

Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2004 (Fallpauschalenverordnung 2004 - KFPV 2004)

Amtliche Begründung zum Referentenentwurf, angepasst an den Verordnungstext vom 13. Oktober 2003

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 (Australian Refined-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 Fallpauschalen-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 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 hämatopoetischen Stammzellen (§ 4);
- Vorgabe von Abrechnungsbestimmungen für krankenhausesindividuell 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 Leis-

tungen vereinbaren die Vertragsparteien „vor Ort“ (§ 11 KHEntgG) krankenhaushausindividuelle 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 664 Fallpauschalen stehen nun 824 DRG zur Verfügung. Dabei wurden für einzelne Basis-DRG bis zu fünf Schweregrade vergeben. Die Kostenhomogenität der einzelnen Fallpauschalen ist wesentlich gestiegen. Alle DRG haben einen Homogenitätskoeffizienten von mindestens 51 %. Bei 618 DRG liegt der Homogenitätskoeffizient über 60 %, davon bei 305 DRG über 65 %. Dies sind sehr gute Werte. Die im Jahr 2003 noch unzureichende Differenzierung zwischen einzelnen Relativgewichten (sog. 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).

Mit der Verordnung werden Abrechnungsbestimmungen und pauschalierte Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhaushfälle vorgegeben (Ausnahme: Psychiatrie). Geschlechtsspezifischen Besonderheiten in Diagnostik und Therapie trägt der Fallpauschalen-Katalog Rechnung. Insbesondere werden auch signifikant unterschiedliche Kostensituationen bei der stationären Versorgung von Patientinnen und Patienten berücksichtigt.

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.

Da die Grundsatzentscheidungen bereits mit dem Fallpauschalengesetz getroffen wurden, entstehen für die Unternehmen durch die Schiedsregelung keine zusätzlichen Kosten. 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. Auswirkungen auf Einzelpreise und das Preisniveau, insbesondere das Verbraucherpreisniveau sind deshalb ebenfalls nicht zu erwarten.

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 – BPfIV), 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 gegenüber den Patientinnen 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 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 ein Patient oder eine Patientin nach Hause entlassen oder verlegt wird. Wird z. B. in einer Klinik eine Herzoperation durchgeführt, rechnet diese eine entsprechend hohe operative DRG ab. Nach Verlegung des Patienten oder der Patientin 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 eines Patienten oder einer Patientin 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 vorliegt, möglichst zu vermeiden.

Zu Absatz 2

Jede Fallpauschale vergütet die Krankenhausbehandlung innerhalb einer Bandbreite von Aufenthaltstagen, 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. Im Fallpauschalen-Katalog wird dabei - wie im Vorjahr - nicht der Tag der Grenzverweildauer, sondern der darauf folgende Tage, also der erste Tag für den ein zusätzliches Entgelt gezahlt wird, ausgewiesen. Die Sätze 2 und 3 regeln die Ermittlung der Höhe des Tagessatzes und für wie viele Tage dieser zusätzlich abrechenbar ist.

Zu Absatz 3

Wird bei Patientinnen oder Patienten, die nicht verlegt wurden, die untere Grenzverweildauer nicht erreicht, so ist für jeden nicht erbrachten Tag ein Abschlag von der Fallpauschale vorzunehmen. Im Fallpauschalen-Katalog wird dabei - wie im Vorjahr - nicht der Tag der Grenzverweildauer, sondern der vorhergehende Tag, also der erste Tag für den ein Abschlag vorzunehmen ist, ausgewiesen. Die Höhe des Abschlags wird nach den Vorgaben der Sätze 2 bis 4 ermittelt. Bei verlegten Patientinnen oder 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 Patientinnen oder 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 in den Abteilungen. Satz 3 regelt den Fall, dass eine Bewertungsrelation für Beleghebammen in den Spalten 6 oder 7 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. Auf diese Fallpauschalen sind die allgemeinen Vorgaben anzuwenden. Wird beispielsweise die Mutter noch im Jahr 2003 aufgenommen, das Kind jedoch erst im Jahr 2004 geboren, wird für die Mutter als sog. „Überliegerin am Jahresanfang“ die Fallpauschale nach dem Katalog des Jahres 2003 abge-

rechnet. Für das Neugeborene entsteht erst im Jahr 2004 ein Fall (Aufnahme); es wird die entsprechende Fallpauschale nach dem Katalog des Jahres 2004 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 Patientinnen und 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 Patientinnen und 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 oder -Patientinnen 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 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 Patientinnen und 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 Patientinnen und 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 den Patienten oder die Patientin zu mehreren Krankenhausaufenthalten führen, auch z. B. zu mehreren teilstationären Behandlungen im Anschluss an eine vollstationäre Behandlung. Dies gilt beispielsweise für die Behandlung von Krebspatientinnen und -patienten. Gerade die Krankenkassen haben im Hinblick auf eine Verkürzung der Verweildauern in den letzten Jahren verstärkt darauf gedrängt, dass Patientinnen und 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 Patientinnen und Patienten sowie 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 Fallsplitting 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 Fallsplitting 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 DRGs der MDC 15 „Neugeborene“,
- die Behandlung von HIV-Patientinnen und -Patienten (MDC 18A),
- die Dialysen 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.

