

Referentenentwurf

Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (FPVO)

Auf Grund des § 17b Abs. 7 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412), verordnet das Bundesministerium für Gesundheit:

Abschnitt 1

Abrechnungsbestimmungen für DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte

§ 1

Abrechnung von Fallpauschalen

(1) Die Fallpauschalen nach Anlage 1 werden jeweils von dem die Leistung erbringenden Krankenhaus abgerechnet. Werden Patienten in ein anderes Krankenhaus verlegt, rechnet jedes beteiligte Krankenhaus eine Fallpauschale ab. Diese wird nach Maßgabe der §§ 2 und 3 gemindert; dies gilt nicht für Fallpauschalen, die im Fallpauschalen-Katalog als Verlegungs-Fallpauschalen gekennzeichnet sind. Bei einer Verlegung im Sinne des Satzes 2 liegen zwischen der Entlassung aus einem Krankenhaus und der Aufnahme im anderen Krankenhaus nicht mehr als 24 Stunden.

(2) Ist die Verweildauer von Patienten länger als die obere Grenzverweildauer, wird für den dafür im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesenen Tag und jeden weiteren Belegungstag des Krankenhausaufenthalts zusätzlich zur Fallpauschale ein tagesbezogenes Entgelt abgerechnet; dieses wird ermittelt, indem die für diesen Fall im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesene Bewertungsrelation mit dem Basisfallwert multipliziert wird. Ist die Verweildauer von nicht verlegten Patienten kürzer als die untere Grenzverweildauer, ist für den dafür im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesenen Tag und jeden weiteren, nicht erbrachten Belegungstag ein Abschlag von der Fallpauschale vorzunehmen; dieser wird ermittelt, indem die für diesen Fall im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesene Bewertungsrelation mit dem Basisfallwert multipliziert wird.

(3) Werden Patienten sowohl in einer Hauptabteilung als auch in einer belegärztlichen Abteilung desselben Krankenhauses behandelt, ist nach der Einstufung in die für den gesamten Krankenhausaufenthalt geltende Fallpauschale die Höhe der Fallpauschale nach folgender Rangfolge festzulegen:

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

(4) 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. Diese wird zusammen mit dem Entgelt für die Versorgung der Mutter in Rechnung gestellt. Ist im Fallpauschalen-Katalog eine Mindestverweildauer für die Fallpauschale vorgegeben und wird diese nicht erreicht, ist die Versorgung des Neugeborenen mit dem Entgelt für die Mutter abgegolten. Im Falle einer Verlegung gelten die Vorgaben der §§ 2 und 3.

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

(6) Maßgeblich für die Ermittlung der Verweildauer der Fallpauschalen-Patienten 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.

(7) Die Fallpauschalen sind nur für die Patienten abzurechnen, die ab dem 1. Januar 2003 in das Krankenhaus aufgenommen werden. Werden die Fallpauschalen erst ab einem späteren Zeitpunkt erhoben, gilt Satz 1 entsprechend ab diesem Zeitpunkt. Bei Patienten, die vor diesen Zeitpunkten aufgenommen werden, sind die bisher geltenden Entgelte abzurechnen. § 15 des Krankenhausentgeltgesetzes gilt entsprechend.

§ 2

Abschläge bei Verlegung von Patienten

(1) Im Falle einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus ist ein Abschlag vorzunehmen, wenn die Zahl der im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesenen Tage, die der Fallpauschalenkalkulation zu Grunde gelegt wurden, unterschritten wird. Der Abschlag ist wie folgt zu ermitteln:

$$\begin{aligned} & \text{Ausgewiesene Tage nach Satz 1,} \\ & \text{kaufmännisch auf die nächste ganze Zahl gerundet} \\ & \underline{\text{./. Belegungstage für den Patienten oder die Patientin}} \\ & = \text{Zahl der Tage, für die ein Abschlag vorzunehmen ist} \\ & \times \text{Bewertungsrelation je Tag nach § 5 Satz 1} \\ & \underline{\times \text{Basisfallwert}} \\ & = \text{Abschlag von der Fallpauschale.} \end{aligned}$$

