

Gesetz- und Verordnungsblatt

FÜR DAS LAND NORDRHEIN-WESTFALEN

Ausgabe A

23. Jahrgang

Ausgegeben zu Düsseldorf am 24. Februar 1969

Nummer 12

Glied.- Nr.	Datum	Inhalt	Seite
72	4. 2. 1969	Verordnung NW PR Nr. 1/69 über Krankenhauspflegesätze (Landespflegesatzverordnung — LPVO)	134

72

**Verordnung NW PR Nr. 1/69
über Krankenhauspflegesätze
(Landespflegesatzverordnung — LPVO)**

Vom 4. Februar 1969

Auf Grund der §§ 2 und 10 des Preisgesetzes vom 10. April 1948 (WiGBI. S. 27), zuletzt geändert durch Gesetz vom 7. Januar 1952 (BGBl. I S. 7), der Verordnung des Bundesministers für Wirtschaft PR Nr. 7/54 über Pflegesätze von Krankenanstalten vom 31. August 1954 (BAnz. Nr. 173 vom 9. September 1954), des § 1 des Gesetzes über Ermächtigungen zum Erlass von Rechtsverordnungen vom 3. Juli 1961 (BGBl. I S. 856) und des § 1 der Verordnung über die Übertragung von Ermächtigungen der Landesregierung zum Erlass von Rechtsverordnungen vom 17. Oktober 1961 (GV. NW. S. 285) wird verordnet:

§ 1

Geltungsbereich

Die Pflegesätze der Krankenhäuser im Lande Nordrhein-Westfalen in der allgemeinen (3.) Pflegeklasse regeln sich nach den Bestimmungen dieser Verordnung.

§ 2

Begriffsbestimmungen

(1) Krankenhäuser im Sinne dieser Verordnung sind:

a) Einrichtungen, in denen Kranke untergebracht und versorgt werden und in denen durch ärztliche Hilfeleistung erstrebt wird, Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festzustellen, zu heilen oder zu lindern,

b) Entbindungsheime.

(2) Allgemeine Krankenhäuser sind Einrichtungen, die Kranke ohne Rücksicht auf die Art ihrer Erkrankung aufnehmen.

(3) Fach- oder Sonderkrankenhäuser sind Einrichtungen, die nur Kranke bestimmter Krankheitsarten oder bestimmter Altersstufen aufnehmen.

(4) Privatkrankenhäuser sind Einrichtungen, die gewerblich betrieben werden.

(5) Normalbetten (Planbetten) sind diejenigen tatsächlich aufgestellten Betten, die den gegenwärtigen ordnungsbehördlichen Vorschriften entsprechen und für die amtliche Statistik als Normalbetten gemeldet werden.

(6) Zusatzbetten sind die über die Normalbetten hinaus ständig aufgestellten Betten, die für die amtliche Statistik als zusätzlich aufgestellte Betten gemeldet werden.

(7) Beobachtungskranke sind solche Kranke, die nur für begrenzte Zeit ausdrücklich zur Feststellung der Diagnose eingewiesen werden und bei denen sich an die Beobachtung keine stationäre Behandlung anschließt.

§ 3

Gruppenordnung

(1) Die Allgemeinen Krankenhäuser werden nach der ärztlichen Versorgung und der medizinisch-technischen Einrichtung in Gruppen eingeteilt.

Fach- oder Sonderkrankenhäuser können auf Antrag in die Gruppen von Krankenhäusern eingereiht werden, denen sie nach ihrer ärztlichen Versorgung und medizinisch-technischen Einrichtung sowie nach ihrer Bedeutung, Größe, Struktur und Selbstkostenlage zuzuordnen sind.

(2) Es werden folgende Gruppen gebildet:

1. Gruppe S

Universitätskliniken und Krankenhäuser mit medizinischen Akademien

sowie

Allgemeine Krankenhäuser von übergeordneter Bedeutung mit wenigstens sechs Fachabteilungen verschiedener Fachrichtungen, die von je einem hauptberuflich angestellten Facharzt geleitet werden,

und

allen für diese Fachabteilungen nach neuzeitlichen Erkenntnissen erforderlichen medizinisch-technischen Einrichtungen.

2. Gruppe A

Allgemeine Krankenhäuser mit wenigstens vier Fachabteilungen verschiedener Fachrichtungen, die von je einem hauptberuflich angestellten Facharzt geleitet werden,

sowie zwei weiteren angestellten oder zugelassenen Fachärzten anderer, untereinander verschiedener Fachrichtungen

und den für die vorhandenen Fachabteilungen erforderlichen medizinisch-technischen Einrichtungen.

3. Gruppe A 1 a

Allgemeine Krankenhäuser mit wenigstens drei Fachabteilungen verschiedener Fachrichtungen, die von je einem hauptberuflich angestellten Facharzt geleitet werden,

sowie zwei weiteren angestellten oder zugelassenen Fachärzten anderer, untereinander verschiedener Fachrichtungen

und den für die vorhandenen Fachabteilungen erforderlichen medizinisch-technischen Einrichtungen.

4. Gruppe A 1 b

Allgemeine Krankenhäuser mit wenigstens zwei Fachabteilungen verschiedener Fachrichtungen, die von je einem hauptberuflich angestellten Facharzt geleitet werden,

sowie zwei weiteren angestellten oder zugelassenen Fachärzten anderer, untereinander verschiedener Fachrichtungen

und den für die vorhandenen Fachabteilungen erforderlichen medizinisch-technischen Einrichtungen.

5. Gruppe A 2

Allgemeine Krankenhäuser mit wenigstens einem hauptberuflich angestellten leitenden Facharzt

sowie zwei weiteren angestellten oder zugelassenen Fachärzten anderer, untereinander verschiedener Fachrichtungen

und den für die vorhandenen Fachabteilungen erforderlichen medizinisch-technischen Einrichtungen.

6. Gruppe A 3

Allgemeine Krankenhäuser mit wenigstens einem zugelassenen Facharzt

sowie einer für diese Fachrichtung erforderlichen räumlichen und medizinisch-technischen Einrichtung.

7. Gruppe A 4

Allgemeine Krankenhäuser mit regelmäßiger ärztlicher Versorgung, die die Voraussetzungen der Gruppen S bis A 3 nicht erfüllen.

(3) Fachrichtungen im Sinne des Absatzes 2 sind nur die standesrechtlich anerkannten ärztlichen Fachrichtungen.

§ 4

Verfahren bei der Eingruppierung

(1) Über Anträge auf Eingruppierung der Krankenhäuser oder ihre Änderung entscheidet der Minister für Wirtschaft, Mittelstand und Verkehr; die Anträge sind in doppelter Ausfertigung einzureichen. Vor der Entscheidung über die Eingruppierung wird der jeweils zuständige Gutachterausschuß gehört.

(2) Gutachterausschüsse werden für die Landesteile Nordrhein und Westfalen-Lippe gebildet. Sie setzen sich aus je drei Vertretern der Sozialversicherungsträger und der Krankenhäuser zusammen, die auf Grund von Vorschlägen der Arbeitsgemeinschaften der Sozialversicherungsträger und der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen durch den Minister für Wirtschaft, Mittelstand und Verkehr bestellt werden.

§ 5

Pflegesätze

(1) Der Regierungspräsident ist zuständig für die Genehmigung oder Festsetzung der Pflegesätze der eingruppierten Krankenhäuser in der allgemeinen (3.) Pflegeklasse; § 10 Abs. 1 bleibt unberührt. Die Pflegesätze werden auf der Grundlage der nachgewiesenen Selbstkosten (§ 7) für jedes Krankenhaus einheitlich als Festpreise genehmigt oder festgesetzt. Sie betragen höchstens

In der Gruppe	DM
S	46,30
A	42,60
A 1 a	39,30
A 1 b	36,45
A 2	31,90
A 3	24,50
A 4	21,40

(2) Die Beteiligten (die Krankenhäuser oder ihre Vertretungen sowie die Kostenträger oder ihre Vertretungen) sollen binnen angemessener Frist eine Einigungsverhandlung führen und den Regierungspräsidenten über Beginn und Ergebnis der Verhandlung unterrichten. Liegt ein Einigungsergebnis vor, so kann der Regierungspräsident dieses seiner Genehmigung zugrunde legen (Einigungsverfahren).

