurechnen. Die Leistungen des Krankenhauses nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 5 sind gegenüber den Personen, die als Transplantatempfänger vorgesehen waren oder gegenüber deren Sozialleistungsträgern abzurechnen.

## **Abschnitt 2**

### **Abrechnungsbestimmungen für andere Entgeltarten**

#### **§ 5**

##### **Abrechnung von Zusatzentgelten**

(1) Zusätzlich zu einer Fallpauschale oder zu den Entgelten nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes dürfen bundeseinheitliche Zusatzentgelte nach dem Zusatzentgelt-Katalog nach Anlage 2 berechnet werden. § 15 Abs. 1 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes bleibt unberührt.

(2) Für die nicht mit dem bundeseinheitlichen Zusatzentgelte-Katalog vergüteten Leistungen nach Anlage 4 vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes krankenhausesindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes.

(3) Zusatzentgelte für Dialysen können zusätzlich zu einer Fallpauschale abgerechnet werden; dies gilt nicht für die Fallpauschalen der Basis-DRG L60, L61 und L71, bei denen die Behandlung des Nierenversagens die Hauptleistung ist.

#### **§ 6**

##### **Abrechnung von teilstationären Leistungen**

(1) Teilstationäre Leistungen sind mit Entgelten abzurechnen, die nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes krankenhausesindividuell vereinbart worden sind. Dies gilt nicht für teilstationäre Leistungen, die mit einer DRG-Fallpauschale abzurechnen sind, wenn diese bei Versorgung in einer Hauptabteilung in Spalte 14 oder bei belegärztlicher Versorgung in Spalte 16 des Fallpauschalen-Katalogs nach Anlage 1 entsprechend gekennzeichnet ist.

(2) Werden Patienten, für die eine DRG-Fallpauschale abrechenbar ist, innerhalb der oberen Grenzverweildauer, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Aufnahmedatum der Fallpauschale, zur teilstationären Behandlung in dasselbe Krankenhaus wieder aufgenommen, kann für die Tage innerhalb der oberen Grenzverweildauer einer zuvor abrechenbaren Fallpauschale ein tagesbezogenes teilstationäres Entgelt nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes nicht zusätzlich berechnet werden. Satz 1 gilt nicht für tagesbezogene teilstationäre Entgelte für Leistungen der Onkologie, der Schmerztherapie und für die Behandlung von HIV-Patienten sowie für teilstationäre Dialyseeinrichtungen.

## § 7

### **Abrechnung von sonstigen Entgelten**

(1) Sonstige Entgelte nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes können krankhausindividuell vereinbart werden

1. für Leistungen, die nach Anlage 3 noch nicht mit DRG-Fallpauschalen vergütet werden, und
2. für teilstationäre Leistungen nach § 6 Abs. 1 Satz 1.

Werden fallbezogene Entgelte vereinbart, müssen auch Vereinbarungen zu den übrigen Bestandteilen des Fallpauschalen-Katalogs nach Anlage 1 getroffen werden, damit die Entgelte von den Abrechnungsprogrammen verarbeitet werden können, die für die DRG-Fallpauschalen vorgesehen sind. Für den Fall der Verlegung von Patienten in ein anderes Krankenhaus sind Abschlagsregelungen zu vereinbaren; dies gilt nicht, soweit Verlegungs-Fallpauschalen im Sinne des § 1 Abs. 1 Satz 3 vereinbart werden. Für den Fall von Wiederaufnahmen von Patienten in dasselbe Krankenhaus sollen Vereinbarungen getroffen werden, die den Vorgaben nach § 2 Abs. 1, 2 und 4 entsprechen.

(2) Für die Abrechnung von fallbezogenen Entgelten oder Zusatzentgelten gelten die Abrechnungsbestimmungen nach § 8 Abs. 2 und 4 des Krankenhausentgeltgesetzes und nach § 2 Abs. 3 entsprechend.

(3) Tagesbezogene Entgelte werden für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des Krankenhausaufenthalts abgerechnet; der Entlassungs- oder Verlegungstag, der nicht zugleich Aufnahmetag ist, wird nur bei tagesbezogenen Entgelten für teilstationäre Behandlung nach § 6 Abs. 1 Satz 1 abgerechnet.

## **Abschnitt 3**

### **Sonstige Vorschriften**

## § 8

### **Fallzählung**

(1) Jede abgerechnete Fallpauschale nach Anlage 1 zählt als ein Fall. Dies gilt auch für Neugeborene sowie für stationäre Fallpauschalen, die mit nur einem Belegungstag ausgewiesen sind. Bei einer Wiederaufnahme nach § 2 und einer Rückverlegung nach § 3 Abs. 3 ist jeweils nur die Fallpauschale zu zählen, die nach der Neueinstufung für die zusammengefassten Krankenhausaufenthalte abgerechnet wird.

(2) Leistungen, für die Entgelte nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes abgerechnet werden, sind wie folgt zu zählen:

1. Jedes fallbezogene Entgelt für eine voll- oder teilstationäre Leistung zählt als ein Fall.
2. Für tagesbezogene Entgelte gelten die Vorgaben der Fußnoten 11 und 11a in Anhang 2 zu Anlage 1 der Bundespflegesatzverordnung entsprechend.

§ 9

**Laufzeit der Entgelte**

(1) Bei Krankenhäusern, die das DRG-Vergütungssystem bereits im Jahr 2003 eingeführt haben, sind die Fallpauschalen nach Anlage 1 abzurechnen für Patienten, die ab dem 1. Januar 2004 in das Krankenhaus aufgenommen werden. Können die Fallpauschalen noch nicht mit der für das Jahr 2004 vereinbarten oder festgesetzten Höhe des krankenhausesindividuellen Basisfallwerts gewichtet werden, sind sie nach Maßgabe des § 15 Abs. 1 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes mit der bisher geltenden Höhe des Basisfallwerts zu gewichten und in der sich ergebenden Entgelthöhe abzurechnen. Bei Krankenhäusern, die das DRG-Vergütungssystem erstmals im Jahr 2004 einführen, sind die Fallpauschalen ab dem in § 15 Abs. 1 Satz 1 und 2 des Krankenhausentgeltgesetzes genannten Zeitpunkt abzurechnen.

(2) Krankenhäuser, die im Jahr 2003 für teilstationäre Leistungen die DRG-Fallpauschalen abgerechnet haben, rechnen ab dem 1. Januar 2004 bis zum Beginn der Laufzeit der nach § 6 Abs. 1 Satz 1 zu vereinbarenden Entgelte die für das Jahr 2002 vereinbarten teilstationären Entgelte ab.

**Abschnitt 4**

**Geltungsdauer, Inkrafttreten**

§ 10

**Geltungsdauer**

Die Vorschriften der Abschnitte 1 bis 3 gelten vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2004. Kann der Fallpauschalen-Katalog 2005 erst nach dem 1. Januar 2005 angewendet werden, sind nach Maßgabe des § 15 Abs. 1 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes die Entgelte und die Abrechnungsregeln nach dieser Verordnung weiterhin abzurechnen.

§ 11

**Inkrafttreten**

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Bonn, den .. Oktober 2003

Die Bundesministerin für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ulla Schmidt

## **Anlage 1**

(zu § 1 Abs. 1 Satz 1 i.V.m. § 9 Satz 1)

### **Fallpauschalen-Katalog**

Die Bewertungsrelationen gelten für die Abrechnung von stationären Leistungen. Dies gilt nicht, soweit nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes sonstige Entgelte für bestimmte Leistungen nach Anlage 3 oder teilstationäre Leistungen nach § 6 Abs. 1 Satz 1 vereinbart worden sind.

#### **Abkürzungen:**

CC	Komplikationen oder Komorbiditäten
MDC	Hauptdiagnosegruppe (Major Diagnostic Category)
OR	operativ (Operating Room)
Partition „O“	operative Fallpauschalen
Partition „A“	andere Fallpauschalen, z. B. Langzeitmonitoring, Koloskopie
Partition „M“	medizinische Fallpauschalen

#### **Fußnoten:**

- 1) Belegungstage, die der Kalkulation der Fallpauschale zu Grunde gelegt wurden.
- 2) Erster Belegungstag, an dem nach § 1 Abs. 3 ein Abschlag von der Fallpauschale vorzunehmen ist.
- 3) Erster Belegungstag, an dem nach § 1 Abs. 2 ein tagesbezogenes Entgelt zusätzlich zur Fallpauschale gezahlt wird.
- 4) Eine Zusammenfassung von Fällen bei Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus nach § 2 erfolgt nicht.
- 5) Die Definition der DRG-Fallpauschalen schließt eine untere Grenzverweildauer aus.
- 6) Von der Krankenkasse nach § 24b Abs. 4 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht zu übernehmende Kosten für den ersten Tag:
  - Fallpauschale O40Z: Bewertungsrelation Hauptabteilung = 0,239,  
belegärztliche Versorgung = 0,211,
  - Fallpauschale O63Z: Bewertungsrelation Hauptabteilung = 0,237,  
belegärztliche Versorgung = 0,215.

**hier den Fallpauschalen-Katalog einfügen**

**Anlage 2**

(zu § 5 Abs. 1)

**Zusatzentgelte-Katalog**

Zusatz- entgelt	Bezeichnung	OPS-301 Version 2004		Betrag
		OPS-Kode	OPS-Text	
1	2	3	4	5
ZE01 <sup>1)</sup>	Hämodialyse	8-854.0	Hämodialyse, intermittierend	225,05 Euro

**Fußnoten:**

- <sup>1)</sup> Eine zusätzliche Abrechnung ist im Zusammenhang mit einer Fallpauschale der Basis-DRG L60, L61 oder L71 nicht möglich.

**Anlage 3**

(zu § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1)

**Nicht mit dem Fallpauschalen-Katalog  
vergütete Leistungen**

Für die nachfolgend aufgeführten Leistungen sind krankenhausesindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes zu vereinbaren, soweit diese als Krankenhausleistungen erbracht werden dürfen.

DRG	Parti- tion	Bezeichnung
1	2	3
<b>Prä-MDC</b>		
A61Z	M	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen
<b>MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems</b>		
B61A	M	Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks mit äußerst schweren CC
B61B	M	Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne äußerst schwere CC
<b>MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane</b>		
E76A	M	Tuberkulose mit äußerst schweren CC
E76B	M	Tuberkulose ohne äußerst schwere CC
<b>MDC 19 Psychische Krankheiten</b>		
U01Z	O	Geschlechtsumwandelnde Operation
<b>MDC 21A Polytrauma</b>		
W40Z	A	Frührehabilitation bei Polytrauma
<b>MDC 22 Verbrennungen</b>		
Y01Z	O	Operative Eingriffe oder Langzeitbeatmung bei schweren Verbrennungen
Y61Z	M	Schwere Verbrennungen
<b>MDC 23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens</b>		
Z41Z	A	Knochenmarkentnahme bei Eigenspender
Z42Z	A	Stammzellentnahme bei Fremdspender
Z43Z	A	Knochenmarkentnahme bei Fremdspender

**Anlage 4**  
(zu § 5 Abs. 2)

**Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG**

Für die nachfolgend aufgeführten Leistungen sind krankenhausindividuelle Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes zu vereinbaren, soweit diese als Krankenhausleistungen erbracht werden dürfen.

