

## 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, 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 begonnen.

Mit dem Fallpauschalengesetz vom 23. April 2002 wurden die Einführungsbedingungen für das neue Vergütungssystem konkretisiert. Für das Jahr 2003 können die Krankenhäuser, wie von der Deutschen Krankenhausgesellschaft vorgeschlagen, freiwillig entscheiden, ob sie das neue Vergütungssystem einführen wollen (Optionsmodell). Für dieses Jahr hat der Gesetzgeber eine höhere Absicherung der Krankenhäuser gegen Fehlschätzungen bei Art und Menge der Fallpauschalenleistungen, wie sie infolge einer noch nicht ausreichenden Kodierung von Diagnosen und Prozeduren eintreten können, vorgesehen. Mindererlöse gegenüber dem prospektiv vereinbarten Krankenhausbudget werden zu 95 Prozent ausgeglichen. Ab dem 1. Januar 2004 sind die DRG-Fallpauschalen von allen Krankenhäusern verbindlich einzuführen.

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

Dies hat für den Bereich der Abrechnungsbestimmungen die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) mit Schreiben vom 17. Mai 2002 gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit getan, nachdem die Selbstverwaltungspartner sich nicht einigen konnten. Entsprechend der Vorgaben des § 17b Abs. 7 Satz 2 KHG haben die Vertragsparteien zwar ihre unterschiedlichen Forderungen und Lösungsansätze dargelegt. Es fehlten jedoch differenzierte Daten über Leistungsstrukturen und Kosten. Vor diesem Hintergrund hat das Bundesministerium für Gesundheit eine Gruppe unabhängiger Sachverständiger berufen, von denen im Mai und Juni 2002 unterstützende Arbeiten durchgeführt und mit denen in mehreren Sitzungen Lösungsmöglichkeiten für die Abrechnungsregeln und die Vorgaben zur Grenzverweildauer diskutiert wurden.

Mit Schreiben vom 24. Juni 2002 hat die DKG dann auch das Scheitern der Verhandlungen für das Jahr 2003 insgesamt erklärt. Begründet wurde dies damit, dass nur durch eine Ersatzvor-

nahme des BMG durch Rechtsverordnung eine Umsetzung des Optionsmodells 2003 noch fristgerecht ermöglicht werden könne.

Entsprechend der Vorgaben in § 17b Abs. 4 KHG wird für das Optionsjahr 2003 ein vorläufiger Fallpauschalen-Katalog auf der Grundlage des australischen Katalogs vorgegeben. Dabei können im Rahmen der für die Ersatzvornahme verfügbaren knappen Zeit Anpassungen an die deutschen Versorgungsstrukturen nur begrenzt vorgenommen werden. Die Höhe der Fallpauschalen (Bewertungsrelationen) wird auf der Grundlage von Kostendaten deutscher Krankenhäuser kalkuliert. Für das Jahr 2004 wird der Fallpauschalen-Katalog auch an die Besonderheiten der stationären Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland anzupassen sein (17b Abs. 6 KHG).

Im Rahmen der Ersatzvornahme hat das BMG in Zusammenarbeit mit dem DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner (InEK) folgende Arbeiten veranlasst oder durchgeführt:

- Anfang Juli: Vergabe eines Kalkulationsauftrags für den Fallpauschalen-Katalog sowie ergänzender Arbeiten zur Rückkoppelung mit dem Fallpauschalen-Katalog, Sicherstellung der Datenannahme und Weiterverarbeitung.
- Anfang August: Bekanntgabe einer ersten Übersetzung des australischen Fallpauschalen-Katalogs als Ergebnis eines noch von den Selbstverwaltungspartnern vergebenen Auftrags (deutscher Fallpauschalen-Katalog, Version 0.9; Stand 20. Juli 2002); Veröffentlichung im Internet unter [www.g-drg.de](http://www.g-drg.de).
- Anfang August: Entscheidung, die Grouper-Software, die für die Abrechnung der Fallpauschalen erforderlich ist, bereits für das Jahr 2003 im Wettbewerb von Software-Herstellern bereitstellen zu lassen; Aufforderung an in- und ausländische Grouper-Hersteller, bei Interesse einen Lizenzvertrag mit dem InEK abzuschließen.
- Ende August: Vor-Zertifizierung der Grouper durch das InEK.

