

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

Vom 13. Oktober 2003 (BGBl. I S.)

Auf Grund des § 17b Abs. 7 Satz 1 Nr. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 885), der durch Artikel 2 Nr. 4 Buchstabe f des Gesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) eingefügt und durch Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe c des Gesetzes vom 17. Juli 2003 (BGBl. I S. 1461) neu gefasst worden ist, sowie auf Grund von § 8 Abs. 5 Satz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes, der durch Artikel 2 Nr. 5a des Gesetzes vom 17. Juli 2003 (BGBl. I S. 1461) eingefügt wurde, verordnet das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung:

Abschnitt 1

Abrechnungsbestimmungen für DRG-Fallpauschalen

§ 1

Abrechnung von Fallpauschalen

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

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

$$\begin{aligned} & \text{Belegungstage insgesamt (tatsächliche Verweildauer nach Absatz 7) + 1} \\ & \text{- erster Tag mit zusätzlichem Entgelt bei oberer Grenzverweildauer} \\ & \text{= zusätzlich abrechenbare Belegungstage.} \end{aligned}$$

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

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

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

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

Ist im Ausnahmefall eine Fallpauschale für belegärztliche Versorgung nicht vorgegeben, ist die Fallpauschale für Hauptabteilungen abzurechnen. Ist bei einer belegärztlichen Versorgung im Rahmen der Geburtshilfe (MDC 14) für eine Fallpauschale eine Bewertungsrelation für die Beleghebamme in den Spalten 6 oder 7 nicht vorgegeben, so sind die Bewertungsrelationen der Spalte 5 maßgeblich.

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

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

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

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

§ 2

Wiederaufnahmen in dasselbe Krankenhaus

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

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

Eine Zusammenfassung und Neueinstufung nach Satz 1 wird nicht vorgenommen, wenn die Fallpauschalen dieser Basis-DRG bei Versorgung in einer Hauptabteilung in Spalte 13 oder bei belegärztlicher Versorgung in Spalte 15 des Fallpauschalen-Katalogs gekennzeichnet sind.

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

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

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

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

(4) Bei der Anwendung der Absätze 1 bis 3 ist für jeden Krankenhausaufenthalt eine DRG-Eingruppierung vorzunehmen. Auf dieser Grundlage hat das Krankenhaus eine Neueinstufung in eine Fallpauschale mit den Falldaten aller zusammen zu führenden Krankenhausaufenthalte durchzuführen. Dabei sind zur Ermittlung der Verweildauer die Belegungstage der Aufenthalte in diesem Krankenhaus zusammenzurechnen. Die obere Grenzverweildauer, die nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 für die Fallzusammenführung maßgeblich ist, ergibt sich aus dem Aufnahmedatum und der DRG-Eingruppierung des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Aufenthalts in diesem Krankenhaus. Hat das Krankenhaus einen der zusammen zu führenden Aufenthalte bereits abgerechnet, ist die Abrechnung zu stornieren. Maßgeblich für die zusätzliche Abrechnung von tagesbezogenen Entgelten ist die Grenzverweildauer, die sich nach der Fallzusammenführung ergibt; für die Ermittlung der Verweildauer gilt Satz 3 entsprechend. Die Sätze 1 bis 6 gelten nicht, soweit tagesbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes abzurechnen sind.

§ 3

Abschläge bei Verlegung

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

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

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

= Zahl der Abschlagstage.

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

(3) Wird ein Patient oder eine Patientin aus einem Krankenhaus in ein anderes Krankenhaus verlegt und von diesem innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Entlassungsdatum eines ersten Krankenhausaufenthalts in dasselbe Krankenhaus zurückverlegt (Rückverlegung), hat das wiederaufnehmende Krankenhaus die Falldaten des ersten Krankenhausaufenthalts und aller weiteren, innerhalb dieser Frist in diesem Krankenhaus aufgenommenen Fälle zusammenzufassen und eine Neueinstufung nach den Vorgaben des § 2 Abs. 4 Satz 1 bis 6 in eine Fallpauschale durchzuführen sowie Absatz 2 Satz 1 anzuwenden. Satz 1 findet keine Anwendung für Fälle der Hauptdiagnosegruppe für Neugeborene (MDC 15). Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für Krankenhausaufenthalte, für die anstelle einer Fallpauschale tagesbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes abzurechnen sind.

