

Hinweise der Selbstverwaltungspartner zur Abrechnung und Handhabung des DRG-Systemzuschlags 2014

Die folgenden Hinweise sollen die Abrechnung und Handhabung des DRG-Systemzuschlags im Jahr 2014 verdeutlichen. Dabei wird unterschieden zwischen dem Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung (Teil I) und dem Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (Teil II). Darüber hinaus erfolgen noch Hinweise zum Melde- und Abrechnungsverfahren an die InEK GmbH (Teil III).

Teil I: Hinweise für Krankenhäuser im Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV)

Zum 1. Januar 2013 erfolgte gemäß § 17d KHG die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, das auf Verlangen des Krankenhauses in den Jahren 2013 und 2014 optional angewendet werden kann. Soweit Krankenhäuser das pauschalierende Vergütungssystem nach § 17d KHG in den Jahren 2013 und 2014 noch nicht anwenden, ist die Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung unter Beachtung der Übergangsvorschriften nach § 18 BPfIV weiterhin maßgeblich. Die Vorgaben zur Fallzählung bleiben für diese Krankenhäuser im Vergleich zu den Vorjahren unverändert.

Bei Umstieg auf das neue Vergütungssystem nach § 17d KHG sind ab dem Umstiegszeitpunkt die Vorgaben zur Fallzählung nach der Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2014 (Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPPV 2014)) zu beachten. Diese Vorgaben finden ausschließlich in Verbindung mit der Abrechnung pauschalierender Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) oder krankenhausesindividueller Entgelte nach § 6 BPfIV Anwendung.

Soweit infolge der unterschiedlichen Vergütungssysteme Unterschiede bei der Fallzählung auftreten, wird bei den nachfolgenden Hinweisen darauf eingegangen.

1 Abrechnung des DRG-Systemzuschlags bei teilstationären Fällen

a) Fallzählung nach der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung

Gemäß Fußnote 11a zu Anhang 2 zur LKA werden Patienten, die wegen derselben Erkrankung regelmäßig oder mehrfach teilstationär behandelt werden, je Quartal als ein Fall gezählt. Damit ist der DRG-Systemzuschlag für jeden teilstationären Patienten, der wegen derselben Erkrankung behandelt wird, pro Quartal einmal abrechnungsfähig. Dies gilt unabhängig davon, wann im Quartal die erste Behandlung stattgefunden hat und unabhängig davon, wie viele (Zwischen-)Rechnungen innerhalb des Quartals gestellt wurden.

Bei einer zusätzlichen teilstationären Dialyse, die neben einem vollstationären Krankenhausaufenthalt abgerechnet wird, ist nur ein DRG-Systemzuschlag für den vollstationären Fall abrechenbar.

Liegt eine Kombination von voll- und teilstationärer Behandlung gemäß Fußnote 11 zu Anhang 2 zur LKA vor, ist ebenfalls nur ein DRG-Systemzuschlag abrechenbar.

b) Fallzählung nach der Bundespflegesatzverordnung bei Anwendung des Vergütungssystems nach § 17 d KHG (PEPPV 2014)

Gemäß § 1 Abs. 5 PEPPV 2014 zählt bei der Abrechnung von tagesbezogenen teilstationären Entgelten jede Aufnahme als ein Fall. Das bedeutet jedoch nicht, dass je Tag immer ein Fall zu zählen ist. Für teilstationäre Behandlungen gelten auch die Vorgaben zur Wiederaufnahme nach § 2 PEPPV, wonach mehrere teilstationäre Behandlungen bei Erfüllung der dort genannten Voraussetzungen zu einem Fall zusammengefasst werden (s. unter Ziffer 3).

Für jeden teilstationären Fall ist – auch bei Zusammenfassung der Aufenthaltsdaten zu einem Fall gemäß § 2 Abs. 1 PEPPV 2014 – ein DRG-Systemzuschlag abzurechnen.

2 Abrechnung des DRG-Systemzuschlags bei Patienten mit nur vorstationärer Behandlung oder bei Patienten, die im Rahmen der integrierten Versorgung gem. § 140 a SGB V behandelt werden

Gemäß § 17b Abs. 5 KHG ist der DRG-Systemzuschlag pro voll- oder teilstationärem Krankenhausfall abzurechnen. Wird bei einem Patienten lediglich eine vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung erbracht oder erhält der Patient eine Behandlung im Rahmen der integrierten Versorgung gem. § 140 a SGB V, ist daher kein DRG-Systemzuschlag in Rechnung zu stellen.