Das BMG hat die Verordnung und deren Umsetzung wie folgt vorbereitet:

- Am 18. Juli 2002 Vorlage eines ersten Arbeitsentwurfs einer Verordnung mit Vorgaben zu den Abrechnungsregeln und der Ermittlung der Grenzverweildauer.
- Erörterung mit den Selbstverwaltungspartnern am 25. Juli 2002, Gespräch mit Software-Herstellern am 7. August 2002 im Hinblick auf die erforderliche Umsetzung in den Abrechnungsprogrammen der Krankenhäuser.
- Vorlage eines zweiten Arbeitsentwurfs am 12. August 2002, der als Basis für die Kalkulation der Fallpauschalen und eine Anpassung der Abrechnungsprogramme dient.
- Am 3. September 2002 Gespräch mit medizinischen Fachgesellschaften über die begrenzte Zielsetzung des Fallpauschalen-Katalogs für das Jahr 2003 und die erforderlichen Weiterentwicklungen für das Jahr 2004 unter Beteiligung der Selbstverwaltungspartner.
- Vorlage des Referentenentwurfs am 15. August 2002, Anhörungen von Verbänden, Ländern und Ressorts am 9. und 10. September 2002.

Da die Deutsche Krankenhausgesellschaft das Scheitern der Verhandlungen der Selbstverwaltungspartner ausdrücklich nur für das Jahr 2003 erklärt hat, gibt die Verordnung nur Regelungen für das Jahr 2003 vor. Der Fallpauschalen-Katalog und die Abrechnungsregeln für das Jahr 2004 werden derzeit von den Selbstverwaltungspartnern weiter entwickelt und verhandelt.

## **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 2003 fest. Der Verordnungsgeber wird lediglich im Sinne einer Schiedsstelle für die Selbstverwaltungspartner tätig, die sich nicht einigen konnten. Da die grundlegenden Entscheidungen zur Einführung 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 Bundespflegesatzverordnung – BPflV), also in seiner Höhe noch nicht durch die DRG-Fallpauschalen bestimmt (budgetneutrale Einführung nach § 3 des Krankenhausentgeltgesetzes - 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 krankenhausesindividuellen Basisfallwert. Dieser Basisfallwert wird für das Jahr 2003 ermittelt, indem das um Ausgleich und Berichtigungen bereinigte, vereinbarte Erlösvolumen für DRG-Fallpauschalen durch die gewichtete Fallzahl (Summe der Bewertungsrelationen) dividiert wird (§ 3 Abs. 4 KHEntgG). Veränderungen der Fallzahlen oder der Fallstruktur sowie 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 Fallpauschale oder die Fallzahl.

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

Auf Grund der von den Selbstverwaltungspartnern vorgegebenen Erhebungsmethode für die Kostendaten der Krankenhäuser können für die Jahre 2003 und 2004 nur Fallpauschalen ermittelt werden, die für die Versorgung im einzelnen Krankenhaus gelten. Sie sind eine Mischkalkulation aus den Kosten für vollständig behandelte und nach Hause entlassene Patienten und den Kosten für Patienten, die zur Weiterbehandlung in andere Krankenhäuser weiterverlegt wurden. Fallpauschalen, die im Verlegungsfall die gesamten Kosten mehrerer an der Behand-

lung beteiligter Krankenhäuser umfassen und die von diesen Krankenhäusern untereinander aufzuteilen sind (Zusammenarbeits-Fallpauschalen; vgl. § 14 Abs. 11 BpflV), können auch nach Auffassung der Krankenkassen voraussichtlich erst für das Jahr 2005 ermittelt werden.

#### *Zu Absatz 1*

Die Sätze 1 und 2 geben deshalb vor, dass jedes Krankenhaus 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. Nach Satz 2 ist der Abschlag bei jeder Verlegung vorzunehmen, nicht nur im Falle der Weiterbehandlung.

