

**Leitfaden
der Spitzenverbände der Krankenkassen und des
Verbandes der privaten Krankenversicherung
zu Abrechnungsfragen 2007
nach dem KHEntgG und der FPV 2007**

AOK-Bundesverband

Bundesverband der Betriebskrankenkassen

IKK-Bundesverband

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen

Bundesknappschaft

See-Krankenkasse

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.

AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

**Bonn, Essen, Bergisch Gladbach, Kassel, Bochum, Hamburg, Siegburg und Köln
den 20.12.2006**

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	= Abbildung
Abs.	= Absatz
AIP	= Arzt im Praktikum
BPfIV	= Bundespflegesatzverordnung
BMG	= Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit
bzw.	= beziehungsweise
DKG	= Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	= Diagnosis Related Group (Diagnosebezogene Fallgruppe)
f.	= folgende
FP	= Fallpauschale(n)
FPV	= Fallpauschalenvereinbarung
GKV	= Gesetzliche Krankenversicherung
i. d. R.	= in der Regel
i. V. m.	= in Verbindung mit
Kap.	= Kapitel
KFPV	= Krankenhausfallpauschalenverordnung
KH	= Krankenhaus
KHEntgG	= Krankenhausentgeltgesetz
KHG	= Krankenhausfinanzierungsgesetz
MDC	= Major Diagnostic Category (Hauptdiagnosegruppe)
MVD	= mittlere Verweildauer
OGVD	= obere Grenzverweildauer

SGB	= Sozialgesetzbuch
TPG	= Transplantationsgesetz
UGVD	= untere Grenzverweildauer
VD	= Verweildauer
VBE	= Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen
VFP	= Verlegungsfallpauschalen
vgl.	= vergleiche
z. B.	= zum Beispiel

Beispielverzeichnis

Beispiel 1: Berechnung der OGVD mit vorstationärer Behandlung

Beispiel 2: Berechnung der OGVD mit vor- und nachstationärer Behandlung

Beispiel 3: Berechnung der OGVD bei Beurlaubung

Beispiel 4: Externe Verlegung eines Neugeborenen

Beispiel 5: Berechnung der OGVD ohne vorstationäre Behandlung

Beispiel 6: Abrechnung der Krankenhausleistung bei kurzer Verweildauer mit Abschlag

Beispiel 7: Abrechnung der Krankenhausleistung bei Verlegung

Beispiel 8: Fallzusammenführung wegen Wiederaufnahme in dieselbe Basis-DRG

Beispiel 9: Fallzusammenführung wegen Wiederaufnahme innerhalb der gleichen MDC

Beispiel 10: Zusätzliche Abrechnung tagesbezogener teilstationärer Entgelte

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verlegung innerhalb von 24 Stunden ohne Weiterverlegung

Abbildung 2: Verlegung innerhalb von 24 Stunden mit Weiterverlegung

Abbildung 3: Verlegung innerhalb von 24 Stunden und Weiterverlegung innerhalb von
24 Stunden

Abbildung 4: Verlegung innerhalb von 24 Stunden und Rückverlegung

Abkürzungsverzeichnis

Beispielverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis

1	Entgelte im G-DRG-System	8
2	Abrechnungsbestimmungen	10
2.1	Einstufungstichtag	10
2.2	Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel.....	10
2.3	Jahresüberlieger.....	11
2.4	Belegungstage	12
2.5	Behandlungstage	14
2.6	Entgelte für vorstationäre Behandlungen	15
2.7	Entgelte für nachstationäre Behandlungen.....	15
2.8	Beurlaubung	16
2.9	Neugeborene.....	18
2.10	Fallzählung	19
2.10.1	Fallzählung bei Abrechnung von Fallpauschalen.....	19
2.10.2	Fallzählung bei Abrechnung tagesgleicher Pflegesätze (§ 8 Abs. 1 Satz 4 und Abs. 2 Nr. 2 FPV 2006)	20
2.11	Obere Grenzverweildauer	20
2.12	Untere Grenzverweildauer.....	21
2.13	Verlegungen	22
2.13.1	Abschlagsregelungen bei Verlegungen	22
2.13.2	Verlegung innerhalb von 24 Stunden.....	23
2.13.3	Rückverlegung in das erste Krankenhaus	25
2.13.4	Verlegung innerhalb von 24 Stunden und Rückverlegung	26
2.13.5	Verbringung	26
2.13.6	Verlegungen zwischen dem Geltungsbereich der DRG-Fallpauschalen, der Bundespflegesatzverordnung oder besonderen Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG.....	27
2.13.7	Verlegungen zwischen Haupt- und Belegabteilungen.....	27
2.13.8	Verlegungsfallpauschalen.....	28
2.13.9	Fahrkosten bei externer Verlegung.....	29
2.14	Abrechnung von DRG-Fallpauschalen in Zusammenhang mit Leistungen von Beleghebammen (MDC 14)	29
3	Wiederaufnahme gemäß § 2 FPV 2007	30
3.1	Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus	30
3.1.1	Wiederaufnahme in dieselbe Basis-DRG	31
3.1.2	Wiederaufnahme in die gleiche Hauptdiagnosegruppe (MDC)	33

3.1.3 Wiederaufnahme wegen Komplikationen	36
3.1.4 Maßgebliche Entgelte	37
3.2 Kombinierte Fallzusammenführungen wegen Rückverlegung und Wiederaufnahmen	37
4 Vergütung teilstationärer Leistungen nach § 6 FPV 2007	40
4.1 Fallbezogene teilstationäre Entgelte	40
4.2 Tagesbezogene teilstationäre Entgelte	40
5 Sonstige Entgelte	43
5.1 Bundeseinheitliche Zusatzentgelte nach Anlage 2 bzw. 5 zur FPV 2007	43
5.2 Krankenhausindividuelle Zusatzentgelte nach Anlage 4 bzw. 6 zur FPV 2007	43
5.3 Zusatzentgelte für Dialyse	44
5.4 Gesonderte Zusatzentgelte gemäß § 6 Abs. 2a KHEntgG	45
5.5 Abrechnungsbestimmungen für sonstige Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG	45
5.6 Abrechnungsbestimmungen für sonstige Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG, die nach den Anlagen 3a und 3b zur FPV 2007 noch nicht mit DRG-Fallpauschalen vergütet werden	45
5.7 Abrechnungsbestimmungen für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG i. V. m. der VBE 2007	46
6 Abrechnungsbestimmungen für DRG-Fallpauschalen bei bestimmten Transplantationen nach § 4 FPV 2007	47
6.1 Transplantation bei postmortaler Spende	47
6.2 Transplantation bei Lebendspenden	47
6.3 Transplantation von Knochenmark und hämatopoetischen Stammzellen	47
7 Sonstige Zuschläge	48
7.1 DRG-Systemzuschlag	48
7.2 Investitionszuschlag	48
7.3 Zuschlag zur Qualitätssicherung (§ 17b Abs. 1 Satz 5 KHG)	48
7.4 Zuschlag zur Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V und des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139a SGB V	49
7.5 Zuschlag zur Finanzierung der Vorhaltekosten für besondere Einrichtungen gemäß § 3 Abs. 2 Satz 2 VBE 2007	49
7.6 Ausbildungszuschlag (§ 17a Abs. 5 KHG)	49
7.7 Sicherstellungszuschlag	49
7.8 Zuschlag zur Finanzierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten	50
7.9 Abschlag bei Nichtbeteiligung an der Notfallversorgung	50
7.10 Fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	50
7.11 Zuschlag zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen	50
7.12 AIP-Zuschlag	50
8 Abschläge	51
9 Begleitpersonen	52

10	Laufzeit der Entgelte	52
10.1	Krankenhäuser, die nach dem KHEntgG abrechnen.....	52
10.2	Krankenhäuser, die in 2006 noch nach der Bundespflegesatzverordnung abgerechnet haben	53
10.3	Zusatzentgelte für Bluter (Entgeltschlüssel 76xxxxxx) und Dialyse (Entgeltschlüssel 77xxxxxx)	53
11	Zuzahlungen.....	53
11.1	Zuzahlung - allgemein	53
11.2	Zuzahlung bei Entbindung.....	54

1 Entgelte im G-DRG-System

- DRG-Fallpauschalen
- Zuschlag bei Überschreiten der oberen Grenzverweildauer
- Abschlag bei Nichterreichen der unteren Grenzverweildauer
- Abschlag wegen Nichterreichens der mittleren Verweildauer bei Verlegungen
- Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen
- Bundeseinheitliche Zusatzentgelte nach dem Zusatzentgelte-Katalog nach Anlage 2 bzw. Anlage 5 FPV 2007
- Krankenhausindividuelle Zusatzentgelte nach dem Zusatzentgelte-Katalog nach Anlage 4 bzw. 6 zur FPV 2007
- Krankenhausindividuelle sonstige Entgelte nach den Anlagen 3a und 3b zur FPV 2007 für Leistungen, die noch nicht mit DRG-Fallpauschalen vergütet werden
- Gesonderte Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 2a KHEntgG
- Krankenhausindividuelle sonstige Entgelte für besondere Einrichtungen
- Zuschlag zur Finanzierung der Vorhaltekosten für besondere Einrichtungen gemäß § 3 Abs. 2 Satz 2 VBE 2007
- Sonstige krankenspezifische tages- oder fallbezogene Entgelte für teilstationäre Leistungen
- Qualitätssicherungszuschlag
- DRG-Systemzuschlag
- Investitionszuschläge für Krankenhäuser in den neuen Bundesländern
- Abschläge nach § 140d SGB V
- Zuschlag zur Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V und des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139a SGB V (Systemzuschlag)
- § 303 SGB V-Abschlag
- Ausbildungszuschlag
- Zuschlag für Begleitpersonen

- Sicherstellungszuschlag
- Zuschlag zur Finanzierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten
- Abschlag bei Nichtbeteiligung an der Notfallversorgung
- Fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
- Zuschlag zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen nach § 4 Abs. 13 KHEntgG
- Zuschlag für die Abschaffung des Arztes im Praktikum nach § 4 Abs. 14 KHEntgG
- Geplant: Abschlag gemäß § 8 Abs. 9 KHEntgG (Entwurf eines GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 24.10.2006)

2 Abrechnungsbestimmungen

2.1 Einstufungstichtag

Für Art und Höhe der nach der FPV 2007 abzurechnenden Entgelte ist der Tag der Aufnahme in das Krankenhaus maßgeblich. Dies gilt ab 2007 auch für die Höhe tagesbezogener Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG und Zusatzentgelte, die in Zusammenhang mit den tagesbezogenen Entgelten abgerechnet werden. Für die Abrechnung tagesbezogener teilstationärer Leistungen gilt als Aufnahmetag in diesem Sinne der erste Behandlungstag im Quartal. Ist bei der Gruppierung eines Behandlungsfalles auch das Alter der behandelten Person zu berücksichtigen, ist das Alter am Tag der Aufnahme in das Krankenhaus maßgeblich (§ 1 Abs. 6 FPV 2007).

2.2 Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel

Gemäß der Gemeinsamen Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 09.10.2002 in der Fassung vom 24.07.2003 ist für die Erbringung der stationären Krankenhausbehandlung unter DRG-Bedingungen die Krankenkasse leistungspflichtig, bei der am Entlassungstag ein Versicherungsverhältnis besteht. Die Leistungspflicht ist somit unabhängig von dem Tag der Operation. Diese Verlautbarung ist nicht konform mit den Durchführungshinweisen zum Datenaustausch nach § 301 SGB V sowie den Regelungen in § 9 FPV 2007.

Demnach wird bei Fallpauschalenpatienten der gesamte Krankenhausfall mit der Krankenkasse abgerechnet, die die Kostenzusage erteilt hat. Dieses Abrechnungsverfahren bleibt jedoch von der Verlautbarung unberührt. Tritt im Falle einer Entbindung ein Kostenträgerwechsel im Zeitraum zwischen der Aufnahme der Mutter und der Entbindung ein, ist für die Abrechnung der Fallpauschale des gesunden Neugeborenen der für die Mutter am Tag der Entbindung zuständige Kostenträger zuständig.

Die Leistungsabgrenzung und damit verbundene Rückforderung der stationären Behandlungskosten erfolgt zwischen den Kostenträgern im Innenverhältnis. Leistungs-

pflichtig ist der Kostenträger, bei dem am Entlassungstag ein Versicherungsverhältnis besteht.

Tritt hingegen während der mittels tagesbezogener Entgelte vergüteten Behandlung ein Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers ein, sind die Kosten der einzelnen Behandlungstage mit dem Kostenträger abzurechnen, der am Tag der Leistungserbringung leistungspflichtig ist.

2.3 Jahresüberlieger

DRG-Fallpauschalen nach dem Fallpauschalenkatalog 2007 und Zusatzentgelte gemäß der Anlagen 2 und 4 zur FPV 2007 sind nur für Aufnahmen ab dem 1. Januar 2007 abzurechnen. Bei Aufnahmen vor diesem Zeitpunkt sind die bisher geltenden Entgelte abzurechnen. Werden Patienten, für die im Jahre 2006 bzw. 2007 eine DRG-Fallpauschale abgerechnet wurde, im Jahr 2007 bzw. 2008 in das gleiche Krankenhaus zurückverlegt oder wieder aufgenommen, gelten die Vorschriften zur Rückverlegung bzw. Wiederaufnahme analog der FPV 2007; das heißt, die Falldaten sind nicht zusammenzuführen (§ 2 Abs. 4 Satz 7 i. V. m. § 3 Abs. 3 FPV 2007 und „Klarstellungen zur Nichtanwendung der Regelungen zur Fallzusammenführung bei Fallkonstellationen über den Jahreswechsel“).

Klarstellungen zur Nichtanwendung der Regelungen zur Fallzusammenführung bei Fallkonstellationen über den Jahreswechsel

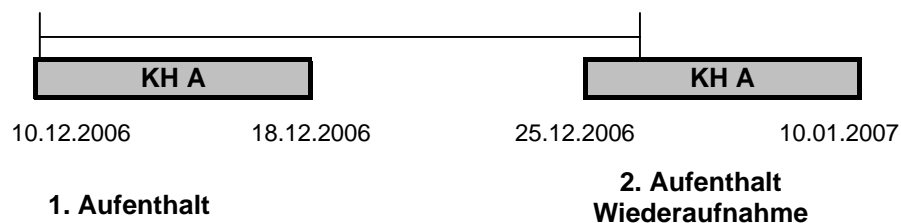
Nach § 2 Abs. 4 Satz 7 FPV 2007 sowie nach § 3 Abs. 3 Satz 6 FPV 2007 sind bei Wiederaufnahmen bzw. Rückverlegungen Fallzusammenführungen mit Krankenhausaufenthalten ausgeschlossen, deren Aufnahmedatum nicht innerhalb der Geltungsdauer der FPV 2007 (01.01.2007-31.12.2007) liegt. Ebenso finden die Vorgaben nach der FPV 2006 für Krankenaufenthalte, deren Aufnahmedatum innerhalb der Geltungsdauer der FPV 2007 liegt, gemäß § 1 Abs. 1 Satz 1 i.V.m. § 11 FPV 2007 keine Anwendung. Ein Aufenthalt mit Aufnahme im Jahr 2007 kann dementsprechend nicht mit einem anderen Aufenthalt, dessen Aufnahmedatum vor dem 01.01.2007 liegt, zu einem Fall zusammengefasst werden. Stattdessen sind beide Aufenthalte gesondert auf Basis der FPV 2007 bzw. FPV 2006 abzurechnen.

Aus dieser Regelung gegebenenfalls resultierende Veränderungen der Summe der effektiven Bewertungsrelationen auf Grund technischer bzw. statistischer Fallzahlerhöhungen können gemäß § 4 Abs. 4

Satz 3 KHEntgG für den Vereinbarungszeitraum 2007 nicht als Leistungsveränderung geltend gemacht werden und insofern nicht budgetsteigernd wirken.

(vgl. Klarstellungen der Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG zur Fallpauschalenvereinbarung 2007 (FPV 2007))

Sofern eine Rückverlegung oder Wiederaufnahme im Jahr 2006 erfolgt und im Jahr 2007 fortgeführt wird, gelten die Regelungen zur Fallzusammenführung gemäß der FPV 2006.



Sofern zum 01.01.2008 noch keine neuen Abrechnungsregeln bzw. kein neuer Fallpauschalenkatalog vorliegt, wird analog 2007 abgerechnet.

Bei Geburten ist bei einer Abweichung zwischen Aufnahme und Geburt für die Mutter das Aufnahmedatum und für die Abrechnung der DRG-Fallpauschale des Neugeborenen das Geburtsdatum maßgebend.

2.4 Belegungstage

Maßgeblich für die Ermittlung der Verweildauer ist die Zahl der Belegungstage. Belegungstage sind der Aufnahmetag zur voll- oder teilstationären Behandlung sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthaltes ohne den Verlegungs- oder Entlassungstag aus dem Krankenhaus. Demnach werden vor- und nachstationäre Behandlungstage bei der Verweildauerermittlung nicht mehr berücksichtigt¹. Wird ein Patient am gleichen Tag aufgenommen und verlegt oder entlassen, gilt dieser Tag als Aufnahmetag. Bei Wiederaufnahmen in dasselbe Krankenhaus sind zur Ermittlung der Verweildauer die

¹ Ausnahme: Prüfung, ob nachstationäre Behandlungen neben einer Fallpauschale abgerechnet werden können (vgl. Kapitel 2.5)

Belegungstage der Aufenthalte in diesem Krankenhaus zusammenzurechnen (§ 1 Abs. 7 i. V. m. § 2 Abs. 4 Satz 3 FPV 2007).

Beispiel 1: Berechnung der OGVD mit vorstationärer Behandlung				
DRG D05A, vorstationäre Behandlungen am 02.01.07 und 04.01.07, stationäre Aufnahme 06.01.07, Entlassung 23.01.07, 1. Tag mit Zuschlag: 13				
Datum	Leistung	Behandlungstage ²	Belegungstage	Abrechnung
1	2	3	4	5
02.01.07	Vorstationäre Behandlung	1		
03.01.07				
04.01.07	Vorstationäre Behandlung	2		
05.01.07				
06.01.07	Aufnahme HNO	3	1	
07.01.07	HNO	4	2	
.....	HNO			
17.01.07	HNO	14	12	D05A
18.01.07	HNO	15	13	Entgelt ab OGVD
19.01.07	HNO	16	14	Entgelt ab OGVD
20.01.07	HNO	17	15	Entgelt ab OGVD
21.01.07	HNO	18	16	Entgelt ab OGVD
22.01.07	HNO	19	17	Entgelt ab OGVD
23.01.07	Entlassung			

Abrechnung:

Bei Entlassung am 23.01.2007 ist für fünf Tage ein Entgelt nach Überschreiten der oberen Grenzverweildauer abzurechnen. Da nur die stationären Belegungstage gezählt werden, wäre bei Entlassung am 18.01.2007 die obere Grenzverweildauer noch nicht überschritten, weil der Entlassungstag nicht mitgezählt wird.

² Dient nur zur Prüfung der Abrechenbarkeit nachstationärer Pauschalen.

2.5 Behandlungstage

Nur bei der Prüfung, ob nachstationäre Behandlungen neben einer Fallpauschale abgerechnet werden können, werden vor- und nachstationäre Behandlungstage berücksichtigt (§ 8 Abs. 2 Nr. 4 KHEntgG / siehe hierzu auch Beispiele 8 und 9 bezüglich Wiederaufnahme).

Beispiel 2: Berechnung der OGVD mit vor- und nachstationärer Behandlung				
DRG D05A, vorstationäre Behandlungen am 02.01.07 und 04.01.07, stationäre Aufnahme 06.01.07, Entlassung 18.01.07, nachstationäre Behandlung am 21.01.07 und 23.01.07, 1. Tag mit Zuschlag: 13				
Datum	Leistung	Behandlungstage ³	Belegungstage	Abrechnung
1	2	3	4	5
02.01.07	Vorstationäre Behandlung	1		
03.01.07				
04.01.07	Vorstationäre Behandlung	2		
05.01.07				
06.01.07	Aufnahme HNO	3	1	
07.01.07	HNO	4	2	
.....	HNO			
17.01.07	HNO	14	12	D05A
18.01.07	Entlassung			
19.01.07				
20.01.07				
21.01.07	Nachstationäre Behandlung	15		Nachstationäre Pauschale
22.01.07				
23.01.07	Nachstationäre Behandlung	16		Nachstationäre Pauschale

Abrechnung:

Die Summe der vor- und nachstationären Behandlungstage und der Belegungstage überschreitet mit der nachstationären Behandlung am 21.01.07 die obere Grenzverweildauer der DRG-Fallpauschale. Daher sind nachstationäre Behandlungen ab diesem

³ Dient nur zur Prüfung der Abrechenbarkeit nachstationärer Pauschalen.

Tag abzurechnen. Ein Entgelt ab Überschreiten der oberen Grenzverweildauer würde erst bei Entlassung am 19.01.07 abgerechnet, da erst dann die Verweildauer von 13 Tagen erreicht wäre.

2.6 Entgelte für vorstationäre Behandlungen

Eine Pauschale zur vorstationären Behandlung bzw. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten sind neben der DRG-Fallpauschale nicht gesondert berechenbar (§ 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 4 KHEntgG). Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt (§ 115a Abs. 2 Satz 1 SGB V). Wird eine vorstationäre Behandlung außerhalb dieser Frist durchgeführt, kann keine separate Abrechnung (z. B. ambulant oder vorstationär ohne anschließende vollstationäre Behandlung) vorgenommen werden. Erfolgt nach einer vorstationären Behandlung keine stationäre Aufnahme, wird die entsprechende Pauschale für vorstationäre Behandlung nach der „Gemeinsamen Empfehlung über die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115a Abs. 3 SGB V zwischen der DKG und den Spitzenverbänden der Krankenkassen“ abgerechnet. Soweit und solange vorstationäre Behandlungen nicht separat vergütet werden, sind deren Prozeduren bei der Gruppierung und der Abrechnung der zugehörigen vollstationären Behandlung zu berücksichtigen (Neugruppierung); dies gilt jedoch nicht für Prozeduren, die im Rahmen einer belegärztlichen Behandlung erbracht werden (§ 1 Abs. 6 Satz 4 FPV 2007). Zudem gilt dies nicht, wenn die vorstationäre Behandlung außerhalb der maßgeblichen Fristen durchgeführt wird. Ergibt sich aus der Neugruppierung eine andere Fallpauschale, ist diese für die Abrechnung sowie für weitere Prüfungen maßgeblich (§ 1 Abs. 6 Satz 5 FPV 2007).

2.7 Entgelte für nachstationäre Behandlungen

Pauschalen zur nachstationären Behandlung bzw. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten können neben einer DRG-Fallpauschale nur abgerechnet werden, sofern die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die obere Grenzverweildauer der Fallpauschale übersteigt (§ 8 Abs. 2 Nr. 4 KHEntgG; vgl. Beispiel 3). Hier werden die entsprechenden

Pauschalen bzw. Großgeräteleistungen für nachstationäre Behandlungen nach der „Gemeinsamen Empfehlung über die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115a Abs. 3 SGB V“ abgerechnet. Auch nachstationäre Prozeduren sind bei der Gruppierung der zugehörigen vollstationären Behandlung zu berücksichtigen, sofern diese nicht separat vergütet werden; dies gilt jedoch nicht für Prozeduren, die im Rahmen einer belegärztlichen Behandlung erbracht werden (§ 1 Abs. 6 Satz 4 FPV 2007). Das heißt, grundsätzlich sind alle Leistungen mit der DRG-Fallpauschale abgegolten, da die Prozeduren der vor- und nachstationären Behandlung bei der DRG-Ermittlung berücksichtigt werden. Dies gilt auch für Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten. Außerhalb der oberen Grenzverweildauer dürfen die Pauschalen für nachstationäre Behandlungen sowie etwaige Großgeräteleistungen abgerechnet werden. Allerdings gehen diese Prozeduren dann nicht in die Gruppierung der zugehörigen DRG-Fallpauschale mit ein. Sofern durch die Neugruppierung einschließlich der nachstationären Prozeduren innerhalb der oberen Grenzverweildauer der DRG-Fallpauschale eine neue DRG-Fallpauschale mit einer höheren oberen Grenzverweildauer ermittelt wird, ist diese neue obere Grenzverweildauer maßgeblich für die Prüfung, ob gegebenenfalls nachfolgende nachstationäre Behandlungen wegen Überschreitens der oberen Grenzverweildauer separat vergütet werden können oder ob diese mit der neu gruppierten DRG-Fallpauschale abgegolten sind und gegebenenfalls einen weiteren Neugruppierungsprozess auslösen.

2.8 Beurlaubung

Vollständige Tage der Beurlaubung sind gesondert in der Rechnung auszuweisen und zählen nicht zur Verweildauer. Eine Beurlaubung liegt vor, wenn ein Patient mit Zustimmung des behandelnden Krankenhausarztes die Krankenhausbehandlung zeitlich befristet unterbricht, die stationäre Behandlung jedoch noch nicht abgeschlossen ist. Bei Fortsetzung der Krankenhausbehandlung nach einer Beurlaubung liegt keine Wiederaufnahme im Sinne von § 2 FPV 2007 vor (§ 1 Abs. 7 FPV 2007).

Beispiel 3: Berechnung der OGVD bei Beurlaubung			
DRG E75B, Aufnahme 02.01.07, Entlassung 24.01.07, 1. Tag mit Zuschlag: 19			
Datum	Leistung	Belegungstage	Abrechnung
1	2	3	4
02.01.07	Aufnahme Innere	1	
03.01.07	Innere	2	
...	
15.01.07	Urlaubsantritt	14	
16.01.07	Urlaub		
17.01.07	Urlaubsende	15	
18.01.07	Innere	16	
19.01.07	Innere	17	
20.01.07	Innere	18	E75B
21.01.07	Innere	19	Entgelt ab OGVD
22.01.07	Innere	20	Entgelt ab OGVD
23.01.07	Innere	21	Entgelt ab OGVD
24.01.07	Entlassung		

Abrechnung:

Die DRG E75B kann einmal abgerechnet werden. Der reine Urlaubstag wird nicht in die Grenzverweildauerberechnung einbezogen. Eine Überschreitung der oberen Grenzverweildauer liegt ab dem 21.01.07 vor. Ab diesem Tag können zusätzlich zu der Fallpauschale die Entgelte nach Überschreiten der oberen Grenzverweildauer abgerechnet werden.

Die Regelungen des § 1 Abs. 7 FPV 2007 besagen, dass die Behandlung eines Patienten durchaus unterbrochen werden kann; die Abrechnung über einen Fall muss aber immer die vollständige, medizinisch abgeschlossene, stationäre Behandlung umfassen. Eine Aufteilung der Abrechnung auf mehrere Fälle ist ausgeschlossen und auch nicht mit der Grundlogik des DRG-Systems im Sinne einer Fallpauschale für eine medizinisch abgeschlossene Behandlung vereinbar. Eine Ausnahme stellt die Behandlung von onkologischen Behandlungszyklen dar. Hier ist ein Behandlungszyklus auf Grund der medizinisch sinnvollen Vorgehensweise als eigenständiger Fall abrechenbar, obwohl die Gesamtbehandlung noch nicht medizinisch abgeschlossen ist.

2.9 Neugeborene

Für jedes Neugeborene, das nach der Versorgung im Kreißaal weiter im Krankenhaus versorgt wird, ist ein eigener Fall zu bilden und eine eigene Fallpauschale sowie sonstige Zuschläge (vgl. Kap. 7) abzurechnen. In diesem Fall ist für die Mutter und das Neugeborene jeweils eine Rechnung zu erstellen. Die Fallpauschale für das gesunde Neugeborene ist mit dem für die Mutter zuständigen Kostenträger abzurechnen. Auf der Rechnung für das Neugeborene ist die Versichertennummer der Mutter anzugeben. Die Fallpauschale für das krankheitsbedingt behandlungsbedürftige Neugeborene ist mit dessen Kostenträger abzurechnen. Nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftig in diesem Sinne sind alle Neugeborenen, für welche die DRG-Fallpauschale P66D oder P67D abgerechnet werden kann.

Im Fallpauschalen-Katalog ist für die DRG P60C eine Mindestverweildauer von 24 Stunden ab Entbindung vorgegeben. Wird diese in dem Krankenhaus, in dem die Geburt stattfand, nicht erreicht, ist die Versorgung des Neugeborenen mit dem Entgelt für die Mutter abgegolten (§ 1 Abs. 5 FPV 2007). Diese Mindestverweildauer darf nicht mit der unteren Grenzverweildauer nach § 1 Abs. 3 FPV 2007 verwechselt werden, bei deren Nichterreichen ein Abschlag von der Fallpauschale zu erheben ist.

Beispiel 4: Externe Verlegung eines Neugeborenen					
DRG O60C und DRG P60C, Entbindung 02.01.07, Verlegung des Neugeborenen am 04.01.07, Entlassung der Mutter am 06.01.07					
Datum	Leistung	Belegungstage Mutter	Belegungstage Kind	Abrechnung Mutter	Abrechnung Kind
1	2	3	4	5	6
02.01.06	Entbindung	1	1		
03.01.06	Geburtshilfe	2	2		DRG P60C
04.01.06	Externe Verlegung des Neugeborenen > 24 Stunden	3			
05.01.06	Geburtshilfe	4		DRG O60C	
06.01.06	Entlassung der Mutter				

Abrechnung und Fallzählung:

Da das Neugeborene die Mindestverweildauer von 24 Stunden erreicht hat, wird für es die DRG P60C abgerechnet. Für das Neugeborene wird ein eigener Fall gezählt. Auf der Rechnung für das Neugeborene wird nicht die Versichertennummer der Mutter angegeben, da für das Neugeborene nicht die DRG-Fallpauschale P66D oder P67D abgerechnet wird und es daher als krankheitsbedingt behandlungsbedürftig gilt.

Im DRG-Fallpauschalenkatalog 2007 finden sich die DRG P60B (Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, zuverlegt oder Beatmung > 24 Stunden) und die DRG P60C (Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, nicht zuverlegt, ohne Beatmung > 24 Stunden (Mindestverweildauer 24 Stunden für das Krankenhaus, in dem die Geburt stattfand)). Der Begriff 'zuverlegt' bedeutet, dass das Krankenhaus die Entbindung nicht durchgeführt hat. Das Kind wurde also nach der Entbindung in dieses Krankenhaus verlegt. Der Begriff 'nicht zuverlegt' bedeutet, dass das Krankenhaus die Entbindung durchgeführt hat.

Neugeborene haben einen Anspruch auf Entbindungsanstaltspflege gemäß § 197 RVO für den Entbindungstag und 6 Tage nach der Entbindung. Anschließend besteht ein Anspruch auf Krankenhausbehandlung für das Neugeborene nur, sofern eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit gemäß § 39 SGB V besteht.

2.10 Fallzählung

2.10.1 Fallzählung bei Abrechnung von Fallpauschalen

Jede abgerechnete DRG-Fallpauschale zählt im Jahr der Entlassung als ein Fall. Dies gilt auch für

- Neugeborene (Ausnahme: Nichterreichen der Mindestverweildauer, vgl. Kap. 2.9),
- vollstationäre Fallpauschalen, die mit nur einem Belegungstag ausgewiesen sind und
- fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG für eine voll- oder teilstationäre Leistung.

Fälle mit nur vorstationärer Behandlung werden nicht als Fall gezählt. Bei Wiederaufnahmen oder Rückverlegungen in dasselbe Krankenhaus ist jeweils nur die Fallpauschale zu zählen, die nach der Neueinstufung für den zusammengefassten Krankenhausaufenthalt abgerechnet wird.

Wird bei einer Transplantation auch für den Lebendspender eine Fallpauschale abgerechnet, sind zwei Fälle (Transplantatempfänger und –spender) zu zählen.

2.10.2 Fallzählung bei Abrechnung tagesgleicher Pflegesätze (§ 8 Abs. 1 Satz 4 und Abs. 2 Nr. 2 FPV 2006)

(1) Vollstationäre Behandlung:

Bei der Abrechnung von tagesbezogenen vollstationären Entgelten zählt jede Aufnahme als ein Fall.

(2) Teilstationäre Behandlung:

Patienten, für die eine teilstationäre DRG-Fallpauschale oder tagesbezogene teilstationäre Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG abgerechnet und die wegen derselben Erkrankung regelmäßig oder mehrfach behandelt werden, werden je Quartal als ein Fall gezählt.

2.11 Obere Grenzverweildauer

Für die meisten DRG-Fallpauschalen ist eine obere Grenzverweildauer berechnet worden. Im Fallpauschalen-Katalog ist der erste mit einem Zuschlag abzurechnende Tag ausgewiesen. Ist die Verweildauer des Patienten länger als die obere Grenzverweildauer, wird für den im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesenen Tag und jeden weiteren Belegungstag zusätzlich ein tagesbezogenes Entgelt abgerechnet.

Beispiel 5: Berechnung der OGVD ohne vorstationäre Behandlung			
DRG E75B, Aufnahme 02.01.07, Entlassung 22.01.07, erster Tag mit Zuschlag: 19			
Datum	Leistung	Belegungstage	Abrechnung
1	2	3	4
02.01.07	Aufnahme Innere	1	
03.01.07	Innere	2	
...	
18.01.07	Innere	17	
19.01.07	Innere	18	E75B
20.01.07	Innere	19	Entgelt ab OGVD
21.01.07	Innere	20	Entgelt ab OGVD
22.01.07	Entlassung		

Berechnung:

tatsächliche VD + 1	-	erster Zuschlagstag =	zusätzlich abrechenbare Belegungstage
20	+ 1	- 19	= 2

Im Fallpauschalenkatalog ist eine Bewertungsrelation pro Tag für die Ermittlung der Entgelte bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer ausgewiesen (Spalte 10). Das tagesbezogene Entgelt wird ermittelt, indem diese Bewertungsrelation mit dem krankenhausindividuellen Basisfallwert multipliziert wird.

2.12 Untere Grenzverweildauer

Für die meisten DRG-Fallpauschalen ist eine untere Grenzverweildauer berechnet worden. Im Fallpauschalen-Katalog ist der erste Tag mit Abschlag ausgewiesen. Ist der Patient bis zu diesem Tag oder kürzer im Krankenhaus, so ist pro Tag ein Abschlag von der Fallpauschale vorzunehmen.

Beispiel 6: Abrechnung der Krankenhausleistung bei kurzer Verweildauer mit Abschlag			
B67A, Aufnahme 02.01.07, Entlassung 05.01.07, erster Tag mit Abschlag : 3			
Datum	Leistung	Belegungs- tage	Abrechnung
1	2	3	4
02.01.07	Aufnahme Innere	1	
03.01.07	Innere	2	
04.01.07	Innere	3	
05.01.07	Entlassung		B67A ./ 1 Tag Abschlag

Berechnung:

1. Abschlagstag	+ 1	– tatsächliche VD	= Zahl der Abschlagstage
3	+ 1	– 3	= 1

Die Bewertungsrelation pro Tag bei Nichterreichen der unteren Grenzverweildauer ist im Fallpauschalenkatalog ausgewiesen. Der Abschlag pro Tag wird ermittelt, indem diese Bewertungsrelation mit dem krankenhausindividuellen Basisfallwert multipliziert wird.

2.13 Verlegungen

2.13.1 Abschlagsregelungen bei Verlegungen

Wird ein Patient intern in einen anderen Entgeltbereich (Entgelt nach BPfIV oder für eine besondere Einrichtung) oder extern in ein anderes Krankenhaus verlegt, rechnet jeder Entgeltbereich bzw. jedes Krankenhaus gesondert ab (§ 1 Abs. 1 i. V. m. § 3 Abs. 4 FPV 2007). Wird die mittlere Verweildauer einer DRG-Fallpauschale unterschritten, ist im Verlegungsfall ein Abschlag vorzunehmen, sofern es sich nicht um eine Verlegungsfallpauschale handelt (vgl. Kap. 2.13.8 Verlegungsfallpauschalen). Dies betrifft sowohl die DRG-Fallpauschale des verlegenden als auch die des aufnehmenden Krankenhauses (§ 3 Abs. 2 FPV 2007). Ziel ist es, ökonomisch motivierte Verlegungen zu vermeiden. Eine Verlegung liegt immer dann vor, wenn zwischen der Entlassung aus einem Krankenhaus und der Aufnahme in ein anderes Krankenhaus nicht mehr als 24 Stun-

den vergangen sind. Die Regelungen bezüglich der Verlegungen gelten entsprechend für Verlegungen in oder aus ausländischen Krankenhäusern.

Beispiel 7: Abrechnung der Krankenhausleistung bei Verlegung			
DRG D62Z, stationäre Aufnahme 02.01.07, Verlegung 05.01.07, MVD 4 Tage.			
Datum	Leistung	Belegungstage	Abrechnung
1	2	3	4
02.01.07	Stationäre Aufnahme	1	
03.01.07		2	
04.01.07		3	
05.01.07	Verlegung		DRG D62Z ./ 1 Tag Abschlag

Berechnung:

MVD – tatsächliche VD	= Zahl der Abschlagstage
4 – 3	= 1

Die im Fallpauschalenkatalog angegebene mittlere Verweildauer ist kaufmännisch auf die nächste Zahl zu runden. Je Fallpauschale ist die Bewertungsrelation pro Tag für die Ermittlung der Abschläge bei Verlegungen ausgewiesen. Der Abschlag wird ermittelt, indem diese Bewertungsrelation mit dem krankenhausindividuellen Basisfallwert multipliziert wird.

2.13.2 Verlegung innerhalb von 24 Stunden

Eine Ausnahme stellt die Verlegung innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme dar. Wird ein Patient innerhalb von 24 Stunden in ein anderes Krankenhaus verlegt, gilt für das abgebende Krankenhaus die Abschlagsregelung für Verlegungen. Beim aufnehmenden Krankenhaus wird dieser Fall gemäß § 3 Abs. 2 FPV 2007 nicht als Verlegungsfall betrachtet, sondern wie eine Erstaufnahme. Ist der Aufenthalt des Patienten im aufnehmenden Krankenhaus jedoch kürzer als die untere Grenzverweildauer (vgl. Abb. 1) oder wird der Patient vor Erreichen der mittleren Verweildauer weiterverlegt (vgl. Abb. 2), werden die entsprechenden Abschläge von der DRG-Fallpauschale abgezogen (§ 3 Abs. 2 FPV 2007).

Abbildung 1: Verlegung innerhalb von 24 Stunden ohne Weiterverlegung

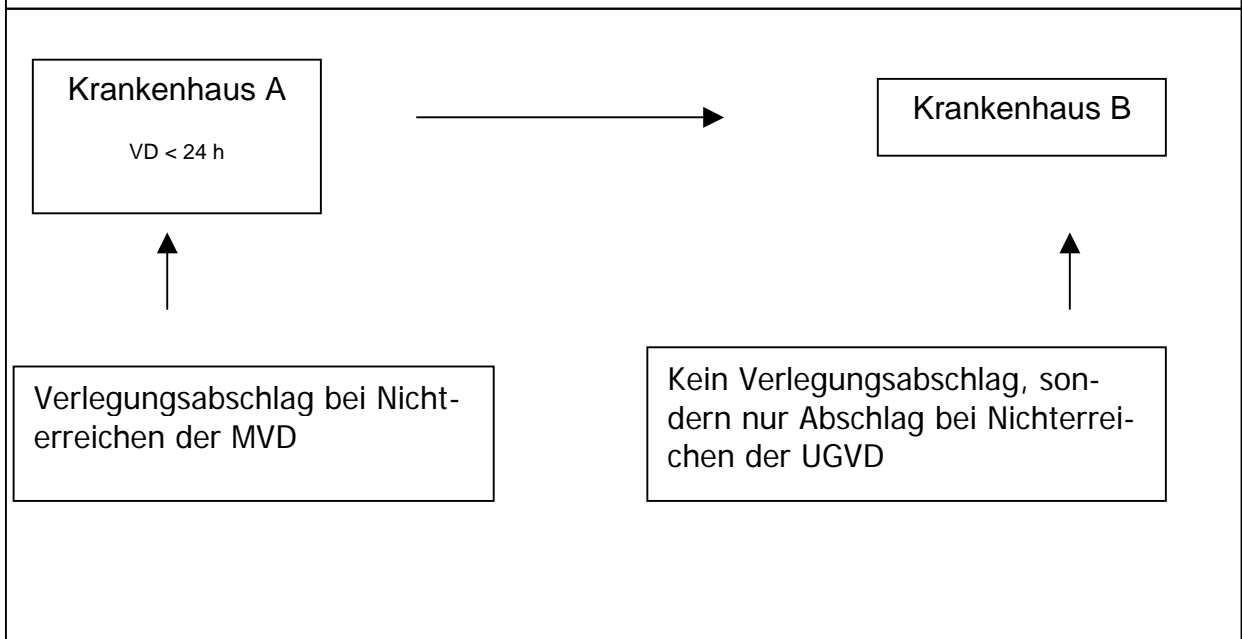
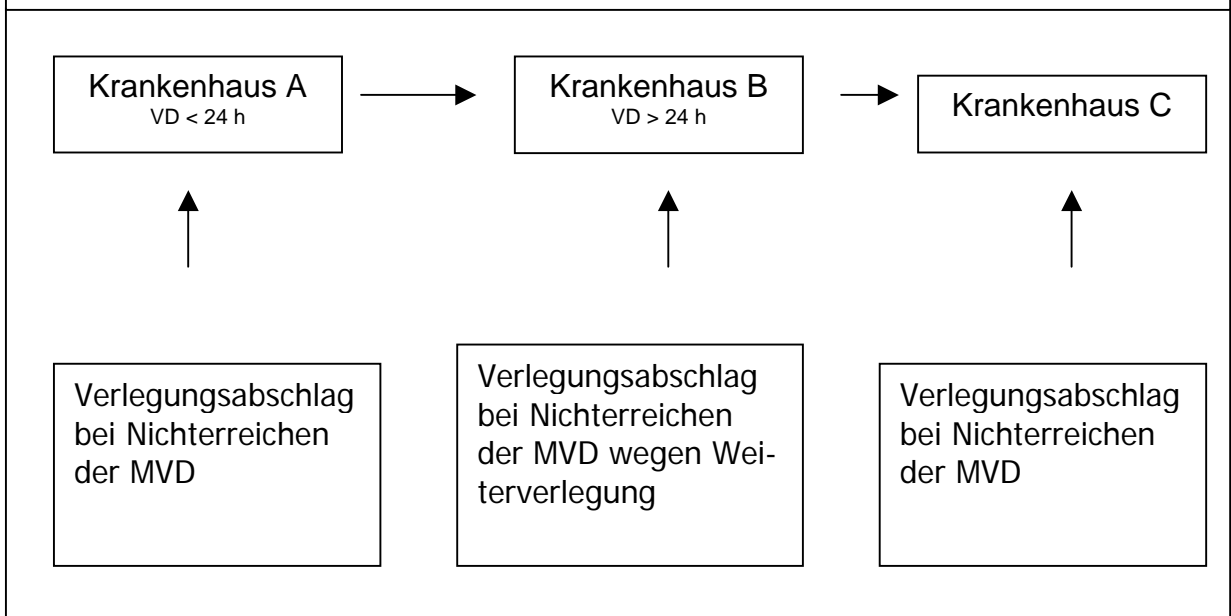