(4) Ist in einem Krankenhaus neben dem Entgeltbereich der DRG-Fallpauschalen einerseits noch ein Entgeltbereich nach der Bundespflegesatzverordnung oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes andererseits vorhanden, sind diese unterschiedlichen Entgeltbereiche im Falle von internen Verlegungen wie selbständige Krankenhäuser zu behandeln. Für den Entgeltbereich der DRG-Fallpauschalen sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 4

Fallpauschalen bei bestimmten Transplantationen

(1) Mit Fallpauschalen bei Transplantationen von Organen nach § 9 Satz 1 des Transplantationsgesetzes, bei Transplantationen der Augenhornhaut sowie bei Transplantationen von Knochenmark oder hämatopoetischen Stammzellen werden die allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für die stationäre Versorgung eines Transplantatempfängers, einer Transplantatempfängerin oder bei der Lebendspende vergütet. Nicht mit

den Fallpauschalen vergütet und folglich gesondert abrechenbar sind insbesondere folgende Leistungen:

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

(2) Für Transplantationen nach Absatz 1 Satz 1 ist jeweils eine Fallpauschale gegenüber den Transplantatempfängern, den Transplantatempfängerinnen oder deren Sozialleistungsträgern abzurechnen.

(3) Für stationär aufgenommene Lebendspender oder Lebendspenderinnen, bei denen

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

ist eine Fallpauschale abzurechnen. Bei erfolgter Transplantation der entnommenen Organe ist die jeweilige Fallpauschale gegenüber den Transplantatempfängern, den Transplantatempfängerinnen oder deren Sozialleistungsträgern abzurechnen. Kommt es nicht zur Transplantation, ist die jeweilige Fallpauschale gegenüber der Person, die zum Transplantatempfang vorgesehen war, oder gegenüber deren Sozialleistungsträger abzurechnen. Auf der Rechnung ist die Versichertennummer der Person, die das Transplantat empfangen hat oder für die Transplantation vorgesehen war, anzugeben. Werden hämatopoetische Stammzellen bei Familienspendern aus dem Ausland oder bei nicht-verwandten Spendern über in- oder ausländische Spenderdateien bezogen, wird anstelle der Fallpauschale ein entsprechendes Zusatzentgelt abgerechnet.

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

Abschnitt 2

Abrechnungsbestimmungen für andere Entgeltarten

§ 5

Abrechnung von Zusatzentgelten

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

(2) Für die in Anlage 4 benannten, mit dem bundeseinheitlichen Zusatzentgelte-Katalog nicht vergüteten Leistungen vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes krankenhausesindividuelle Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes. Diese können zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen oder den nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Entgelten abgerechnet werden.

(3) Zusatzentgelte für Dialysen können zusätzlich zu einer DRG-Fallpauschale oder zu einem Entgelt nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes abgerechnet werden; dies gilt nicht für die Fallpauschalen der Basis-DRG L60 und L71 und für das nach Anlage 3 krankenhausesindividuell zu vereinbarende Entgelt L61, bei denen die Behandlung des Nierenversagens die Hauptleistung ist.

§ 6

Abrechnung von teilstationären Leistungen

(1) Teilstationäre Leistungen sind mit Entgelten abzurechnen, die nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes krankenhausesindividuell vereinbart worden sind.