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 reine Verlegungs-Fallpauschalen, die ausschließlich für Verlegungsfälle kalkuliert sind und somit von vornherein nicht die gesamten Kosten eines vollständigen Behandlungsfalles beinhalten.

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 nach den Vorgaben des § 6 Abs. 3 ermittelt und im Fallpauschalen-Katalog gesondert ausgewiesen. Es ist abzurechnen unabhängig davon, ob die Patienten verlegt oder nach Hause entlassen werden.

Wird bei Patienten, die nicht verlegt wurden, die untere Grenzverweildauer nicht erreicht, so ist nach Satz 2 für jeden nicht erbrachten Tag ein Abschlag von der Fallpauschale vorzunehmen. Die Höhe des Abschlags wird nach den Vorgaben des § 7 Abs. 2 ermittelt und im Fallpauschalen-Katalog gesondert ausgewiesen. Bei verlegten Patienten ist dieser Abschlag nicht anzuwenden; für sie gilt die Abschlagsregelung für Verlegungsfälle nach Absatz 1 Satz 3 erster Halbsatz i. V. mit § 2.

#### *Zu Absatz 3*

Die Fallpauschalen für eine belegärztliche Behandlung sind niedriger, weil der Belegarzt seine Tätigkeit nach den vertragsärztlichen Vergütungsregeln gesondert abrechnet. Werden Patienten während ihres Krankenhausaufenthalts sowohl in einer hauptamtlichen Abteilung als auch in ei-

ner 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 3 für das Optionsmodell 2003 eine einfache Regel vor. Entscheidend ist die Verweildauer der Patienten in den Abteilungen.

#### *Zu Absatz 4*

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. Die Neugeborenen werden, wie andere Patienten auch, insbesondere auf Grund der Diagnosen und Prozeduren einer Fallpauschale zugeordnet.

Satz 2 bestimmt, dass die Fallpauschalen für die Mutter und für das Neugeborene oder die Neugeborenen auf einer gemeinsamen Rechnung zusammengestellt und der Krankenversicherung für die Mutter in Rechnung gestellt werden.

Um Fehlanreize zu vermeiden und eine schnelle Verlegung erkrankter Neugeborener sicherzustellen, soll für die Abrechnung bestimmter Fallpauschalen für Neugeborene voraussichtlich eine Mindestverweildauer von 24 Stunden vorgegeben werden. Dies gilt insbesondere bei Fallpauschalen für gesund geborene Säuglinge, die erst anschließend erkranken. 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. Diese Regelung entspricht weitgehend der des derzeit geltenden 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 § 7, die eine anteilige 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 5*

Satz 1 bestimmt, dass die Abrechnung der Fallpauschalen nur mit einer zertifizierten Grouper-Software vorgenommen werden darf. Insbesondere bei Patienten, die über den Jahreswechsel im Krankenhaus versorgt werden, ist 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.

#### *Zu Absatz 6*

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.

#### *Zu Absatz 7*

Die Übergangsvorschrift regelt die Umstellung der Abrechnung zum Jahresbeginn 2003. Die Fallpauschalen werden nur für die Patienten abgerechnet, die ab dem 1. Januar 2003 in das Krankenhaus aufgenommen werden. Für Patienten, die noch im Jahr 2002 aufgenommen wurden, werden weiterhin die bisher geltenden Pflegesätze abgerechnet. Für den Fall, dass sich die Vereinbarung oder Genehmigung des Krankenhausbudgets und des krankenhausesindividuellen Basisfallwerts verzögert und die DRG-Fallpauschalen deshalb bei einem Krankenhaus nicht ab dem 1. Januar abgerechnet werden können, bestimmt Satz 2 eine entsprechende Anwendung der Übergangsvorschrift zu dem zwischen Krankenkassen und Krankenhaus vereinbarten späteren Zeitpunkt.

#### **Zu § 2: 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 Patientin oder des Patienten im Krankenhaus bis zu seiner 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. Satz 2 gibt die Formel für die Berechnung des Abschlags vor. Er wird von den Abrechnungsprogrammen der Krankenhäuser anhand der Patientendaten berechnet.

#### *Zu Absatz 2*

Auch das Krankenhaus, das verlegte 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 Behand-

lung 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 nach einer nur unterdurchschnittlichen 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. In diesem Fall wird die normale Regelung für Verlegungsfälle, nach der das erstbehandelnde Krankenhaus für jeden Aufenthalt eine eigenständige Fallpauschale abrechnen könnte, nicht angewendet. Vielmehr sind beide Aufenthalte der Patienten zusammenzurechnen. Für den so gebildeten Gesamtaufenthalt ist eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen, somit nur eine Fallpauschale abzurechnen. Für diese gelten die normalen Abrechnungsregeln.

Für die DRG-Einstufung sind die Daten des ersten und des zweiten Aufenthalts in diesem Krankenhaus heranzuziehen, nicht die Daten des rückverlegenden Krankenhauses. Satz 2 gibt zur Ermittlung der Gesamt-Verweildauer der Patienten vor, dass die Belegungstage beider Aufenthalte zusammenzurechnen sind. Wurden für den ersten Aufenthalt tagesgleiche Pflegesätze abgerechnet, sind anstelle der Belegungstage die Berechnungstage zu berücksichtigen.

Hat das Krankenhaus den ersten Aufenthalt bereits gegenüber den Krankenkassen oder den Patienten abgerechnet, so ist nach Satz 4 diese Abrechnung zu stornieren. Sie wird ersetzt durch die Fallpauschale für den Gesamtaufenthalt.

Ist nach der Rückverlegung eine Neueinstufung des Patienten in eine DRG-Fallpauschale für den Gesamtfall nicht möglich, werden nach Satz 6 die Vorgaben des Absatzes 3 nicht angewendet. Die Rückverlegung ist als eigener Fall abzurechnen, d. h. als DRG-Fallpauschale oder als Entgelt nach § 6 Abs. 1 KHEntgG.

#### *Zu Absatz 4*

Es wird vorgegeben, dass in der Rechnung des Krankenhauses die volle Höhe der Fallpauschale und zusätzlich der vorzunehmende Abschlag auszuweisen sind. Dies dient der Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Abrechnung.

#### **Zu § 3:** Abrechnung bei Verlegungen in oder aus dem Bereich der Bundespfllegesatzverordnung

Krankenhäuser, die im Jahr 2003 noch nicht über das neue Fallpauschalensystem abrechnen, sowie Krankenhäuser oder Einrichtungen der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin unterliegen weiterhin den Vergütungsregelungen der Bundespfllegesatzverordnung, rechnen also unverändert die bisherigen Entgelte ab. § 3 regelt für den Bereich der Fallpauschalen die Abrechnung bei Verlegungen zwischen diesen Einrichtungen und den Krankenhäusern, die bereits das DRG-Vergütungssystem anwenden.

### *Zu Absatz 1*

Bei einer Verlegung aus einem Krankenhaus, das DRG-Fallpauschalen abrechnet, in ein Krankenhaus, das keine DRG-Fallpauschalen abrechnet und der BpflV unterliegt, gelten unverändert die Vorgaben zu den Abschlägen für das verlegende Krankenhaus.

### *Zu Absatz 2*

Auch für den umgekehrten Fall einer Verlegung von einem BpflV-Krankenhaus in ein DRG-Krankenhaus gilt nach Satz 1 für das aufnehmende DRG-Krankenhaus grundsätzlich die Abschlagsregelung nach § 2 Abs. 2.

Eine Ausnahme gilt für eine Zusammenarbeit nach § 14 Abs. 11 BpflV, bei der die beteiligten Krankenhäuser sich eine BpflV-Fallpauschale teilen. Satz 2 bestimmt, dass diese Regelung auch weiterhin gilt. Für das BpflV-Krankenhaus ändern sich dadurch die Mechanismen bei der Budget- und Pflegesatzvereinbarung nicht. Das DRG-Krankenhaus erhält als Vergütung für seine Leistung von dem BpflV-Krankenhaus einen Teil der BpflV-Fallpauschale. Satz 4 schreibt vor, dass das DRG-Krankenhaus diesen Vergütungsanteil bei der Verhandlung seines Krankenhausbudgets zu berücksichtigen hat. Diese Vorgaben gelten nur für die Krankenhäuser, die bereits im Jahr 2002 die Zusammenarbeitsregelung der BpflV vereinbart und angewendet haben.

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 Absatz 3*

Die Vorschriften der Absätze 1 und 2 und des § 2 Abs. 3 gelten entsprechend, wenn von einem Krankenhaus sowohl DRG-Fallpauschalen als auch BpflV-Entgelte abgerechnet werden. Dies ist z. B. der Fall, wenn ein somatisches Akutkrankenhaus auch eine psychiatrische Fachabteilung hat. In diesem Fall werden diese Teilbereiche des Krankenhauses, die unterschiedlichen Vergütungsregelungen unterliegen, bei der Abrechnung von Entgelten wie zwei eigenständige Krankenhäuser behandelt.

### **Zu § 4: Abrechnung von Zusatzentgelten**

Satz 1 gibt vor, dass die Zusatzentgelte, z. B. für die Dialyse, nicht nur zusätzlich zu einer Fallpauschale, sondern auch zusätzlich zu einem Entgelt nach § 6 Abs. 1 KHEntgG abgerechnet werden können. Nach Satz 2 entscheidet der Aufnahmetag der Patientin oder des Patienten über die Abrechnung der Fallpauschale und ihre Höhe. Dies betrifft insbesondere die Frage, ob zum Jahreswechsel nach dem Fallpauschalen-Katalog des alten Jahres oder des neuen Jahres abgerechnet wird.



## **Zu Abschnitt 2:** Ermittlung von Abschlägen und Grenzverweildauer-Vergütungen für den Fallpauschalen-Katalog

Mit Abschnitt 2 werden im Wege der Ersatzvornahme nach § 17b Abs. 7 KHG Grundsatzentscheidungen getroffen, die den Inhalt des neuen Fallpauschalen-Katalogs nach Anlage 1 betreffen. Sie sind nicht von den einzelnen Krankenhäusern oder Krankenkassen, sondern bei der Erstellung des Fallpauschalen-Katalogs umzusetzen.

### **Zu § 5:** Abschlagsbetrag bei Verlegungen

Die Höhe der nach den §§ 2 und 3 vorzunehmenden Abschläge bei der Verlegung von Patienten wird nach den Vorgaben des § 5 festgelegt. Grundsätzlich wird die Fallpauschale je Tag um einen Betrag gekürzt, der dem Tagesanteil der Fallpauschale bei durchschnittlicher Verweildauer entspricht. Dabei gelten jedoch zwei Ausnahmen:

- Die vom Krankenhaus erbrachte Hauptleistung, durch Satz 2 definiert als Operation oder vergleichbare Leistung (etwa entsprechend dem bisherigen Sonderentgelt), wird in jedem Fall vergütet, d. h. auch bei eintägigen Aufenthalten. Diese Regelung wirkt sich bei konservativen Fallpauschalen nicht aus.
- Bei allen Fallpauschalen wird der erste Belegungstag doppelt vergütet, um den erhöhten Aufwand in den ersten Tagen, z. B. bei Diagnostik, Behandlung und Verwaltung, zu berücksichtigen.

Weil der erste Behandlungstag doppelt vergütet wird, ist bei der Divisionskalkulation nach Satz 1 die Zahl der kalkulierten Tage um einen Tag zu erhöhen.