Zusatzentgelt <sup>1)</sup>	Bezeichnung	OPS-301 Version 2004	
		OPS-Kode	OPS-Text
1	2	3	4
ZE20	Tumorendoprothesen	5-829.c	Implantation oder Wechsel einer Tumorendoprothese
ZE21	Beckenimplantate	5-785.2d	Implantation von alloplastischem Knochenersatz, Keramischer Knochenersatz, Becken
		5-785.3d	Implantation von alloplastischem Knochenersatz, Keramischer Knochenersatz, resorbierbar, Becken
		5-785.4d	Implantation von alloplastischem Knochenersatz, Metallischer Knochenersatz, Becken
ZE22	Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“)	5-376.20	Implantation eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch, Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreiselpumpe oder Zentrifugalpumpe), univentrikulär
		5-376.30	Implantation eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch, Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreiselpumpe oder Zentrifugalpumpe), biventrikulär
		5-376.40	Implantation eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch, Intrakorporale Pumpe, univentrikulär
		5-376.50	Implantation eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch, Intrakorporale Pumpe, biventrikulär
		5-376.60	Implantation eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch, Kunstherz (totaler Herzersatz)
		5-376.70	Implantation eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch, Parakorporale Pumpe, univentrikulär
		5-376.80	Implantation eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch, Parakorporale Pumpe, biventrikulär
ZE23	Stentgraft-Prothesen zur Behandlung von Aortenaneurysmen	5-38a.0	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen, Aorta n.n.bez.
		5-38a.10	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen, Aorta abdominalis, Stent-Prothese, aortobiliakal
		5-38a.11	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen, Aorta abdominalis, Stent-Prothese, Bifurkationsprothese aortobiliakal
		5-38a.1x	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen, Aorta abdominalis, Sonstige
		5-38a.7	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen, Aorta thoracica
		5-38a.8	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen, Aorta thoracoabdominalis
ZE24	ECMO	8-852.0	Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO)

Zusatz- entgelt <sup>1)</sup>	Bezeichnung	OPS-301 Version 2004	
		OPS-Kode	OPS-Text
1	2	3	4
ZE25	Individuell nach CAD gefertigte Titanrekonstruktion im Gesichts- und Schädelbereich	5-020.62	Kombinierte Rekonstruktion von Hirn- und Gesichtschädel, mit computerassistent vorgefertigtem Implantat (CAD-Implantat), einfacher Defekt
		5-020.63	Kombinierte Rekonstruktion von Hirn- und Gesichtschädel, mit computerassistent vorgefertigtem Implantat (CAD-Implantat), großer oder komplexer Defekt
		5-020.64	Kombinierte Rekonstruktion von Hirn- und Gesichtschädel, mit computerassistent vorgefertigtem Implantat (CAD-Implantat), sehr komplexer Defekt
		5-020.71	Kranioplastik, Schädeldach, mit alloplastischem Material, mit computerassistent vorgefertigtem Implantat (CAD-Implantat), einfacher Defekt
		5-020.72	Kranioplastik, Schädeldach, mit alloplastischem Material, mit computerassistent vorgefertigtem Implantat (CAD-Implantat), großer oder komplexer Defekt
		5-774.71	Plastische Rekonstruktion der Maxilla, durch alloplastische Implantate, mit computerassistent vorgefertigtem Implantat (CAD-Implantat), einfacher Defekt
		5-774.72	Plastische Rekonstruktion der Maxilla, durch alloplastische Implantate, mit computerassistent vorgefertigtem Implantat (CAD-Implantat), großer oder komplexer Defekt
		5-775.71	Plastische Rekonstruktion der Mandibula durch alloplastische Implantate, mit computerassistent vorgefertigtem Implantat (CAD-Implantat), einfacher Defekt
		5-775.72	Plastische Rekonstruktion der Mandibula durch alloplastische Implantate, mit computerassistent vorgefertigtem Implantat (CAD-Implantat), großer oder komplexer Defekt
ZE26	Ramus-Distraktoren	5-776.6	Verlagerung des Unterkiefers durch Distraction mit Kontinuitätsdurchtrennung im aufsteigenden Mandibulaast
		5-776.7	Verlagerung der Mandibula durch Distraction nach Osteotomie im horizontalen Mandibulaast
		5-776.8	Verlagerung des Oberkiefers durch Distraction nach Osteotomie in Le Fort-I Ebene
		5-776.9	Verlagerung des Alveolarfortsatzes durch Distraction nach Osteotomie
		5-777.*1	Osteotomie zur Verlagerung des Mittelgesichtes, Mit Distraction
ZE27	ZNS-Stimulator-implantate („Nervenschrittmacher“)	5-028.0*	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Hirnstimulation
		5-029.4	Implantation einer Neuroprothese
		5-039.2*	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation
		5-039.7	Implantation oder Wechsel des Neurostimulators zur Vorderwurzelstimulation

Zusatz- entgelt <sup>1)</sup>	Bezeichnung	OPS-301 Version 2004	
		OPS-Kode	OPS-Text
1	2	3	4
ZE28	Implantierbare Medi- kamentenpumpen	5-028.1*	Implantation oder Wechsel einer Medikamentenpumpe zur intraventrikulären Infusion
		5-038.4*	Implantation oder Wechsel einer Medikamentenpumpe zur intrathekalen und epiduralen Infusion
ZE29	Künstlicher Blasen- schließmuskel	5-597.0*	Eingriffe bei artefiziellern Harnblasensphinkter, Implan- tation
		5-597.3*	Eingriffe bei artefiziellern Harnblasensphinkter, Wechsel
ZE30 <sup>2)</sup>	Hämodialyse	8-854.1*	Hämodialyse, Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrie- ben (CVVHD)
		8-854.x	Hämodialyse, Sonstige
		8-854.y	Hämodialyse, N.n.bez.
		8-853.**	Hämodifiltration
		8-855.**	Hämodiafiltration
		8-857.*	Peritonealdialyse
ZE31	Hämoperfusion	8-856	Hämoperfusion
ZE32	Leberersatztherapie	8-858	Extrakorporale Leberersatztherapie [Leberdialyse]
ZE33	Extrakorporale Pho- topherese	8-824	Photopherese
ZE34	Plasmapherese	8-820	Therapeutische Plasmapherese
ZE35	Immunadsorption	8-821	Immunadsorption
ZE36	LDL-Apherese	8-822	LDL-Apherese
ZE37	Zellapherese	8-823	Zellapherese
ZE38	Isolierte Extremitäten- perfusion	8-859	Isolierte Extremitätenperfusion
ZE39	Bluter		Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren

**Fußnoten:**

\*) Gilt für alle entsprechenden 5-Steller oder 6-Steller des angegebenen OPS-Kodes.

1) Weitere Untergliederungen der Entgelte sind in der fünften Stelle durch Angabe eines Buchstabens zu kennzeichnen.

2) Eine zusätzliche Abrechnung ist im Zusammenhang mit einer Fallpauschale der Basis-DRG L60, L61 oder L71 nicht möglich.

## Begründung

### A. Allgemeiner Teil

#### I. Inhalt der Verordnung

Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 sind die Selbstverwaltungspartner nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), das sind die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), beauftragt worden, ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen, das sich an einem international bereits eingesetzten Vergütungssystem auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRG) orientiert. Die Vertragsparteien haben sich am 27. Juni 2000 auf das australische AR-DRG-System geeinigt und in der Folgezeit die Arbeiten zur Übersetzung der Fallpauschalen-Kataloge und der zugehörigen Kodierrichtlinien durchgeführt.

Mit dem Fallpauschalengesetz vom 23. April 2002 und dem Fallpauschalenänderungsgesetz vom 17. Juli 2003 wurden die Einführungsbedingungen für das neue Vergütungssystem konkretisiert. Für das Jahr 2003 wurde der australische DRG-Katalog vorgegeben, erstmals kalkuliert mit den Verweildauer- und Kostendaten aus deutschen Krankenhäusern. Die Krankenhäuser konnten freiwillig entscheiden, ob sie auf dieser Grundlage das neue Vergütungssystem einführen wollen (Optionsmodell 2003).

Ab dem 1. Januar 2004 sind die DRG-Fallpauschalen von allen Krankenhäusern verbindlich einzuführen. Für dieses Jahr ist nach § 17b Abs. 6 KHG eine erste Fassung eines deutschen Fallpauschalen-Katalogs vorzugeben. Dieser soll schrittweise an die Besonderheiten der deutschen Versorgungsstrukturen und Behandlungsweisen in der Bundesrepublik Deutschland angepasst werden. Da der erste Anpassungsschritt noch nicht in allen Fällen eine leistungsorientierte Vergütung sicherstellen kann, gilt für die Krankenhäuser auch im Jahr 2004, dass das neue Vergütungssystem „budgetneutral“ eingeführt wird. Dies bedeutet, dass die Höhe der DRG-Vergütung sich grundsätzlich noch nicht auf die Höhe des Krankenhausbudgets auswirkt.

Für den Fall, dass die Selbstverwaltungspartner sich bei der Entwicklung und Einführung des Fallpauschalensystems auf Teilbereiche nicht einigen können, bestimmt § 17b Abs. 7 KHG, dass das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrats Vorschriften zu diesen Teilbereichen erlassen kann. Voraussetzung ist, dass eine der Vertragsparteien, d. h. die DKG allein oder die Krankenkassenseite mehrheitlich, für einen Teilbereich oder insgesamt das Scheitern erklärt.

Dies hat – ebenso wie im Vorjahr - die DKG mit Schreiben vom 2. Juli 2003 für die Entwicklung des Fallpauschalensystems 2004 gegenüber dem Bundesministerium getan, nachdem die Selbstverwaltungspartner sich nicht einigen konnten. Unterschiedliche Auffassungen bestanden dabei insbesondere im Bereich der Abrechnungsbestimmungen, der teilstationären Vergütungen und der Zusatzentgelte. Die DKG hat zwar entsprechend der Vorgaben des

§ 17b Abs. 7 Satz 1 KHG die grundlegenden gegensätzlichen Auffassungen der Selbstverwaltungspartner dargelegt. Es fehlen jedoch zu den strittigen Punkten insbesondere differenziertere fachliche Aufbereitungen und erforderliche Daten über Leistungsstrukturen sowie Lösungsansätze, die einen Kompromiss ermöglichen könnten. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung konnte somit nicht lediglich innerhalb des knapp bemessenen Zeitraums von zwei Monaten eigene Entwicklungsarbeit leisten und Entscheidungen treffen.

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hat die Verordnung und deren Umsetzung wie folgt vorbereitet:

- Einberufung einer Gruppe unabhängiger Sachverständiger, die im Juli und August 2003 in insgesamt acht Sitzungen insbesondere Lösungsansätze zur Vergütung teilstationärer Leistungen, zur Abrechnung bei Wiederaufnahmen sowie zu der Öffnungsklausel für krankenhausindividuell zu vereinbarende Zusatzentgelte (Anlage 4) erarbeitet hat.
- Vorlage des Referentenentwurfs am 2. September 2003,
- Anhörungen von Verbänden, Ländern und Ressorts am 16. und 17. September 2003.

