

II. Vertragliche Regelungen

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

zwischen
der Deutschen Krankenhausesellschaft
und
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

sowie
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

schale 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 durchführt 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. Linkerkatheter-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 BPHV vereinbaren, bei dem Veränderungen der Fallzahl berücksichtigt werden.

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.

§ 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 Behandlungsgestaltungen abgegolten werden. Andere Vergütungsformen sind:

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

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 erfährt 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 BpflV ein für das Krankenhaus einheitlicher Abteilungspflegesatz nach § 28 Abs. 10 BpflV 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 eines Kalenderjahres gekündigt werden.

Anlage 1
**Fachabteilungsbezogene Vergütungspauschalen
 für vorstationäre Behandlung gemäß § 1**

Nr.	Fachabteilung ¹⁾	vor- stationär ²⁾
1	Innere Medizin	147,25 €
2	Geriatric	72,09 €
3	Kardiologie	156,97 €
4	Nephrologie	140,61 €
5	Hämatologie u. int. Onkologie	75,67 €
6	Endokrinologie	310,87 €
7	Gastroenterologie	164,64 €
8	Pneumologie	219,34 €
9	Rheumatologie	128,85 €
10	Pädiatrie	94,08 €
11	Kinderkardiologie	111,46 €
12	Neonatologie	51,64 €
13	Kinderchirurgie	61,36 €
14	Lungen- und Bronchialheilkunde	111,46 €
15	Allgemeine Chirurgie	100,72 €
16	Unfallchirurgie	82,32 €
17	Neurochirurgie	48,57 €
18	Gefäßchirurgie	134,47 €
19	Plastische Chirurgie	95,10 €
20	Thoraxchirurgie	121,18 €
21	Herzchirurgie	126,29 €
22	Urologie	103,28 €
23	Orthopädie	133,96 €
24	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	119,13 €
25	Geburtshilfe	119,13 €
26	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	78,74 €
27	Augenheilkunde	68,51 €
28	Neurologie	114,02 €
29	Allgemeine Psychiatrie	125,78 €
30	Kinder- und Jugendpsychiatrie	50,11 €
31	Psychosomatik/Psychotherapie	99,19 €
32	Nuklearmedizin	162,08 €
33	Strahlenkunde	186,62 €
34	Dermatologie	75,67 €
35	Zahn- und Kieferheilkunde	64,42 €
36	Intensivmedizin ³⁾	104,30 €
37	Sonstige Fachabteilung	91,52 €

¹⁾ Gliederung entsprechend Anhang 1 zur LKA gem. BpflV 1995

²⁾ Beträge in Euro gem. Änderungsvereinbarung zu den gemeinsamen Empfehlungen über die Vergütung der vor- und nachstationären Behandlung nach § 115 a Abs. 3 SGB V mit Wirkung zum 01.01.2002

³⁾ Abrechnung nur in Ausnahmefällen nach Abstimmung mit der zuständigen Krankenkasse

Anlage 2

**Fachabteilungsbezogene Vergütungspauschalen
 für nachstationäre Behandlung gemäß § 2**

Nr.	Fachabteilung ¹⁾	nach- stationär ²⁾
1	Innere Medizin	53,69 €
2	Geriatric	30,68 €
3	Kardiologie	61,36 €
4	Nephrologie	67,49 €
5	Hämatologie u. int. Onkologie	46,02 €
6	Endokrinologie	44,48 €
7	Gastroenterologie	63,91 €
8	Pneumologie	66,47 €
9	Rheumatologie	54,20 €
10	Pädiatrie	37,84 €
11	Kinderkardiologie	27,10 €
12	Neonatologie	23,01 €
13	Kinderchirurgie	24,54 €
14	Lungen- und Bronchialheilkunde	48,06 €
15	Allgemeine Chirurgie	17,90 €
16	Unfallchirurgie	21,47 €
17	Neurochirurgie	21,99 €
18	Gefäßchirurgie	23,01 €
19	Plastische Chirurgie	18,41 €
20	Thoraxchirurgie	45,50 €
21	Herzchirurgie	23,01 €
22	Urologie	41,93 €
23	Orthopädie	20,96 €
24	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	22,50 €
25	Geburtshilfe	28,12 €
26	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	37,84 €
27	Augenheilkunde	38,86 €
28	Neurologie	40,90 €
29	Allgemeine Psychiatrie	37,84 €
30	Kinder- und Jugendpsychiatrie	20,45 €
31	Psychosomatik/Psychotherapie	47,55 €
32	Nuklearmedizin	123,22 €
33	Strahlenkunde	330,29 €
34	Dermatologie	23,01 €
35	Zahn- und Kieferheilkunde	23,52 €
36	Intensivmedizin ³⁾	36,81 €
37	Sonstige Fachabteilung	24,54 €