(3) Kommt eine Einigungsverhandlung oder ein Einigungsergebnis binnen angemessener Frist nicht zustande, so ist der Antrag auf Pflegesatzfestsetzung, verbunden mit dem Selbstkostenblatt (§ 7 Abs. 1 Satz 2), in doppelter Ausfertigung bei dem Regierungspräsidenten einzureichen. Der Regierungspräsident ist befugt, die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Selbstkostenrechnung zu prüfen. Er kann sich hierzu Beauftragter bedienen. Den Prüfern sind die erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Der Regierungspräsident setzt den Pflegesatz mit Wirkung auf den ersten Kalendertag des Monats fest, der auf den Eingang des Antrages oder auf die Unterrichtung über den Beginn der Einigungsverhandlung folgt (Festsetzungsverfahren).

(4) Ergeben sich aus Änderungen der Tarifverträge, der Arbeitsvertragsrichtlinien oder der Arbeitsverträge für bestimmte Personengruppen Personalkostensteigerungen in nicht unerheblichem Umfang, so ist der Regierungspräsident befugt, den genehmigten oder festgesetzten Pflegesatz mit Wirkung vom Tage des Inkrafttretens der Änderungen entsprechend den vom Krankenhaus nachgewiesenen Mehrkosten anzuheben. Die Sätze 2 bis 4 des Absatzes 3 finden entsprechende Anwendung. Wenn der sich nach Satz 1 ergebende Pflegesatz den maßgebenden Höchstsatz nach Absatz 1 übersteigen würde, legt der Regierungspräsident die Angelegenheit dem Minister für Wirtschaft, Mittelstand und Verkehr zur Entscheidung nach § 10 Abs. 1 vor.

§ 6

Besondere Regelungen

(1) Werden die ärztlichen Leistungen besonders berechnet, so ermäßigen sich die Pflegesätze in den Gruppen

S	um 5,— DM
A	um 4,75 DM
A 1 a/b	um 4,40 DM
A 2	um 3,40 DM
A 3	um 2,50 DM
A 4	um 2,20 DM

Das gilt nicht für Gutachterfälle.

(2) Für Kinder einschließlich der Frühgeborenen gilt der gleiche Pflegesatz wie für Erwachsene.

(3) Für gesunde Neugeborene ist ein Drittel des Pflegesatzes einschließlich Arztkosten, aufgerundet auf volle 0,05 DM, zu zahlen.

(4) Bei Entbindungen sind für die Mutter der Pflegesatz der allgemeinen (3.) Pflegeklasse und für das gesunde Neugeborene ein Drittel dieses Satzes einschließlich Arztkosten, aufgerundet auf volle 0,05 DM, zu berechnen. Die Tätigkeit

einer freiberuflichen Hebamme ist mit dem Pflegesatz nicht abgegolten. Pauschalvergütungen bei Entbindungen können vereinbart werden.

(5) Für Kranke mit offener Tuberkulose in Infektionsstationen ist ein Zuschlag von 0,75 DM und für Infektionskranke ein Zuschlag von 0,50 DM je Pflegetag zu berechnen.

(6) Für Querschnittsgelähmte bei Behandlung in besonderen pflegerischen Einheiten sowie für Schwerverbrannte bei Behandlung in vollklimatisierten Räumen sind Zuschläge je Pflegetag zu zahlen, deren Höhe zwischen den Krankenhäusern und den Kostenträgern zu vereinbaren ist.

(7) Für die Berechnung gelten Aufnahme- und Entlassungstag je als voller Pflegetag.

(8) Bei Verlegungen kann nur das aufnehmende Krankenhaus den Pflegesatz für den Verlegungstag berechnen. Fallen Aufnahme- und Verlegungstag zusammen, so kann auch das abgebende Krankenhaus einen Pflegetag berechnen. Die Berechnung etwaiger Nebenkosten am Verlegungstag bleibt unberührt.

§ 7

Ermittlung von Selbstkosten

(1) Für die Selbstkostenermittlung gelten die Bestimmungen des § 6 der Verordnung des Bundesministers für Wirtschaft PR Nr. 7/54 über Pflegesätze von Krankenanstalten vom 31. August 1954 (BAnz. Nr. 173 vom 9. September 1954) — Bundespflegesatzverordnung — und die Vorschriften der folgenden Absätze. Das Muster des Selbstkostenblattes (Anlage) ist Bestandteil dieser Verordnung.

(2) Selbstkosten im Sinne dieser Verordnung sind unbeschadet des § 6 der Bundespflegesatzverordnung und der folgenden Absätze die mit einer stationären Krankenhausbehandlung bei sparsamer Wirtschaftsführung verbundenen Personal-, Sach- und Kapitalkosten.

(3) Zu den Selbstkosten gehören auch die Abschreibungen (Absetzungen für Abnutzung) in angemessener Höhe im Sinne des § 6 Abs. 1 Nr. 2 der Bundespflegesatzverordnung, die Aufwendungen für die laufende Instandhaltung und den kurzlebigen Ersatz sowie die Anpassungsrückstellungen im Sinne des § 6 Abs. 1 Nr. 3 der Bundespflegesatzverordnung. Hierfür sind nach Wertklassen unterschiedliche Pauschbeträge (Absatz 4) anzusetzen.

Mit Rücksicht auf die unterschiedlichen Tilgungsverpflichtungen der Krankenhäuser werden folgende Wertklassen gebildet:

Wertklasse	Gruppe	Bettenwerte/DM	
		Staffel 1	Staffel 2
1	S	33 000	25 000
2	A	30 000	22 500
3	A 1 a/b	25 000	20 000
4	A 2	22 000	17 500
5	A 3	18 000	15 000
6	A 4	15 000	12 500

Fach- oder Sonderkrankenhäuser und Privatkrankenhäuser werden vergleichbaren Wertklassen zugeordnet. In Streitfällen entscheidet der Regierungspräsident im Einvernehmen mit dem Minister für Wirtschaft, Mittelstand und Verkehr.

(4) Die Krankenhäuser können für jedes der Normalbetten (§ 2 Abs. 5) für die

Abschreibungen	3,5 v. H. des Bettenwertes der Staffel 1 oder 2,
laufende Instandhaltung und kurzlebigen Ersatz	2,8 v. H. des Bettenwertes der Staffel 1,
Anpassungsrückstellungen	0,7 v. H. des Bettenwertes der Staffel 1

in die Selbstkostenrechnung einsetzen. Das gilt auch für jedes dritte und für jedes angefangene dritte Zusatzbett (§ 2 Abs. 6), wenn sich die Notwendigkeit zum Betrieb von Zusatzbetten aus einem Gesamtnutzungsgrad der Normal- und Zusatzbetten von mindestens 85 v. H. ergibt.

Krankenhäuser, deren tatsächliche Tilgungsaufwendungen 70 v. H. der pauschalierten Abschreibungen nach den Bettenwerten der Staffel 2 übersteigen, können die Abschreibungen nach den Bettenwerten der Staffel 1 bemessen; andernfalls sind die Abschreibungen nach den Bettenwerten der Staffel 2 anzusetzen.

(5) Der Regierungspräsident kann im Einvernehmen mit dem Minister für Wirtschaft, Mittelstand und Verkehr für Krankenhäuser, die wegen Baumaßnahmen mit den auf die Abschreibungen entfallenden Pauschbeträgen nach Absatz 3 und 4 nicht auskommen, auf Antrag Sonderabschreibungen genehmigen oder festsetzen.

(6) Als Kosten der Ambulanz werden 75 v. H. der Einnahmen aus der Ambulanz abgezogen.

(7) Ein Kostenabzug wegen nicht nur vorübergehender Minderbelegung ist vorzunehmen, wenn die durchschnittliche Bettenausnutzung der Normalbetten 75 v. H. unterschreitet.

(8) Bei der Berechnung der Vergleichstage zur Ausgliederung der Kosten der 1. und 2. Pflegeklasse im Wege der Äquivalenzziffernrechnung gelten folgende Umrechnungsfaktoren:

für die allgemeine (3.) Pflegeklasse	1,0
für die 2. Pflegeklasse	1,5
für die 1. Pflegeklasse	2,0
für gesunde Neugeborene	$\frac{1}{3}$.

Der Divisor zur Ermittlung der Kosten je Pflegetag wird aus der Summe der Vergleichstage der 1., 2. und allgemeinen (3.) Pflegeklasse gebildet.

