

**Gemeinsame Empfehlung über die Vergütung
für vor- und nachstationäre Behandlung
nach § 115 a Abs. 3 SGB V**

z w i s c h e n

der Deutschen Krankenhausgesellschaft

u n d

dem AOK Bundesverband

dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen

dem IKK-Bundesverband

der See-Krankenkasse

dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen

der Bundesknappschaft

dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.

dem AEV Arbeiter-Ersatzkassenverband e.V.

gemeinsam

s o w i e

im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Präambel

Die Parteien dieser Empfehlung haben gem. § 6 der gemeinsamen Empfehlung vom 13. November 1995 ihre Bereitschaft erklärt, auf der Grundlage der gemäß §§ 4 und 5 der gemeinsamen Empfehlung vom 22.09.1995 erfaßten und ausgewerteten Leistungsdaten spätestens mit Wirkung zum 1. Januar 1997 eine Empfehlung über leistungsorientierte Vergütungen nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen in pauschalierter Form zu schließen.

Die Parteien dieser Empfehlung stimmen darin überein, daß die vorliegende mit Wirkung ab 01.01.1997 geltende Bundesempfehlung der o.g. Zielsetzung grundsätzlich gerecht wird.

§ 1

Vergütung für die vorstationäre Behandlung

Als Vergütung für die vorstationäre Behandlung von Patienten – ausgenommen die Leistungen nach § 3 – wird vom Krankenhaus pro Fall eine fachabteilungsbezogene Pauschale nach der Anlage 1 zu dieser Empfehlung berechnet. Für die Berechnung ist die Pauschale der Fachabteilung maßgeblich, welche die nachfolgende vollstationäre Krankenhausbehandlung durchführt. Falls im Anschluß an eine vorstationäre Behandlung eine vollstationäre Behandlung nicht erforderlich ist, ist für die Berechnung die Pauschale der Fachabteilung maßgeblich, welche die vorstationäre Krankenhausbehandlung durchgeführt hat.

§ 2

Vergütung für die nachstationäre Behandlung

Die im Rahmen der nachstationären Behandlung durchgeführten Leistungen – ausgenommen die Leistungen nach § 3 – werden vom Krankenhaus gegenüber der jeweiligen Krankenkasse pro Behandlungstag – für maximal sieben Behandlungstage – mit einer fachabteilungsbezogenen Pauschale nach der Anlage 2 zu dieser Empfehlung abgerechnet. Für die Berechnung ist die Pauschale der Fachabteilung maßgeblich, welche die vorausgegangene vollstationäre Krankenhausbehandlung durchgeführt hat.

§ 3**Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten**

- (1) Medizinisch-technische Großgeräte¹ im Sinne dieser gemeinsamen Empfehlung sind:
1. Computer-Tomographie-Geräte (CT),
 2. Magnet-Resonanz-Geräte (MR),
 3. Linksherzkatheter-Meßplätze (LHM),
 4. Hochvolttherapie-Geräte (Linearbeschleuniger = LIN/Telecobalt-Geräte (CO),
 5. Lithotripter (LIT)²
 6. Positronen-Emissions-Tomographie-Geräte (PET)
 7. Diagnostische Bio-Magnetismus-Anlagen (BMA)²
- (2) Als Vergütung für die Leistung mit abgestimmten medizinisch-technischen Großgeräten nach Abs. 1 wird vom Krankenhaus gegenüber der jeweiligen Krankenkasse eine Pauschale nach der Anlage 3 zu dieser Empfehlung abgerechnet.
- (3) Die Parteien der Pflegesatzvereinbarung sollten für die Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten einen Ausgleich entsprechend § 12 Abs. 4 Satz 3 BPfIV vereinbaren, bei dem Veränderungen der Fallzahl berücksichtigt werden.

§ 4**Abgrenzung zu anderen Vergütungsformen im Krankenhaus**

Die Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus sind nur dann abrechenbar, wenn die durchgeführten Leistungen nicht über die Vergütung anderer Behandlungsformen abgegolten werden. Andere Vergütungsformen sind:

¹ Nach dem Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) einer Großgeräteverordnung vom 25.10.1994.

² Die Ziffern 5 und 7 sind in der Vergütungsempfehlung nicht enthalten, da die Parteien derzeit davon ausgehen, daß diese Leistungen im Rahmen der vor- und nachstationären Behandlung nicht anfallen.

- Fallpauschalen,
- Vergütungen für ambulante Operationen,
- Pflegesätze für teilstationäre Leistungen nach § 13 Abs. 4 BPfIV

sowie sämtliche Entgelte für Leistungen des Krankenhauses, die nicht in Form des Pflegesatzes als Abschlagszahlungen auf das Krankenhausbudget vergütet werden.

§ 5

Abrechnung

- (1) Für die Abrechnung der vor- und nachstationären Vergütungen gelten die vereinbarten Regelungen gemäß § 301 SGB V.
- (2) Bei der Abrechnung von Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten ist die entsprechende Tarifnummer nach DKG-NT I – entsprechend Anlage 3 – zu dokumentieren, sofern diese Leistungen nicht nach dem Verfahren des § 301 SGB V erfaßt sind.
- (3) Die Vergütungen der vor- und nachstationären Leistungen nach dieser Bundesempfehlung sind bei belegärztlicher Behandlung nicht abrechenbar.

§ 6

Übergangsregelung für die neuen Länder

Ist für ein Krankenhaus in dem in Art. 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet anstelle der Abteilungspflegesätze nach § 13 Abs. 2 BPfIV ein für das Krankenhaus einheitlicher Abteilungspflegesatz nach § 28 Abs. 10 BPfIV vereinbart, wird die vor- und nachstationäre Behandlung befristet bis zum 31.12.1997 nach den in den Anlagen 1 und 2 zu dieser Empfehlung ausgewiesenen durchschnittlichen Pauschale vergütet. Im übrigen gelten die §§ 1 bis 5 entsprechend.

§ 7

Geltungsdauer, Kündigung

Diese Empfehlung tritt am 1. Januar 1997 in Kraft und kann mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende des Kalenderjahres gekündigt werden.

Düsseldorf, Bonn, Essen, Bergisch Gladbach, Bochum, Hamburg, Kassel, Siegburg,
den

Deutsche Krankenhausgesellschaft:

AOK-Bundesverband:

Bundesverband der Betriebskrankenkassen:

IKK-Bundesverband:

See-Krankenkasse:

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen:

Bundesknappschaft:

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.:

AEV Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.: