

„Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (KFPV)“

Patricia Schilz/Dr. Michael Schmidt

Das Optionsmodell 2003

Dr. Bernhard Rochell/PD Dr. Norbert Roeder

DRG-Optionsstart 2003 – Die Checkliste

Patricia Schilz/Dr. Michael Schmidt

Das Optionsmodell 2003

Am 3. September 2002 hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den Referentenentwurf einer Verordnung zum Fallpauschalensystem für den optionalen Einstieg in das deutsche DRG-System vorgelegt. Am 9. und 10. September 2002 fanden Anhörungen der Länder und der Verbände statt. In den Anhörungen wurden einige Verbesserungsvorschläge gemacht, die in die endgültige Fassung der Verordnung eingeflossen sind. Zwischenzeitlich hat das Bundesgesundheitsministerium die Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (KFPV) unterschrieben. Die Verordnung wurde am 25. September 2002 im Bundesgesetzblatt (BGBl. I, Seite 3674 ff.) veröffentlicht und kann damit am Tag nach der Verkündung in Kraft treten. Nun ist der Weg für den optionalen Einstieg in das DRG-System in Deutschland zum 1. Januar 2003 frei.

Die Verordnung ist in 4 Abschnitte gegliedert und hat den DRG-Fallpauschalen-Katalog sowie den Katalog der nicht mit dem Fallpauschalen-Katalog vergüteten Leistungen als Anlagen. Abschnitt 1 enthält die Abrechnungsbestimmungen für DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte, soweit sich Abrechnungsbestimmungen nicht bereits aus den Regelungen des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG), des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) oder des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) ergeben. Abschnitt 2 beschreibt die Ermittlung von Abschlägen und Grenzverweildauervergütungen für den Fallpauschalen-Katalog. Dieser Abschnitt ist für die Krankenhäuser nicht relevant; er enthält im Grunde Berechnungsvorschriften für die Firma 3M Medica, die den DRG-Fallpauschalen-Katalog kalkuliert hat. Abschnitt 3 regelt die Abrechnungsvorschriften für sonstige Entgelte und die Fallzählung für die optierenden Krankenhäuser. Im vierten Abschnitt ist geregelt, dass die Verordnung ausschließlich für das Jahr des optionalen Einstiegs 2003 Gültigkeit hat. Optierende Krankenhäuser dürfen allerdings weiterhin bis zum 31. März 2004 nach den Regelungen der KFPV abrechnen, wenn die Regelungen des deutschen G-DRG-Systems nicht rechtzeitig zum 1. Januar 2004 in Kraft treten sollten.

Grundsätze bei der Abrechnung von DRG-Fallpauschalen

- Grundsätzlich rechnet jedes Krankenhaus seine DRG-Fallpauschale ab.
- Die ausgewiesenen Bewertungsrelationen in dem DRG-Fallpauschalen-Katalog gelten für voll- und teilstationäre Leistungen in bettenführenden Fachabteilungen. Dabei dürfen Tages- oder Nachtkliniken oder organisatorisch ausgegliederte teilstationäre Einrichtungen nicht nach dem DRG-Fallpauschalen-Katalog abrechnen.
- Werden nicht verlegte Patienten oder verlegte Patienten, deren stationäre Behandlung im verlegenden Kran-

kenhaus nicht länger als 24 Stunden dauerte, vor Erreichen der im DRG-Fallpauschalen-Katalog ausgewiesenen unteren Grenzverweildauer entlassen, ist von der DRG-Fallpauschale für die Tage, die bis zum Erreichen der unteren Grenzverweildauer fehlen, ein tagesbezogener Abschlag vorzunehmen. Im DRG-Fallpauschalen-Katalog ist dabei der erste Tag, für den ein Abschlag zu zahlen ist, sowie die Bewertungsrelation des Abschlages je Tag ausgewiesen.

- Wird ein Patient vor Erreichen der im DRG-Fallpauschalen-Katalog ausgewiesenen mittleren Verweildauer in ein anderes Krankenhaus verlegt, ist von der DRG-Fallpauschale für die Tage, die die mittlere Verweildauer unterschreiten, ein tagesbezogener Abschlag abzuziehen. Dies gilt auch für das aufnehmende Krankenhaus, wenn der Patient in dem verlegenden Krankenhaus länger als 24 Stunden behandelt wurde und von dem aufnehmenden Krankenhaus vor Erreichen der mittleren Verweildauer entlassen oder verlegt wird. Im DRG-Fallpauschalen-Katalog ist dabei die mittlere Verweildauer sowie die Bewertungsrelation des Abschlags je Tag ausgewiesen. Der Abschlag für Verlegungen greift nicht, wenn die DRG-Fallpauschale als so genannte Verlegungspauschale ausgewiesen ist.

- Eine Verlegung liegt vor, wenn zwischen der Entlassung aus einem Krankenhaus und der Aufnahme in einem zweiten Krankenhaus weniger als 24 Stunden liegen.

- Wird die im DRG-Fallpauschalen-Katalog ausgewiesene obere Grenzverweildauer überschritten, sind tagesbezogene Zuschläge in Rechnung zu stellen. Im DRG-Fallpauschalen-Katalog sind jeweils der erste Tag, für den der tagesbezogene Zuschlag abgerechnet werden kann, sowie die Bewertungsrelation des Zuschlags pro Tag angegeben.

- Werden Patienten sowohl in einer Hauptabteilung als auch in einer Belegabteilung behandelt, ist die DRG-Fallpauschale der Höhe nach für die Abteilung abzurechnen, in der die Verweildauer des Patienten am längsten war. Bei gleicher Verweildauer in Haupt- und Belegabteilung ist die DRG-Fallpauschale in der Höhe der Hauptabteilung abzurechnen. Sollte ausnahmsweise keine Bewertungsrelation für die Belegabteilung im DRG-Fallpauschalen-Katalog enthalten sein, ist die DRG-Fallpauschale der Höhe nach für die Hauptabteilung abzurechnen.

- Für jedes Neugeborene ist ein eigener Fall anzulegen. Die Versorgung des Neugeborenen wird grundsätzlich mit einer eigenen Fallpauschale abgerechnet und zusammen mit dem Entgelt für die Versorgung der Mutter in Rechnung gestellt, wenn Mutter und Kind gemeinsam entlassen werden. Wird eine im DRG-Fallpauschalen-Katalog vorgegebene Mindestverweildauer bei der Fallpauschale

für das Neugeborene nicht erreicht, so kommt diese Fallpauschale nicht zur Abrechnung und die Versorgung des Neugeborenen ist mit dem Entgelt für die Mutter abgegolten.

- Für die Einstufung der Patienten in eine DRG-Fallpauschale ist ein vom DRG-Institut (InEK gGmbH) zertifizierter Grouper zu verwenden.

- Für die Bestimmung der Art und der Höhe der DRG-Fallpauschale ist der Tag der Aufnahme des Patienten in das Krankenhaus maßgeblich. Ist bei der Zuordnung in eine DRG-Fallpauschale das Alter des Patienten zu berücksichtigen, ist das Alter des Patienten am Tag der Aufnahme in das Krankenhaus maßgeblich.

- DRG-Fallpauschalen dürfen nur für Patienten abgerechnet werden, die ab dem Zeitpunkt in das Krankenhaus aufgenommen werden, von dem ab die DRG-Fallpauschalen in dem optierenden Krankenhaus erhoben werden. Patienten, die zu diesem Zeitpunkt bereits aufgenommen sind, werden nach den heute geltenden Abrechnungsbestimmungen der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) abgerechnet.

Bei der Ermittlung der Verweildauer, die maßgeblichen Einfluss auf die Abrechnung von den genannten Zu- und Abschlägen hat, werden der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthalts ohne den Verlegungs- oder Entlassungstag hinzugezogen. Nach Auffassung der DKG sind bei der Ermittlung der Verweildauer die vorstationären Behandlungstage ebenfalls zu berücksichtigen, da bei der Kalkulation der Relativgewichte auf der Grundlage des Kalkulationshandbuches die Kosten der vorstationären Behandlung in die Kalkulation der DRG-Fallpauschalen eingeflossen sind und vorstationäre Behandlungen auf Grund der Regelungen im KHEntgG nicht gesondert neben der Fallpauschale abrechenbar sind. Einige Grundideen der DKG zu den Abrechnungsbestimmungen in einem DRG-System (vergleiche das Krankenhaus 8/2002, Seite 608 ff.) sind in die Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser eingeflossen. Als Beispiele können hier die Idee einer unteren Grenzverweildauer oder die pragmatische Abrechnungsbestimmung bei der Zusammenarbeit von Haupt- und Belegabteilungen angeführt werden.

Verlegungen

Wird der Patient vor Erreichen der mittleren Verweildauer zur Weiterbehandlung in ein anderes Krankenhaus verlegt, ist für jeden Tag, der bis zum Erreichen der mittleren Verweildauer fehlt, ein tagesbezogener Abschlag von der Fallpauschale vorzunehmen. Der tagesbezogene Abschlag ist im DRG-Fallpauschalen-Katalog ausgewiesen. Der Abschlag ist sowohl vom verlegenden als auch vom aufnehmenden Krankenhaus in Ansatz zu bringen. Dabei gelten allerdings folgende Ausnahmeregelungen:

- Ist die DRG-Fallpauschale im DRG-Fallpauschalen-Katalog als Verlegungsfallpauschale gekennzeichnet, ist kein Abschlag in Ansatz zu bringen.

Optimal kodieren und gruppieren

jetzt mit: SEM  FINDER

der Kodierlösung der nächsten Generation!



Besuchen Sie uns!
Halle 16
Stand 16 H 37

Analysieren

Kodieren

Abrechnen

fit für die
G-DRGs mit
KODIP[®]
und dem
DRG-Scout



Software und Beratung
im Gesundheitswesen
Dr. Kolodzig und Kirste GbR

www.sbg-berlin.de
info@sbg-berlin.de

Sophie-Charlotten-Str. 15
14059 Berlin
Tel 0 30 / 32 67 76-0
Fax 0 30 / 32 67 76-77

● Entlässt oder verlegt das aufnehmende Krankenhaus einen Patienten vor Erreichen der mittleren Verweildauer und wurde der Patient von dem verlegenden Krankenhaus nicht länger als 24 Stunden behandelt, so ist ebenfalls kein Abschlag auf Grund der Verlegung vorzunehmen. In diesem Fall ist jedoch ggf. der Abschlag bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer in Ansatz zu bringen.

● Bei der Rückverlegung von Patienten hat das Krankenhaus, in das der Patient zurückverlegt wird, die beiden Aufenthalte des Patienten wie einen unterbrechungslosen Aufenthalt zu behandeln. Das heißt, sämtliche Daten beider Aufenthalte sind für die Bestimmung der DRG-Fallpauschale heranzuziehen. Für die Bestimmung von Art und Höhe der DRG-Fallpauschale ist der Tag der ersten Aufnahme in dieses Krankenhaus maßgeblich. Wurde der erste Aufenthalt des Patienten bereits abgerechnet, ist die Abrechnung zu stornieren und eine neue Abrechnung vorzunehmen. Zur Überprüfung, ob die mittlere Verweildauer erreicht oder die obere Grenzverweildauer überschritten wurde, sind die Verweildauern beider Aufenthalte gemeinsam zu betrachten. Dies bedeutet: Wurde der Patient vor Erreichen der mittleren Verweildauer verlegt und anschließend zurückverlegt, ist trotz der Verlegung kein Abschlag von der DRG-Fallpauschale vorzunehmen, wenn die individuelle Verweildauer des Patienten aus beiden Aufenthalten die mittlere Verweildauer erreicht oder überschreitet. Überschreitet die individuelle Verweildauer des Patienten aus beiden Aufenthalten die obere Grenzverweildauer, ist für die Überschreitungstage jeweils der tagesbezogene Zuschlag zusätzlich in Rechnung zu stellen. Wird der Patient nach der Rückverlegung allerdings nochmals verlegt und erreicht die individuelle Verweildauer des Patienten aus den beiden Aufenthalten vor der zweiten Verlegung nicht die mittlere Verweildauer, dann ist für die Tage, die bis zum Erreichen der mittleren Verweildauer fehlen, der tagesbezogene Abschlag für Verlegungen in Ansatz zu bringen.

Nach Auffassung der DKG verkompliziert die Regelung bei Verlegungen die Abrechnungspraxis der Krankenhäuser erheblich. Schon bei der Aufnahme muss in Erfahrung gebracht werden, ob und wie lange sich der Patient in den letzten 24 Stunden in stationärer Behandlung befand. Zudem ist festzustellen, ob es sich um eine Rückverlegung handelt. Die Zusammenführung aller Aufenthalte kann bei einem längeren stationären Aufenthalt in dem verlegenden Krankenhaus erhebliche datensatztechnische Probleme mit sich bringen. Eine Stornierung der Rechnung und eine erneute Ermittlung eines Entgelts, das alle stationären Aufenthalte berücksichtigt, erscheint vor diesem Hintergrund weder pragmatisch noch sachgerecht. Die DKG ist daher der Ansicht, dass eine derartige Regelung ausschließlich für eine geplante Rückverlegung gelten kann.