§ 8

Nebenkosten

(1) Neben den Pflegesätzen des § 5 sind an Nebenkosten besonders zu berechnen:

- a) serologische, bakteriologische und quantitative Untersuchungen sowie pathologische Gewebsuntersuchungen und Tierversuche,
- b) Salvarsane und ähnliche AS-Präparate, Heilsera und Vaccine, Antibiotica, Leberpräparate zur Injektion und Implantation, Goldpräparate, Hormonpräparate zur Injektion und Implantation sowie Insulin, Sulfonamide, Blutersatzmittel, Kontrastmittel außer Bariumsulfat, sonstige besonders teure Heilmittel,
- c) Röntgentherapie, Radium- und Thoriumbehandlung,
- d) Blutspendevergütung,
- e) Schienenverbände bei Kieferbrüchen, Knochennägel,
- f) diagnostische und therapeutische Verfahren, die besonders hohe Kosten verursachen,
- g) Kosten bei Anwendung der Herz-Lungen-Maschine in den Universitätskliniken des Landes Nordrhein-Westfalen und den Städtischen Krankenanstalten Köln nach Vereinbarung mit den Sozialversicherungsträgern,
- h) Entgelte für Leistungen von nicht am Krankenhaus angestellten Konsiliar- und Zahnärzten sowie für Leistungen fremder, auch bronchologischer Untersuchungsstellen.

(2) Die Krankenhäuser können hinsichtlich der besonders zu berechnenden Nebenkosten Vereinbarungen mit den Sozialversicherungsträgern treffen.

(3) Für Beobachtungsranke und Gutachterfälle sind neben dem Pflegesatz sämtliche in Zusammenhang mit der Beobachtung (Begutachtung) erforderlichen Sachkosten gesondert zu berechnen.

§ 9

Selbstzahlende Kranke

Die Bestimmungen der §§ 5 bis 8 finden auch Anwendung auf selbstzahlende Kranke in der allgemeinen (3.) Pflegeklasse mit der Maßgabe, daß die Krankenhäuser dem Umfang und der Höhe nach nur diejenigen Leistungen berechnen dürfen, die den Sozialversicherungsträgern in Rechnung gestellt werden. Zu den selbstzahlenden Kranken im Sinne des Satz 1 gehört auch der Personenkreis des § 2 Abs. 2 Nr. 1 der Bundespflegesatzverordnung.

§ 10

Ausnahmen

(1) Bei eingruppierten Krankenhäusern kann der Minister für Wirtschaft, Mittelstand und Verkehr zur Vermeidung unbilliger Härten Ausnahmen von den Vorschriften dieser Verordnung zulassen oder anordnen; er soll seine Entscheidung von dem Ergebnis einer Wirtschaftlichkeitsprüfung abhängig machen.

(2) Der Regierungspräsident ist zuständig für die Genehmigung oder Festsetzung der Pflegesätze der noch nicht eingruppierten Allgemeinen Krankenhäuser, der nicht eingruppierten Fach- oder Sonderkrankenhäuser und der Privatkanntenhäuser.

(3) Die Pflegesätze im Sinne der Absätze 1 und 2 werden auf der Grundlage der nachgewiesenen Selbstkosten (§ 7) für jedes Krankenhaus einheitlich als Festpreise genehmigt oder festgesetzt.

(4) Der § 5 Abs. 2 bis 4 und die §§ 6 bis 9 finden entsprechende Anwendung.

§ 11

Übergangsregelungen

(1) Die am Tage vor Inkrafttreten dieser Verordnung geltenden Pflegesätze der eingruppierten Krankenhäuser werden wie folgt erhöht:

In der Gruppe	um v. H.
S	10
A	10
A 1 a/b	9
A 2	9
A 3	8
A 4	8

Das gilt nicht für Krankenhäuser, die am Tage vor Inkrafttreten dieser Verordnung der bisherigen Preisstufe 1 ihrer Gruppe angehören und ihre Selbstkosten noch nicht nachgewiesen haben; diese Krankenhäuser berechnen bis zu einer anderweitigen Regelung die am Tage vor Inkrafttreten dieser Verordnung geltenden Pflegesätze.

(2) Die am Tage vor Inkrafttreten dieser Verordnung geltenden Pflegesätze der nicht eingruppierten Krankenhäuser (§ 10 Abs. 2) werden um die den jeweiligen Wertklassen (§ 7 Abs. 3) entsprechenden Vomhundertsätze des Absatzes 1 Satz 1 erhöht.

(3) Werden die ärztlichen Leistungen besonders berechnet, so erhöhen sich die um die um 20 v. H. verminderten Arztkostenanteile nach § 6 Abs. 1 Satz 1 gekürzten Pflegesätze um die Vomhundertsätze nach Absatz 1 und 2.

(4) Die nach Absatz 1 bis 3 erhöhten Pflegesätze werden auf volle 0,05 DM gerundet; hierbei ist ein Betrag unter 0,025 DM ab-, ein Betrag von 0,025 DM und mehr aufzurunden.