(2) Im Falle der Aufnahme von Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus verlegt werden, ist ein Abschlag nach den Vorgaben des Absatzes 1 Satz 2 vorzunehmen. Dies gilt nicht, wenn die Patienten im verlegenden Krankenhaus nicht länger als 24 Stunden behandelt wurden und das aufnehmende Krankenhaus die Patienten nicht vor Erreichen der Zahl der Tage, die der Fallpauschalenkalkulation zu Grunde gelegt wurde, weiterverlegt.

(3) Im Falle einer Rückverlegung in ein Krankenhaus, das den Patienten oder die Patientin schon zuvor behandelt hat, hat dieses Krankenhaus eine Neueinstufung in eine Fallpauschale auf der Grundlage seiner Daten aus beiden Aufenthalten vorzunehmen und Absatz 2 Satz 1 anzuwenden. Dabei sind zur Ermittlung der Verweildauer die Belegungstage beider Aufenthalte in diesem Krankenhaus zusammenzurechnen; wurden bei dem ersten Aufenthalt tagesgleiche Pflegesätze abgerechnet, ist die Zahl der Berechnungstage einzubeziehen. Für Art und Höhe der abzurechnenden Fallpauschale ist das Aufnahmedatum des ersten Aufenthalts maßgeblich. Hat das Krankenhaus den ersten Aufenthalt bereits abgerechnet, ist die Abrechnung zu stornieren. Für die Prüfung, ob die Grenzverweildauer überschritten wird, gilt Satz 2. Die Sätze 1 bis 5 gelten nicht, falls eine Neueinstufung nach Satz 1 nicht möglich ist.

(4) In der Rechnung des Krankenhauses sind der sich nach dem Fallpauschalen-Katalog ergebende Betrag und der Abschlag gesondert auszuweisen (Bruttoausweis).

§ 3

Abrechnung bei Verlegungen in oder aus dem Bereich der Bundespflegesatzverordnung

(1) Werden Patienten aus dem Geltungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes in den Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung verlegt, gelten für die Abrechnung der Fallpauschalen die §§ 1 und 2 Abs. 1, 3 und 4 für das verlegende Krankenhaus.

(2) Wird aus dem Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung in den Geltungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes verlegt, berechnet das aufnehmende Krankenhaus eine DRG-Fallpauschale nach den Vorgaben des § 1 und des § 2 Abs. 2. Haben die beteiligten Krankenhäuser im Jahr 2002 die Vorgaben des § 14 Abs. 11 der Bundespflegesatzverordnung zur Zusammenarbeit angewendet, kann das aufnehmende Krankenhaus keine DRG-Fallpauschale berechnen. Es erhält vom verlegenden Krankenhaus den nach der Bundespflegesatzverordnung zu zahlenden Erlösanteil. Dieser ist bei der Aufteilung des Gesamtbetrags nach § 3 Abs. 3 Satz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes gesondert auszuweisen. Bei einer Überschreitung der Grenzverweildauer für diese Zusammenarbeits-Fallpauschale nach der Bundespflegesatzverordnung rechnet das aufnehmende Krankenhaus ab dem Tag der Überschreitung für jeden Belegungstag 150 Euro ab.

(3) Sind beide Rechtsbereiche innerhalb eines Krankenhauses vorhanden, gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend für die Teilbereiche. Bei einer internen Rückverlegung in den Bereich des Krankenhausentgeltgesetzes gilt § 2 Abs. 3.

§ 4

Abrechnung von Zusatzentgelten

Ein Zusatzentgelt nach Anlage 2 kann zusätzlich zu einer Fallpauschale oder zu den Entgelten nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes abgerechnet werden. Für Art und Höhe der abzurechnenden Zusatzentgelte ist der Tag der Aufnahme in das Krankenhaus maßgeblich.