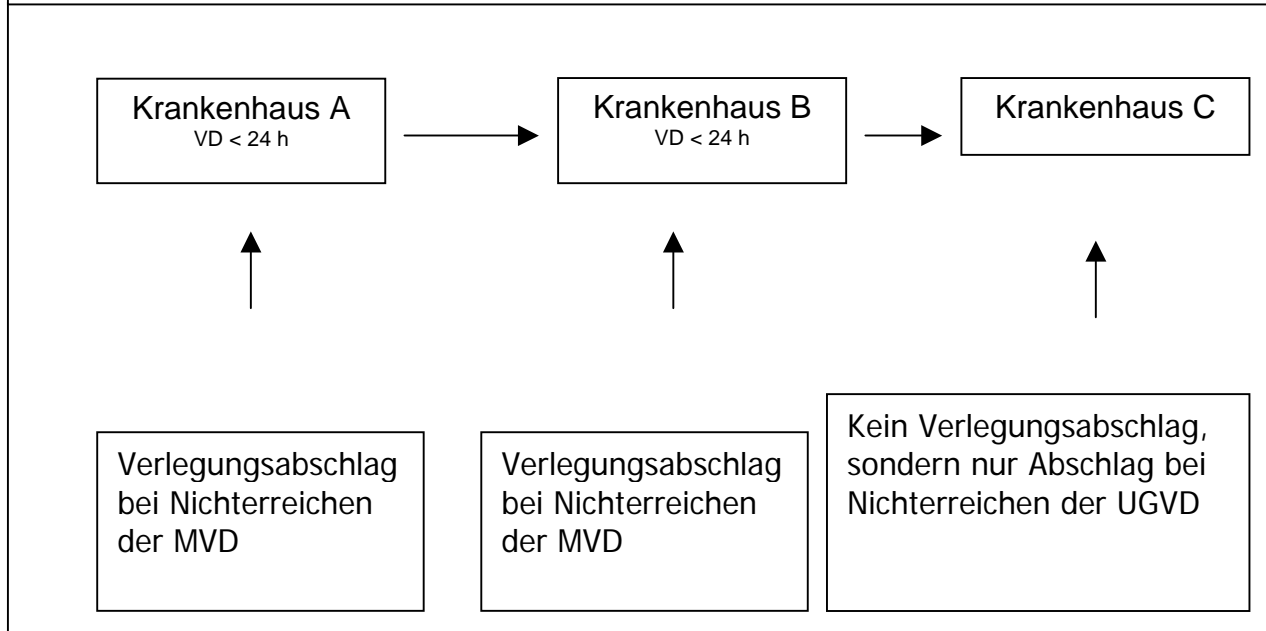
Abbildung 2: Verlegung innerhalb von 24 Stunden mit Weiterverlegung



Verlegt das zweite Krankenhaus ebenfalls innerhalb von 24 Stunden (vgl. Abb. 3), so gilt für das erste Krankenhaus die Regelung für Verlegungsabschläge (§ 3 Abs. 1 FPV 2006); für das zweite Krankenhaus gilt ebenfalls die Regelung für Verlegungsabschläge (§ 3 Abs. 2 Satz 2, 2. Halbsatz FPV 2007). Das dritte Krankenhaus muss in diesem Fall

keinen Verlegungsabschlag berechnen, sondern gegebenenfalls den Abschlag bei Nichterreichen der unteren Grenzverweildauer.

Abbildung 3: Verlegung innerhalb von 24 Stunden und Weiterverlegung innerhalb von 24 Stunden



2.13.3 Rückverlegung in das erste Krankenhaus

Wird ein Patient in weitere Krankenhäuser verlegt und von diesen innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Entlassungsdatum eines ersten Krankenhausaufenthalts in dasselbe Krankenhaus zurückverlegt, in dem er zuvor bereits behandelt worden ist, ist der gesamte Aufenthalt in diesem Krankenhaus als ein Fall zu betrachten (§ 3 Abs. 3 FPV 2007). Die Gruppierung erfolgt anhand der Daten aus den zusammenzuführenden Aufenthalten. Die Daten des rückverlegenden Krankenhauses werden nicht einbezogen. Für Art und Höhe der DRG-Fallpauschale ist das Aufnahmedatum des ersten Aufenthaltes maßgeblich. Für die Berechnung der Verweildauer werden die Belegungstage der zusammenzuführenden Aufenthalte berücksichtigt; die Verlegungs- und Entlassungstage werden in keinem Fall gezählt. Wird die mittlere Verweildauer nicht erreicht, ist ein Abschlag vorzunehmen. Wird die obere Grenzverweildauer überschritten, werden die entsprechenden Entgelte zusätzlich abgerechnet. Bereits erstellte Rechnungen sind zu stornieren. Diese Regelung gilt ebenfalls für die Abrechnung von fallbezogenen Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG. Die Fallzusammenführung bei Rückverlegung findet keine Anwendung für Fälle der Hauptdiagnosegruppe für Neugeborene (MDC 15) sowie

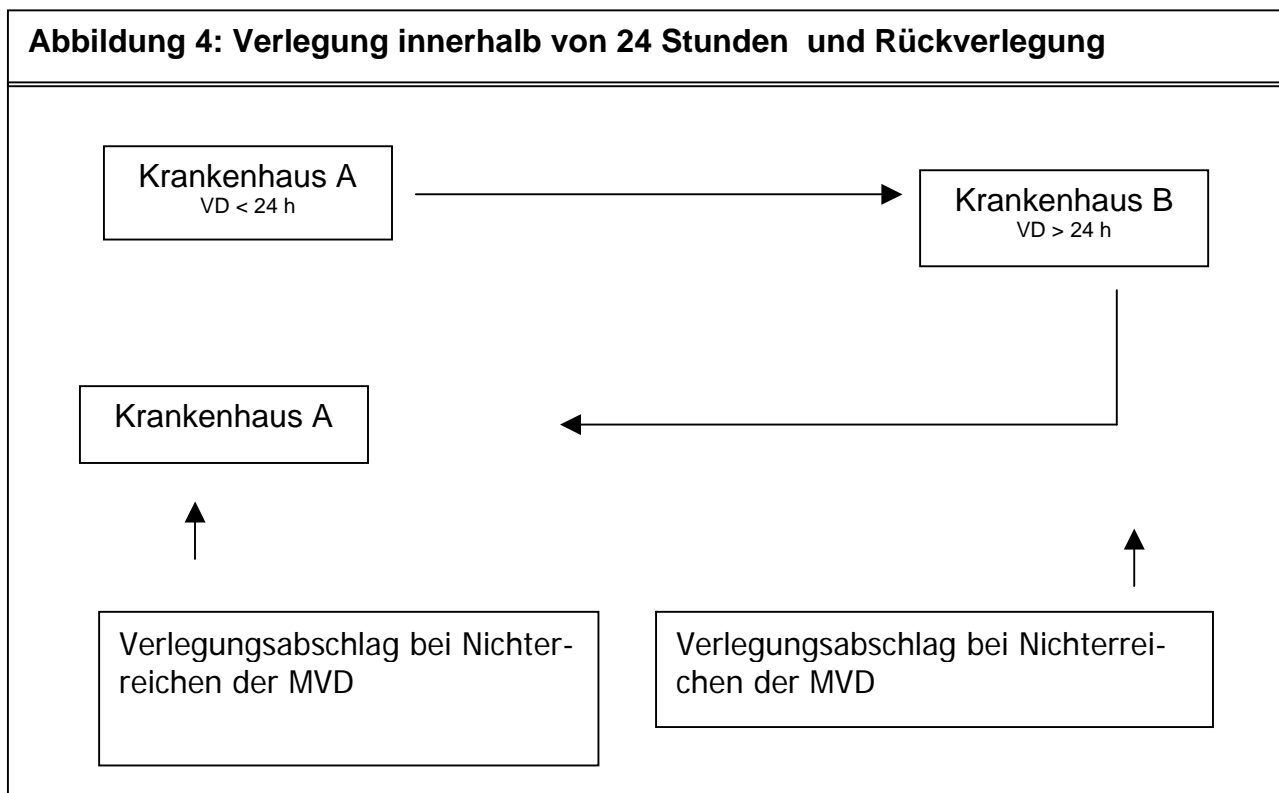
für Krankenhausaufenthalte, für die an Stelle einer Fallpauschale krankenhausesindividuelle tagesbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG abzurechnen sind.

Sofern ein Patient im Jahr 2006 in ein anderes Krankenhaus verlegt und im Jahr 2007 zurückverlegt wird, erfolgt keine Fallzusammenführung. Dasselbe gilt, wenn der Patient im Jahr 2007 in ein anderes Krankenhaus verlegt und im Jahr 2008 zurückverlegt wird (§ 3 Abs. 3 Satz 6 FPV 2007).

2.13.4 Verlegung innerhalb von 24 Stunden und Rückverlegung

Hier gelten für das zweite Krankenhaus analog die Regelungen zu Kap. 2.13.3. Wird ein Patient innerhalb von 24 Stunden aus einem Krankenhaus verlegt und wieder in dieses Krankenhaus zurückverlegt, müssen beide Krankenhäuser bei Nichterreichen der mittleren Verweildauer einen Verlegungsabschlag berechnen (§ 3 Abs. 1 und 2 FPV 2007).

Abbildung 4: Verlegung innerhalb von 24 Stunden und Rückverlegung



2.13.5 Verbringung

Im Gegensatz zur Rückverlegung erfolgt eine Verbringung lediglich zur Dritteistungserbringung. Der Patient verlässt hierzu das Krankenhaus für die Dauer der in Auftrag

gegebenen Behandlung (i. d. R. innerhalb von 24 Stunden) und kehrt danach wieder in das Krankenhaus zurück. Da zu den Leistungen Dritter gemäß § 2 Abs. 2 Nr. 2 KHEntgG auch Verbringungsleistungen zählen, bekommt die leistungserbringende Institution ihre erbrachten Leistungen vom auftraggebenden Krankenhaus vergütet. Eine Abrechnungsbeziehung zwischen der leistungserbringenden Institution und der leistungspflichtigen Krankenkasse kommt somit nicht zu Stande. Das auftraggebende Krankenhaus kann die Leistungen bei der Gruppierung der DRG-Fallpauschale berücksichtigen. Fahrkosten werden im Rahmen einer Verbringung nicht separat vergütet.

2.13.6 Verlegungen zwischen dem Geltungsbereich der DRG-Fallpauschalen, der Bundespflegesatzverordnung oder besonderen Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

Die Regelungen des Krankenhausentgeltgesetzes gelten nicht für psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Fachabteilungen. Diese Einrichtungen rechnen weiterhin nach der Bundespflegesatzverordnung ab. Wird ein Patient intern oder extern zwischen dem Geltungsbereich der DRG-Fallpauschalen und der Bundespflegesatzverordnung oder in eine besondere Einrichtung verlegt, so gelten die allgemeinen Abschlagsregelungen bei Verlegungen für die abzurechnende DRG-Fallpauschale entsprechend. Handelt es sich um eine interne Verlegung, so werden die zwei Teilbereiche wie zwei eigenständige Krankenhäuser behandelt (Falltrennung). Die Vorschriften zur Rückverlegung gelten analog. Die Falltrennung wird nicht bei internen Verlegungen zwischen dem Geltungsbereich der DRG-Fallpauschalen und dem Entgeltbereich der sonstigen Entgelte nach Anlage 3a zur FPV 2007 (Ausnahme: besondere Einrichtungen) vorgenommen.

2.13.7 Verlegungen zwischen Haupt- und Belegabteilungen

Für Belegpatienten wurden gesonderte DRG-Fallpauschalen kalkuliert, die im Teil b der Anlage 1 des Fallpauschalen-Katalogs aufgelistet sind. Wird ein Patient sowohl in einer Haupt- als auch in einer Belegabteilung behandelt, richtet sich die Höhe der DRG-Fallpauschale (Bewertungsrelation) nach der Abteilung mit der höheren Zahl der Belegungstage. Bei gleicher Zahl der Belegungstage wird die Fallpauschale für die Hauptab-

teilung abgerechnet (§ 1 Abs. 4 FPV 2007). Ist bei einer belegärztlichen Versorgung im Rahmen der Geburtshilfe für eine Fallpauschale eine Bewertungsrelation für die Beleghebamme nicht vorgegeben, so sind die Bewertungsrelationen bei Belegoperateuren/-ärzten oder bei Belegoperateuren/-ärzten und Beleganästhesisten für die Abrechnung maßgeblich.

2.13.8 Verlegungsfallpauschalen

Fallpauschalen, die im Fallpauschalen-Katalog als Verlegungsfallpauschalen (VFP) gekennzeichnet sind, werden bei Unterschreitung der mittleren Verweildauer nicht gekürzt. Wird jedoch in einem verlegenden Krankenhaus eine Verlegungsfallpauschale abgerechnet und wird die untere Grenzverweildauer nicht erreicht, so ist diese entsprechend um einen Abschlag wegen Nichterreichens der unteren Grenzverweildauer zu kürzen (§ 1 Abs. 1 i. V. m. § 1 Abs. 3 FPV 2007). Diese Regelungen gelten analog für sonstige fallbezogene Entgelte, für die ebenfalls Verlegungsfallpauschalen vereinbart worden sind (§ 7 Abs. 1 Satz 3 FPV 2007).

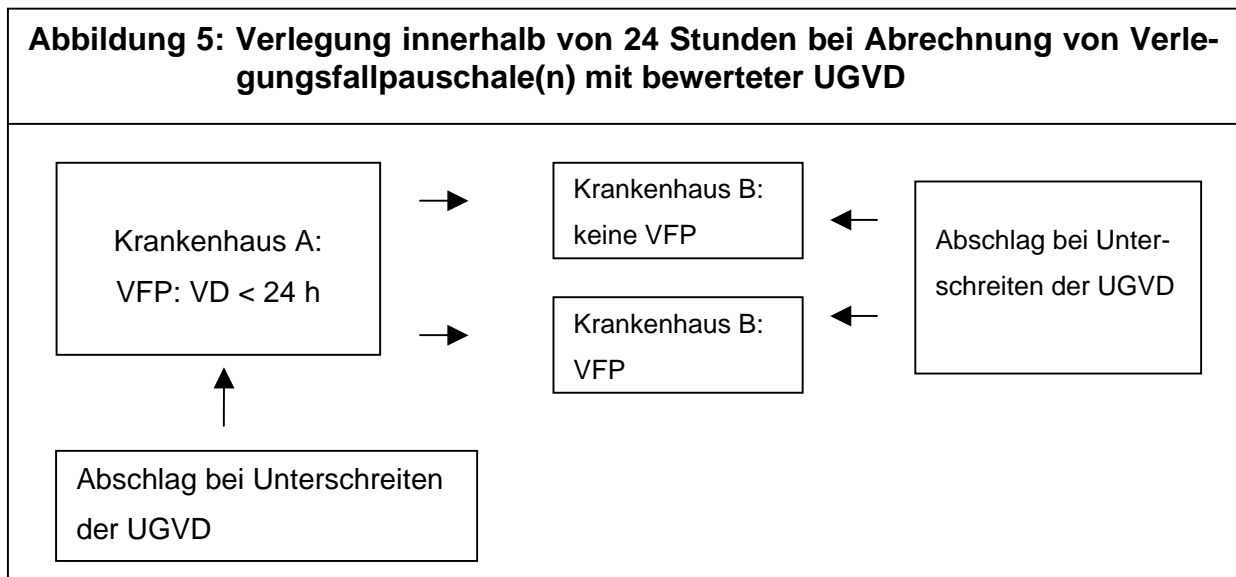
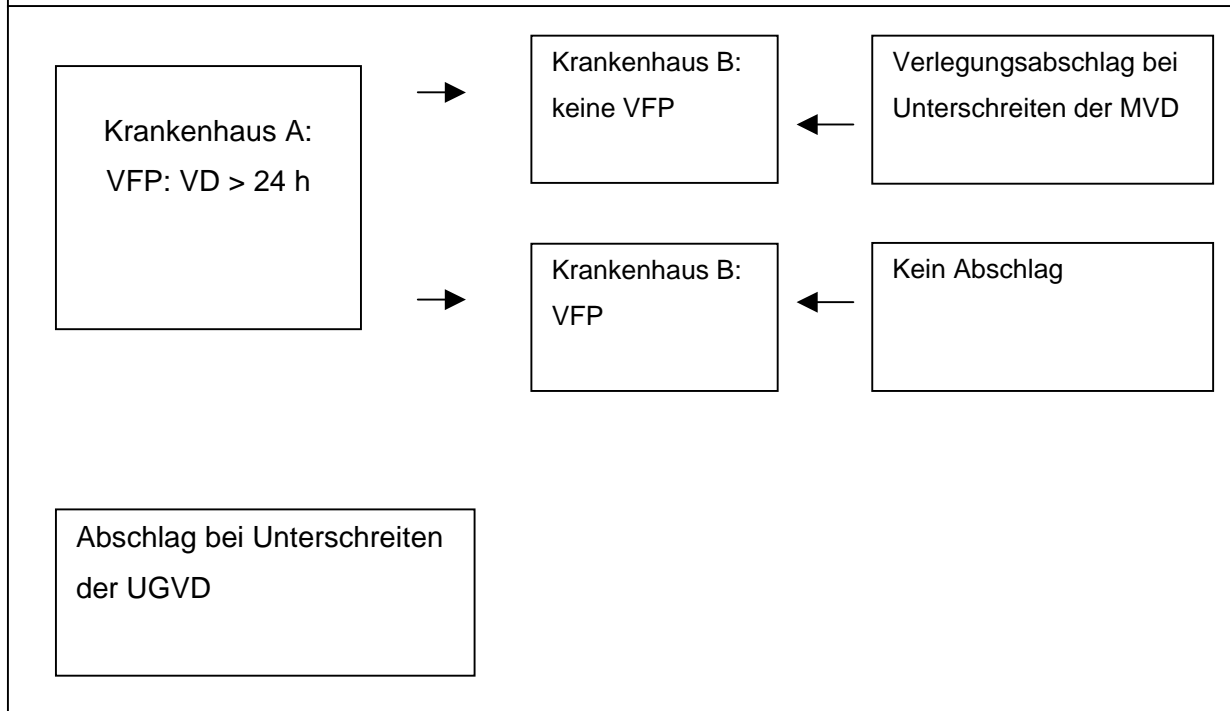