(5) Ein eingruppiertes Krankenhaus kann im Falle der Umgruppierung in eine höhere Gruppe bis zu einer anderweitigen Regelung nach der Umgruppierung den zuvor vereinbarten oder festgesetzten Pflegesatz weiterberechnen; das gilt auch für ein bisher nicht eingruppiertes Krankenhaus im Falle der erstmaligen Eingruppierung.

§ 12

Strafbestimmungen

Verstöße gegen die Vorschriften dieser Verordnung werden als Zuwiderhandlungen auf Grund des § 2 Abs. 1 des Gesetzes zur weiteren Vereinfachung des Wirtschaftsstrafrechts (Wirtschaftsstrafgesetz 1954) vom 9. Juli 1954 (BGBl. I S. 175), zuletzt geändert durch Gesetz vom 24. Mai 1968 (BGBl. I S. 503), geahndet.

§ 13

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. Januar 1969 in Kraft, mit Ausnahme des § 12, der am Tage nach der Verkündung in Kraft tritt; die Übergangsregelungen nach § 11 Abs. 1 bis 4 treten im Verhältnis zu den selbstzahlenden Kranken in der allgemeinen (3.) Pflegeklasse (§ 9) erst am Tage nach der Verkündung in Kraft. Gleichzeitig tritt die Verordnung NW PR Nr. 1/68 über Regelung der Krankenhauspflegesätze vom 9. Januar 1968 (GV. NW. S. 9), zuletzt geändert durch Verordnung vom 20. Mai 1968 (GV. NW. S. 181), außer Kraft.

Düsseldorf, den 4. Februar 1969

Der Minister
für Wirtschaft, Mittelstand und Verkehr
des Landes Nordrhein-Westfalen

Dr. Kassmann

Selbstkostenblatt

für die Pflegesatzermittlung lt. VO PR Nr. 7/54 vom 31. August 1954
(BANz. Nr. 173) und VO NW PR Nr. 1/69 vom 4. Februar 1969 (GV. NW. S. 134)

Name und Anschrift der Krankenanstalt:					
Rechtsform, Träger, Trägergruppe:					
Berechnungszeitraum (Geschäftsjahr):			Zahl der Normalbetten Ausnutzungsgrad		
Pflegetage im Berichtszeitraum: (— Divisor für Spalte 5, nach Mitternachtsbeständen zu ermitteln)			1./2. Pflegeklasse 3. Pflegeklasse Gruppe		
A Kosten					
Kostenarten		Buchhalterischer Aufwand ohne Sonderbetriebe	Berichtigungen soweit nicht unter B berücksichtigt	Bereinigte Kosten im Sinne der Verordnung	DM je Pflage-tag
1		2	3	4	5
I. Personalkosten	a) Ärztlicher Dienst ¹⁾				
	b) Pflegedienst				
	c) Med.-techn. Dienst				
	d) Klinisches Hauspersonal				
	e) Wirtschaftsdienst				
	f) Instandhaltungsdienst				
	g) Verwaltungsdienst				
	h) Sonderdienste				
Summe I.					
II. Sachkosten	a) Lebensmittel				
	b) Medizinischer Bedarf				
	c) Wasser, Energie, Brennstoffe				
	d) Wirtschaftsbedarf				
	e) Verwaltungsbedarf				
	f) Miete und Pacht				
	g) Steuern, Abgaben, Versicherungen				
	h) Laufende Instandhaltung, kurzlebiger Ersatz				
	i) Abschreibung nach § 7 Abs. 3 und 4				
	k) Sonderabschreibung nach § 7 Abs. 5				
	l) Anpassungsrückstellungen				
	m) Sonstiges				
Summe II.					
III. Zinsen für Fremdkapital					
IV. Kostenänderungen					
V. Brutto-Gesamtkosten (Summe A)					

¹⁾ Für Berechnungstage ohne Arztkosten ist in Spalte 3 ein Betrag nach folgender Formel einzusetzen:
Arztkostenabschlag nach § 6 Abs. 1 \times Berechnungstage mit kleinem Pflegesatz.