¹⁾ Gliederung entsprechend Anhang 1 zur LKA gem. BpflV 1995

²⁾ Beträge in Euro gem. Änderungsvereinbarung zu den gemeinsamen Empfehlungen über die Vergütung der vor- und nachstationären Behandlung nach § 115 a Abs. 3 SGB V mit Wirkung zum 01.01.2002

³⁾ Abrechnung nur in Ausnahmefällen nach Abstimmung mit der zuständigen Krankenkasse

Anlage 3 Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten bei vor- oder nachstationärer Behandlung gemäß § 3

DKG-NT I Tarif Nr. 1)	Leistungsbeschreibung 1)	Pauschale 2)
Computer-Tomographie-Geräte (CT)		
5369	Höchstwert für die Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5374	122,71 €
5370	Computergesteuerte Tomographie im Kopfbereich - gegebenenfalls einschließlich des krani-zervikalen Übergangs -	81,81 €
5371	Computergesteuerte Tomographie im Hals- und/oder Thoraxbereich	94,08 €
5372	Computergesteuerte Tomographie im Abdominalbereich	106,35 €
5373	Computergesteuerte Tomographie des Skeletts (Wirbelsäule, Extremitäten oder Gelenke bzw. Gelenkpaare)	77,72 €
5374	Computergesteuerte Tomographie der Zwischenwirbelsäule im Bereich der Hals-, Brust- und/oder Lendenwirbelsäule - gegebenenfalls einschließlich der Übergangsregionen -	77,72 €
5375	Computergesteuerte Tomographie der Aorta in ihrer gesamten Länge	81,81 €
5376	Ergänzende computergesteuerte Tomographie(n) mit mindestens einer zusätzlichen Serie (z.B. bei Einsatz von Xenon, bei Einsatz der High-Resolution-Technik, bei zusätzlichen Kontrastmittelgaben) - zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5375 -	20,45 €
5377	Zuschlag für computergesteuerte Analyse - einschließlich speziell nachfolgender 3D-Rekonstruktion -	32,72 €
5378	Computergesteuerte Tomographie zur Bestrahlungsplanung oder zu interventionellen Maßnahmen	40,90 €
5380	Bestimmung des Mineralgehalts (Osteodensitometrie) von präpräparativen (auch mehreren) Skeletteilen mit quantitativer Computertomographie oder quantitativer digitaler Röntgentechnik	12,27 €
Magnet-Resonanz-Geräte (MR)		
5700	Magnetresonanztomographie im Bereich des Kopfes - gegebenenfalls einschließlich des Halses - in zwei Projektionen, davon mindestens eine Projektion unter Einschluss T2-gewichteter Aufnahmen	179,97 €
5705	Magnetresonanztomographie im Bereich der Wirbelsäule, in zwei Projektionen	171,79 €
5715	Magnetresonanztomographie im Bereich des Thorax - gegebenenfalls einschließlich des Halses -, der Thoraxorgane und/oder der Aorta in ihrer gesamten Länge	175,88 €
5720	Magnetresonanztomographie im Bereich des Abdomens und/oder des Beckens	179,97 €
5721	Magnetresonanztomographie der Mamma(e)	163,61 €
5729	Magnetresonanztomographie eines oder mehrerer Gelenke oder Abschnitte von Extremitäten	98,17 €
5730	Magnetresonanztomographie einer oder mehrerer Extremität(en) mit Darstellung von mindestens zwei großen Gelenken einer Extremität	163,61 €
5731	Ergänzende Serie(n) zu den Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 (z.B. nach Kontrastmitteleinbringung, Darstellung von Arterien als MR-Angiographie)	40,90 €