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

§ 7

Abrechnung von sonstigen Entgelten

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

1. Leistungen, die nach Anlage 3 noch nicht mit DRG-Fallpauschalen vergütet werden,
2. teilstationäre Leistungen nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und
3. besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

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

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

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

Abschnitt 3

Sonstige Vorschriften

§ 8

Fallzählung

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

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

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

§ 9

Laufzeit der Entgelte

(1) Bei Krankenhäusern, die das DRG-Vergütungssystem bereits im Jahr 2003 eingeführt haben, sind die Fallpauschalen nach Anlage 1 abzurechnen für Patientinnen oder Patienten, die ab dem 1. Januar 2004 in das Krankenhaus aufgenommen werden. Können die Fallpauschalen noch nicht mit der für das Jahr 2004 vereinbarten oder festgesetzten Höhe des krankenhausesindividuellen Basisfallwerts gewichtet werden, sind sie nach Maßgabe des § 15 Abs. 1 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes mit der bisher geltenden Höhe des Basisfallwerts zu gewichten und in der sich ergebenden Entgelthöhe abzurechnen. Können für die Leistungen nach Anlage 3 noch keine krankenhausesindividuell vereinbarten Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag 600 Euro abzurechnen. Bei Krankenhäusern, die das DRG-Vergütungssystem erstmals im Jahr 2004 einführen, sind die Fallpauschalen ab dem in § 15 Abs. 1 Satz 1 und 2 des Krankenhausentgeltgesetzes genannten Zeitpunkt abzurechnen.

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

Abschnitt 4

Geltungsdauer, Inkrafttreten

§ 10

Geltungsdauer

Die Vorschriften der Abschnitte 1 bis 3 gelten vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2004. Kann der Fallpauschalen-Katalog 2005 erst nach dem 1. Januar 2005 angewendet werden, sind nach Maßgabe des § 15 Abs. 1 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes die Leistungen weiterhin nach dem Fallpauschalen-Katalog 2004, gewichtet mit dem krankenhausesindividuellen Basisfallwert für das Jahr 2004, abzurechnen. Solange noch keine neuen Abrechnungsregeln vereinbart oder in Kraft getreten sind, gelten die Abrechnungsbestimmungen nach dieser Verordnung weiter.

§ 11

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Bonn, den .. Oktober 2003

Die Bundesministerin für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ulla Schmidt

Anlage 1

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

Fallpauschalen-Katalog

Die Bewertungsrelationen gelten für die Abrechnung von stationären Leistungen. Dies gilt nicht, soweit nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes sonstige Entgelte für bestimmte Leistungen nach Anlage 3, teilstationäre Leistungen nach § 6 Abs. 1 Satz 1 oder besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbart worden sind.

Abkürzungen:

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

Fußnoten:

- ¹⁾ Belegungstage, die der Kalkulation der Fallpauschale zu Grunde gelegt wurden.
- ²⁾ Erster Belegungstag, an dem nach § 1 Abs. 3 ein Abschlag von der Fallpauschale vorzunehmen ist.
- ³⁾ Erster Belegungstag, an dem nach § 1 Abs. 2 ein tagesbezogenes Entgelt zusätzlich zur Fallpauschale gezahlt wird.
- ⁴⁾ Eine Zusammenfassung von Fällen bei Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus nach § 2 Abs. 1 und 2 erfolgt nicht.
- ⁵⁾ Die Definition der DRG-Fallpauschalen schließt eine untere oder obere Grenzverweildauer aus.

hier den Fallpauschalen-Katalog einfügen

Anlage 2

(zu § 5 Abs. 1)

Zusatzentgelte-Katalog

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

Fußnoten:

- ¹⁾ Eine zusätzliche Abrechnung ist im Zusammenhang mit einer Fallpauschale der Basis-DRG L60 oder L71 sowie für das nach Anlage 3 krankenhausindividuell zu vereinbarende Entgelt L61 nicht möglich.