Mit der Verordnung werden folgende Zielsetzungen verfolgt:

- Vorgabe allgemeiner Abrechnungsbestimmungen für DRG-Fallpauschalen unter weitgehender Anlehnung an die für das Optionsmodell 2003 geltenden Bestimmungen;
- Vorgabe besonderer Abrechnungsbestimmungen für Wiederaufnahmen in dasselbe Krankenhaus, mit denen eine ökonomisch motivierte Aufteilung eines bisher einheitlichen Krankenhausfalls in z. B. zwei Krankenhausaufenthalte (zwei Fälle) vermieden werden soll, beispielsweise bei einer Aufteilung von Diagnostik und späterer elektiver Operation (§ 2);
- Vorgabe von Abrechnungsbestimmungen für die Transplantation von vermittlungspflichtigen Organen nach § 9 Satz 1 des Transplantationsgesetzes (TPG) sowie für die Transplantation von Knochenmark und peripheren hämatopoetischen Stammzellen (§ 4);
- Vorgabe von Abrechnungsbestimmungen für krankenhausindividuell zu verhandelnde Entgelte nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG), u.a. für teilstationäre Leistungen;
- Vorgabe des bundeseinheitlich geltenden Fallpauschalen- und des Zusatzentgelte-Katalogs (Anlagen 1 und 2);
- Bestimmung der Leistungen, die nach § 6 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG ausdrücklich von der Anwendung der DRG-Fallpauschalen und der bundeseinheitlichen Zusatzentgelte ausgenommen sind (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 i. V. mit den Anlagen 3 und 4). Für diese Leistungen vereinbaren die Vertragsparteien „vor Ort“ (§ 11 KHEntgG) krankenhausindividuelle Entgelte.

Der nach Anlage 1 für das Jahr 2004 geltende Fallpauschalen-Katalog wurde vom DRG-Institut nach den grundlegenden Vorgaben der Selbstverwaltungspartner erstellt. Weitergehende Einzelentscheidungen traf das Bundesministerium. In die Kalkulationen konnten die Daten von 137 Krankenhäusern, davon 12 Universitätskliniken, mit insgesamt rd. 2,1 Mio. Datensätzen einbezogen werden. Dieser erste deutsche Fallpauschalen-Katalog unterscheidet sich grundlegend von dem australischen Katalog, der für das Jahr 2003 galt. Die meisten Fallpauschalen wurden verändert oder völlig neu vorgegeben. Anstelle von 640 abrechenbaren Fallpauschalen stehen nun 802 DRG zur Verfügung. Dabei wurden für einzelne Basis-DRG bis zu fünf Schweregrade vergeben. Die Kostenhomogenität der einzelnen Fallpau-

schalen ist wesentlich gestiegen. Alle DRG haben einen Homogenitätskoeffizienten über 51 %. Bei 601 DRG liegt der Homogenitätskoeffizient über 60 %, davon bei 285 DRG über 65 %. Dies sind sehr gute Werte. Die im Jahr 2003 noch unzureichende Differenzierung zwischen einzelnen Relativgewichten (sogenannter Kompressionseffekt) wurde stark verbessert. Im Ergebnis wird – im Rahmen der vereinbarten Krankenhausbudgets - eine entsprechend leistungsgerechtere Vergütung erreicht. Insbesondere aufwändige Leistungen, die hauptsächlich in Krankenhäusern der Maximalversorgung erbracht werden, werden entsprechend besser vergütet. Für die meisten medizinischen Fachbereiche, die sich im Katalog 2003 nicht ausreichend abgebildet sahen, konnten differenziertere Fallpauschalen vorgegeben werden. Auch wegen der umfangreichen und verbesserten Kalkulationsdaten stellte sich daher die Frage einer Ausnahme von Leistungen aus dem DRG-System nicht in dem Ausmaß wie im Jahr 2003; vgl. Anlage 3. Darüber hinaus war zu berücksichtigen, dass auch die Einführung im Jahr 2004 budgetneutral erfolgt.

Da die DKG das Scheitern der Verhandlungen der Selbstverwaltungspartner nur für das Jahr 2004 erklärt hat, gibt die Verordnung nur Regelungen für das Jahr 2004 vor. Für den Fallpauschalen-Katalog und die Abrechnungsregeln für das Jahr 2005 sind entsprechend dem gesetzlichen Auftrag weiterhin die Selbstverwaltungspartner zuständig (§ 17b Abs. 2 KHG).

## **II. Kosten**

Die Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser legt durch eine Ersatzvornahme nach § 17b Abs. 7 KHG das Nähere für die Abrechnung von DRG-Fallpauschalen im Jahr 2004 fest. Der Verordnungsgeber wird grundsätzlich im Sinne einer Schiedsstelle für die Selbstverwaltungspartner tätig, die sich nicht einigen konnten. Da die grundlegenden Entscheidungen zur Einführung und stetigen Weiterentwicklung eines DRG-Fallpauschalensystems bereits mit dem Fallpauschalengesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) getroffen wurden, entstehen durch diese Verordnung für die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden keine zusätzlichen Ausgaben.

Mit einer Erhöhung der Beiträge zur Krankenversicherung und somit einer zusätzlichen Belastung für die Beitragszahler infolge der Schiedsregelungen ist aus diesem Grunde ebenfalls nicht zu rechnen.

## **B. Einzelbegründung**

### **Zu Abschnitt 1: Abrechnungsbestimmungen**

Die DRG-Fallpauschalen werden in den Jahren 2003 und 2004 unter geschützten Rahmenbedingungen eingeführt. Das Krankenhausbudget (Gesamtbetrag) wird noch nach den Regeln des bisher geltenden Rechts mit den Krankenkassen verhandelt (§ 6 Abs. 1 der Bundespflegegesetzverordnung – BpflV), also in seiner Höhe noch nicht durch die DRG-Fallpauschalen bestimmt (budgetneutrale Einführung nach § 3 KHEntgG). Das Budget wird mit den neuen DRG-Fallpauschalen gegenüber den einzelnen Krankenkassen oder Patienten abgerechnet. Die Fallpauschalen sind somit lediglich Abschlagszahlungen auf das vereinbarte Budget.

Die Höhe einer Fallpauschale ergibt sich aus der Multiplikation ihrer Bewertungsrelation lt. Fallpauschalen-Katalog mit einem krankenhausindividuellen Basisfallwert. Dieser Basisfallwert wird für das Jahr 2004 ermittelt, indem das um Ausgleichs und Berichtigungen bereinigte, vereinbarte Erlösvolumen für die über DRG-Fallpauschalen zu vergütenden Leistungen durch die gewichtete Fallzahl (Summe der Bewertungsrelationen) dividiert wird (§ 3 Abs. 4 KHEntgG). Veränderungen der Fallzahlen oder der Fallstruktur sowie möglicherweise noch bestehende Ungenauigkeiten in dem vorläufigen Fallpauschalen-Katalog werden neutralisiert und führen lediglich zu einer entsprechenden, korrigierenden Veränderung des zu ermittelnden Basisfallwerts. Entscheidend für die Finanzierung des Krankenhauses ist somit das mit den Krankenkassen vereinbarte Fallpauschalen-Erlösvolumen (Budget), nicht die genaue Höhe der Fallpauschalen oder die Fallzahl.

### **Zu § 1: Abrechnung von Fallpauschalen**

Die Fallpauschalen wurden auf der Grundlage von Behandlungsfällen kalkuliert, die in dem jeweiligen Krankenhaus vollständig behandelt und entlassen, d. h. nicht verlegt wurden.

#### *Zu Absatz 1*

Satz 1 bestimmt, dass für die Abrechnung einer Fallpauschale der am Tag der Aufnahme geltende Fallpauschalen-Katalog und die dazu gehörenden Abrechnungsbestimmungen anzuwenden sind.

Satz 2 gibt vor, dass bei Verlegungen jedes der beteiligten Krankenhäuser eigenständig eine Fallpauschale abrechnet, unabhängig davon, ob die Patienten nach Hause entlassen oder verlegt werden. Wird z. B. in einer Klinik eine Herzoperation durchgeführt, rechnet diese eine entsprechend hohe operative DRG ab. Nach Verlegung der Patienten in ein weiterbehandelndes, oft wohnortnahes Krankenhaus rechnet dieses eigenständig eine weitere, nicht-operative Fallpauschale ab.

Satz 3 bestimmt jedoch, dass im Falle einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus ein Abschlag von der Fallpauschale vorzunehmen ist, wenn die Verweildauer der Patienten kürzer ist als die der Fallpauschalenkalkulation zu Grunde gelegte Verweildauer. Diese Abschlagsregelung gilt nicht für die so genannten Verlegungs-Fallpauschalen, welche für zeitlich begrenzte Teilabschnitte eines Behandlungsfalles kalkuliert wurden.

Satz 4 definiert im Hinblick auf die Abschlagsregelung den Begriff „Verlegung“. Ziel ist es, Meinungsverschiedenheiten von Krankenhäusern und Krankenkassen darüber, ob eine Verlegung oder eine Entlassung der Patienten vorliegt, möglichst zu vermeiden.

#### *Zu Absatz 2*

Jede Fallpauschale vergütet die Krankenhausbehandlung innerhalb einer Bandbreite von Aufenthaltstagen der Patienten, die durch die obere und die untere Grenzverweildauer begrenzt wird. Wird diese Bandbreite nicht eingehalten, werden zusätzliche Entgelte gezahlt oder Abschläge von der Fallpauschale vorgenommen.

Satz 1 gibt vor, dass nach Überschreiten der oberen Grenzverweildauer für jeden weiteren Tag ein tagesbezogenes Entgelt zusätzlich zur Fallpauschale gezahlt wird. Dieses Entgelt

wird im Fallpauschalen-Katalog gesondert ausgewiesen. Die Sätze 2 und 3 regeln die Ermittlung der Höhe des Tagessatzes und für wie viel Tage dieser zusätzlich abrechenbar ist.

#### *Zu Absatz 3*

Wird bei Patienten, die nicht verlegt wurden, die untere Grenzverweildauer nicht erreicht, so ist für jeden nicht erbrachten Tag ein Abschlag von der Fallpauschale vorzunehmen. Die Höhe des Abschlags wird nach den Vorgaben der Sätze 2 bis 4 ermittelt. Bei verlegten Patienten ist dieser Abschlag nicht anzuwenden; für sie gilt die Abschlagsregelung für Verlegungsfälle nach Absatz 1 Satz 3 erster Halbsatz in Verbindung mit § 3.

#### *Zu Absatz 4*

Die Fallpauschalen für eine belegärztliche Behandlung sind niedriger, weil Belegärzte ihre Tätigkeit nach den vertragsärztlichen Vergütungsregeln gesondert abrechnen. Werden Patienten während ihres Krankenhausaufenthalts sowohl in einer Hauptabteilung als auch in einer Belegabteilung behandelt, so ist zu entscheiden, welche Höhe der Fallpauschale abzurechnen ist. Da weder die Hauptdiagnose noch die für die DRG-Einstufung maßgebliche Prozedur in allen Fällen zu eindeutigen Ergebnissen führt, gibt Absatz 4 eine einfache Regel vor. Entscheidend ist die Verweildauer der Patienten in den Abteilungen. Satz 3 regelt den Fall, dass eine Bewertungsrelation für Beleghebammen nicht vorgegeben ist.