Entsprechend der allgemeinen Vorgabe des § 1 Abs. 1 Satz 1 gelten die neuen Abrechnungsregeln in Verbindung mit dem neuen Fallpauschalenkatalog 2004. Bei Krankenhäusern, die im Jahr 2003 bereits DRG-Fallpauschalen angewendet haben (Optionskrankenhäuser), sind Fallzusammenlegungen wegen Wiederaufnahmen somit nur insoweit vorzunehmen, als es sich um Fälle handelt, bei denen Patienten oder Patientinnen nach dem 1. Januar 2004 aufgenommen wurden; entsprechend geben Absatz 1 Nr. 1 und Absatz 2 Nr. 1 vor „... des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Krankenhausaufenthalts, ...“ Bei Krankenhäusern, die im Jahr 2004 erstmals DRG-Fallpauschalen anwenden, gelten die Vorgaben des § 2 zur Fallzusammenführung (Wiederaufnahmen und Komplikationen) und des § 3 Abs. 3 zur Rückverlegung nur für Fälle, für die DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden oder abgerechnet worden sind. Sie gelten somit nicht für die Fälle, die nach § 15 Abs. 1 KHEntgG wegen einer verspäteten Budgetvereinbarung oder Genehmigung noch mit den für das Jahr 2003 vereinbarten Entgelten abgerechnet werden.

Zu Absatz 1

Eine Zusammenfassung von Krankenhausaufenthalten zu einem Gesamtfall ist nach Satz 1 vorzunehmen, wenn ein wieder aufgenommenener Patient oder eine Patientin in dieselbe Basis-DRG eingestuft wird wie bei einem vorhergehenden Krankenhausaufenthalt. Die Fälle werden jedoch nur dann zusammengefasst, wenn der Patient oder die Patientin innerhalb der im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesenen oberen Grenzverweildauer wieder aufgenommen wird. 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“.

Zu Absatz 2

Mit der Zielsetzung, Fallsplits bei der Behandlungsfolge „Diagnostik“ und nachfolgende „Operation“ zu vermeiden, verfügt Satz 1 eine Zusammenfassung solcher Fälle, wenn Patientinnen oder 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.

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 Komplikationen 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 Patientinnen und 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 Rege-

lungen 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.

Werden bei Optionskrankenhäusern Patientinnen oder Patienten, die im Jahr 2003 aufgenommen wurden, im Jahr 2004 wegen einer Komplikation wieder aufgenommen, gelten die Abrechnungsregeln 2003 und somit auch die Vorgabe des § 8 Abs. 5 KHEntgG.

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 der Krankenkasse oder gegenüber dem Patienten oder der Patientin abgerechnet, so ist nach Satz 5 diese Abrechnung zu stornieren. Sie wird ersetzt durch die Fallpauschale für den Gesamtaufenthalt. Satz 6 stellt klar, dass die Grenzverweildauer dieser neuen Fallpauschale maßgeblich für die Abrechnung zusätzlicher tagesbezogene Entgelte ist. Satz 7 stellt klar, dass tagesbezogene, 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

Nach § 1 Abs. 1 Satz 3 ist bei einer Verlegung ein Abschlag von der Fallpauschale vorzunehmen. Zielsetzung ist es, fehlsteuernde Anreize, die zu einer zu frühen Verlegung von Patientinnen oder Patienten führen könnten, zu vermeiden. Abschläge sind auch deshalb erforderlich, weil das Krankenhaus, das den Patienten oder die Patientin 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 des Patienten oder der Patientin 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 Patientinnen oder 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 verlegte Patientinnen oder 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 Patientinnen oder 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 Patientinnen oder 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 Patientinnen oder Patienten vor Erreichen der mittleren Verweildauer nicht nochmals weiterverlegt.

Zu Absatz 3

Satz 1 regelt die Fälle, die nach einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus von diesem 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 die jeweiligen Falldaten aller Aufnahmen in dasselbe Krankenhaus innerhalb der 30-Tage-Frist 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 6.