Anlage 3

(zu § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1)

Nicht mit dem Fallpauschalen-Katalog vergütete Leistungen

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

DRG	Parti- tion	Bezeichnung
1	2	3
Prä-MDC		
A16B	O	Transplantation von Darm oder Pankreas(gewebe), Pankreasinseltransplantation
A43Z	A	Frührehabilitation bei Wachkoma und Locked-in-Syndrom
A61Z	M	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen
MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems		
B61A	M	Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks mit äußerst schweren CC
B61B	M	Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne äußerst schwere CC
MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane		
E76A	M	Tuberkulose mit äußerst schweren CC
E76B	M	Tuberkulose ohne äußerst schwere CC
MDC 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten		
K01A	O	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen mit Frührehabilitation und Geriatrischer Komplexbehandlung
MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane		
L61Z ¹⁾	M	Stationäre Aufnahme zur Dialyse
MDC 19 Psychische Krankheiten		
U01Z	O	Geschlechtsumwandelnde Operation
MDC 21A Polytrauma		
W01A	O	Polytrauma mit maschineller Beatmung oder Kraniotomie mit Frührehabilitation
W05Z	O	Polytrauma mit signifikantem Eingriff ohne maschinelle Beatmung oder Kraniotomie mit Frührehabilitation
W40Z	A	Frührehabilitation bei Polytrauma
MDC 22 Verbrennungen		
Y01Z	O	Operative Eingriffe oder Langzeitbeatmung bei schweren Verbrennungen
Y61Z	M	Schwere Verbrennungen
MDC 23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens		
Z41Z	A	Knochenmarkentnahme bei Eigenspender
Z42Z	A	Stammzellentnahme bei Fremdspender
Z43Z	A	Knochenmarkentnahme bei Fremdspender

¹⁾ auch teilstationär abrechenbar

Anlage 4

(zu § 5 Abs. 2)

Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes

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

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

Zusatz- entgelt ¹⁾	Bezeichnung	OPS-301 Version 2004	
		OPS-Kode	OPS-Text
1	2	3	4
ZE25	Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich	5-020.62	Kombinierte Rekonstruktion von Hirn- und Gesichtsschädel, mit computerassistent vorgefertigtem Implantat (CAD-Implantat), einfacher Defekt
		5-020.63	Kombinierte Rekonstruktion von Hirn- und Gesichtsschädel, mit computerassistent vorgefertigtem Implantat (CAD-Implantat), großer oder komplexer Defekt
		5-020.64	Kombinierte Rekonstruktion von Hirn- und Gesichtsschädel, mit computerassistent vorgefertigtem Implantat (CAD-Implantat), sehr komplexer Defekt
		5-020.71	Kranioplastik, Schädeldach, mit alloplastischem Material, mit computerassistent vorgefertigtem Implantat (CAD-Implantat), einfacher Defekt
		5-020.72	Kranioplastik, Schädeldach, mit alloplastischem Material, mit computerassistent vorgefertigtem Implantat (CAD-Implantat), großer oder komplexer Defekt
		5-774.71	Plastische Rekonstruktion der Maxilla, durch alloplastische Implantate, mit computerassistent vorgefertigtem Implantat (CAD-Implantat), einfacher Defekt
		5-774.72	Plastische Rekonstruktion der Maxilla, durch alloplastische Implantate, mit computerassistent vorgefertigtem Implantat (CAD-Implantat), großer oder komplexer Defekt
		5-775.71	Plastische Rekonstruktion der Mandibula durch alloplastische Implantate, mit computerassistent vorgefertigtem Implantat (CAD-Implantat), einfacher Defekt
		5-775.72	Plastische Rekonstruktion der Mandibula durch alloplastische Implantate, mit computerassistent vorgefertigtem Implantat (CAD-Implantat), großer oder komplexer Defekt
ZE26	Ramus-Distraktoren	5-776.6	Verlagerung des Unterkiefers durch Distraction mit Kontinuitätstrennung im aufsteigenden Mandibulaast
		5-776.7	Verlagerung der Mandibula durch Distraction nach Osteotomie im horizontalen Mandibulaast
		5-776.8	Verlagerung des Oberkiefers durch Distraction nach Osteotomie in Le Fort-I Ebene
		5-776.9	Verlagerung des Alveolarfortsatzes durch Distraction nach Osteotomie
		5-777.*1	Osteotomie zur Verlagerung des Mittelgesichtes, mit Distraction
ZE27	ZNS-Stimulator-implantate („Nervenschrittmacher“)	5-028.0*	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Hirnstimulation
		5-029.4	Implantation einer Neuroprothese
		5-039.2*	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation
		5-039.7	Implantation oder Wechsel des Neurostimulators zur Vorderwurzelstimulation
		5-059.0*	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems

		5-059.5	Implantation einer peripheren Neuroprothese
Zusatz- entgelt ¹⁾	Bezeichnung	OPS-301 Version 2004	
		OPS-Kode	OPS-Text
1	2	3	4
ZE28	Implantierbare Medikamentenpumpen	5-028.1*	Implantation oder Wechsel einer Medikamentenpumpe zur intraventrikulären Infusion
		5-038.4*	Implantation oder Wechsel einer Medikamentenpumpe zur intrathekalen und epiduralen Infusion
ZE29	Künstlicher Blasen-schließmuskel	5-597.0*	Eingriffe bei artefiziellm Harnblasensphinkter, Implantation
		5-597.3*	Eingriffe bei artefiziellm Harnblasensphinkter, Wechsel
ZE30 ²⁾	Dialyse	8-854.1*	Hämodialyse, Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD)
		8-854.x	Hämodialyse, Sonstige
		8-854.y	Hämodialyse, N.n.bez.
		8-853.**	Hämodifiltration
		8-855.**	Hämodiafiltration
		8-857.*	Peritonealdialyse
ZE31	Hämoperfusion	8-856	Hämoperfusion
ZE32	Leberersatztherapie	8-858	Extrakorporale Leberersatztherapie [Leberdialyse]
ZE33	Extrakorporale Photopherese	8-824	Photopherese
ZE34	Plasmapherese	8-820	Therapeutische Plasmapherese
ZE35	Immunadsorption	8-821	Immunadsorption
ZE36	LDL-Apherese	8-822	LDL-Apherese
ZE37	Zellapherese	8-823	Zellapherese
ZE38	Isolierte Extremitäten-perfusion	8-859	Isolierte Extremitätenperfusion
ZE39	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren		
ZE40	Versorgung von Schwerstbehinderten	Zusatzentgelt für Krankenhäuser, bei denen insbesondere wegen einer räumlichen Nähe zu entsprechenden Einrichtungen oder einer Spezialisierung eine Häufung von schwerstbehinderten Patienten auftritt. Vergütung des mit den DRG-Fallpauschalen nicht abgedeckten, wesentlichen zusätzlichen Aufwands, insbesondere im Pflegedienst.	
ZE41	Retransplantation von Organen während desselben stationären Aufenthaltes		
ZE42	Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen	Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen über Spenderdateien bei nicht-verwandten Spendern oder Bezug von hämatopoetischen Stammzellen von außerhalb Deutschlands bei Familienspendern	

ZE43	Zwerchfellschrittmacher	5-347.6	Implantation eines Zwerchfellschrittmachers
Zusatz-entgelt¹⁾	Bezeichnung	OPS-301 Version 2004	
		OPS-Kode	OPS-Text
1	2	3	4
ZE44	Medikamentefreisetzende Koronarstents	8-837.m*	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen, Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents

Fußnoten:

- *) Gilt für alle entsprechenden 5-Steller oder 6-Steller des angegebenen OPS-Kodes.
- 1) Weitere Untergliederungen der Entgelte sind in der fünften Stelle durch Angabe eines Buchstabens zu kennzeichnen.
- 2) Eine zusätzliche Abrechnung ist im Zusammenhang mit einer Fallpauschale der Basis-DRG L60 oder L71 sowie für das nach Anlage 3 krankenhausindividuell zu vereinbarende Entgelt L61 nicht möglich.