#### *Zu Absatz 5*

Wie bisher wird bei Geburten eine Fallpauschale für die Mutter abgerechnet. Dieser Fallpauschale werden die gesamten Kosten innerhalb des Kreißsaals zugeordnet. Für jedes danach stationär weiter versorgte Neugeborene ist ein eigenständiger Fall zu bilden, unabhängig davon, ob das Kind gesund oder krank ist. Für jedes dieser Neugeborenen wird somit eine eigenständige Fallpauschale für den Krankenhausaufenthalt abgerechnet.

Satz 2 bestimmt, dass die für die Mutter und das Kind jeweils abzurechnenden Fallpauschalen in getrennten Rechnungen ausgewiesen werden. Werden Mutter und Kind gemeinsam entlassen, ist auf der Rechnung für das Neugeborene die Versicherungsnummer der Mutter anzugeben. Auf das bisherige Erfordernis, die Fallpauschale für das Neugeborene auf der Rechnung für die Mutter auszuweisen, wird verzichtet. Um Fehlanreize zu vermeiden und eine schnelle Verlegung erkrankter Neugeborener sicherzustellen, wird für die Abrechnung bestimmter Fallpauschalen für Neugeborene an einer Mindestverweildauer von 24 Stunden festgehalten. Wird diese Mindestverweildauer nicht erreicht, kann die Fallpauschale nicht abgerechnet werden. In diesem Falle ist nach Satz 3 die Versorgung des Neugeborenen mit der Fallpauschale für die Mutter abgegolten; dies gilt im Falle von Verlegungen nur für das verlegende Krankenhaus, in dem die Geburt stattgefunden hat. Diese Regelung entspricht weitgehend der des Fallpauschalen-Katalogs nach der Bundespflegesatzverordnung; anstelle eines Belegungstags wird eine Mindestverweildauer von 24 Stunden vorgegeben. Die Mindestverweildauer, bei deren Nichterreichen eine Fallpauschale nicht abgerechnet werden kann, ist nicht zu verwechseln mit der unteren Grenzverweildauer nach § 1 Abs. 3, die eine geminderte Abrechnung der Fallpauschale vorschreibt.

Satz 4 stellt klar, dass auch bei der Verlegung von kranken Neugeborenen in ein anderes Krankenhaus die Abschlagsregelungen für Verlegungsfälle gelten.

#### *Zu Absatz 6*

Satz 1 bestimmt, dass die Abrechnung der Fallpauschalen nur mit einer zertifizierten Grouper-Software vorgenommen werden darf. Insbesondere für Patienten, die über den Jahreswechsel im Krankenhaus versorgt werden, war zu entscheiden, ob nach dem Fallpauschalen-Katalog des Vorjahres oder dem Katalog des neuen Jahres abzurechnen ist. Satz 2 gibt deshalb vor, dass der Tag der Aufnahme in das Krankenhaus für die Abrechnung maßgeblich ist. Dies gilt nach Satz 3 auch für das Alter von Patienten, falls dieses über die Zuordnung zu einer Fallpauschale entscheidet. Nach Vorgabe des Absatzes 1 Satz 1 sind bei Aufnahme im alten Kalenderjahr der Fallpauschalen-Katalog und die Abrechnungsbestimmungen des alten Kalenderjahres anzuwenden.

#### *Zu Absatz 7*

Die Vorgaben zur Ermittlung der Verweildauer für Fallpauschalen-Patienten entsprechen den bisherigen Regelungen der Bundespflegesatzverordnung. Für den Bereich der Fallpauschalen wird weiterhin der Begriff des Belegungstags verwendet. Satz 2 verweist für die Ermittlung der Verweildauer im Falle einer Wiederaufnahme von Patienten und einer damit verbundenen Zusammenfassung von Fällen zu einem Gesamtfall auf die Vorgaben des § 2 Abs. 4 Satz 3.

#### *Zu Absatz 8*

In der Rechnung des Krankenhauses sind die Fallpauschale, Zu- und Abschläge und weitere Entgelte jeweils gesondert auszuweisen (Bruttoausweis). Die Rechnung ist in einer Form zu erstellen, die für Patienten verständlich ist. Die nach § 301 SGB V durchzuführende Datenübermittlung bleibt davon unberührt.

### **Zu § 2: Wiederaufnahmen in dasselbe Krankenhaus**

Jedes Vergütungssystem übt bestimmte Anreize aus. So verleitet die Vergütung des Krankenhauses nach Tagessätzen dazu, die Verweildauern der Patienten über das medizinisch Notwendige hinaus zu verlängern. Die im internationalen Vergleich immer noch recht langen Verweildauern in der Bundesrepublik Deutschland sind ein Beleg dafür. Eine Bezahlung nach Fällen führt dagegen zu der gewünschten Verkürzung der Verweildauern einerseits, verleitet jedoch andererseits tendenziell auch dazu, die Fallzahlen zu erhöhen und bisher in einem Krankenhausaufenthalt durchgeführte Behandlungen auf mehrere Aufenthalte aufzuteilen. Insbesondere die Krankenkassen, die sich immer für die Einführung eines fallbezogenen Vergütungssystems eingesetzt haben, befürchten Fallzahlerhöhungen infolge einer Aufteilung der Behandlungsfälle, z. B. in einen Aufenthalt für die Diagnostik und einen späteren Aufenthalt für eine elektive Operation. Vergleichbare Anreize entstehen an den Schnittstellen von verschiedenen Versorgungsformen bzw. Entgeltarten. Dies gilt insbesondere, wenn vor oder nach einem vollstationären, mit einer Fallpauschale vergüteten Aufenthalt teilstationäre Leistungen erbracht werden. Hier besteht grundsätzlich die Problematik, dass mit der Fallpauschale bereits vergütete Leistungen doppelt abgerechnet werden könnten.

Mit der Zielsetzung, solche Fehlentwicklungen zu vermeiden, regelt § 2 deshalb für bestimmte Fälle eine Zusammenlegung von zwei oder mehreren Aufenthalten zu einem Gesamtfall. Eine vergleichbare Regelung gab es bereits im Optionsjahr 2003 für den Fall der Rückverlegung in ein Krankenhaus (§ 3 Abs. 3). Bei einer solchen Zusammenfassung von Krankenhausaufenthalten zu einem Gesamtfall werden die Verweildauer-, Diagnose- und Prozeduren-Daten der

einzelnen Aufenthalte herangezogen und eine Neueinstufung in das DRG-System mit Hilfe der Grouper-Software vorgenommen. Hat das Krankenhaus einen der Aufenthalte bereits gegenüber der Krankenkasse abgerechnet, ist diese Abrechnung zu stornieren und der Gesamtfall erneut mit dem Ergebnis der Neueinstufung in Rechnung zu stellen.

Selbstverständlich gibt es Behandlungsabläufe, die aus medizinischen Gründen oder mit Rücksicht auf die Patienten zu mehreren Krankenhausaufenthalten führen, auch z. B. zu mehreren teilstationären Behandlungen im Anschluss an eine vollstationäre Behandlung. Dies gilt beispielsweise für die Behandlung von Krebspatienten. Gerade die Krankenkassen haben im Hinblick auf eine Verkürzung der Verweildauern in den letzten Jahren verstärkt darauf gedrängt, dass Patienten zwischenzeitlich entlassen werden, wenn z. B. eine Therapie nicht unmittelbar im Anschluss an eine Diagnostik durchgeführt werden konnte. Ebenso hat die Entwicklung neuer Behandlungsschemata dazu geführt, dass früher lang dauernde Krankenhausaufenthalte durch mehrere kürzere Aufenthalte ersetzt werden. Dies ist grundsätzlich im Sinne der Patienten und auch der zahlungspflichtigen Krankenkassen.

Die Expertengruppe, die unter Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung den mit § 2 umgesetzten Lösungsansatz entwickelt hat, wollte solche bereits bestehenden, sinnvollen Behandlungsketten grundsätzlich nicht der Zusammenfassung zu einem Gesamtfall unterwerfen. § 2 zielt deshalb darauf, künftige fehlsteuernde Anreize vorbeugend zu beseitigen und von vornherein ein Fallsplittung für die Krankenhäuser ökonomisch unattraktiv zu machen. Gleichzeitig musste eine Lösung gefunden werden, die im täglichen Abrechnungsgeschäft auch bei hohen Fallzahlen praktikabel und von Krankenhäusern und Krankenkassen mit wenig Aufwand umzusetzen ist. Zielsetzung war somit, maschinell überprüfbare Regeln aufzustellen, die den Vorzug haben, eine Vielzahl von Nachfragen, Rechtfertigungen und Streitfällen zu vermeiden.

Von der Zusammenfassung von Aufenthalten zu einem Gesamtfall werden folgende Fallgestaltungen erfasst:

- Wiederaufnahme in dieselbe Basis-DRG (Absatz 1),
- Wiederaufnahme in die gleiche Hauptdiagnosegruppe (MDC) bei Fallgestaltungen, bei denen ein Fallsplittung von Diagnostik und nachfolgender Operation unterstellt werden kann (Absatz 2),
- Wiederaufnahmen wegen einer Komplikation im Zusammenhang mit der zuvor durchgeführten Leistung (Absatz 3).

Grundsätzlich nicht zusammengefasst werden dagegen insbesondere mehrfache Krankenhausaufenthalte infolge von Behandlungsstrukturen und –abläufen, die sich weitgehend ohne fehlsteuernde Anreize von Fallpauschalen in der Vergangenheit entwickelt haben, sowie bestimmte Sondergruppen des DRG-Systems:

- die Prä-MDC,
- die Behandlung bösartiger Erkrankungen (Onkologie),
- die DRGs der MDC 14 „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“
- die Behandlung von HIV-Patienten (MDC 18A),
- teilstationäre Dialyseeinrichtungen,
- Leistungen der Schmerztherapie und
- die Fehler-DRG.

Nach Einschätzung der Expertengruppe fallen unter die Zusammenfassung nach § 2 derzeit etwa ein Drittel der Wiederaufnahmen. Zielsetzung der Regelung ist in erster Linie, für die Zukunft ein zusätzliches, ökonomisch bedingtes Fallsplitting nach Einführung des DRG-Systems möglichst zu verhindern.

#### *Zu Absatz 1*

Eine Zusammenfassung von Krankenhausaufenthalten zu einem Gesamtfall ist nach Satz 1 vorzunehmen, wenn wieder aufgenommene Patienten in dieselbe Basis-DRG eingestuft werden wie bei einem vorhergehenden Krankenhausaufenthalt. Die Fälle werden jedoch nur dann zusammengefasst, wenn Patienten innerhalb der im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesenen oberen Grenzverweildauer wieder aufgenommen werden. Die obere Grenzverweildauer markiert das zeitliche Ende der mit der Fallpauschale abgegoltenen Leistungserbringung. Bei einer Wiederaufnahme nach diesem Zeitraum kann eine neue Fallpauschale abgerechnet werden. Näheres zur Neueinstufung in eine DRG für den Gesamtfall gibt Absatz 4 vor. Die notwendige Klarstellung zur Definition der Hauptdiagnose wurde - entsprechend der bisherigen Vorgaben für Rückverlegungen - in den Kodierrichtlinien vorgenommen.

Von dieser Fallzusammenfassung werden nach Satz 2 ein zweiter oder weiterer Krankenhausaufenthalt ausgenommen, wenn für ihn eine im Fallpauschalen-Katalog besonders gekennzeichnete Fallpauschale abgerechnet werden kann. Dies sind insbesondere DRG aus den Bereichen Onkologie, HIV-Behandlung, Schmerztherapie und Dialyse; vgl. Anlage 1 Spalte „Ausnahme von Wiederaufnahme“. Die gekennzeichneten DRG sind von der Fallzusammenfassung nicht ausgenommen, wenn sie dem ersten Aufenthalt zugeordnet sind.

#### *Zu Absatz 2*

Mit der Zielsetzung, Fallsplits bei der Behandlungsfolge „Diagnostik“ und nachfolgende „Operation“ zu vermeiden, verfügt Satz 1 eine Zusammenfassung solcher Fälle, wenn Patienten innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Aufnahmedatum erneut aufgenommen werden. Damit wurde ein Anrechnungszeitraum vorgegeben, der in der Regel länger ist als bei Anwendung der oberen Grenzverweildauer. Dies wurde als erforderlich angesehen, weil es sich bei einer entsprechenden Fallsplittung meist um elektiv durchführbare Operationen handeln dürfte. Ob dieser Zeitraum ausreichend bemessen ist, wird sich in der Praxis erweisen. Satz 1 Nr. 2 gibt als maschinell zu verarbeitendes Kennzeichen für die Behandlungsfolge „Diagnostik“ und nachfolgende „Operation“ die entsprechenden Partitionen des DRG-Katalogs vor; vgl. Anlage 1 Spalte „Partition“.

Nach Satz 2 werden von dieser Fallzusammenfassung Behandlungen ausgenommen, bei denen für einen der Krankenhausaufenthalte eine DRG-Fallpauschale abgerechnet werden kann, die im Fallpauschalen-Katalog besonders gekennzeichnet ist. Es sind die gleichen DRG ausgenommen wie nach Absatz 1 Satz 2. Allerdings sind – im Gegensatz zu Absatz 1 – diese DRG auch dann ausgenommen, wenn sie dem ersten Aufenthalt zugeordnet sind.

#### *Zu Absatz 3*

Auf Grund der Ermächtigung nach § 8 Abs. 5 Satz 4 KHEntgG ersetzt Satz 1 die bisherige Vorgabe des § 8 Abs. 5 Satz 1 und 2 KHEntgG. Bei der bisherigen Regelung hat die Frage, ob eine Komplikation vorliegt oder nicht, zu zahlreichen Streitfällen und hohem Bearbeitungsaufwand bei Krankenkassen und Krankenhäusern geführt. Wiederaufnahmen wegen Kompli-

kationen werden nach der neuen Vorgabe wie Wiederaufnahmen nach den Absätzen 1 und 2 sowie wie die Rückverlegungen nach § 3 Abs. 3 behandelt. Sie führen zu einer Zusammenfassung zu einem Gesamtfall und einer entsprechenden Neueinstufung der Patienten. Bereits durch die einheitliche Verfahrensweise wird das Abrechnungsverfahren vereinfacht. Darüber hinaus wird wegen der weitgehend einheitlichen Rechtsfolgen in vielen Fällen nicht mehr geprüft werden müssen, ob eine Wiederaufnahme nach Absatz 1 oder 2 oder eine Wiederaufnahme wegen Komplikationen vorliegt. Entsprechend bestimmt Satz 2, dass die Regelungen der Absätze 1 und 2 vorrangig gegenüber der Regelung des Absatzes 3 sind. Im Übrigen fällt unter den Begriff der „Komplikation“ nicht das Auftreten eines Rezidivs. Satz 3 stellt klar, dass Absatz 3 Satz 1 für das Jahr 2004 die Regelung nach § 8 Abs. 5 Satz 1 und 2 KHEntgG ersetzt.

#### *Zu Absatz 4*

Die Vorschrift regelt die Vorgehensweise für die Fälle, in denen nach den Absätzen 1 bis 3 ein Gesamtfall zu bilden und eine Neueinstufung in eine DRG vorzunehmen ist. Nach Satz 1 ist grundsätzlich für jeden Krankenhausaufenthalt eine DRG-Eingruppierung durchzuführen. Nur so kann anhand des ersten Aufenthalts die maßgebliche Grenzverweildauer bestimmt oder die Frage entschieden werden, ob überhaupt eine DRG-Fallpauschale abzurechnen wäre. Für die DRG-Einstufung sind nach Satz 2 die Daten aller auf Grund der jeweiligen Regelung zusammen zu führenden Aufenthalte in diesem Krankenhaus heranzuziehen. Maßgeblich für die Frage, welche Fälle innerhalb der jeweils geltenden Frist zusammenzufassen sind, ist nach Satz 4 der Aufnahmetag des ersten Krankenhausaufenthalts und die sich aus der DRG-Eingruppierung des ersten Aufenthalts ergebende Grenzverweildauer. Hat das Krankenhaus einen Aufenthalt bereits gegenüber den Krankenkassen oder den Patienten abgerechnet, so ist nach Satz 5 diese Abrechnung zu stornieren. Sie wird ersetzt durch die Fallpauschale für den Gesamtaufenthalt. Satz 7 stellt klar, dass krankenhausesindividuell vereinbarte Entgelte für Leistungen und besondere Einrichtungen, die ausdrücklich von der DRG-Anwendung ausgenommen sind, nicht in die Fallzusammenfassung und Neueinstufung einbezogen werden.

#### **Zu § 3: Abschläge bei Verlegung von Patienten**

Nach § 1 Abs. 1 Satz 3 ist bei einer Verlegung von Patienten ein Abschlag von der Fallpauschale vorzunehmen. Zielsetzung ist es, fehlsteuernde Anreize, die zu einer zu frühen Verlegung von Patienten führen könnten, zu vermeiden. Abschläge sind auch deshalb erforderlich, weil das Krankenhaus, das die Patienten weiterbehandelt, ebenfalls eigenständig DRG-Fallpauschalen abrechnen kann (vgl. § 1 Abs. 1 Satz 2). Die Abschläge werden für das verlegende und das aufnehmende Krankenhaus nach der gleichen Systematik berechnet.

#### *Zu Absatz 1*

Satz 1 gibt vor, dass ein Abschlag vorzunehmen ist, wenn die Verweildauer der Patienten im Krankenhaus bis zu ihrer Verlegung geringer ist als die Zahl der Tage, die bei der Kalkulation der Fallpauschale zu Grunde gelegt wurde und die damit durchschnittlich bezahlt wird. Der Abschlag wird somit vorgenommen, wenn die Verweildauer unter dem Durchschnitt für diese Fallpauschale liegt. Die volle Leistung der Fallpauschale gilt auch im Verlegungsfall als erbracht, wenn die Verweildauer der verlegten Patienten jeweils den Durchschnitt erreicht oder überschreitet. Die Sätze 2 und 3 geben die Berechnung des Abschlags vor.

### *Zu Absatz 2*

Auch das Krankenhaus, das verletzte Patienten aufnimmt, muss seine Fallpauschalen mindern, wenn die Verweildauer im Krankenhaus geringer ist als die Zahl der Tage, die bei der Kalkulation der Fallpauschale zu Grunde gelegt wurde.

Nach Satz 2 ist dann kein Abschlag vorzunehmen, wenn die Patienten im verlegenden Krankenhaus nicht länger als 24 Stunden behandelt wurden. Diese Ausnahmeregelung ist insbesondere für Fälle der sog. Aufwärtsverlegung vorgesehen, in denen schwer erkrankte Patienten im ersten Krankenhaus untersucht und ggf. stabilisiert werden, um dann zur eigentlichen Behandlung in ein Krankenhaus einer höheren Versorgungsstufe oder in eine spezialisierte Klinik verlegt zu werden. In diesem Fall erbringt das aufnehmende Krankenhaus die volle Leistung der Fallpauschale, so dass ein Abschlag nicht in Frage kommt. Zweite Voraussetzung für die ungekürzte Abrechnung der Fallpauschale ist, dass das aufnehmende Krankenhaus die Patienten vor Erreichen der mittleren Verweildauer nicht nochmals weiterverlegt.

### *Zu Absatz 3*

Satz 1 regelt die Fälle von Patienten, die nach einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus in das erstbehandelnde Krankenhaus zurückverlegt werden. Die Vorgabe entspricht der bisherigen Regelung des § 2 Abs. 3 KFPV für das Jahr 2003. Ihre Anwendung wird jedoch auf einen Zeitraum von 30 Kalendertagen ab dem Entlassungsdatum des ersten Krankenhausaufenthalts begrenzt. Für diese Rückverlegungsfälle wird die normale Regelung für Verlegungsfälle, nach der das erstbehandelnde Krankenhaus für jeden Aufenthalt eine eigenständige Fallpauschale abrechnen könnte, nicht angewendet. Vielmehr sind für alle innerhalb der 30-Tage-Frist beginnenden Aufenthalte der Patienten in demselben Krankenhaus die jeweiligen Falldaten zusammenzuführen. Für den so gebildeten Gesamtaufenthalt ist eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen, somit nur eine Fallpauschale abzurechnen. Für diese gelten die normalen Abrechnungsregeln. Die Daten des rückverlegenden Krankenhauses werden nicht einbezogen. Für die Neueinstufung gelten die Vorgaben des § 2 Abs. 4 Satz 1 bis 5.

Nach Satz 2 sind Fallpauschalen für Neugeborene (MDC 15) von einer Fallzusammenführung ausgenommen, weil infolge des Geburtsgewichts des ersten Krankenhausaufenthalts für die Einbeziehung weiterer Aufenthalte eine nicht sachgerechte Vergütungshöhen entstehen würden. Satz 3 stellt klar, dass Krankenhausaufenthalte, für die anstelle einer DRG-Fallpauschale krankenspezifisch vereinbarte Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG abgerechnet werden, nicht in die Fallzusammenfassung und Neueinstufung einbezogen werden. Diese Leistungen und Einrichtungen sind ausdrücklich von der DRG-Anwendung ausgenommen.

### *Zu Absatz 4*

Die meisten Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland werden ab dem Jahr 2004 DRG-Fallpauschalen abrechnen. Es verbleiben jedoch noch einige Bereiche, in denen andere Entgelte abgerechnet werden. Dies sind

- die weiterhin der Bundespflegesatzverordnung unterliegenden Krankenhäuser oder Einrichtungen der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin sowie
- die ausgenommenen Leistungen oder besonderen Einrichtungen, für die zeitlich befristet noch krankenspezifische Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG vereinbart werden können.