Abbildung 6: Verlegung nach 24 Stunden bei Abrechnung von Verlegungsfallpauschale(n) mit bewerteter UGVD



2.13.9 Fahrkosten bei externer Verlegung

Die Krankenkasse übernimmt die Fahrkosten, wenn diese im Zusammenhang mit einer stationären Leistung medizinisch notwendig sind (§ 60 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V). Bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus übernimmt die Krankenkasse die Fahrkosten nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist, oder bei einer mit Einwilligung der Krankenkasse erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus. Fahrkosten im Rahmen einer Verbringung können nicht übernommen werden.

2.14 Abrechnung von DRG-Fallpauschalen in Zusammenhang mit Leistungen von Beleghebammen (MDC 14)

Hat eine Beleghebamme Leistungen im Krankenhaus erbracht und wird eine DRG-Fallpauschale der MDC 14 abgerechnet, so muss bei Behandlung in Hauptabteilungen

eine Bewertungsrelation aus Spalte 5 und in Belegabteilungen eine Bewertungsrelation aus den Spalten 6 bzw. 7 zum Ansatz kommen.

3 Wiederaufnahme gemäß § 2 FPV 2007

3.1 Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus

Grundsätzlich ist die Zusammenführung und Neueinstufung von zwei oder mehreren Aufenthalten zu einem neuen Gesamtfall zu prüfen, wenn eine Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus innerhalb bestimmter Fristen erfolgt. Bei einer Zusammenfassung werden die Verweildauer-, Diagnose- und Prozeduren-Daten der einzelnen stationären Aufenthalte herangezogen und es findet eine Neueinstufung in eine DRG-Fallpauschale statt. Es sind folgende Wiederaufnahmeregelungen zu unterscheiden:

- Wiederaufnahme in dieselbe Basis-DRG,
- Wiederaufnahme in die gleiche Hauptdiagnosegruppe,
- Wiederaufnahme wegen Komplikationen.

Die oberen Grenzverweildauern, die für eine Fallzusammenführung gemäß § 2 Abs. 1 und Abs. 3 FPV 2007 maßgeblich sind, ergeben sich aus dem Aufnahmedatum und der DRG-Eingruppierung des ersten stationären Aufenthaltes. Das heißt bei Wiederaufnahmeketten wird die Frist zur Bestimmung der maßgeblichen Grenzverweildauer nicht durch den zusammengefassten, neu eingruppierten Aufenthalt bestimmt, sondern durch den ersten stationären Aufenthalt. Bei mehrfacher Wiederaufnahme ist somit eine Prüfung gegen bereits in einem ersten Schritt zusammengefasste DRG-Fallpauschalen nicht zulässig.

Ergänzende Erläuterungen zu den Wiederaufnahmeketten entnehmen Sie bitte den beigefügten „Hinweisen zur Erläuterung der Regelung nach § 3 Abs. 3 Sätze 2 bis 4 FPV 2007 „Kombinierte Fallzusammenführungen““.

Sofern ein Patient im Jahr 2006 entlassen und im Jahr 2007 wieder aufgenommen wird, erfolgt keine Fallzusammenführung. Dasselbe gilt, wenn der Patient im Jahr 2007 entlassen und im Jahr 2008 wieder aufgenommen wird (§ 2 Abs. 4 Satz 7 FPV 2007).

3.1.1 Wiederaufnahme in dieselbe Basis-DRG

Eine Neueinstufung mit Zusammenfassung der Falldaten ist vorzunehmen, falls ein Patient innerhalb der oberen Grenzverweildauer der DRG-Fallpauschale – bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Aufnahmedatum des ersten Aufenthaltes – wieder in dasselbe Krankenhaus aufgenommen wird und die separate DRG-Einstufung der Wiederaufnahme in dieselbe Basis-DRG führt. Besonders gekennzeichnete DRG-Fallpauschalen des Fallpauschalenkataloges (Hauptabteilung Spalte 13/Belegabteilung Spalte 15) sind von der Fallzusammenführung ausgenommen. Eine direkte Fallabfolge ist hier nicht erforderlich.

Beispiel 8: Fallzusammenführung wegen Wiederaufnahme in dieselbe Basis-DRG

DRG F52B, vorstationäre Behandlungen am 02.01.07 und 04.01.07, stationäre Aufnahme 06.01.07, Entlassung 15.01.07, nachstationäre Behandlung am 17.01.07, 1. Tag mit Zuschlag: 14

Wiederaufnahme: DRG F52A am 18.01.07, Entlassung am 31.01.07, 1. Tag mit Zuschlag: 22

Nach der Fallzusammenführung ergibt sich ebenfalls die DRG F52A.

Datum	Leistung	Behandlungstage ⁴	Belegungstage	Kalendertage ⁵	Abrechnung
1	2	3	4	5	6
02.01.07	Vorstationäre Behandlung	1			
03.01.07					
04.01.07	Vorstationäre Behandlung	2			
05.01.07					
06.01.07	Aufnahme Kardiologie	3	1	1	
07.01.07	Kardiologie	4	2	2	
.....	Kardiologie				
14.01.07	Kardiologie	11	9	9	F52B
15.01.07	Entlassung			10	
16.01.07				11	
17.01.07	Nachstationäre Behandlung	12		12	Nachstationäre Pauschale
18.01.07	Wiederaufnahme Kardiologie	13	10	13	
19.01.07	Kardiologie	14	11	14	
20.01.07	Kardiologie	15	12	15	
.....	Kardiologie				
29.01.07	Kardiologie	24	21	24	F52A und Fallstorno 1. Aufenthalt (F52B)
30.01.07	Kardiologie	25	22	25	Entgelt ab OGVD (F52A)
31.01.07	Entlassung			26	

⁴ Dient nur zur Prüfung der Abrechenbarkeit nachstationärer Pauschalen.

⁵ Dient nur zur Prüfung, ob die Wiederaufnahme innerhalb der OGVD erfolgte.

Eine Fallzusammenführung muss vorgenommen werden, da der Patient innerhalb der oberen Grenzverweildauer der zuerst abgerechneten Fallpauschale wiederaufgenommen und in dieselbe Basis-DRG eingestuft wird. Der höhere Schweregrad (F52B>F52A) kommt hier lediglich durch hinzugetretene Nebendiagnosen bzw. zusätzlich durchgeführte Operationen und Prozeduren zu Stande. Falls das Krankenhaus bereits für den ersten Aufenthalt die DRG F52B abgerechnet hat, ist diese Abrechnung zu stornieren. Für die zusätzliche Abrechnung tagesbezogener Entgelte sind die Belegungstage beider Aufenthalte maßgeblich⁶ – die nachstationäre Behandlung wird daher nicht berücksichtigt. Eine gesonderte Abrechnung der nachstationären Pauschale ist hingegen möglich, da die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die obere Grenzverweildauer der DRG-Fallpauschale überschreitet.

3.1.2 Wiederaufnahme in die gleiche Hauptdiagnosegruppe (MDC)

Eine Zusammenfassung von Aufenthalten zu einem neuen Gesamtfall ist vorzunehmen, falls ein Patient innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Aufnahmedatum des ersten stationären Aufenthaltes wieder in dasselbe Krankenhaus aufgenommen wird, sofern die Einstufung der DRG-Fallpauschale des ersten Aufenthaltes in die „medizinische Partition“ oder die „andere Partition“ führt und die DRG-Fallpauschale des anschließenden Aufenthaltes in die „operative Partition“ der gleichen Hauptdiagnosegruppe (MDC) führt. Bei der Abfrage der Reihenfolge der Partitionen wird auf die Partition der unmittelbar zuvor abrechenbaren Fallpauschale abgestellt. Besonders gekennzeichnete DRG-Fallpauschalen des Fallpauschalenkataloges (Hauptabteilung Spalte 13/Belegabteilung Spalte 15) sind von der Fallzusammenführung ausgenommen. Im Gegensatz zur Wiederaufnahme in die gleiche Basis-DRG ist hier eine direkte Fallabfolge notwendig, das heißt, es wird immer auf die Partition der unmittelbar zuvor abrechenbaren DRG-Fallpauschale abgestellt.

Sofern zwischen zwei mittels Fallpauschalen vergüteten Krankenhausaufenthalten

- eine tagesbezogene teil- oder vollstationäre Behandlung bzw. eine vor- oder nachstationäre Behandlung in demselben Krankenhaus oder

⁶ Falls bei beiden Aufenthalten nur ein jeweils eintägiger Aufenthalt stattgefunden hat (das heißt Aufnahme und Entlassung am gleichen Tag), ist insgesamt nur ein Belegungstag zu zählen.

- eine Krankenhausbehandlung (voll-, teil-, vor- oder nachstationär) in einem anderen Krankenhaus erfolgt,

hat dies keine Auswirkung auf die Fallzusammenführung vom ersten und letzten Krankenhausfall. Die Fallabfolge bezieht sich nur auf die Partitionen der abgerechneten DRG-Fallpauschalen in demselben Krankenhaus.

Beispiel 9: Fallzusammenführung wegen Wiederaufnahme innerhalb der gleichen MDC

DRG B64Z, vorstationäre Behandlungen am 02.01.07 und 04.01.07, stationäre Aufnahme 06.01.07, Entlassung 23.01.07, nachstationäre Behandlung am 25.01.07 und 27.01.07, 1. Tag mit Zuschlag: 17

Wiederaufnahme: DRG B06A am 28.01.07, Entlassung am 09.02.07, Erster Tag mit Zuschlag: 29

Nach der Fallzusammenführung ergibt sich ebenfalls die DRG B06A.

Datum	Leistung	Behandlungstage ⁷	Belegungstage	Kalendertage ⁸	Abrechnung
1	2	3	4	5	6
02.01.07	Vorstationäre Behandlung	1			
03.01.07					
04.01.07	Vorstationäre Behandlung	2			
05.01.07					
07.01.07	Aufnahme Innere	3	1	1	
07.01.07	Innere	4	2	2	
.....	Innere				
21.01.07	Innere	18	16	16	B64Z
22.01.07	Innere	19	17	17	Entgelt ab OGVD (B64Z)
23.01.07	Entlassung			18	
24.01.07				19	
25.01.07	Nachstationäre Behandlung	20		20	Nachstationäre Pauschale
26.01.07				21	
27.01.07	Nachstationäre Behandlung	21		22	Nachstationäre Pauschale
28.01.07	Wiederaufnahme Chirurgie	22	18	23	
29.01.07	Chirurgie	23	19	24	
.....	Chirurgie				
06.02.07	Chirurgie	31	27	32	
07.02.07	Chirurgie	32	28	33	B06A und Fallstorno 1. Aufenthalt (B64Z)
08.02.07	Chirurgie	33	29	34	Entgelt ab OGVD (B06A)
09.02.07	Entlassung			35	

⁷ Dient nur zur Prüfung der Abrechenbarkeit nachstationärer Pauschalen.

⁸ Dient nur zur Prüfung, ob die Wiederaufnahme innerhalb von 30 Kalendertagen erfolgte.

Die nachstationäre Pauschale kann zunächst abgerechnet werden, da die Zahl der Behandlungstage die obere Grenzverweildauer der ersten Fallpauschale übersteigt. Eine Fallzusammenführung muss vorgenommen werden, da der Patient innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Aufnahmedatum des ersten stationären Aufenthalts innerhalb der gleichen MDC wieder aufgenommen wird und der Fall während des ersten Aufenthalts in die „medizinischen Partition“ und danach in die „operative Partition“ eingruppiert wird. Falls das Krankenhaus den ersten stationären Aufenthalt und die nachstationären Pauschalen abgerechnet hat, sind diese Abrechnungen zu stornieren. Die nachstationäre Behandlung kann nicht bei der Prüfung, ob zusätzliche tagesbezogene Entgelte wegen Überschreitens der oberen Grenzverweildauer abgerechnet werden können, berücksichtigt werden, da nur die Summe der Belegungstage⁹ zählt. Das heißt, nach der Fallzusammenführung sind, zusätzlich zu der DRG, für einen Tag ein Zuschlag wegen Überschreitens der oberen Grenzverweildauer zu zahlen sowie zwei nachstationäre Pauschalen.