DKG-NT I Tarif Nr. 1)	Leistungsbeschreibung 1)	Pauschale 2)
5732	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 für Positionswechsel und/oder Spulenwechsel	40,90 €
5733	Zuschlag für computergesteuerte Analyse (z.B. Kinetik, 3D-Rekonstruktion)	32,72 €
5735	Höchstwert für Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730	245,42 €
Linksherzkatheter-Messplätze (LHM)		
627	Linksherzkatheterismus - einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen sowie fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle -	61,36 €
628	Herzkatheterismus mit Druckmessungen und oxymetrischen Untersuchungen - einschließlich fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle - im zeitlichen Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 355 und/oder 360	32,72 €
629	Transseptaler Linksherzkatheterismus - einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen sowie fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle	81,81 €
5315	Angiokardiographie einer Herzhälfte, eine Serie	89,99 €
5316	Angiokardiographie beider Herzhälften, eine Serie	122,71 €
5317	Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5315 oder 5316, je Serie	16,36 €
5318	Weitere Serien im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5317, insgesamt	24,54 €
5324	Selektive Koronarangiographie eines Herzkranzgefäßes oder Bypasses mittels Cinetechnik, eine Serie	98,17 €
5325	Selektive Koronarangiographie aller Herzkranzgefäße oder Bypässe mittels Cinetechnik, eine Serie	122,71 €
5326	Selektive Koronarangiographie eines oder aller Herzkranzgefäße im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5324 oder 5325, zweite bis fünfte Serie, je Serie	16,36 €
5327	Zusätzliche Linksventrikulographie bei selektiver Koronarangiographie	40,90 €
5328	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5327 bei Anwendung der simultanen Zwei-Ebenen-Technik	49,08 €
Hochvolttherapie-Geräte (Linearbeschleuniger = LIN/Telecobalt-Gräte = CO)		
5831	Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach den Nummern 5834 bis 5837, je Bestrahlungsserie	61,36 €
5832	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5831 bei Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen (z.B. Computertomogramm), je Bestrahlungsserie	20,45 €
5833	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5831 bei individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozeßrechners, je Bestrahlungsserie	81,81 €
5834	Bestrahlung mittels Telecobaltgerät mit bis zu zwei Strahleneintrittsfeldern - gegebenenfalls unter Anwendung von vorgefertigten, wiederverwendbaren Ausblendungen, je Fraktion	29,65 €
5835	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5734 bei Bestrahlung mit Großfeld oder von mehr als zwei Strahleneintrittsfeldern, je Fraktion	5,11 €

A II. Vergütungsempfehlung nach § 115 a Abs. 3 SGB V

DKG-NT I Tarif Nr. 1)	Leistungsbeschreibung 1)	Pauschale 2)
5836	Bestrahlung mittels Beschleuniger mit bis zu zwei Strahleneintrittsfeldern - gegebenenfalls unter Anwendung von vorgefertigten, wiederverwend- baren Ausblendungen -, je Fraktion	40,90 €
5837	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5836 bei Bestrahlung mit Großfeld oder von mehr als zwei Strahleneintrittsfeldern, je Fraktion	5,11 €
Positronen-Emissions-Tomographie-Geräte (PET)		
5488	Positronen-Emissions-Tomographie (PET) - gegebenenfalls einschließ- lich Darstellung in mehreren Ebenen -	245,42 €
5489	Positronen-Emissions-Tomographie (PET) mit quantifizierender Auswer- tung - gegebenenfalls einschließlich Darstellung in mehreren Ebenen -	306,78 €

Ausgenommen sind die Leistungen nach Maßgabe des § 115 Abs. 3 der Allgemeinen Tarifbestim-
mungen des DKG-NT I (bspw. Kontrastmittel). 3)

1) DKG-NT I in der Fassung vom 01.07.2002

2) Beträge in Euro gem. Änderungsvereinbarung zu den gemeinsamen Empfehlungen über die Vergütung der
vor- und nachstationären Behandlung nach § 115 a Abs. 3 SGB V mit Wirkung zum 01.01.2002

3) Diese Leistungen werden nach dem Einstandspreis des jeweiligen Krankenhauses vergütet