Werden Patienten aus dem DRG-Fallpauschalenbereich in diese anderen Entgeltbereiche oder aus diesen Entgeltbereichen in den DRG-Fallpauschalenbereich verlegt, so gelten für die Abrechnung der DRG-Fallpauschalen die allgemeinen Regelungen der Absätze 1 bis 3 unmittelbar, wenn es sich um Verlegungen zwischen verschiedenen Krankenhäusern handelt.

Absatz 4 bestimmt, dass nach den Vorgaben der Absätze 1 bis 3 die DRG-Fallpauschalen auch dann zu kürzen sind, wenn diese anderen Entgeltbereiche innerhalb desselben Krankenhauses vorhanden sind und Patienten zwischen diesen Entgeltbereichen intern verlegt werden. Die nach unterschiedlichen Vergütungsregeln abrechnenden Teilbereiche eines Krankenhauses werden somit wie zwei eigenständige Krankenhäuser behandelt. Nicht anzuwenden ist die Vorgabe des Absatzes 3 Satz 3; sie wird bei internen Verlegungen durch die spezielle Vorgaben des Absatzes 4 ersetzt.

#### *Zu Absatz 5*

Abweichend von den Vorgaben des Absatzes 4 gibt Absatz 5 besondere Bestimmungen für den Fall einer Zusammenarbeit nach § 14 Abs. 11 BpflV vor, bei der die beteiligten Krankenhäuser sich eine BpflV-Fallpauschale teilen. Bei verlegenden Krankenhäusern, die im Jahr 2004 erstmals in das DRG-Vergütungssystem einsteigen, kann dies bis zur Vereinbarung des Krankenhausbudgets 2004 und der erstmaligen Abrechnung nach dem DRG-Fallpauschalen-Katalog der Fall sein. Rechnet das verlegende Krankenhaus eine Zusammenarbeits-Fallpauschale ab und hat das aufnehmende Krankenhaus im Vorjahr einen Anteil dieser Fallpauschale erhalten, so gilt die bisherige Regelung der Bundespflegesatzverordnung auch für das aufnehmende DRG-Krankenhaus. Es erhält als Vergütung für seine Leistung von dem verlegenden BpflV-Krankenhaus einen Teil der BpflV-Fallpauschale. Satz 4 schreibt vor, dass das aufnehmende DRG-Krankenhaus diesen Vergütungsanteil bei der Verhandlung seines Krankenhausbudgets zu berücksichtigen hat. Entsprechend der Vorgaben des § 14 Abs. 7 Satz 4 i. V. mit Abs. 5 Satz 4 BpflV bestimmt Satz 5, dass das Krankenhaus in diesem Falle der Zusammenarbeit nach Überschreiten der oberen Grenzverweildauer pauschal 150 Euro für jeden weiteren Belegungstag zusätzlich zur Fallpauschale abrechnen kann. Diese Pauschalierung entspricht der bisherigen Regelung nach der Bundespflegesatzverordnung. Auf eine differenziertere Abrechnung der Grenzverweildauer-Vergütung der DRG-Fallpauschale wurde verzichtet, weil dies erhebliche Änderungen der Abrechnungsprogramme der Krankenhäuser erfordern würde. Es wäre eine Eingruppierung der Patienten in eine DRG erforderlich, ohne dass diese abgerechnet würde.

#### **Zu § 4: Fallpauschalen bei bestimmten Transplantationen**

In den Fallpauschalen-Katalog 2004 konnten nun auch die im Jahr 2003 noch krankenhausspezifisch zu verhandelnden Fallpauschalen für die Transplantation von Organen nach § 9 Satz 1 TPG sowie für die Transplantation von Knochenmark und von peripheren hämatopoetischen Stammzellen aufgenommen werden. Dies macht gesonderte bundeseinheitliche Abrechnungsbestimmungen für diesen Leistungsbereich notwendig, da insbesondere der Behandlungsverlauf bei Organempfängern sowie die Mitaufnahme und Behandlung von Lebendspendern bei der Abrechnung berücksichtigt werden müssen.

§ 4 bestimmt, bei welchen Transplantationen jeweils Fallpauschalen abgerechnet werden können sowie welche Leistungen mit den Fallpauschalen vergütet werden und welche bei den Transplantationen regelmäßig anfallenden Leistungen gesondert abrechenbar sind. Diese Klarstellung ist erforderlich, weil es aufgrund der Vielschichtigkeit der bei Transplantationen zu

finanzierenden einzelnen Leistungen in der Vergangenheit Abrechnungsschwierigkeiten zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern gab.

#### *Zu Absatz 1*

Nach Satz 1 wird bei den genannten Transplantationen die stationäre Behandlung von Transplantatempfängern und gegebenenfalls von Lebendspendern jeweils mit DRG-Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz vergütet. Die Transplantation von Organen nach § 9 Satz 1 TPG umfasst begrifflich gemäß § 1 Abs. 1 Satz 1 TPG auch die Transplantation eines Teils von einem dieser Organe, sofern der Organteil die gleiche Funktion wie das vollständige Organ erfüllt, wie z. B. im Falle der Transplantation einer Splitleber bei postmortaler Spende oder eines Leberteils bei einer Lebendspende. Ebenso wird – wie schon bei den Fallpauschalen nach der Bundespflegesatzverordnung – die Führung der Wartelisten der zur Transplantation angenommenen Patienten des Transplantationszentrums mit der Fallpauschale für die stationäre Behandlung der jeweiligen Transplantatempfänger vergütet.

Satz 2 führt die im Zusammenhang mit den in Satz 1 genannten Transplantationen regelmäßig anfallenden, gesondert abrechenbaren Leistungen auf. Dabei handelt es sich um Krankenhausleistungen (Nr. 5, 7 und 8) und andere Leistungen (Nr. 1, 2 bis 4 und 6).

#### *Zu Absatz 2*

Nach Satz 1 ist für jede der in Absatz 1 Satz 1 genannten Transplantationen eine eigenständige Fallpauschale abzurechnen. Die Sätze 2 und 3 bestimmen den Zeitpunkt, ab dem die Leistungen mit der Fallpauschale vergütet werden. Üblicherweise ist dies der Tag der Aufnahme der Patienten. Dies gilt auch für Transplantationen von Knochenmark und von peripheren hämatopoetischen Stammzellen. Abweichend von diesem Grundsatz wird für die übrigen Fallpauschalen nach Absatz 1 Satz 1, die für die Versorgung von Transplantatempfängern abgerechnet werden, bestimmt, dass diese Pauschalen erst die Leistungen ab dem Kalendertag vor der Transplantation vergüten. Diese Vorgabe entspricht der Regelung zu den bisherigen Transplantationsfallpauschalen nach der Bundespflegesatzverordnung. Mit ihr wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die Wartezeit der in die Wartelisten aufgenommenen Patienten bis zur Transplantation aufgrund der Knappheit der Spenderorgane und der medizinischen Kriterien für die Vermittlung postmortal gespendeter Organe nach § 12 Abs. 3 TPG sehr unterschiedlich ist. Satz 4 stellt klar, dass Behandlungen der Transplantatempfänger, die vor diesem Zeitpunkt (Beginn der Fallpauschale) erforderlich sind, nach den allgemeinen Vergütungsregeln gesondert vergütet werden. Dies bedeutet, dass in diesem Ausnahmefall für die stationäre Behandlung eines Patienten oder einer Patientin zwei DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden können. Satz 5 bestimmt deshalb, dass der Gesamtaufenthalt durch eine statistische Entlassung und eine statistische Neuaufnahme in zwei Behandlungsfälle aufzuteilen ist.

#### *Zu Absatz 3*

Im Gegensatz zur bisherigen Regelung sind bei Lebendspenden die Entgelte für Organentnahmen bei den Lebendspendern und für deren weitere stationäre Behandlungen in den Fallpauschalen für Transplantationen nicht mehr enthalten. Für stationär aufgenommene Lebendspender wurden eigene Fallpauschalen kalkuliert. Bei erfolgter Organentnahme werden auch die gemäß § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe c TPG bei den Lebendspendern durchgeführten Voruntersuchungen mit den Fallpauschalen für die stationäre Behandlung der Lebendspender vergütet (Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Satz 2 Nr. 5 zweiter Halbsatz).

Die Fallpauschalen nach Absatz 3 sind nicht nur bei erfolgter Organentnahme und Transplantation, sondern auch dann abzurechnen, wenn es nicht zur Transplantation kommt, falls sich erst während der Entnahmeoperation herausstellt, dass das Organ nicht entnommen werden kann, z. B. weil es für eine Transplantation nicht geeignet ist oder Gründe bei den Spendern einer Organentnahme entgegenstehen, oder falls sich erst nach der Organentnahme herausstellt, dass Organe nicht transplantiert werden können, z. B. weil sie für eine Transplantation nicht geeignet sind oder Gründe bei den vorgesehenen Empfängern einer Transplantation entgegenstehen. Bei erfolgter Transplantation der entnommenen Organe sind die Fallpauschalen mit den Transplantatempfängern oder deren Sozialleistungsträgern abzurechnen. Kommt es nicht zur Transplantation, sind die Fallpauschalen – entsprechend der leistungsrechtlichen Zuordnung der mit ihnen vergüteten Leistungen – gegenüber den Personen, die als Transplantatempfänger vorgesehen waren, oder gegenüber deren Sozialleistungsträgern abzurechnen.

Auch für die im Zusammenhang mit Lebendspenden regelmäßig anfallenden Leistungen stellt Absatz 1 Satz 2 klar, welche Leistungen gesondert abrechenbar sind (Nr. 4, Nr. 5 erster Halbsatz, Nr. 6 und 8). Das Transplantationszentrum hat die Lebendspender im Vorfeld hierüber aufzuklären. Dies betrifft auch den bestehenden Versicherungsschutz der Lebendspender im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung (§ 2 Abs. 1 Nr. 13 Buchstabe b SGB VII) sowie die Erstattung etwaiger Reisekosten und eines etwaigen Verdienstaufschlags der Lebendspender und die Nichterstattung von Vermögensschäden, die Lebendspendern mittelbar oder unmittelbar aufgrund einer Spende entstehen.

#### *Zu Absatz 4*

Die Vorschrift regelt die Abrechnung der in Absatz 1 Satz 2 genannten, gesondert abrechenbaren Leistungen, soweit es sich um Krankenhausleistungen handelt:

Die Leistungen des Krankenhauses im Rahmen der Voruntersuchungen bei möglichen Organspendern (Absatz 1 Satz 2 Nr. 5 erster Halbsatz) sind Leistungen, denen keine Lebendspende, d. h. Organentnahme bei den untersuchten Personen, folgt. Die Leistungen sind daher entsprechend ihrer leistungsrechtlichen Zuordnung gegenüber den Personen, die als Transplantatempfänger vorgesehen waren, oder gegenüber deren Sozialleistungsträgern abzurechnen.

Die Leistungen des Krankenhauses im Rahmen der Kontrolluntersuchungen bei Transplantatempfängern und bei Lebendspendern (Absatz 1 Satz 2 Nr. 7 und 8) sind ebenfalls entsprechend ihrer leistungsrechtlichen Zuordnung gegenüber den Transplantatempfängern oder deren Sozialleistungsträgern abzurechnen.