3 Wiederaufnahme eines Patienten

a) Fallzählung nach der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung

Bei der Wiederaufnahme eines Patienten, bei der nur ein Wochenende zwischen ihr und der vorhergehenden Entlassung liegt, wird nur ein vollstationärer Fall im Abschnitt

L 1 gezählt (vgl. Fußnote 11 zu Anhang 2 zur LKA). Demnach wird auch nur ein DRG-Systemzuschlag in Rechnung gestellt.

In anderen Konstellationen, die dazu führen, dass im Abschnitt L 1 zwei Fälle gezählt werden, sind dagegen zwei DRG-Systemzuschläge in Rechnung zu stellen.

b) Fallzählung nach der Bundespflegesatzverordnung bei Anwendung des Vergütungssystems nach § 17 d KHG (PEPPV 2014)

Hat das Krankenhaus nach den Vorgaben des § 2 PEPPV 2014 im Falle der Wiederaufnahme oder Rückverlegung eine Zusammenfassung der Aufenthaltsdaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in ein PEPP vorzunehmen, werden gemäß § 1 Abs. 5 Satz 2 PEPPV 2014 die Aufenthalte zusammengefasst und insgesamt nur ein Fall für die zusammengefassten Aufenthalte gezählt. Der DRG-Systemzuschlag ist daher nur einmal je zusammengefassten Fall abzurechnen.

4 Abrechnung des DRG-Systemzuschlags gegenüber ausländischen Patienten, die mit dem Ziel einer Krankenhausbehandlung in die Bundesrepublik Deutschland einreisen

Grundsätzlich ist der DRG-Systemzuschlag je voll- und teilstationärem Krankenhausfall unabhängig vom Kostenträger in Rechnung zu stellen. Dementsprechend gilt dies auch gegenüber ausländischen Patienten, die mit dem Ziel einer Krankenhausbehandlung in die Bundesrepublik Deutschland einreisen.

Für diese Patienten kann gemäß Anhang 3 zur LKA ein gesonderter Ausweis des Abschnitts L 1 mit reduzierten Inhalten erstellt werden. Der DRG-Systemzuschlag ist für den ausländischen Patienten, der mit dem Ziel einer Krankenhausbehandlung in die Bundesrepublik Deutschland einreist, auch in Rechnung zu stellen, wenn das Krankenhaus von der Option des § 3 Abs. 4 BPfIV a. F. bzw. § 3 Abs. 6 BPfIV n. F. Gebrauch gemacht hat. In diesen Fällen ist zur Überprüfung der Höhe des an die InEK GmbH abgeführten DRG-Systemzuschlags zusätzlich zum Abschnitt L 1 auch der „Gesonderte Ausweis für ausländische Patienten nach § 3 Abs. 4 BPfIV a. F.“ gemäß Anhang 3 zur LKA heranzuziehen.

5 Abrechnung des DRG-Systemzuschlags bei Privatpatienten mit Beihilfeanspruch

Für Privatpatienten mit Beihilfeanspruch werden häufig zwei Rechnungen gestellt. Unabhängig davon gilt auch hier der Grundsatz, dass der DRG-Systemzuschlag für jeden abzurechnenden Krankenhausfall und nicht je Rechnung erhoben wird. In der Praxis wird in der Regel eine entsprechende Aufteilung des DRG-Systemzuschlags nach dem Erstattungsanteil der Beihilfe erfolgen.

6 Abrechnung des DRG-Systemzuschlags bei Krankenhäusern, die (nicht) dem Anwendungsbereich des KHG unterliegen

Gemäß § 17b Abs. 5 KHG ist der DRG-Systemzuschlag von den Krankenhäusern je voll- und teilstationärem Krankenhausfall dem selbstzahlenden Patienten oder dem jeweiligen Kostenträger zusätzlich zu den tagesgleichen Pflegesätzen und den Fallpauschalen in Rechnung zu stellen. Damit ist der DRG-Systemzuschlag auch

gegenüber Berufsgenossenschaften abzurechnen, wenn die Patienten in Krankenhäusern behandelt werden, die dem KHG unterliegen.

Zu dem Anwendungsbereich gehören gemäß § 3 KHG auch Bundeswehrkrankenhäuser und Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, soweit nicht die gesetzliche Unfallversicherung die Kosten trägt.

In den Krankenhäusern, die nicht in den Anwendungsbereich des KHG fallen (z. B. Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug), besteht keine Verpflichtung zur Abrechnung des DRG-Systemzuschlags.

Teil II: Hinweise für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Bei der Abrechnung des DRG-Systemzuschlages gilt der Grundsatz:

Je abgerechneter vollstationärer DRG-Fallpauschale ist ein DRG-Systemzuschlag in Rechnung zu stellen.