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 Vergütungshöhe entstehen würde. Satz 3 stellt klar, dass Krankenhausaufenthalte, für die anstelle einer DRG-Fallpauschale tagesbezogene, krankenhausesindividuell 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.

Werden Patientinnen oder Patienten, für die eine Fallpauschale nach dem Fallpauschalen-Katalog 2003 abgerechnet wurde, im Jahr 2004 in das gleiche Krankenhaus zurückverlegt (Rückverlegung), sind nach § 1 Abs. 1 Satz 1 die Abrechnungsvorschriften des Jahres 2003 und somit auch die Vorschrift zur Rückverlegung nach § 2 Abs. 3 der KFPV für das Jahr 2003 anzuwenden.

Zu Absatz 4

Die meisten Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland werden ab dem Jahr 2004 DRG-Fallpauschalen abrechnen. Neben einzelnen Leistungen, die nach Anlage 3 von der DRG-Anwendung ausgenommen sind, 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 besonderen Einrichtungen, für die zeitlich befristet noch krankenhaushausindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG vereinbart werden können.

Werden Patientinnen oder Patienten aus dem DRG-Fallpauschalenbereich in die beiden vorgenannten 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 Patientinnen oder Patienten zwischen diesen Entgeltbereichen intern verlegt werden. Die nach unterschiedlichen Vergütungsregeln abrechnenden Teilbereiche eines Krankenhauses werden somit wie zwei eigenständige Krankenhäuser behandelt.

Zu § 4: Fallpauschalen bei bestimmten Transplantationen

In den Fallpauschalen-Katalog 2004 konnten nun auch die im Jahr 2003 noch krankenhaushausindividuell zu verhandelnden Fallpauschalen für die Transplantation von Organen nach § 9 Satz 1 TPG sowie für die Transplantation von Knochenmark und von hämatopoetischen Stammzellen aufgenommen werden. Dies macht gesonderte Abrechnungsbestimmungen für diesen Leistungsbereich notwendig.

§ 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 auf Grund 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 oder Transplantatempfängerinnen und gegebenenfalls von Lebendspendern oder Lebendspenderinnen 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 Patientinnen oder Patienten des Transplantationszentrums mit der Fallpauschale für die stationäre Behandlung der jeweiligen Transplantatempfängerinnen oder Transplantatempfänger vergütet.

Nicht mit dieser Fallpauschale vergütet werden die notwendigen ambulanten Untersuchungen zur Wartelistenführung; sie werden gesondert mit den in der Warteliste geführten Personen oder deren Sozialleistungsträgern abgerechnet.

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.

Zu Absatz 3

Im Gegensatz zur bisherigen Regelung sind bei Lebendspenden die Entgelte für Organentnahmen bei den Lebendspenderinnen oder Lebendspendern und für deren weitere stationäre Behandlungen in den Fallpauschalen für Transplantationen nicht mehr enthalten. Für stationär aufgenommene Lebendspenderinnen oder 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 Lebendspenderinnen oder 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 Spenderinnen oder 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 Empfängerinnen oder Empfängern einer Transplantation entgegenstehen. Bei erfolgter Transplantation der entnommenen Organe sind die Fallpauschalen mit den Transplantatempfängerinnen, 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 zum Transplantatempfang 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 Lebendspenderinnen oder Lebendspender im Vorfeld hierüber aufzuklären. Dies betrifft auch den bestehenden Versicherungsschutz im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung (§ 2 Abs. 1 Nr. 13 Buchstabe b SGB VII) sowie die Erstattung etwaiger Reisekosten und eines etwaigen Verdienstausfalls der Lebendspenderinnen oder Lebendspender und die Nichterstattung von Vermögensschäden, die mittelbar oder unmittelbar auf Grund einer Spende entstehen.

Für den Fall, dass die Entnahme von hämatopoetische Stammzellen nicht durch eine Fallpauschale vergütet werden kann, weil der Krankenhausaufenthalt des Spenders oder der Spenderin nicht in direktem Zusammenhang mit der Transplantation stattfindet, wird ein entsprechen-

des Zusatzentgelt abgerechnet. Die Höhe des Zusatzentgeltes ist auf krankenhausesindividueller Ebene zu verhandeln.

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 der Person, die zum Transplantatempfang vorgesehen war, oder gegenüber deren Sozialleistungsträger abzurechnen.

Die Leistungen des Krankenhauses im Rahmen der Kontrolluntersuchungen bei Transplantatempfängerinnen oder Transplantatempfängern und bei Lebendspenderinnen oder Lebendspendern (Absatz 1 Satz 2 Nr. 7 und 8) sind ebenfalls entsprechend ihrer leistungsrechtlichen Zuordnung gegenüber den Transplantatempfängerinnen, den Transplantatempfängern oder deren Sozialleistungsträgern abzurechnen. Diese Kontrolluntersuchungen finden nicht im Zusammenhang mit der Transplantation, sondern erst später in einem ggf. gesonderten Krankenhausaufenthalt statt.