Ein weiterer Kritikpunkt ist die Berechnung des Betrages, der für den Abschlag bei Verlegungen gilt, ebenso für den Zuschlag bei der unteren Grenzverweildauer und den Zuschlag bei der oberen Grenzverweildauer. Bei der Ermittlung der Bewertungsrelation werden die Kosten der Hauptleistungen herausgerechnet. In den meisten Fällen

ist es jedoch unmöglich, von „der Hauptleistung einer DRG-Fallpauschale“ auszugehen. Weiterhin wird der Begriff der Hauptleistung bzw. werden deren Kosten nicht durch das Kalkulationshandbuch (auf das verwiesen wird) vorgegeben.

Wird ein Patient aus dem Bereich der BpflV – also aus einem nichtoptierenden Krankenhaus oder einer Fachabteilung der Psychiatrie, der Psychosomatik oder der Psychotherapie – in ein optierendes Krankenhaus bzw. eine Fachabteilung, die dem KHEntgG unterliegt, verlegt, gelten für die Abrechnung der DRG-Fallpauschale die angegebenen Verlegungsregelungen. Die der BpflV unterliegende Einrichtung rechnet die üblichen Pflegesätze der BpflV ab. Dies gilt auch, wenn beide Rechtsbereiche innerhalb eines Krankenhauses vorliegen. Haben das verlegende Krankenhaus und das aufnehmende Krankenhaus im Jahr 2002 eine Zusammenarbeitsregelung nach § 14 Absatz 11 BpflV angewendet, dann setzt eine Ausnahmeregelung ein. In diesem Fall rechnet das aufnehmende optierende(!) Krankenhaus keine DRG-Fallpauschale ab. Stattdessen erhält das aufnehmende Krankenhaus den aus der Zusammenarbeitsregelung resultierenden Anteil an der BpflV-Fallpauschale. Die aus Zusammenarbeitsregelungen resultierenden Entgelte hat das optierende Krankenhaus bei der Aufteilung des Gesamtbetrags nach § 3 Absatz 3 Satz 4 KHEntgG gesondert anzugeben. Übersteigt die Verweildauer des Patienten bei der Zusammenarbeitsregelung die Grenzverweildauer der BpflV-Fallpauschale, rechnet das aufnehmende Krankenhaus für jeden Überschreitungstag einen Zuschlag in Höhe von 150 € ab.

Zusatzentgelte und sonstige Entgelte nach § 6 Absatz 1 KHEntgG

Zusatzentgelte können zusätzlich zu DRG-Fallpauschalen oder sonstigen Entgelten nach § 6 Absatz 1 KHEntgG abgerechnet werden. Für die Art und Höhe der Zusatzentgelte ist der Tag der Aufnahme des Patienten in das Krankenhaus maßgeblich. Der auf Bundesebene vorgesehene Entgeltkatalog für Zusatzentgelte entfällt für das Jahr 2003. Zusatzentgelte sollen nur eingeschränkt für die Behandlung von Blutern und für die Dialyse, wenn die Behandlung des Nierenversagens nicht die Hauptleistung ist, krankenhausesindividuell in Höhe der entsprechenden für das Jahr 2002 festgelegten oder vereinbarten Sonderentgelte vereinbart werden.

Krankenhausleistungen, die noch nicht mit dem DRG-Fallpauschalen-Katalog abgedeckt werden, sind nach § 6 Absatz 1 KHEntgG krankenhausesindividuell zu vereinbaren. Dazu gehören

- Leistungen von Tages- oder Nachtkliniken,
- Leistungen von organisatorisch ausgegliederten teilstationären Einrichtungen,
- Leistungen nach dem Katalog für nicht mit dem Fallpauschalen-Katalog vergütete Leistungen (Anlage 2 der KFPV) sowie
- sonstige Leistungen, die nicht mit dem Fallpauschalen-Katalog abgedeckt sind.

Werden sonstige Entgelte nach § 6 Absatz 1 KHEntgG krankenhausesindividuell fallbezogen vereinbart, sollen auch Vereinbarungen zu Abschlägen bei Verlegung, Abschlägen bei Nichterreichen der unteren Grenzverweildauer und Zuschlägen bei Überschreiten der oberen Grenzverweildauer getroffen werden. Werden nach § 6 Absatz 1 KHEntgG krankenhausesindividuell Verlegungsfallpauschalen vereinbart, erübrigt sich die Vereinbarung von Abschlägen für Verlegungsfälle. Damit ist vor allem auf Grund der Intervention der DKG während der Verbändeanhörung die Regelung zur Vereinbarung von sonstigen Entgelten nach § 6 Absatz 1 KHEntgG gegenüber dem Referentenentwurf inhaltlich weiter gefasst worden.

Sonstige Regelungen

Jede abgerechnete DRG-Fallpauschale zählt als ein Fall. Dies gilt auch für voll- oder teilstationäre DRG-Fallpauschalen, die mit nur einem Belegungstag im DRG-Fallpauschalen-Katalog ausgewiesen sind und für Neugeborene. Sonstige Entgelte nach § 6 Absatz 1 KHEntgG zählen bei fallbezogenen krankenhausesindividuellen Entgelten als ein Fall; bei tagesbezogenen Entgelten sind die Regelungen der Fußnoten 11 und 11a in Anhang 2 der Anlage 1 der BpflV zu beachten. Danach ermittelt man die vollstationären Fälle aus der Summe von Aufnahmen und Entlassungen (ohne die Zählung von internen Verlegungen), die durch die Zahl 2 geteilt wird. Die vorstationäre Behandlung ohne weitere vollstationäre Aufnahme wird dabei nicht als Fall gezählt. Bei der Unterbrechung der Behandlung durch Beurlaubung, bei der Wiederaufnahme der Patienten nach einem Wochenende oder bei einer Kombination von voll- und teilstationärer wie vor-, voll- und nachstationärer Behandlung wird nur ein vollstationärer Fall gezählt. Patienten, die wegen derselben Erkrankung regelmäßig oder mehrfach teilstationär behandelt werden, werden bei der Abrechnung von tagesgleichen Pflegesätzen als ein Fall je Quartal gezählt.

Die Vorschriften zur Ermittlung der Abschläge bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer, zur Ermittlung der Abschläge bei nicht Erreichen der mittleren Verweildauer bei Verlegungen und zur Ermittlung der Zuschläge bei Überschreiten der oberen Grenzverweildauer sind in Abschnitt 2 geregelt. Hier werden das mathematische Rechenverfahren zur Ermittlung der Grenzverweildauern wie der mittleren Verweildauer sowie die Berechnung des Relativgewichtes für die Abschläge und Zuschläge vorgegeben.

Die mittlere Verweildauer wird als geometrisches Mittel der Verweildauern in der Stichprobe der kalkulierenden Krankenhäuser ermittelt. Damit wird gewährleistet, dass die „Ausreißer“ – das heißt die Patienten in der Stichprobe mit relativ hoher Verweildauer gemessen am Durchschnitt – weniger Einfluss auf die Berechnung des Mittelwertes haben. Für die Bestimmung der unteren Grenzverweildauer wird auf das australische Verfahren zurückgegriffen, bei dem die mittlere Verweildauer durch die Zahl 3 dividiert wird und ein Mindestwert von 2 Tagen vorgegeben wird. Die obere Grenzverweildauer wird auf Grundlage der Verweildauerdaten der Stichprobe oder durch Addition

einer festen Anzahl von Tagen zur mittleren Verweildauer ermittelt. Die feste Anzahl von Tagen wird innerhalb der Stichprobe so ermittelt, dass nach Berechnung der oberen Grenzverweildauer innerhalb der Stichprobe durchschnittlich 5 bis 6 Prozent aller Entgelte mit der Vergütung für die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer abgedeckt werden.

Die Abschläge sollen so gestaltet sein, dass die zu Beginn des Krankenhausaufenthaltes durchschnittlich anfallenden Kosten stets vollständig vergütet werden. Dabei werden die Kosten für die vom Krankenhaus erbrachte Hauptleistung (Leistungen des OP-Bereiches, der Anästhesie, des Kreißsaals, der kardiologischen Diagnostik/Therapie und der endoskopischen Diagnostik/Therapie einschließlich die Kosten für Transplantate und Implantate) in jedem Fall vergütet. Bei einer Verlegung wird auf Grund der Berechnungsvorschrift der Abschlagshöhe dem Grunde nach der erste Tag des Krankenhausaufenthaltes in doppelter Höhe der durchschnittlichen tagesbezogenen Kosten vergütet. Diese Regelung entspricht den US-amerikanischen DRG-Regelungen.