3.1.3 Wiederaufnahme wegen Komplikationen

Wird ein Patient wegen Komplikationen¹⁰ innerhalb der oberen Grenzverweildauer, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem ersten Aufnahmedatum, wieder in dasselbe Krankenhaus aufgenommen, für dessen Aufenthalt zuvor eine DRG-Fallpauschale berechnet wurde, ist eine Zusammenfassung und eine Neueinstufung in eine DRG-Fallpauschale gemäß § 2 Abs. 3 FPV 2007¹¹ vorzunehmen, falls keine Fallzusammenführung gemäß § 2 Abs. 1 oder Abs. 2 FPV 2007 vorzunehmen ist. Im Gegensatz zu den Wiederaufnahmen nach den Absätzen 1 und 2, bei denen für die Fallzusammenführung eine Zuordnung in dieselbe Basis-DRG beziehungsweise in dieselbe MDC Voraussetzung ist, gilt die Regelung zur Fallzusammenführung bei Wiederaufnahme wegen Komplikationen unabhängig von der Zuordnung zu derselben Basis-DRG beziehungsweise MDC.

⁹ Falls bei beiden Aufenthalten nur ein jeweils eintägiger Aufenthalt stattgefunden hat (das heißt Aufnahme und Entlassung am gleichen Tag), ist insgesamt nur ein Belegungstag zu zählen.

¹⁰ Unter den Begriff „Komplikation“ fällt nicht das Auftreten eines Rezidivs (vgl. Fallpauschalenverordnung 2004 – KFPV 2004 – Begründung).

¹¹ § 2 Abs. 3 FPV 2007 ergänzt die Vorgaben des § 8 Abs. 5 KHEntgG.

3.1.4 Maßgebliche Entgelte

Nur bei der Abrechnung von DRG-Fallpauschalen und fallbezogenen Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG (unter Beachtung der Ausnahmereiche) können Fallzusammenführungen gemäß § 2 FPV 2007 vorgenommen werden. Bei der Abrechnung von tagesbezogenen Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG ist keine Fallzusammenführung möglich.

3.2 Kombinierte Fallzusammenführungen wegen Rückverlegung und Wiederaufnahmen

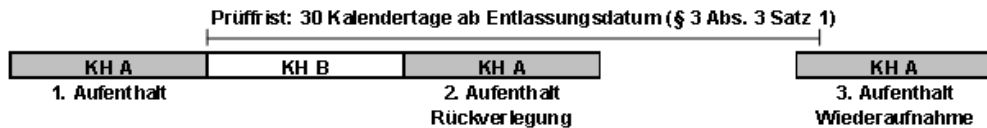
Kombinierte Fallzusammenführungen wegen Rückverlegung in Verbindung mit Wiederaufnahmen sind möglich. Hierbei ist eine chronologische Prüfung vorzunehmen. Prüffrist ist immer die des ersten Falles, der die Fallzusammenführung auslöst. Diese Regelung findet jedoch keine Anwendung für Fälle der Hauptdiagnosegruppe für Neugeborene (MDC 15) sowie für Krankenhausaufenthalte, für die anstelle einer Fallpauschale tagesbezogene Entgelte abgerechnet werden.

Hinweise zur Erläuterung der Regelung nach § 3 Abs. 3 Sätze 2 bis 4 FPV 2007 „Kombinierte Fallzusammenführungen“

Vorbemerkung:

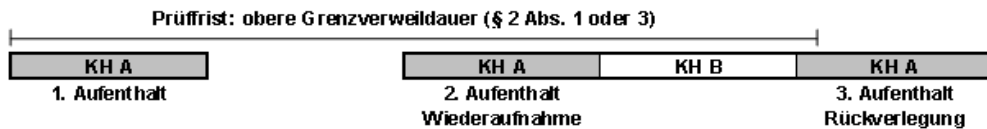
Die in dieser Anlage zur Erläuterung der Regelung nach § 3 Abs. 3 Sätze 2 bis 4 aufgeführten Fallkonstellationen sind nicht als abschließend zu sehen.

Fallkonstellation 1: Erst Rückverlegung nach § 3 Abs. 3 Satz 1, dann Wiederaufnahme innerhalb Prüfrist



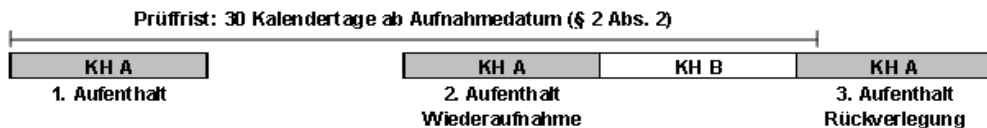
Alle drei Aufenthalte werden zusammengefasst, da sowohl eine Rückverlegung im Sinne von § 3 Abs. 3 Satz 1 (1. und 2. Aufenthalt) als auch eine Wiederaufnahme (3. Aufenthalt) innerhalb der Prüfrist der Rückverlegung („Prüfrist des ersten Falles, der die Fallzusammenführung auslöst“) vorliegt. Weitere Voraussetzung für die Einbeziehung des 3. Aufenthalts ist die Erfüllung des entsprechenden Kriteriums aus § 2 Abs. 1 (Basis-DRG), Abs. 2 (Partitionswechsel innerhalb der MDC) oder Abs. 3 (Komplikationen). Für eine Fallzusammenführung ist die DRG-Fallpauschale des 3. Aufenthalts gegenüber der DRG-Fallpauschale, die sich aus der Zusammenfassung der beiden vorherigen Aufenthalte ergibt, zu prüfen.

Fallkonstellation 2: Erst Wiederaufnahme nach § 2 Abs. 1 oder 3, dann Rückverlegung innerhalb Prüfrist



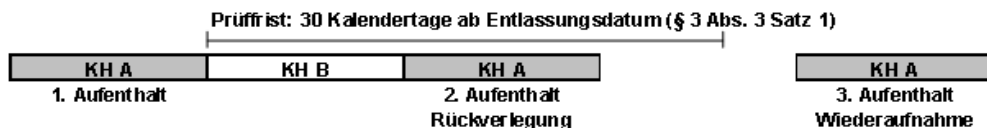
Alle drei Aufenthalte werden zusammengefasst, da sowohl eine Wiederaufnahme im Sinne von § 2 Abs. 1 oder Abs. 3 (1. und 2. Aufenthalt) als auch eine Rückverlegung (3. Aufenthalt) innerhalb der Prüfrist der Wiederaufnahme („Prüfrist des ersten Falles, der die Fallzusammenführung auslöst“) vorliegt. Die in diesem Zusammenhang maßgebliche obere Grenzverweildauer ergibt sich aus der Eingruppierung des 1. Aufenthalts in eine DRG-Fallpauschale. Bei der Ermittlung zusätzlich abrechenbarer Belegungstage nach § 1 Abs. 2 ist die obere Grenzverweildauer maßgeblich, die sich aus der Zusammenführung aller drei Aufenthalte ergibt.

Fallkonstellation 3: Erst Wiederaufnahme nach § 2 Abs. 2, dann Rückverlegung innerhalb Prüfrist



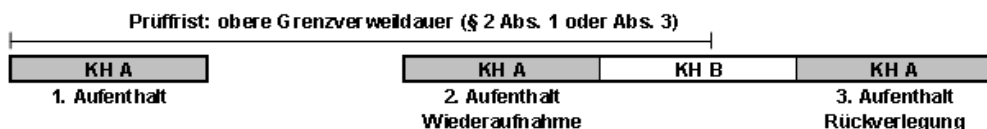
Alle drei Aufenthalte werden zusammengefasst, da sowohl eine Wiederaufnahme im Sinne von § 2 Abs. 2 (1. und 2. Aufenthalt) als auch eine Rückverlegung (3. Aufenthalt) innerhalb der Prüfrist der Wiederaufnahme („Prüfrist des ersten Falles, der die Fallzusammenführung auslöst“) vorliegt.

Fallkonstellation 4: Erst Rückverlegung nach § 3 Abs. 3 Satz 1, dann Wiederaufnahme außerhalb Prüfrist



Die ersten beiden Aufenthalte werden lediglich zusammengefasst, da aufgrund der chronologischen Prüfung zunächst eine Rückverlegung im Sinne von § 3 Abs. 3 Satz 1 (1. und 2. Aufenthalt) vorliegt und die Wiederaufnahme (3. Aufenthalt) außerhalb der Prüfrist der Rückverlegung („Prüfrist des ersten Falles, der die Fallzusammenführung auslöst“) erfolgt.

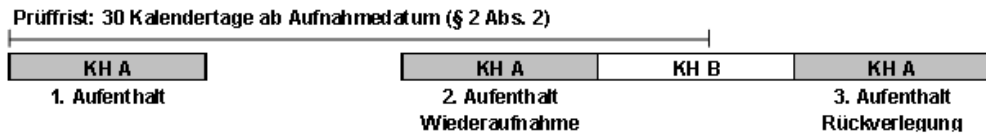
Fallkonstellation 5: Erst Wiederaufnahme nach § 2 Abs. 1 oder Abs. 3, dann Rückverlegung außerhalb Prüfrist



Die ersten beiden Aufenthalte werden lediglich zusammengefasst, da aufgrund der chronologischen Prüfung zunächst eine Wiederaufnahme im Sinne von § 2 Abs. 1 oder Abs. 3 (1. und 2. Aufenthalt) vorliegt und die Rückverlegung (3. Aufenthalt) außerhalb der Prüfrist der Wiederaufnahme („Prüfrist des ersten Falles, der die Fallzusammenführung auslöst“) erfolgt.

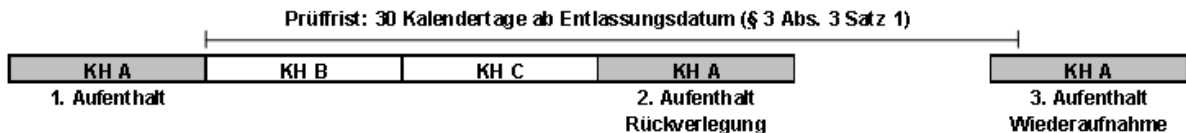
Abrechnungsbestimmungen nach dem KHEntgG und der FPV 2007

Fallkonstellation 6: Erst Wiederaufnahme nach § 2 Abs. 2, dann Rückverlegung außerhalb Prüfrist



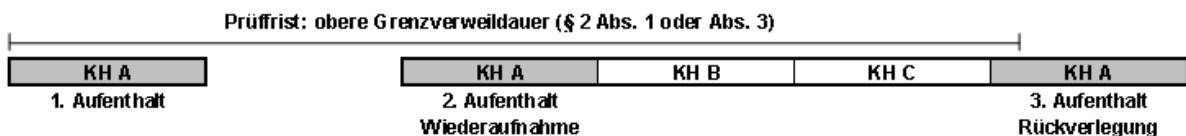
Die ersten beiden Aufenthalte werden lediglich zusammengefasst, da aufgrund der chronologischen Prüfung zunächst eine Wiederaufnahme im Sinne von § 2 Abs. 2 (1. und 2. Aufenthalt) vorliegt und die Rückverlegung (3. Aufenthalt) außerhalb der Prüfrist der Wiederaufnahme („Prüfrist des ersten Falles, der die Fallzusammenführung auslöst“) erfolgt.

Fallkonstellation 7: Erst Rückverlegung nach § 3 Abs. 3 Satz 1, dann Wiederaufnahme innerhalb Prüfrist



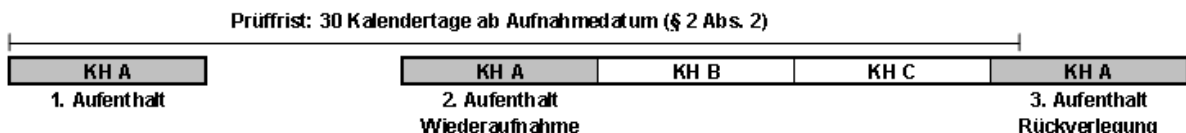
Alle drei Aufenthalte werden zusammengefasst, da sowohl eine Rückverlegung im Sinne von § 3 Abs. 3 Satz 1 (1. und 2. Aufenthalt) als auch eine Wiederaufnahme (3. Aufenthalt) innerhalb der Prüfrist der Rückverlegung („Prüfrist des ersten Falles, der die Fallzusammenführung auslöst“) vorliegt. Weitere Voraussetzung für die Einbeziehung des 3. Aufenthalts ist die Erfüllung des entsprechenden Kriteriums aus § 2 Abs. 1 (Basis-DRG), Abs. 2 (Partitionswechsel innerhalb der MDC) oder Abs. 3 (Komplikationen). Für eine Fallzusammenführung ist die DRG-Fallpauschale des 3. Aufenthalts gegenüber der DRG-Fallpauschale, die sich aus der Zusammenfassung der beiden vorherigen Aufenthalte ergibt, zu prüfen.

Fallkonstellation 8: Erst Wiederaufnahme nach § 2 Abs. 1 oder 3, dann Rückverlegung innerhalb Prüfrist



Alle drei Aufenthalte werden zusammengefasst, da sowohl eine Wiederaufnahme im Sinne von § 2 Abs. 1 oder 3 (1. und 2. Aufenthalt) als auch eine Rückverlegung (3. Aufenthalt) innerhalb der Prüfrist der Wiederaufnahme („Prüfrist des ersten Falles, der die Fallzusammenführung auslöst“) vorliegt. Die in diesem Zusammenhang maßgebliche obere Grenzverweildauer ergibt sich aus der Eingruppierung des 1. Aufenthalts in eine DRG-Fallpauschale. Bei der Ermittlung zusätzlich abrechenbarer Belegungstage nach § 1 Abs. 2 ist die obere Grenzverweildauer maßgeblich, die sich aus der Zusammenführung aller drei Aufenthalte ergibt.

Fallkonstellation 9: Erst Wiederaufnahme nach § 2 Abs. 2, dann Rückverlegung innerhalb Prüfrist



Alle drei Aufenthalte werden zusammengefasst, da sowohl eine Wiederaufnahme im Sinne von § 2 Abs. 2 (1. und 2. Aufenthalt) als auch eine Rückverlegung (3. Aufenthalt) innerhalb der Prüfrist der Wiederaufnahme („Prüfrist des ersten Falles, der die Fallzusammenführung auslöst“) vorliegt.

Fallkonstellation 10: Wiederaufnahme mit in Spalte 13 des Fallpauschalenkatalogs für Hauptabteilungen bzw. Spalte 15 des Fallpauschalenkatalogs für Belegabteilungen gekennzeichnete Fallpauschale mit anschließender Rückverlegung



Die ersten beiden Aufenthalte werden nicht zusammengefasst, da eine der beiden bzw. beide aus einer Einzelfallgruppierung resultierenden Fallpauschalen in Spalte 13 des Fallpauschalenkatalogs für Hauptabteilungen bzw. 15 des Fallpauschalenkatalogs für Belegabteilungen gekennzeichnet ist bzw. sind, lediglich der 2. und 3. Aufenthalt werden aufgrund der Rückverlegung (§ 3 Abs. 3 Satz 1) zusammengefasst.