Für die Abrechnung der übrigen in Absatz 1 Satz 2 aufgeführten, gesondert abrechenbaren Leistungen gelten unterschiedliche Regelungen:

Die Leistungen des Krankenhauses für eine Organentnahme bei möglichen postmortalen Organspendern (Absatz 1 Satz 2 Nr. 1) gehören nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 des Krankenhausentgeltgesetzes. Sie sind nach Maßgabe der vertraglichen Regelungen nach § 11 TPG gegenüber der Koordinierungsstelle, der Deutschen Stiftung Organtransplantation, nach den dafür vereinbarten Entgelten abzurechnen.

Die Leistungen der Koordinierungsstelle (Absatz 1 Satz 2 Nr. 2) sind nach Maßgabe der vertraglichen Regelungen nach § 11 TPG von der Koordinierungsstelle mit den Transplantatempfängern oder deren Sozialleistungsträgern abzurechnen. Die dafür vereinbarten Entgelte umfassen auch die durch die Koordinierungsstelle gegenüber dem Krankenhaus erfolgende Vergütung der Leistungen des Krankenhauses für eine Organentnahme bei möglichen postmortalen Organspendern (Absatz 1 Satz 2 Nr. 1).

Die Leistungen der Vermittlungsstelle (Absatz 1 Satz 2 Nr. 3) sind nach Maßgabe der vertraglichen Regelungen nach § 12 TPG von der Vermittlungsstelle, der Stiftung Eurotransplant International Foundation (Eurotransplant) in Leiden/Niederlande, mit den vorgesehenen Transplantatempfängern oder deren Sozialleistungsträgern abzurechnen, sobald die vorgesehenen Transplantatempfänger auf der Warteliste für die Organvermittlung bei Eurotransplant registriert sind.

Die Gutachtenerstellung durch die Kommission nach § 8 Abs. 3 Satz 2 TPG (Absatz 1 Satz 2 Nr. 4) ist gegenüber den Transplantatempfängern oder deren Sozialleistungsträgern abzurechnen. Kommt es nicht zu einer Lebendspende, d. h. Organentnahme bei den betreffenden als Lebendspender vorgesehenen Personen, auf die sich die Gutachtenerstellung bezieht, ist die Gutachtenerstellung entsprechend ihrer leistungsrechtlichen Zuordnung gegenüber den Personen, die als Transplantatempfänger vorgesehen waren oder deren Sozialleistungsträger, abzurechnen.

Der Transport von Knochenmark oder von peripheren hämatopoetischen Stammzellen (Absatz 1 Satz 2 Nr. 6) ist gegenüber den Transplantatempfängern oder deren Sozialleistungsträgern abzurechnen.

## **Zu Abschnitt 2:** Abrechnungsbestimmungen für andere Entgeltarten

### **Zu § 5:** Abrechnung von Zusatzentgelten

#### *Zu Absatz 1*

Satz 1 gibt den in § 17b Abs. 1 KHG vorgesehenen, bundesweit geltenden Zusatzentgeltkatalog vor (Anlage 2). Da im Rahmen des vom DRG-Institut durchgeführten Kalkulationsverfahrens mangels geeigneter Daten nicht mehr Zusatzentgelte ermittelt werden konnten, wird für das Jahr 2004 nur das Zusatzentgelt der intermittierenden Hämodialyse vorgegeben. Es kann nicht nur zusätzlich zu den Fallpauschalen, sondern auch zusätzlich zu den krankenspezifisch vereinbarten Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG abgerechnet werden. Nach Satz 2 sind bei verspäteter Budgetvereinbarung bis zu dem nach § 15 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG maßgeblichen Zeitpunkt die für das Kalenderjahr 2003 vereinbarten Zusatzentgelte weiterhin abzurechnen.

#### *Zu Absatz 2*

Weitere Zusatzentgelte, z. B. auch für andere Formen der Dialyse, können krankenspezifisch individuell nur für die Leistungen vereinbart werden, die in Anlage 4 ausdrücklich benannt sind. Eine darüber hinaus gehende Vereinbarung von Zusatzentgelten ist im Jahr 2004 nicht möglich. Die Kosten entsprechender Leistungen sind grundsätzlich in die Kalkulation der Fallpauschalen einbezogen worden und konnten anhand der Kalkulationsdaten der Krankenhäuser

nicht näher untersucht werden. Eine entsprechende Ausgliederung von Leistungen oder Kosten war auf der Datengrundlage, die von den für das DRG-System zuständigen Selbstverwaltungspartnern nach § 17b KHG bestimmt wurde, nicht möglich. Die gesonderte krankenhaushausindividuelle Vereinbarung weiterer Zusatzentgelte würde sonst zu Doppelzahlungen führen, auch wenn diese durch die Budgetvereinbarung für das Krankenhaus begrenzt würden. Vor dem Hintergrund der auch im Jahr 2004 „budgetneutral“ erfolgenden Einführung des DRG-Fallpauschalensystems ist diese enge Regelung notwendig und vertretbar.

#### *Zu Absatz 3*

Ein Zusatzentgelt für Dialyse kann nicht abgerechnet werden, wenn die Leistung Bestandteil einer Fallpauschale ist. Eine Berechnung dieses Zusatzentgelts ist somit nicht bei Abrechnung einer Fallpauschale aus den Basis-DRGs L60, L61 oder L71 möglich.

### **Zu § 6: Abrechnung von teilstationären Leistungen**

#### *Zu Absatz 1*

Für die nicht in die DRG-Abrechnung einbezogenen teilstationären Leistungen sind krankenhaushausindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG zu vereinbaren. Dies werden in der Regel - wie bisher - tagesbezogene Entgelte sein. Teilstationäre Leistungen werden im Jahr 2004 nur insoweit mit DRG-Fallpauschalen vergütet, als eine Kalkulation mit den zur Verfügung stehenden Daten der Kalkulationskrankenhäuser möglich war. Die für teilstationäre Leistungen abrechenbaren DRG sind im Fallpauschalen-Katalog (Anlage 1) besonders gekennzeichnet. Es ist die stationäre Aufnahme zur Dialyse mit einem Belegungstag (L61Z). Hier ist die teilstationäre Versorgung von Patienten bereits bisher weit verbreitet und anerkannt.

#### *Zu Absatz 2*

Mit der Zielsetzung, Anreize für Erlösoptimierungen zu vermeiden, bestimmt Satz 1, dass innerhalb der oberen Grenzverweildauer einer Fallpauschale keine zusätzlichen Entgelte für teilstationäre Leistungen abgerechnet werden können. Diese Vorgabe entspricht den Regelungen des § 2 Abs. 1 für Wiederaufnahmen sowie vom Ansatz her der Vorschrift des § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 4 KHEntgG, nach der innerhalb der oberen Grenzverweildauer eine nachstationäre Behandlung nicht zusätzlich berechnet werden kann. Anders als bei der nachstationären Behandlung ist nicht die Summe der Behandlungstage, sondern der Ablauf der Grenzverweildauer nach Kalendertagen maßgeblich.

Von dieser Anrechnung auf die Fallpauschale nimmt Satz 2 teilstationäre Behandlungen für Leistungen der Onkologie, der Schmerztherapie und zur Behandlung von HIV-Patienten sowie teilstationäre Dialyseeinrichtungen aus. In diesen Bereichen wird auch auf Grund der Erkrankungsart bereits heute im Anschluss an die vollstationäre Versorgung teilstationär behandelt. Die entsprechenden Kosten sind nicht in die Kalkulation der Fallpauschalen eingegangen.

## **Zu § 7: Abrechnung von sonstigen Entgelten**

### *Zu Absatz 1*

Satz 1 bestimmt durch Bezug auf Anlage 3 der Verordnung und § 6 Abs. 1 Satz 1 die Leistungen, für die nach § 6 Abs. 1 KHEntgG krankenhausespezifische Entgelte vereinbart werden dürfen. Nach Satz 2 ist bei der Vereinbarung krankenhausespezifischer fallbezogener Entgelte die Systematik des DRG-Fallpauschalen-Katalogs einzuhalten, damit diese Entgelte von den Abrechnungsprogrammen verarbeitet werden können. Auf eine volle Übertragung der rechtlichen Vorgaben für die DRG-Fallpauschalen wird verzichtet. Nach Satz 3 sind bei der Vereinbarung die gleichen Abrechnungsregeln zu berücksichtigen, wie sie für die DRG-Fallpauschalen gelten. Satz 4 bestimmt, dass auch für die Wiederaufnahme von Patienten grundsätzlich Vereinbarungen zu treffen sind, die den Vorgaben des § 2 Abs. 1 und 2 entsprechen; von dieser Vorgabe kann nur aus zwingenden Gründen abgewichen werden („soll“).

### *Zu den Absätzen 2 und 3*

Absatz 2 bestimmt, dass für die Abrechnung von fallbezogenen Entgelten und krankenhausespezifischen Zusatzentgelten die genannten Bestimmungen des Krankenhausentgeltgesetzes und des § 2 Abs. 3 dieser Verordnung entsprechend anzuwenden sind. Für die Abrechnung von tagesbezogenen Entgelten gibt Absatz 3 die Berechnungsregeln des § 14 Abs. 2 Satz 1 BpflV zur Anwendung vor.

## **Zu Abschnitt 3: Sonstige Vorschriften**

## **Zu § 8: Fallzählung**

### *Zu Absatz 1*

Grundsätzlich werden die Vorgaben für die Fallzählung aus dem Jahr 2003 übernommen. Auch für das neue Fallpauschalensystem wird vorgegeben, dass sich die Fallzahlzählung nach der Abrechnung der DRG-Fallpauschalen richtet. Jede abgerechnete Fallpauschale wird als Fall gezählt. Wenn bei einer Transplantation für den Transplantatempfänger oder die Transplantatempfängerin nach § 4 Abs. 2 Satz 3 bis 5 zwei Fallpauschalen abgerechnet werden, sind somit zwei Fälle zu zählen. Damit wird eine einfache Zählweise vorgegeben, die eine eindeutige Auswertung von Fallzahlstatistiken zulässt, und den Aufwand, der bei abweichenden Zählweisen entstehen würde, vermeidet. Beispielsweise wird auch die eintägige Chemotherapie in der Onkologie jeweils als Fall gezählt, wenn hierfür im Fallpauschalen-Katalog eine Tages-DRG (Belegungstag) festgelegt ist. Dies gilt entsprechend für die DRG L61Z für die stationäre Aufnahme zur Dialyse, die auch teilstationär abgerechnet werden kann; vgl. Anlage 1. Satz 3 stellt klar, dass bei Wiederaufnahmen und Rückverlegungen, bei denen mehrere Krankenhausaufenthalte zu einer Gesamtfall zusammenzufassen sind, jeweils insgesamt nur ein Fall zu zählen ist.

### *Zu Absatz 2*

Für Leistungen, für die im Fallpauschalen-Katalog noch keine DRG-Fallpauschalen ausgewiesen sind, können krankenhausesindividuell fall- oder tagesbezogenen Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG vereinbart werden. Werden Fallpauschalen vereinbart, gilt nach Nummer 1 die gleiche Zählweise wie bei DRG-Fallpauschalen: Jede abgerechnete Fallpauschale wird als ein Fall gezählt.