Abschnitt 2

Ermittlung von Abschlägen und Grenzverweildauer-Vergütungen für den Fallpauschalen-Katalog

§ 5

Abschlagsbetrag bei Verlegungen

Für die Ermittlung des Abschlagsbetrags bei Verlegungen ist je Fallpauschale eine Bewertungsrelation je Tag wie folgt zu ermitteln und im Fallpauschalen-Katalog gesondert auszuweisen:

$$\begin{aligned} & \text{Bewertungsrelation der Fallpauschale,} \\ & \text{./. Anteil der Bewertungsrelation, der auf} \\ & \quad \underline{\text{Kosten der Hauptleistung nach Satz 2 entfällt,}} \\ & = \text{Zwischensumme} \\ & : \underline{\text{(Zahl der kalkulierten Tage + 1)}} \\ & = \text{Bewertungsrelation je Tag.} \end{aligned}$$

Als Kosten der Hauptleistung sind die nach dem Kalkulationshandbuch der Vertragsparteien auf Bundesebene ermittelten Kosten für den OP-Bereich, die Anästhesie, den Kreißaal, die Kardiologische Diagnostik/Therapie und die Endoskopische Diagnostik/Therapie, jeweils einschließlich der Kosten für Implantate und Transplantate, abzuziehen.

§ 6

Obere Grenzverweildauer

(1) Zur Ermittlung der oberen Grenzverweildauer einer Fallpauschale sind die von den am Kalkulationsverfahren beteiligten Krankenhäusern übermittelten Daten der Verweildauer zu logarithmieren und das arithmetische Mittel sowie die Standardabweichung je Fallpauschale zu berechnen. Danach sind je Fallpauschale folgende Werte zu berechnen:

1. der entlogarithmierte Wert aus dem Additionsergebnis von arithmetischem Verweildauer-Mittelwert nach Satz 1 und der zweifachen Standardabweichung nach Satz 1,
2. das Ergebnis der Addition des entlogarithmierten Wertes des arithmetischen Verweildauer-Mittelwerts nach Satz 1 und einer festen Anzahl von Tagen nach Absatz 2 (Maximalabstand).

Als obere Grenzverweildauer ist grundsätzlich der niedrigere Wert auszuwählen und kaufmännisch auf die nächste ganze Zahl zu runden. Im Fallpauschalen-Katalog ist der erste Tag, für den ein zusätzliches Entgelt abgerechnet werden kann, auszuweisen.

(2) Die für die Ermittlung des Maximalabstands nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 maßgebliche Zahl der Tage ist so zu ermitteln, dass auf die bei Überschreitung der Grenzverweildauer zu zahlenden Entgelte voraussichtlich zwischen 5 und 6 vom Hundert der insgesamt über Fallpauschalen abzurechnenden Vergütungen entfallen.

(3) Zur Vergütung der Krankenhausleistungen bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer ist eine Bewertungsrelation je Tag wie folgt zu ermitteln und im Fallpauschalen-Katalog gesondert auszuweisen:

Bewertungsrelation je Tag nach § 5 Satz 1 x 0,6.

§ 7

Untere Grenzverweildauer

(1) Zur Ermittlung der unteren Grenzverweildauer einer Fallpauschale ist der entlogarithmierte Wert des arithmetischen Verweildauer-Mittelwerts nach § 6 Abs. 1 Satz 1 durch die Zahl „Drei“ zu teilen und anschließend kaufmännisch auf die nächste ganze Zahl zu runden. Im Fallpauschalen-Katalog ist der erste Tag, für den ein Abschlag vorzunehmen ist, auszuweisen, mindestens jedoch ein Wert von einem Tag. Satz 2 gilt nicht bei Fallpauschalen, die nur für einen Tag kalkuliert sind.