Bei der Ermittlung der Zuschläge bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer wird die genannte Hauptleistung, die ja bereits mit dem Fallpauschalen-Entgelt abgegolten ist, nicht mehr berücksichtigt. Die tagesbezogene Bewertungsrelation für den Zuschlag, die ausgehend von der Bewertungsrelation der Fallpauschale um die Hauptleistung gekürzt und mit der mittleren Verweildauer dividiert wurde, wird mit einem „Grenzkostenfaktor“ in Höhe von 60 Prozent multipliziert. Diese Regelung entspricht dem Grunde nach den Regelungen in einigen australischen Bundesstaaten. Allerdings finden dort andere – in der Regel sogar für DRG-Fallpauschalen unterschiedliche – Grenzkostenfaktoren Anwendung. Die DKG schätzt den einheitlichen und willkürlich gewählten Grenzkostenfaktor in Höhe von 60 Prozent als zu undifferenziert und in der Regel zu niedrig ein.

DRG-Fallpauschalen-Katalog

Der DRG-Fallpauschalen-Katalog ist getrennt in einen Katalog für die Versorgung in Hauptabteilungen (inklusive Versorgung in einer geburtshilflichen Hauptabteilung mit Beleghebamme) und einen Katalog für die Versorgung in Belegabteilungen. Der Katalog für die Versorgung in Belegabteilungen enthält für DRG-Fallgruppen, die nicht durch Belegärzte erbracht werden, keine Angaben. In allen anderen Feldern sind Angaben im Katalog für die Versorgung in Belegabteilungen enthalten, damit die Abrechnungsbestimmung für die Zusammenarbeit von Haupt- und Belegabteilung nicht ins Leere läuft.

Eine weitergehende Analyse des DRG-Fallpauschalen-Katalogs kann erst nach Bekanntgabe der Regelungen, die für die Ermittlung der Bewertungsrelationen verwendet wurden, vorgenommen werden. Der DRG-Fallpauschalen-Katalog und die dazugehörigen Abrechnungsbestimmungen können unter anderem von der gemeinsamen Internetseite der Vertragsparteien auf Bundesebene (www.g-drg.de) heruntergeladen werden.

Fazit

Die DKG hat mit dem Scheitern der Verhandlungen zum Optionsmodell 2003 im Juni 2002 und der damit verbundenen Aufforderung an das BMG, eine Rechtsverordnung als Konfliktlösungsmechanismus für die Vertragsparteien auf Bundesebene vorzunehmen, die Grundlage für das rechtzeitige Erstellen eines Optionsmodells 2003 geschaffen. Mit der Erklärung des Scheiterns der Verhandlungen auf Bundesebene wurde der Weg für eine rechtzeitige Lösung durch das BMG und damit für das Optionsrecht der Krankenhäuser zum freiwilligen Einstieg in das DRG-System zum 1. Januar 2003 freigemacht. Mit Vorlage der KFPV hat das BMG den letzten Schritt für den optionalen Einstieg in das DRG-System vorgenommen. Die Krankenhäuser in Deutschland haben nun bis zum

31. Oktober 2002 Gelegenheit, hausindividuell zu prüfen, ob sie auf der Grundlage der Regelungen des KHEntgG und dem nun vorliegenden DRG-Fallpauschalen-Katalog sowie den dazugehörigen Abrechnungsbestimmungen den optionalen Einstieg in das DRG-System vornehmen wollen. Durch das Optionsmodell erhält jedes Krankenhaus die Möglichkeit, vor dem Hintergrund der ermittelten Vor- und Nachteile eine Entscheidung für oder gegen die Einführung des DRG-basierten Vergütungssystems für das Jahr 2003 zu treffen.

Anschrift der Verfasser:

Dipl.-Betriebswirtin (FH) Patricia Schilz,
Referentin in der DKG/

Dr. Michael Schmidt, Referent in der DKG,
Münsterstraße 169, 40476 Düsseldorf ■

**„Verordnung zum
Fallpauschalensystem für
Krankenhäuser (KFPV)“**

Fallpauschalen-Katalog