### **Zu § 6:** Obere Grenzverweildauer

Mit den Fallpauschalen sollen möglichst kostenhomogene Fallgruppen gebildet werden. Die Vergütung der Behandlungskosten wird dabei für eine bestimmte Bandbreite der Verweildauer der Patienten kalkuliert. Es werden die Fälle in die Kalkulation der Fallpauschale einbezogen, deren Verweildauer zwischen der unteren und oberen Grenzverweildauer liegt. § 6 legt fest, wie die obere Grenzverweildauer zu bestimmen ist und welche tagesbezogenen Entgelte nach Überschreiten dieses Grenzwertes dem Krankenhaus für die weitere Behandlung der Patienten zu vergüten sind (vgl. § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 KHEntgG).

Ziel der oberen Grenzverweildauer ist die Begrenzung des wirtschaftlichen Risikos des Krankenhauses bei Fällen mit sehr langer und innerhalb der Fallpauschale stark schwankender Verweildauer. Nach Überschreiten der Grenzverweildauer wird zusätzlich zur Fallpauschale die Grenzverweildauer-Vergütung nach § 1 Abs. 2 Satz 1 gezahlt. Das mit dieser Verordnung vorgegebene Verfahren zur Berechnung der oberen Grenzverweildauer orientiert sich an einem Verfahren, das im Auftrag der Health Care Financing Administration (HCFA) in den USA entwickelt wurde. Dabei werden die Verweildauerwerte der Behandlungsfälle, die den einzelnen DRG-Fallpauschalen zugeordnet werden, logarithmiert und aus diesen Daten anschließend die mittlere Verweildauer und die Standardabweichung berechnet. Bei der Logarithmierung handelt es sich um ein statistisches Standardverfahren zur Normalisierung von Verteilungen. Es verhindert, dass die Mittelwertbildung und die Standardabweichung unsachgemäß stark durch einige Patienten mit ungewöhnlich langen Verweildauern beeinflusst werden.

### *Zu Absatz 1*

Das mit dieser Vorschrift vorgegebene mathematische Rechenverfahren zur Ermittlung der oberen Grenzverweildauer wird bei der Erstellung des Fallpauschalenkatalogs auf Bundesebene durchgeführt. Krankenhäuser und Krankenkassen werden mit diesen Berechnungen nicht belastet. Sie verwenden bei der Abrechnung der Fallpauschalen lediglich die Rechenergebnisse (Zahl der Tage), die in gesonderten Spalten des Fallpauschalenkatalogs dargestellt werden.

Nachdem für jede Fallpauschale der Verweildauermittelwert und die Standardabweichung der logarithmierten Werte berechnet wurden, sind der Verweildauermittelwert und die zweifache Standardabweichung zu addieren. Das Additionsergebnis ist anschließend durch Potenzierung auf „normale“ Werte zurückzurechnen. Der auf diese Weise berechnete Wert stellt die noch ungerundete obere Grenzverweildauer dar. Diese entscheidet auch darüber, welche Fälle bei der Kalkulation der Fallpauschale als sog. Inlier einbezogen werden.

Da der Abstand der mittleren Verweildauer bis zur oberen Grenzverweildauer, die durch die zweifache Standardabweichung berechnet wurde, bei Fallpauschalen mit breiter Streuung sehr groß sein kann, hat die HCFA eine feste Anzahl von Tagen als Maximalabstand zum Verweildauermittelwert definiert (Kappungsgrenze). Der niedrigere Wert von Standardabweichung oder Kappungsgrenze wird nach Rundung als obere Grenzverweildauer festgelegt. Im Fallpauschalen-Katalog ist der darauf folgende Tag auszuweisen. Er ist der erste Tag, für den eine zusätzliche tagesbezogene Vergütung gezahlt wird.

Mit der zusätzlichen Festlegung der Kappungsgrenze wird insbesondere inhomogenen Fallgruppen mit starken Unterschieden in der Verweildauer Rechnung getragen. Das Risiko des Krankenhauses bei diesen Patienten mit langen Verweildauern (Ausreißer) wird auf sachgerechte Werte begrenzt. Ohne die Festlegung einer Kappungsgrenze hätten gerade diese Fallpauschalen einen hohen Verweildauermittelwert und durch die starke Streuung der Verweildauern auch einen hohen oberen Grenzverweildauerwert.

### *Zu Absatz 2*

Die Anzahl der Tage für den Maximalabstand von der mittleren Verweildauer bis zur oberen Grenzverweildauer (Kappungsgrenze) ist einheitlich für alle Fallpauschalen so zu bestimmen, dass voraussichtlich fünf bis sechs Prozent der insgesamt über Fallpauschalen abzurechnenden Vergütung für Fälle gezahlt werden, bei denen die obere Grenzverweildauer überschritten wird. Der Umsatzanteil in Höhe von fünf bis sechs Prozent ist prospektiv bei der Erstellung des bundesweit gültigen Fallpauschalenkatalogs zu schätzen. Bei Fehlschätzungen wird ein späterer Ausgleich nicht vorgenommen.

### *Zu Absatz 3*

Für jede Fallpauschale wird im Fallpauschalen-Katalog eine Bewertungsrelation ausgewiesen, mit der die nach Überschreiten der Grenzverweildauer zu zahlende zusätzliche Vergütung je Tag bestimmt wird. Basis für die Berechnung der Bewertungsrelation ist der Tagessatz nach § 5 Satz 1. Um Fehlanreize zu vermeiden, wird dieser mit dem Faktor 0,6 multipliziert, d. h. gekürzt. Mit der zusätzlichen Vergütung sollen grundsätzlich nur die Kosten gedeckt werden, die in Folge der Weiterbehandlung der Patienten zusätzlich entstehen (Grenzkosten).

## **Zu § 7: Untere Grenzverweildauer**

Um Fehlanreize zu vermeiden, die z. B. zu medizinisch nicht gerechtfertigten frühzeitigen Entlassungen führen könnten, hat sich die Mehrheit der für das Fallpauschalensystem zuständigen Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG für eine untere Grenzverweildauer ausgesprochen. Dabei gehen auch die Krankenkassen davon aus, dass für nicht verlegte Patienten bei Erreichen der unteren Grenzverweildauer die Leistung der Fallpauschale erbracht und deshalb die ungekürzte Fallpauschale zu zahlen ist. Bei einer Verweildauer, die unterhalb dieser Grenzverweildauer liegt, soll die Fallpauschale durch einen Abschlag entsprechend gekürzt werden. Weil die Abschläge erst unterhalb der unteren Grenzverweildauer beginnen, müssen sie wesentlich höher sein als die Abschläge nach § 5 bei Verlegungen.

Für die Bestimmung der unteren Grenzverweildauer wurde auf das australische Verfahren zurückgegriffen, weil das von der amerikanischen HCFA für die obere Grenzverweildauer entwickelte Verfahren bei einer analogen Anwendung für die Ermittlung der unteren Grenzverweildauer zu nicht sachgerechten Ergebnissen führen würde. Z. B. wären bei Fallpauschalen mit großer Verweildauer-Bandbreite auch negative Werte zu erwarten.

### *Zu Absatz 1*

Satz 1 gibt grundsätzlich das australische Verfahren vor, bei dem die untere Grenzverweildauer bei einem Drittel des Verweildauer-Mittelwerts festgelegt wird. Um bei Fallpauschalen mit kurzer mittlerer Verweildauer nicht die volle Fallpauschale für Eintagesfälle zu zahlen, wird ein Mindestwert von zwei Tagen vorgegeben. Entsprechend setzt Satz 2 für den ersten Tag, an dem ein Abschlag vorzunehmen ist, einen Mindestwert von einem Tag fest. Damit wird die Vergütung für den Eintagesfall deutlich abgesenkt; vgl. die Erläuterungen zu Absatz 2. Im Fallpauschalen-Katalog ist nicht der Tag der unteren Grenzverweildauer, sondern der erste Tag auszuweisen, ab dem ein Abschlag von der Fallpauschale vorzunehmen ist.

### *Zu Absatz 2*

Im Rahmen der pauschalierenden Vergütung mit Fallpauschalen gilt die Leistung des Krankenhauses in der Bandbreite von der unteren bis zur oberen Grenzverweildauer als erbracht. Erst unterhalb der unteren Grenzverweildauer wird die Fallpauschale gekürzt.