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 Transplantatempfängerinnen, 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 Organspenderinnen oder 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 Transplantatempfängerinnen, den Transplantatempfängern oder deren Sozialleistungsträgern abzurechnen, sobald die vorgesehenen Transplantatempfängerinnen oder 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 Transplantatempfängerinnen, den Transplantatempfängern oder deren Sozialleistungsträgern abzurechnen. Kommt es nicht zu einer Lebendspende, d. h. Organentnahme bei den betreffenden als Lebendspender oder Lebendspenderinnen vorgesehenen

Personen, auf die sich die Gutachtenerstellung bezieht, ist die Gutachtenerstellung entsprechend ihrer leistungsrechtlichen Zuordnung gegenüber den Personen, die zum Transplantatempfang vorgesehen waren oder deren Sozialleistungsträger, abzurechnen.

Der Transport von Knochenmark oder von hämatopoetischen Stammzellen (Absatz 1 Satz 2 Nr. 6) ist gegenüber den Transplantatempfängerinnen, 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 krankenhauses individuell 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 krankenhauses 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 krankenhauses individuelle 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. Satz 2 stellt klar, dass die Zusatzentgelte nach Anlage 4 zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen oder den nach § 6 Abs. 1 KHEntgG krankenhauses individuell zu vereinbarenden Entgelten abgerechnet werden können.

Zu Absatz 3

Ein Zusatzentgelt für Dialyse kann nicht abgerechnet werden, wenn die Leistung Bestandteil einer Fallpauschale ist. Eine Berechnung dieses Zusatzentgelts ist somit bei Abrechnung einer Fallpauschale der Basis-DRG L60 oder L71 sowie des nach Anlage 3 krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Entgelts L61 nicht möglich.

Zu § 6: Abrechnung von teilstationären Leistungen

Zu Absatz 1

Für die nicht in die DRG-Abrechnung einbezogenen teilstationären Leistungen sind krankenhausesindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG zu vereinbaren. Dies werden in der Regel - wie bisher - tagesbezogene Entgelte sein.

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 sowie die Dialysebehandlung 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, dass für die nicht mit dem DRG-Fallpauschalen-Katalog vergüteten Leistungen nach Anlage 3 und die teilstationären Leistungen sowie für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG krankenhausesindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG vereinbart werden dürfen. Nach Satz 2 ist bei der Vereinbarung krankenhausesindividueller 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 für fallbezogene Entgelte, dass bei Wiederaufnahmen in dasselbe Krankenhaus grundsätzlich Vereinbarungen zu treffen sind, die den Vorgaben des § 2 Abs. 1, 2 und 4 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 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 Fallzählung nach der Abrechnung der DRG-Fallpauschalen richtet. Jede abgerechnete Fallpauschale wird im Jahr der Entlassung 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 (Belegungstag) festgelegt ist. 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 Bundespflegesatzverordnung geltende Zählweise weiter angewendet wird. Im Bereich der teilstationären Versorgung werden Patientinnen oder 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 vereinbarten Basisfallwert erfolgen, bis ein neuer krankenhausesindividueller Basisfallwert für das Jahr 2004 vereinbart ist. Für den Fall, dass noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte nach Anlage 3 vereinbart und abrechenbar sind, sind hilfsweise 600 Euro je Belegungstag abzurechnen; hierdurch entstehende Zahlungsdifferenzen werden nach § 15 Abs. 2 KHEntgG ausgeglichen.

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 grundsätzlich 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. Ist diese hilfsweise Abrechnung wegen fehlender Entgelte im Jahr 2002 nicht möglich, können vom Krankenhaus bis zum Abschluss einer Vereinbarung weiterhin die im Jahr 2003 abgerechneten DRG in Rechnung gestellt werden.

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 824 DRG zur Verfügung. Dabei wurden für einzelne Basis-DRG bis zu fünf Schweregrade vergeben. Die Kostenhomogenität der einzelnen Fallpauschalen ist wesentlich gestiegen. Alle DRG haben einen Homogenitätskoeffizienten von mindestens 51 %. Bei 618 DRG liegt der Homogenitätskoeffizient über 60 %, davon bei 305 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 konnte, 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 krankenhausesindividuell vereinbarten Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG abgerechnet werden. Weitere Zusatzentgelte können krankenhausesindividuell 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, krankenhausesindividuelle 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 krankenhausesindividuelle 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, krankenhausesindividuelle 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 krankenhausesindividuelle 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.