B Abzüge						
		Buchhalterischer Aufwand ohne Sonderbetriebe	Berichtigungen soweit nicht unter A berücksichtigt	Bereinigte Kosten im Sinne der Verordnung	DM je Pflgetag	
		DM ohne Pfennig				
1		2	3	4	5	
VI. Erlösabzüge	a) Sachbezüge des Personals (fr. Station)					
	b) Rückvergütungen und Erstattungen					
	c) Miete und Pacht					
	d) Hilfsbetriebe					
	e) Sonstige Erlöse					
VII. Kostenabzüge	a) Wiss. Forschung und Lehre (§ 6, 2 Nr. 2)					
	b) Aufwendungen, die nicht unmittelbar der Krankenversorgung dienen (§ 6, 2 Nr. 4)					
	c) Ambulanz (75 v. H. der Einnahmen)					
VIII. Zuschüsse	a) Krankenpflegeschulen u. dgl.					
	b) Infektions- und Seuchenbetten					
	c) Betriebszuschüsse (§§ 6,1 und 7)					
IX. Gesamtabzüge (Summe VI bis VIII = B)						
C Netto-Gesamtkosten (Summe V ./ IX)						
a) bei Ist-Belegung						
b) Abzug für Minderbelegung laut Sonderrechnung (bei durchschnittlicher Normalbetten-Belegung von weniger als 75 v. H.)						
c) Basiskosten für die Pflegesatzberechnung						
D Errechnung der Kosten der 1. und 2. Pflegeklasse zwecks Absetzung von C						
Pflegeklasse	Pflegetage	Umrechnungs-Faktor	Vergleichstage	Kosten der 1. u. 2. Pflegeklasse		
a) 2. Klasse				Basiskosten (Spalte C c 4) : Summe der Vergleichstage aller Klassen (Sp. D g) × Summe der Vergleichstage 1. u. 2. Kl. (Sp. D d) =		
b) 1. Klasse						
c) Gesunde Neugeborene 1. u. 2. Klasse	() *					
d) Gesamt Selbstzahler 1. u. 2. Klasse						
e) 3. Klasse						
f) Gesunde Neugeborene 3. Klasse	() *					
g) Gesamt (a bis f)						
E Verordnungs-Selbstkosten für die 3. Pflegeklasse						
a) C c) Spalte 4						
b) ./ D letzte Spalte						
c) Verordnungs-Selbstkosten insgesamt						
d) ./ Erlöse aus Nebenleistungen 3. Klasse						
e) Verordnungs-Selbstkosten netto						
F Aufteilung von E e)						
3. Pflegeklasse	Berechnungstage	Umrechnungsfaktor	Vergleichstage	Pflegesatz mit Arztkosten	Arztkostenabschlag	Pflegesatz ohne Arztkosten
Erwachsene und Kinder		1				
Gesunde Neugeborene		1/3				

*) Die eingeklammerten Pflgetage werden in der Gesamtspalte nicht mit addiert.

Einzelpreis dieser Nummer 0,50 DM

Einzellieferungen nur durch den August Bagel Verlag, Düsseldorf, gegen Voreinsendung des Betrages zuzügl. Versandkosten (Einzelheft 0,30 DM) auf das Postscheckkonto Köln 85 16 oder auf das Girokonto 35 415 bei der Rhein. Girozentrale und Provinzialbank Düsseldorf. (Der Verlag bittet, keine Postwertzeichen einzusenden.) Es wird dringend empfohlen, Nachbestellungen des Gesetz- und Verordnungsblattes für das Land Nordrhein-Westfalen möglichst innerhalb eines Vierteljahres nach Erscheinen der jeweiligen Nummer bei dem August Bagel Verlag, 4 Düsseldorf, Grafenberger Allee 100, vorzunehmen, um späteren Lieferschwierigkeiten vorzubeugen.

Wenn nicht innerhalb von acht Tagen eine Lieferung erfolgt, gilt die Nummer als vergriffen.

Eine besondere Benachrichtigung ergeht nicht.

Herausgegeben von der Landesregierung Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf, Elisabethstraße 5. Druck: A. Bagel, Düsseldorf; Vertrieb: August Bagel Verlag, Düsseldorf. Bezug der Ausgabe A (zweiseitiger Druck) und B (einseitiger Druck) durch die Post. Gesetz- und Verordnungsblätter, in denen nur ein Sachgebiet behandelt ist, werden auch in der Ausgabe B zweiseitig bedruckt geliefert. Bezugspreis vierteljährlich Ausgabe A 6,60 DM, Ausgabe B 7,70 DM.
Die genannten Preise enthalten 5,5 % Mehrwertsteuer.