(2) Zur Verminderung der Fallpauschale bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer ist als Grundlage für die Ermittlung des Abschlagsbetrags nach § 1 Abs. 2 Satz 2 eine Bewertungsrelation je Tag wie folgt zu ermitteln und im Fallpauschalen-Katalog gesondert auszuweisen:

Bewertungsrelation der Fallpauschale,
./.. Anteil der Bewertungsrelation, der auf Kosten
der Hauptleistung nach § 5 Satz 2 entfällt,
= Zwischensumme
: durch die untere Grenzverweildauer nach Absatz 1 Satz 1,
mindestens jedoch durch die Zahl „Zwei“
= Bewertungsrelation je Tag.

Abschnitt 3

Sonstige Vorschriften

§ 8

Abrechnungsvorschriften für sonstige Entgelte

Werden für Leistungen, die nach Anlage 3 noch nicht von Fallpauschalen erfasst werden, fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes für das einzelne Krankenhaus vereinbart, sollen auch Vereinbarungen zu den übrigen Bestandteilen des Fallpauschalen-Katalogs nach Anlage 3 getroffen werden, damit die Entgelte von den Abrechnungsprogrammen verarbeitet werden können, die für die DRG-Fallpauschalen vorgesehenen sind. Für den Fall der Verlegung von Patienten in ein anderes Krankenhaus sind Abschlagsregelungen zu vereinbaren; dies gilt nicht, soweit Verlegungs-Fallpauschalen im Sinne des § 1 Abs. 1 Satz 3 vereinbart werden.

§ 9

Fallzählung

(1) Jede abgerechnete DRG-Fallpauschale zählt als ein Fall. Dies gilt auch für Neugeborene und für voll- oder teilstationäre Ein-Tages-DRG.

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

1. Jedes fallbezogene Entgelt für eine voll- oder teilstationäre Leistung zählt als ein Fall.
2. Bei Abrechnung von tagesgleichen Pflegesätzen für voll- oder teilstationäre Leistungen gelten die Vorgaben der Fußnoten 11 und 11a in Anhang 2 zu Anlage 1 der Bundespflegesatzverordnung.

§ 10

Geltungsdauer

Die Vorschriften der Abschnitte 1 und 2 gelten bis zum 31. Dezember 2003, soweit die Vertragsparteien nicht vorher abweichende Vereinbarungen treffen. Kann der Fallpauschalen-Katalog für das Jahr 2004 erst nach dem 1. Januar 2004 angewendet werden, gilt § 15 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend.

§ 11

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Bonn, den September 2002

Die Bundesministerin für Gesundheit

Anlage 1

Fallpauschalen-Katalog

Hinweis:

Der Fallpauschalen-Katalog wird derzeit noch kalkuliert. Die der Kalkulation zu Grunde gelegte Fassung (Version 0.9) ist verfügbar auf der Homepage „www.g-drg.de“ unter „Optionsmodell 2003 / Handbuch Band 1, S. 17 bis 23“.

Der für das Jahr 2003 geltende Fallpauschalenkatalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie der unteren- und oberen Grenzverweildauer wird frühestens Anfang September 2002 vorliegen.

Anlage 2

Zusatzentgelt-Katalog

Hinweis:

Im Rahmen der derzeit noch laufenden Kalkulationen wird geprüft, ob bundeseinheitliche Zusatzentgelte für die Dialyse und die Behandlung von Blutern kalkuliert werden können.

Anlage 3

Nicht mit dem Fallpauschalen-Katalog abgedeckte Leistungen (§ 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes)

Hinweis:

Für Leistungen, die vom Fallpauschalen-Katalog nicht erfasst werden, sind nach § 6 Abs. 1 KHEntgG krankenhausesindividuelle Entgelte zu vereinbaren. Anlage 3 soll unstreitig klarstellen, für welche Leistungen solche Vereinbarungen erforderlich sind.