Bei der Abrechnung von tagesbezogenen Entgelten gibt Nummer 2 vor, dass die im Bereich der Bundespflegeverordnung geltende Zählweise weiter angewendet wird. Im Bereich der teilstationären Versorgung werden Patienten, die wegen derselben Erkrankung regelmäßig oder mehrfach behandelt werden, je Quartal als ein Fall gezählt, wenn die Leistungen mit tagesbezogenen Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG vergütet werden.

### **Zu § 9: Laufzeit der Entgelte**

Können Entgelte nicht so rechtzeitig vereinbart werden, dass sie ab dem 1. Januar eines Jahres abgerechnet werden können, bestimmt § 15 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG, dass die bisher geltenden Entgelte weiterhin abzurechnen sind. Dies gilt insbesondere für Krankenhäuser, die das DRG-Fallpauschalensystem im Jahr 2004 einführen.

### *Zu Absatz 1*

Für Krankenhäuser, die das DRG-Vergütungssystem bereits im Jahr 2003 eingeführt haben, besteht eine andere Ausgangssituation. Der erste deutsche DRG-Fallpauschalen-Katalog des Jahres 2004 unterscheidet sich grundlegend von dem im Jahr 2003 angewendeten australischen DRG-Katalog. Die meisten Fallpauschalen sind neu oder erheblich verändert worden. Eine Weiterberechnung der Fallpauschalen des Jahres 2003 würde bedeuten, dass bei Krankenkassen und Sozialleistungsträgern parallel nach zwei unterschiedlichen DRG-Katalogen abgerechnet werden müsste, wozu auch unterschiedliche Versionen der Kodierrichtlinien sowie der Diagnose- und Prozedurenklassifikationen gehören. Dies ist wegen der großen Entwicklungssprünge insbesondere in der Einführungsphase des Systems nicht zumutbar und nicht praktikabel. Darüber hinaus würden bei paralleler Anwendung von zwei DRG-Katalogen die im Jahr 2004 abgerechneten Fallpauschalen je nach Verhandlungsstand beim einzelnen Krankenhaus zu unterschiedlichen Kalkulationsdatensätzen sowie unterschiedlichen Leistungsdatensätzen nach § 21 KHEntgG führen, die an das DRG-Institut geliefert würden. Durch diese unterschiedlichen Datensätze würde die Grundlage für die weitere Systementwicklung wesentlich beeinträchtigt. Dies wird verstärkt durch die Tatsache, dass in den letzten Jahren in vielen Regionen die Krankenhausbudgets und Entgelte nicht mehr – wie gesetzlich vorgeschrieben – prospektiv vor Beginn des Jahres, sondern in vielen Fällen verspätet erst zur Jahresmitte oder danach vereinbart werden.

Um die Weiterentwicklung des Systems nicht zu gefährden und die Einheitlichkeit der Abrechnung nach dem DRG-System sicherzustellen, schreibt § 9 Satz 1 deshalb vor, dass Krankenhäuser, die bereits im Jahr 2003 DRG-Fallpauschalen eingeführt haben (Optionsmodell 2003), ab dem 1. Januar 2004 nach dem neuen Fallpauschalen-Katalog 2004 abrechnen, d. h. sowohl die neue Gliederung des DRG-Katalogs als auch die neuen Bewertungsrelationen anwenden. Die Höhe der Fallpauschalen ergibt sich durch Gewichtung dieser Bewertungsrelationen mit dem krankenhausesindividuellen Basisfallwert. Entsprechend § 15 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG soll diese Gewichtung bei Optionskrankenhäusern mit dem für das Jahr 2003 ver-

einbarten Basisfallwert erfolgen, bis ein neuer krankenhausesindividueller Basisfallwert für das Jahr 2004 vereinbart ist.

#### *Zu Absatz 2*

Im Jahr 2004 sind bei teilstationären Leistungen die vollstationär kalkulierten DRG-Fallpauschalen nicht mehr abrechenbar. Für Krankenhäuser, die im Jahr 2003 teilstationäre Leistungen mit den Fallpauschalen abgerechnet haben, gibt § 6 vor, dass krankenhausesindividuelle teilstationäre Entgelte zu vereinbaren sind. Für den Fall verspäteter Budgetvereinbarungen ist somit eine Übergangslösung erforderlich. Eine Weiterberechnung nach dem Fallpauschalen-Katalog 2003 ist jedoch nicht möglich; vgl. die Erläuterungen zu Absatz 1. Deshalb gibt Absatz 2 vor, dass bis zum Laufzeitbeginn der für das Jahr 2004 vereinbarten Entgelte hilfsweise die für das Jahr 2002 - also vor der DRG-Einführung - vereinbarten und genehmigten teilstationären Entgelte abgerechnet werden können. Wie alle Entgelte nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und dem Krankenhausentgeltgesetz sind diese Entgelte lediglich Abschlagszahlungen auf das vereinbarte Krankenhausbudget. Sie verändern die Höhe des Budgets nicht.

#### **Zu Abschnitt 4:** Geltungsdauer, Inkrafttreten

##### **Zu § 10:** Geltungsdauer

Da die DKG das Scheitern der Verhandlungen für das Fallpauschalensystem des Jahres 2004 erklärt hat, gilt die Verordnung nur für das Jahr 2004. Satz 2 gibt eine Übergangsregelung vor für den Fall, dass - im Gegensatz zu der in § 9 geregelten Situation - für das Jahr 2005 ein neuer Fallpauschalen-Katalog nicht rechtzeitig vorliegt und angewendet werden kann. In einem solchen Fall sind die Entgelte des Jahres 2004 nach dieser Verordnung weiter anzuwenden einschließlich der für das Jahr 2004 geltenden Abrechnungsregeln.

##### **Zu § 11:** Inkrafttreten

Die Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft, damit die Krankenhäuser möglichst frühzeitig die Vorbereitungen für die Budgetverhandlungen für das Jahr 2004 führen können.

#### **Zu Anlage 1:** Fallpauschalen-Katalog

Der für das Jahr 2004 geltende Fallpauschalen-Katalog wurde vom DRG-Institut nach den grundlegenden Vorgaben der Selbstverwaltungspartner zum sog. datengetriebenen Verfahren erstellt. Weitergehende Einzelentscheidungen traf das Bundesministerium. In die Kalkulationen konnten die Daten von 137 Krankenhäusern, davon 12 Universitätskliniken, mit insgesamt rd. 2,1 Mio. Datensätzen einbezogen werden. Dieser erste deutsche Fallpauschalen-Katalog unterscheidet sich grundlegend von dem australischen Katalog, der für das Jahr 2003 gilt. Die meisten Fallpauschalen wurden verändert oder völlig neu vorgegeben. Anstelle von 640 abrechenbaren Fallpauschalen stehen nun 802 DRG zur Verfügung. Dabei wurden für einzelne Basis-DRG bis zu fünf Schweregrade vergeben. Die Kostenhomogenität der einzel-

nen Fallpauschalen ist wesentlich gestiegen. Alle DRG haben einen Homogenitätskoeffizienten über 51 %. Bei 601 DRG liegt der Homogenitätskoeffizient über 60 %, davon bei 285 DRG über 65 %. Dies sind sehr gute Werte. Die im Jahr 2003 noch unzureichende Differenzierung zwischen einzelnen Relativgewichten (sogenannter Kompressionseffekt) wurde stark verbessert. Im Ergebnis wird – im Rahmen der vereinbarten Krankenhausbudgets - eine entsprechend leistungsgerechtere Vergütung erreicht. Insbesondere aufwändige Leistungen, die hauptsächlich in Krankenhäusern der Maximalversorgung erbracht werden, werden entsprechend besser abgebildet.

Für die meisten medizinischen Fachbereiche, die sich im Katalog 2003 nicht ausreichend abgebildet sahen, konnten differenziertere Fallpauschalen vorgegeben werden. Auch wegen der umfangreichen und verbesserten Kalkulationsdaten stellte sich daher die Frage einer Ausnahme von Leistungen aus dem DRG-System nicht in dem Ausmaß wie im Jahr 2003; vgl. Anlage 3. Darüber hinaus war zu berücksichtigen, dass auch die Einführung im Jahr 2004 budgetneutral erfolgt.

### **Zu Anlage 2: Zusatzentgelte-Katalog**

Da im Rahmen des vom DRG-Institut (InEK) der Selbstverwaltungspartner durchgeführten Kalkulationsverfahrens mangels geeigneter Daten nur ein Zusatzentgelt ermittelt werden konnten, wird für das Jahr 2004 lediglich das Zusatzentgelt der intermittierenden Hämodialyse vorgegeben. Es kann nicht nur zusätzlich zu den Fallpauschalen, sondern auch zusätzlich zu den krankenhauses individuell vereinbarten Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG abgerechnet werden. Weitere Zusatzentgelte können krankenhauses individuell vereinbart werden; vgl. Anlage 4.

### **Zu Anlage 3: Nicht mit dem Fallpauschalen-Katalog vergütete Leistungen**

§ 6 Abs. 1 KHEntgG sieht vor, dass für Leistungen, die noch nicht sachgerecht mit dem DRG-Fallpauschalen-Katalog vergütet werden können, krankenhauses individuelle Entgelte vereinbart werden können. Voraussetzung ist, dass die entsprechenden Leistungen durch den Verordnungsgeber ausdrücklich von der Anwendung der DRG-Fallpauschalen ausgenommen werden. Dies geschieht mit Anlage 3. Für die dort genannten Leistungen dürfen krankenhauses individuelle Entgelte vereinbart werden.

### **Zu Anlage 4: Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG**

§ 6 Abs. 1 KHEntgG sieht vor, dass für Leistungen, die noch nicht sachgerecht mit dem DRG-Fallpauschalen-Katalog oder mit bundeseinheitlichen Zusatzentgelten vergütet werden können, krankenhauses individuelle Zusatzentgelte vereinbart werden können. Voraussetzung ist, dass die entsprechenden Leistungen durch den Verordnungsgeber ausdrücklich von der Anwendung der DRG-Fallpauschalen ausgenommen werden.

Dies geschieht mit Anlage 4. Nur für die dort genannten Leistungen dürfen krankenhauses individuelle Zusatzentgelte vereinbart werden. Eine darüber hinaus gehende Vereinbarung von Zusatzentgelten ist im Jahr 2004 nicht möglich. Die Kosten entsprechender Leistungen sind grundsätzlich in die Kalkulation der Fallpauschalen einbezogen worden und konnten anhand der Kalkulationsdaten der Krankenhäuser nicht näher untersucht werden. Die Ausgliederung

dieser Leistungen und Kosten war auf der Datengrundlage, die von den für das DRG-System zuständigen Selbstverwaltungspartnern nach § 17b KHG bestimmt wurde, nicht möglich. Die gesonderte krankenhausesindividuelle Vereinbarung weiterer Zusatzentgelte würde sonst zu Doppelzahlungen führen. Vor dem Hintergrund der auch im Jahr 2004 „budgetneutral“ erfolgenden Einführung des DRG-Fallpauschalensystems ist diese enge Regelung notwendig und vertretbar.