Abrechnungsbestimmungen nach dem KHEntgG und der FPV 2007

Fallkonstellation 11: Rückverlegung mit anschließender Wiederaufnahme bei in Spalte 13 des Fallpauschalenkatalogs für Hauptabteilungen bzw. Spalte 15 des Fallpauschalenkatalogs für Belegabteilungen gekennzeichnete Fallpauschale



Die ersten beiden Aufenthalte werden aufgrund der Rückverlegung (§ 3 Abs. 3 Satz 1) zusammengefasst, der dritte Aufenthalt ist gesondert abzurechnen, da die zuvor abgerechnete oder die sich aus der Einzelfallgruppierung des 3. Aufenthalts ergebende Fallpauschale in Spalte 13 des Fallpauschalenkatalogs für Hauptabteilungen bzw. Spalte 15 des Fallpauschalenkatalogs für Belegabteilungen gekennzeichnet ist.

4 Vergütung teilstationärer Leistungen nach § 6 FPV 2007

Teilstationäre Leistungen können nur dann abgerechnet werden, wenn hierfür fallbezogene oder tagesbezogene Entgelte nach § 6 Abs.1 Nr.1 KHEntgG krankenhausesindividuell vereinbart wurden oder sofern im Fallpauschalen-Katalog kalkulierte teilstationäre DRG-Fallpauschalen ausgewiesen werden (L90C).

4.1 Fallbezogene teilstationäre Entgelte

Werden für teilstationäre Leistungen im Einzelfall fallbezogene Entgelte vereinbart (z. B. geriatrische Tagesklinik), müssen auch Vereinbarungen zu den übrigen Bestandteilen des Fallpauschalen-Katalogs (z. B. OGVD, UGVD, MVD) getroffen werden (§ 7 Abs. 1 Satz 2 FPV 2007). Soweit keine Verlegungs-Fallpauschalen vereinbart werden, sind Abschlagsregelungen zu vereinbaren. Für den Fall der Wiederaufnahme von Patienten in dasselbe Krankenhaus sollen Vereinbarungen getroffen werden, die den Wiederaufnahmeregelungen nach § 2 bzw. den Regelungen zur Rückverlegung nach § 3 Abs. 3 FPV 2007 entsprechen.

4.2 Tagesbezogene teilstationäre Entgelte

In der Regel werden für teilstationäre Leistungen tagesbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG oder tagesbezogene teilstationäre DRG-Fallpauschalen abgerechnet. Tagesbezogene teilstationäre DRG-Fallpauschalen können wie auch die tagesbezogenen teilstationären Entgelte für jeden Tag der teilstationären Behandlung abgerechnet werden. Bei teilstationären tagesbezogenen Entgelten bzw. teilstationären tagesbezo-

genen DRG-Fallpauschalen ist hier als Ausnahmefall auch der Entlassungstag abrechenbar, es sei denn, der Patient wird an demselben Tag innerhalb eines Krankenhauses von einer tagesbezogen vergüteten teilstationären Behandlung in eine vollstationäre Behandlung verlegt. In solch einem Fall kann für den Verlegungstag kein tagesbezogenes teilstationäres Entgelt abgerechnet werden (§ 6 Abs. 3 FPV 2007). Werden Patienten, für die eine vollstationäre DRG-Fallpauschale abgerechnet wurde, zur teilstationären Behandlung in dasselbe Krankenhaus wieder aufgenommen oder wechseln sie in demselben Krankenhaus von der vollstationären Versorgung in die teilstationäre, kann erst nach dem dritten Kalendertag ab Überschreiten der abgerundeten mittleren Verweildauer, bemessen ab dem Aufnahmedatum des stationären Aufenthalts der zuvor abgerechneten vollstationären DRG-Fallpauschale, ein tagesbezogenes teilstationäres Entgelt bzw. eine tagesbezogene teilstationäre DRG-Fallpauschale abgerechnet werden. Die bis dahin erbrachten teilstationären Leistungen sind mit der zuvor abgerechneten vollstationären Fallpauschale abgegolten. Wurden bei der Abrechnung der vollstationären Fallpauschale Abschläge wegen Nichterreichens der unteren Grenzverweildauer (§ 1 Abs. 3 FPV 2007) oder Verlegung (§ 3 FPV 2007) vorgenommen, sind zusätzlich für jeden teilstationären Behandlungstag tagesbezogene teilstationäre Entgelte bzw. DRG-Fallpauschalen zu berechnen, soweit und solange diese Behandlungstage nicht bereits gesondert vergütet werden, höchstens jedoch bis zur Anzahl der vollstationären Abschlagstage. Die teilstationären Prozeduren sind nicht bei der Gruppierung der zuvor abgerechneten vollstationären Fallpauschale zu berücksichtigen. Für die tagesbezogen vergüteten teilstationären DRG-Fallpauschalen gelten somit nicht die Regelungen zur Fallzusammenführung wegen Wiederaufnahme oder Rückverlegung. Eine Abrechnung teilstationärer Leistungen der Fachrichtungen Onkologie, Schmerztherapie, HIV-Therapie oder Dialyse ist gemäß § 6 Abs. 2 Satz 4 FPV 2007 unabhängig von einem vorangegangenen über DRG-Fallpauschalen abgerechneten vollstationären Aufenthalt möglich.

Beispiel 10: Zusätzliche Abrechnung tagesbezogener teilstationärer Entgelte				
DRG D36Z, stationäre Aufnahme nach Verlegung 06.01.07, Entlassung 09.01.07, 1. Tag mit Zuschlag: 12, MVD: 6,3 Teilstationäre Behandlungen täglich vom 10. – 15.01.07				
Datum	Leistung	Belegungstage	Kalendertage¹²	Abrechnung
1	2	3	4	5
06.01.07	Verlegung aus anderem Krankenhaus	1	1	
07.01.07	HNO	2	2	
08.01.07	HNO	3	3	
09.01.07	Entlassung		4	D36Z ./ 3 Tage Abschlag
10.01.07	1. Teilstationäre Behandlung		5	Teilstationäres Entgelt (Abrechnung wegen Abschlag möglich)
11.01.07	2. Teilstationäre Behandlung		6	Teilstationäres Entgelt (Abrechnung wegen Abschlag möglich)
12.01.07	3. Teilstationäre Behandlung		7	Teilstationäres Entgelt (Abrechnung wegen Abschlag möglich)
13.01.07	4. Teilstationäre Behandlung		8	
14.01.07	5. Teilstationäre Behandlung		9	
15.01.07	6. Teilstationäre Behandlung		10	Teilstationäres Entgelt ¹³

Da es sich um einen Verlegungsfall handelt und die mittlere Verweildauer nicht erreicht wird, kann die DRG-Fallpauschale abzüglich 3 Abschlagstagen abgerechnet werden. Die teilstationäre Behandlung könnte eigentlich erst 3 Tage nach dem Überschreiten der abgerundeten mittleren Verweildauer, das heißt ab dem 10. Kalendertag, zusätzlich in Rechnung gestellt werden. Auf Grund der 3 Abschlagstage, die von der DRG-Fallpauschale in Abzug gebracht werden, können zudem bereits vor Erreichen des 10. Kalendertages 3 teilstationäre Entgelte abgerechnet werden. Die 4. und 5. teilstationäre Behandlung sind hingegen mit der DRG-Fallpauschale abgegolten.

¹² Dient nur zur Prüfung, ob die teilstationäre Behandlung gesondert abgerechnet werden kann.

¹³ Das Beispiel geht von einer Entlassung am 15.01.07 aus. Eine Berechnung teilstationärer Leistungen am 15.01.07 wäre nicht möglich, soweit an diesem Tag eine interne Verlegung in eine vollstationäre Behandlung erfolgt.

5 Sonstige Entgelte

5.1 Bundeseinheitliche Zusatzentgelte nach Anlage 2 bzw. 5 zur FPV 2007

Bundeseinheitliche Zusatzentgelte nach Anlage 2 bzw. 5 zur FPV 2007 werden zusätzlich zu einer DRG-Fallpauschale oder einem Entgelt nach § 6 Abs. 1 KHEntgG berechnet. Zusatzentgelte für Dialyse (ZE01.01 und ZE02) können zusätzlich zu einer DRG-Fallpauschale abgerechnet werden; dies gilt nicht für Fallpauschalen der Basis-DRG L60, L71, L90 und für das nach Anlage 3a zur FPV 2007 krankenhausesindividuell zu vereinbarende Entgelt L61, bei denen die Behandlung des Nierenversagens die Hauptleistung ist.

Die bundeseinheitlich kalkulierten Zusatzentgelte können auch ohne neue Budgetvereinbarung ab dem 01.01.2007 im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses abgerechnet werden (§ 5 Abs. 1 Satz 2 FPV 2007).

5.2 Krankenhausindividuelle Zusatzentgelte nach Anlage 4 bzw. 6 zur FPV 2007

Über den bundeseinheitlichen Zusatzentgelte-Katalog hinaus können Krankenhäuser für die in Anlage 4 bzw. 6 zur FPV 2007 genannten Leistungen Zusatzentgelte krankenhausesindividuell vereinbaren (§ 5 Abs. 2 FPV 2007). Das Zusatzentgelt für Dialyse nach Anlage 4 bzw. 6 zur FPV 2007 (ZE2007-08) ist nicht zusätzlich zu den Fallpauschalen der Basis-DRG L60, L71, L90 (L90A und L90B aus Anlage 3b, L90C aus Anlage 1c) sowie für das nach Anlage 3a zur FPV 2007 krankenhausesindividuell zu vereinbarende Entgelt L61Z abrechenbar. Zusatzentgelte, die sowohl vor dem Jahr 2007 als auch im Jahr 2007 Bestandteil der Anlagen 4 bzw. 6 FPV 2007 sind (diese sind in den Anlagen 4 und 6 mit der Fußnote 4 gekennzeichnet), gelten bis zur Budgetvereinbarung 2007 in der Vorjahresentgelthöhe weiter. Die Abrechnung erfolgt solange in alter Entgelthöhe und mit altem Entgeltschlüssel.

Wurden für Leistungen nach den Anlagen 4 bzw. 6 FPV 2007 keine Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall im Rahmen des Versorgungsauftrages oder für Notfallpatienten für jedes Zusatzentgelt 600 Euro mit neuem Entgeltschlüssel abrechenbar. Entspre-

chendes gilt auch für die neu in die Anlagen 4 bzw. 6 FPV 2007 aufgenommenen Leistungen bis zum Wirksamwerden der Budgetvereinbarung 2007. Dies betrifft die Zusatzentgelte ZE2007-50, ZE2007-57¹⁴, ZE2007-58, ZE2007-59 und ZE2007-60.

Für die neuen krankenhausindividuellen Zusatzentgelte ZE2007-53 und ZE2007-55, im Jahr 2006 noch in den Anlagen 2 bzw. 5 FPV 2006 enthalten, gelten die entsprechenden Zusatzentgelte aus 2006 aus den Anlagen 2 und 5 bis zur krankenhausindividuellen Vereinbarung 2007 weiter. Die Abrechnung erfolgt solange in alter Entgelthöhe und mit altem Entgeltschlüssel. Bei ZE2007-53 ist, abhängig vom OPS, das 2006er Zusatzentgelt ZE05 oder ZE06 zu wählen.

Können für die Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2007 noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt 600 Euro abzurechnen.

5.3 Zusatzentgelte für Dialyse

Bei allen DRG-Fallpauschalen, mit Ausnahme der Basis-DRG L60, L71, der DRG L90C, sowie dem krankenhausindividuellen Entgelt L61Z der Anlage 3a zur FPV 2007, sind die Kosten für eine Dialyse nicht in der DRG-Fallpauschale enthalten. Dies ergibt sich im Umkehrschluss aus § 5 Abs. 3 FPV 2007. Demnach dürfen Zusatzentgelte für Dialysen nicht zusätzlich zu den Fallpauschalen der Basis-DRG L60 und L71, der DRG L90C, dem krankenhausindividuellen Entgelt L61Z der Anlage 3a, sowie den nach Anlage 3b krankenhausindividuell zu vereinbarenden Entgelten L90A und L90B zur FPV 2007 abgerechnet werden. Bei allen anderen DRG-Fallpauschalen bzw. Entgelten der Anlagen 3a und 3b zur FPV 2007 ist die Abrechnung eines Zusatzentgelts für Dialyse möglich, auch wenn der Begriff „Dialyse“ in der DRG-Bezeichnung enthalten ist (z. B. DRG-Fallpauschale R63A: Andere akute Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit äußerst schweren CC).

¹⁴ Die Kostenträger entscheiden im Einzelfall, ob die Kosten dieses Medikamentes übernommen werden (vgl. Fußnote 2 zu Anlage 4 und Fußnote 3 zu Anlage 6 FPV 2007).

5.4 Gesonderte Zusatzentgelte gemäß § 6 Abs. 2a KHEntgG

In eng begrenzten Ausnahmefällen können gemäß § 6 Abs. 2a KHEntgG krankenhaushausindividuelle Zusatzentgelte für Leistungen vereinbart werden, die mit den Fallpauschalen oder Zusatzentgelten der FPV 2007 nicht sachgerecht vergütet werden können.

5.5 Abrechnungsbestimmungen für sonstige Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG

Grundsätzlich gilt für sonstige fallbezogene Entgelte, dass diese auch Vereinbarungen über die übrigen Bestandteile des DRG-Katalogs (OGVD, UGVD, MVD), Kriterien für Wiederaufnahmen gemäß § 2 FPV 2007 und Abrechnungsbestimmungen für Wiederaufnahmen enthalten müssen.

Bei der Abrechnung sind die krankenhaushausindividuellen Vereinbarungen zu berücksichtigen. Die Regelungen zur Rückverlegung gelten analog (vgl. Kap. 2.13.3 Rückverlegung in das erste Krankenhaus).

Tagesbezogene Entgelte werden für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des Krankenhausaufenthalts abgerechnet (Berechnungstage). Der Entlassungs- oder Verlegungstag, der nicht zugleich Aufnahmetag ist, kann nur bei tagesbezogenen Entgelten für teilstationäre Leistungen abgerechnet werden (§ 7 Abs. 3 FPV 2007).

5.6 Abrechnungsbestimmungen für sonstige Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG, die nach den Anlagen 3a und 3b zur FPV 2007 noch nicht mit DRG-Fallpauschalen vergütet werden

Vom DRG-Katalog (Anlage 1 zur FPV 2007) sind noch nicht alle DRG erfasst worden; die noch nicht bewerteten DRG sind in den Anlagen 3a und 3b zur FPV 2007 aufgeführt. Für die vom DRG-Katalog nicht erfassten Leistungen können krankenhaushausindividuelle tages- oder fallbezogene Entgelte vereinbart werden. Der Leistungskatalog 3a ist abschließend, das heißt, darüber hinaus können keine sonstigen vollstationären Entgelte abgerechnet werden (außer für besondere Einrichtungen). Der Leistungskatalog 3b ist nicht abschließend, das heißt, darüber hinaus können sonstige teilstationäre Entgelte nach § 7 Abs. 1 Nr. 2 FPV 2007 vereinbart werden.