Die Vorschrift legt die Berechnung des Abschlags bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer fest. Um eine sachgerechte Vergütung zu gewährleisten, wird der Abschlag so berechnet, dass die vom Krankenhaus erbrachte Hauptleistung, durch § 5 Satz 2 definiert als Operation oder vergleichbare Leistung (etwa entsprechend dem bisherigen Sonderentgelt), und ein tagesbezogener Anteil der Fallpauschale bezahlt wird.

Bei Fallpauschalen ohne Hauptleistung im Sinne des § 5 Abs. 2, d. h. insbesondere im konservativen Behandlungsbereich, wird der Abschlag ohne Berücksichtigung einer Hauptleistung nach dem obigen Schema berechnet. Im Ergebnis wird für jeden erbrachten Tag der Tagesanteil der Fallpauschale gezahlt.

Die Abschlagssystematik wird an Hand des folgenden Beispiels dargelegt:

Höhe der Fallpauschale	Kalkulierte Tage (Mittlere VD)	Untere Grenzverweildauer	Erster Tag mit Abschlag lt. FP-Katalog	Abzug pro nicht erbrachtem Tag *)	Tatsächliche Verweildauer	Vergütung des Falles
3.000 € davon OP-Anteil: 900 €	12	4	3	kein Abschlag	6	3.000 €
				1/4	3	2.475 €
				2/4	2	1.950 €
2.000 € davon OP-Anteil: 700 €	9	3	2	---	10	2.000 €
				kein Abschlag	3	2.000 €
				1/3	2	1.567 €
1.000 € davon OP-Anteil: 500 €	4	2	1	kein Abschlag	3	1.000 €
				kein Abschlag	2	1.000 €
				1/2	1	750 €

\*) Anteil von der Restfallpauschale nach Abzug des OP-Anteils

### Zu Abschnitt 3: Sonstige Vorschriften

#### Zu § 8: Abrechnungsvorschriften für sonstige Entgelte

Zielsetzung dieser Vorschrift ist es, für die krankenhausindividuelle Vereinbarung fallbezogener Entgelte grundsätzlich Gliederung und Inhalt des DRG-Fallpauschalenkatalogs als Orientierung vorzugeben. Dies soll die Abrechnung solcher Entgelte gegenüber Krankenkassen und Patienten erleichtern und die Anforderungen an die neuen Abrechnungsprogramme begrenzen. Auf eine volle Übertragung der rechtlichen Vorgaben für die DRG-Fallpauschalen wird verzichtet.

#### Zu § 9: Fallzählung

##### Zu Absatz 1

Für das neue Fallpauschalensystem wird vorgegeben, dass sich die Fallzahlzählung nach der Abrechnung der DRG-Fallpauschalen richtet. Jede abgerechnete Fallpauschale wird als Fall gezählt. 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 festgelegt 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 tagesgleichen Pflegesätzen gibt Nummer 2 vor, dass die derzeit im Bereich der Bundespflegesatzverordnung 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.

### **Zu § 10: Geltungsdauer**

Da die Deutsche Krankenhausgesellschaft nur für das Optionsmodell des Jahres 2003 das Scheitern der Verhandlungen erklärt hat, gilt die Verordnung nur für das Jahr 2003. Nach Satz 1 können die Selbstverwaltungspartner jederzeit eine Änderung der Vorgaben vereinbaren.

Satz 2 gibt eine Übergangsregelung für den Fall vor, dass die Selbstverwaltungspartner zwar einen Fallpauschalen-Katalog für das Jahr 2004 vereinbaren, dieser jedoch nicht bereits zum 1. Januar 2003 eingesetzt werden kann.

### **Zu § 11: Inkrafttreten**

Die Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft, damit die Krankenhäuser für ihre bis zum 31. Oktober 2002 zu treffende Entscheidung über die Teilnahme am Optionsmodell 2003 eine rechtlich abgesicherte Grundlage haben.