Solange für das Kalenderjahr 2007 noch keine Verhandlung erfolgt ist, können für gekennzeichnete Leistungen nach den Anlagen 3a und 3b (Fußnote 1) die für das Kalenderjahr 2006 mit dem Krankenhaus vereinbarten Entgelte auch in 2007 abgerechnet werden. Wurden bisher keine entsprechenden krankenhausesindividuellen Entgelte vereinbart, sind unter Verwendung des neuen Entgeltschlüssels je Belegungstag 600 Euro (Anlage 3a) beziehungsweise 300 Euro (Anlage 3b) abrechenbar.

Werden für Leistungen nach Anlage 3a FPV 2007 bewusst keine Entgelte für den Vereinbarungszeitraum 2007 vereinbart, sind im Einzelfall im Rahmen des Versorgungsauftrages oder für Notfallpatienten mit dem neuen Entgeltschlüssel für jeden Belegungstag 450 Euro (Anlage 3a) abrechenbar. Werden für Leistungen der Anlage 3b bewusst keine Entgelte für den Vereinbarungszeitraum 2007 vereinbart, so kann ein Krankenhaus kein entsprechendes Entgelt abrechnen.

5.7 Abrechnungsbestimmungen für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG i. V. m. der VBE 2007

Krankenhäuser, die als besondere Einrichtungen insgesamt von der DRG-Anwendung für 2007 ausgenommen werden, können individuelle fall- oder tagesbezogene Entgelte abrechnen. Zusätzlich dürfen Zusatzentgelte der Anlagen 2 bzw. 5 sowie 4 bzw. 6 zur FPV 2007 abgerechnet werden.

Sofern als besondere Einrichtung nur ein organisatorisch abgrenzbarer Teil eines Krankenhauses von der DRG-Abrechnung ausgenommen wird, werden über die individuell vereinbarten tages- oder fallbezogenen Entgelte nur die fallabhängigen Kosten der Behandlung finanziert. Zusätzlich zur Finanzierung der pflegesatzfähigen Vorhaltekosten ist ein Zuschlag zu vereinbaren, der bei allen vollstationären Fällen des Krankenhauses zusätzlich in Rechnung gestellt wird (vgl. Kap. 7.5).

6 Abrechnungsbestimmungen für DRG-Fallpauschalen bei bestimmten Transplantationen nach § 4 FPV 2007

6.1 Transplantation bei postmortaler Spende

Für Transplantationen von Organen nach § 9 Satz 1 des Transplantationsgesetzes (TPG) oder Transplantationen der Augenhornhaut ist jeweils eine Fallpauschale abzurechnen. Dies gilt auch für Splitorgane, sofern der Organteil die gleiche Funktion wie das vollständige Organ erfüllt.

Bei einer Retransplantation während desselben stationären Aufenthaltes kann ein Krankenhausindividuell zu vereinbarendes Zusatzentgelt (ZE2007-17) nach § 6 Abs. 1 KHEntgG abgerechnet werden.

6.2 Transplantation bei Lebendspenden

Bei einer Lebendspende wird sowohl für die Organentnahme als auch für die Transplantation jeweils eine eigene Fallpauschale abgerechnet. Beide Fallpauschalen sind gegenüber dem Kostenträger des Transplantatempfängers abzurechnen, auch wenn es nicht zu einer Transplantation kommt. Auf der Rechnung ist die Versichertennummer der Person, die das Transplantat empfangen hat oder für die Transplantation vorgesehen war, anzugeben.

Krankengeld bzw. Verdienstauffallerstattung sowie Fahrkosten für Lebendspender sind keine allgemeinen Krankenhausleistungen und daher weder mit den Fallpauschalen vergütet noch gesondert seitens des Krankenhauses abrechenbar (§ 4 Abs. 1 FPV 2007).

6.3 Transplantation von Knochenmark und hämatopoetischen Stammzellen

Bei der Transplantation von Knochenmark oder hämatopoetischen Stammzellen wird, wie bei der Lebendspende, jeweils eine Fallpauschale für die Entnahme als auch für die Transplantation mit dem Kostenträger des Transplantatempfängers abgerechnet. Werden Stammzellen aus dem Ausland bzw. über eine Spenderdatei bezogen, wird anstelle

der Fallpauschale für die Spende (Z42Z der Anlage 3a zur FPV 2007) ein entsprechendes Zusatzentgelt (ZE2007-35) abgerechnet.

7 Sonstige Zuschläge

Die nachfolgend aufgeführten Zuschläge können auch für Neugeborene in Rechnung gestellt werden, für die eine DRG-Fallpauschale abgerechnet wird.

7.1 DRG-Systemzuschlag

Der DRG-Systemzuschlag beträgt 0,90 Euro je voll- und teilstationärem Behandlungsfall (§ 17b Abs. 5 KHG). Dieser setzt sich aus dem Zuschlagsanteil „Kalkulation“ (0,62 Euro) und dem Zuschlagsanteil „InEK“ (0,28 Euro) zusammen (Vereinbarung nach § 17b Abs. 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) zur Umsetzung des DRG-Systemzuschlags).

7.2 Investitionszuschlag

In den neuen Bundesländern ist je Belegungstag ein Investitionszuschlag von 5,62 EURO abrechenbar. Sofern tagesbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG abgerechnet werden, fällt der Investitionszuschlag je Berechnungstag an (Art. 14 Abs. 3 GSG i.V.m. § 8 Abs. 3 KHEntG).

7.3 Zuschlag zur Qualitätssicherung (§ 17b Abs. 1 Satz 5 KHG)

Bei Abrechnung von DRG-Fallpauschalen wird ein Qualitätssicherungszuschlag je DRG-Fallpauschale in Rechnung gestellt. Dieser Zuschlag besteht aus 3 Komponenten:

- Zuschlagsanteil Bund = 0,30 Euro,
- Zuschlagsanteil Krankenhaus = 0,58 Euro,
- Landesindividueller Zuschlag gemäß Landesvereinbarungen.

7.4 Zuschlag zur Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V und des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139a SGB V

Die Zuschläge zur Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschuss und des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen wurden zu einem sogenannten Systemzuschlag zusammengefasst. Dieser beträgt ab dem Aufnahmetag 01.01.2007 für den stationären Sektor 0,40 Euro und kann analog des DRG-Systemzuschlags, das heißt je voll- und teilstationärem Krankenhausfall, abgerechnet werden (Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 91 Abs. 2 SGB V über die Grundsätze des Systemzuschlags im stationären Sektor).

7.5 Zuschlag zur Finanzierung der Vorhaltekosten für besondere Einrichtungen gemäß § 3 Abs. 2 Satz 2 VBE 2007

Sofern als besondere Einrichtung nur ein organisatorisch abgrenzbarer Teil eines Krankenhauses von der DRG-Abrechnung ausgenommen wird, kann zur Finanzierung der hohen pflegesatzfähigen Vorhaltekosten ein Zuschlag vereinbart werden. Dieser Zuschlag kann bei allen vollstationären Fällen des Krankenhauses zusätzlich in Rechnung gestellt werden.

7.6 Ausbildungszuschlag (§ 17a Abs. 5 KHG)

Zur Finanzierung der Ausbildungsstätten rechnen ab dem 01.01.2005 die ausbildenden Krankenhäuser einen krankenhausesindividuellen Ausbildungszuschlag auf jeden voll- und teilstationären Fall ab. In den Bundesländern, in denen ein landesweiter Ausbildungszuschlag vereinbart worden ist, rechnet jedes Krankenhaus diesen Zuschlag auf jeden voll- und teilstationären Fall ab. Sofern jedoch für ausbildende Krankenhäuser krankenhausesindividuell ein abweichender Betrag vereinbart wurde, ist dieser Betrag in Rechnung zu stellen.

7.7 Sicherstellungszuschlag

Zur Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen, die auf Grund des geringen Versorgungsbedarfs mit dem DRG-

Vergütungssystem nicht kostendeckend finanzierbar sind, kann gemäß § 17b Abs. 1 Satz 6 KHG ein krankenhausesindividueller Zuschlag vereinbart werden.

7.8 Zuschlag zur Finanzierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten

Zur Finanzierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG kann ein krankenhausesindividueller Zuschlag vereinbart werden.

7.9 Abschlag bei Nichtbeteiligung an der Notfallversorgung

Für die Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung können die Vertragsparteien einen Abschlag nach § 17b Abs. 1 KHG vereinbaren. Solange die Vertragsparteien jedoch die Höhe nicht festgelegt haben, oder solange der Abschlag durch Rechtsverordnung nicht festgelegt wurde, ist ein Betrag in Höhe von 50 Euro je vollstationärem Fall vom DRG-Erlösbudget abzuziehen (§ 4 Abs. 5 Satz 2 KHEntgG).

7.10 Fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Für die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die mit den Fallpauschalen und Zusatzentgelten noch nicht sachgerecht vergütet werden können, können gemäß § 6 Abs. 2 KHEntgG krankenhausesindividuelle fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte vereinbart und abgerechnet werden.

7.11 Zuschlag zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen

Der Zuschlag zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen nach § 4 Abs. 13 KHEntgG kann krankenhausesindividuell vereinbart werden und wird für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall gemäß § 8 FPV 2007 in Rechnung gestellt.

7.12 AIP-Zuschlag

Der Zuschlag für die Mehrkosten infolge der Abschaffung des Arztes im Praktikum nach § 4 Abs. 14 KHEntgG kann krankenhausesindividuell vereinbart werden und wird für jeden

abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall gemäß § 8 FPV 2007 in Rechnung gestellt.

8 Abschlüsse

Gemäß § 140d SGB V hat jede Krankenkasse in den Jahren 2004 bis 2008 (geändert durch Vertragsarztrechtsänderungsgesetz am 24.11.2006) jeweils Mittel bis zu 1 % von den Rechnungen der einzelnen Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Versorgung zur Förderung der integrierten Versorgung einzubehalten. Folgende Entgeltarten dürfen bei der Berechnung des Abschlagsbetrages nicht berücksichtigt werden und müssen somit vom Gesamtrechnungsbetrag abgezogen werden, bevor der prozentuale Abschlag berechnet wird:

- Investitionszuschlag,
- Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen,
- Pflegesatz bei Beurlaubung (gilt nur für Abrechnungen nach der BPfIV),
- Zuschlag zur Qualitätssicherung,
- Zuschlag zur Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses und des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen,
- DRG-Systemzuschlag,
- Entgelte für integrierte Versorgung,
- Wahlleistung Unterkunft (kann nur gegenüber der Bundesknappschaft abgerechnet werden),
- weitere Zu- und Abschläge nach § 7 Nr. 4 KHEntgG,
- Zuschlag für Arzt im Praktikum,
- Zuschlag zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen.

Zudem hat die Krankenkasse einem Krankenhaus, welches aus Gründen, die es selbst zu vertreten hat, nicht am Datenaustausch nach § 301 Abs. 1 SGB V teilnimmt, die mit der Nacherfassung der Daten verbundenen Kosten durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 % des Rechnungsbetrages in Rechnung zu stellen (§ 303 Abs. 3 SGB V).

9 Begleitpersonen

Sofern aus medizinischen Gründen die Mitaufnahme einer Begleitperson notwendig ist, können für jeden Belegungstag 45 Euro für Unterkunft und Verpflegung abgerechnet werden. Die Unterbringung der Begleitperson soll in unmittelbarer Nähe zum Patienten erfolgen. Über die medizinische Notwendigkeit entscheidet der Krankenhausarzt (vgl. Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen vom 16.09.2004).

10 Laufzeit der Entgelte

10.1 Krankenhäuser, die nach dem KHEntgG abrechnen

Krankenhäuser, die bereits das DRG-Vergütungssystem eingeführt haben, rechnen alle Krankenhausfälle mit Aufnahme ab 01.01.2007 nach dem DRG-Katalog und den Abrechnungsregeln für das Jahr 2007 ab. Sofern für das Jahr 2007 noch kein neuer Basisfallwert vereinbart wurde, sind die DRG-Fallpauschalen bis zum Ende des Monats, in dem die neuen Entgelte genehmigt werden, mit dem für 2006 gültigen jahresdurchschnittlichen Basisfallwert ohne Ausgleich und Berichtigungen zu gewichten, soweit in der Vereinbarung oder Schiedsstellenentscheidung kein anderer zukünftiger Zeitpunkt bestimmt ist. Dies gilt entsprechend für Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG.

Für teilstationäre Leistungen, die im Jahr 2007 nicht über teilstationäre DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden können, werden die für das Jahr 2006 vereinbarten teilstationären Entgelte weiter abgerechnet.

Sofern ein Krankenhaus noch keine Entgelte nach Anlage 3a vereinbart hat, sind für jeden Belegungstag 600 Euro abzurechnen. Dies gilt jedoch nur dann, wenn diese Leistungen dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses entsprechend erbracht werden dürfen.

10.2 Krankenhäuser, die in 2006 noch nach der Bundespflegesatzverordnung abgerechnet haben

Krankenhäuser, die erst ab 2007 DRG-Fallpauschalen abrechnen und zum 01.01.2007 noch keinen Basisfallwert vereinbart haben, rechnen bis zum Ende des Monats, in dem der Basisfallwert genehmigt wird, nach dem alten Entgeltsystem ab, soweit in der Vereinbarung oder Schiedsstellenentscheidung kein anderer zukünftiger Zeitpunkt bestimmt ist. Solange gelten noch die Abrechnungsbestimmungen gemäß der BPfIV (vgl. Leitfaden der Spitzenverbände zu Abrechnungsfragen nach der BPfIV vom 28. Januar 1999).

10.3 Zusatzentgelte für Bluter (Entgeltschlüssel 76xxxxxx) und Dialyse (Entgeltschlüssel 77xxxxxx)

Krankenhäuser, welche zum 01.01.2007 noch keine Entgelte nach dem KHEntG vereinbart haben, können bis zur Vereinbarung die bisher gültigen Entgelte für die Behandlung von Blutern und für die Dialysebehandlung weiter abrechnen.

11 Zuzahlungen

11.1 Zuzahlung - allgemein

Ab dem 01.01.2004 beträgt die Zuzahlung 10 Euro je Kalendertag für maximal 28 Tage. Für Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres ist keine Zuzahlung zu leisten. Wird das 18. Lebensjahr während des Krankenhausaufenthaltes vollendet, kommt eine Zuzahlung nicht in Betracht. Die Zuzahlung ist nur für vollstationäre Behandlung zu leisten. Bei einer Fallzusammenführung ist bei voll- und teilstationärer Behandlung nur für die vollstationäre Behandlung eine Zuzahlung zu leisten.

Wird der Versicherte in ein anderes Krankenhaus verlegt, ist die Zuzahlung für den Verlegungstag von der aufnehmenden Einrichtung zu erheben.

11.2 Zuzahlung bei Entbindung

Im Rahmen der Entbindungsanstaltspflege, das heißt für einen eventuellen stationären Aufenthalt vor der Entbindung, den Entbindungstag und 6 Tage nach der Entbindung, ist keine Zuzahlung zu leisten (Besprechungsergebnis der Spitzenverbände vom 24./25.07.2003).