1 Abrechnung des Systemzuschlags für Neugeborene

Für jedes Neugeborene, für das nach § 1 Abs. 5 FPV 2014 eine eigene DRG-Fallpauschale abgerechnet wird, ist auch ein DRG-Systemzuschlag abzurechnen.

Ist im Fallpauschalen-Katalog für das Krankenhaus, in dem die Geburt stattfand, eine Mindestverweildauer für die Fallpauschale vorgegeben und wird diese nicht erreicht, ist die Versorgung des Neugeborenen mit dem Entgelt für die Mutter abgegolten und nicht als eigenständiger Fall zu zählen (§ 1 Abs. 5 Satz 7 FPV 2014). Da hier für das Neugeborene weder eine DRG-Fallpauschale zur Abrechnung gelangt noch ein Fall zu zählen ist, kann auch kein DRG-Systemzuschlag in Rechnung gestellt werden.

2 Abrechnung des DRG-Systemzuschlags bei teilstationären Fällen

Teilstationäre Leistungen sind gemäß § 6 Abs. 1 FPV 2014 mit tagesbezogenen teilstationären Fallpauschalen oder mit Entgelten abzurechnen, die nach § 6 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG krankenhausesindividuell vereinbart worden sind.

Bei der Abrechnung von tagesbezogenen teilstationären Fallpauschalen wird für jeden Patienten, der wegen derselben Erkrankung regelmäßig oder mehrfach behandelt wird, je Quartal ein Fall gezählt. Daher kann der DRG-Systemzuschlag auch bei den bewerteten teilstationären DRG-Fallpauschalen L90B und L90C nur einmal je Quartal in Rechnung gestellt werden.

Für die Abrechnung von teilstationären Entgelten nach § 6 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG wird auf die Ausführungen unter Ziffer 7 verwiesen.

3 Abrechnung des DRG-Systemzuschlags bei Patienten mit nur vorstationärer Behandlung oder bei Patienten, die im Rahmen der integrierten Versorgung gem. § 140 a SGB V behandelt werden

Gemäß § 17b Abs. 5 KHG ist der DRG-Systemzuschlag pro voll- oder teilstationärem Krankenhausfall abzurechnen. Wird bei einem Patienten lediglich eine vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung erbracht oder erhält der Patient eine Behandlung im Rahmen der integrierten Versorgung gem. § 140 a SGB V, ist daher kein DRG-Systemzuschlag in Rechnung zu stellen.

4 Wiederaufnahmen in dasselbe Krankenhaus

Hat das Krankenhaus nach den Vorgaben des § 2 Abs. 1 bis 3 FPV 2014 eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen, wird gemäß § 8 Abs. 1 Satz 3 FPV 2014 jeweils nur die Fallpauschale gezählt, die nach der Neueinstufung für die zusammengefassten

Krankenhausaufenthalte abgerechnet wird. Der DRG-Systemzuschlag ist daher nur einmal je zusammengefassten Fall abzurechnen.

5 Verlegungen zwischen den Entgeltbereichen (DRG-Fallpauschalen, BPfIV oder besondere Einrichtungen) innerhalb eines Krankenhauses

Interne Verlegungen zwischen diesen Entgeltbereichen sind wie externe Verlegungen zu betrachten (vgl. § 3 Abs. 4 FPV 2014), d. h. es ist je Entgeltbereich ein DRG-Systemzuschlag abzurechnen. Dabei gilt für den Anwendungsbereich des KHEntgG (DRG-Fallpauschalen, besondere Einrichtungen) die Fallzählung gem. § 8 FPV 2014 und für den Entgeltbereich der BPfIV die Fallzählung der BPfIV (vgl. Teil I).

6 Rückverlegungen

Liegt eine Rückverlegung i. S. d. § 3 Abs. 3 FPV 2014 vor, ist gemäß § 8 Abs. 1 Satz 3 FPV 2014 nur die Fallpauschale zu zählen, die nach der Neueinstufung für die zusammengefassten Krankenhausaufenthalte abgerechnet wird. Der DRG-Systemzuschlag wird daher nur einmal erhoben.

7 Abrechnung des DRG-Systemzuschlags bei Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG

Gemäß § 8 Abs. 2 FPV 2014 sind Leistungen, für die Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG vereinbart werden, wie folgt zu zählen:

- (1) Jedes fallbezogene Entgelt für eine voll- oder teilstationäre Leistung zählt als ein Fall. Daher ist auch für jedes fallbezogene Entgelt ein DRG-Systemzuschlag in Rechnung zu stellen.
- (2) (a) Bei der Abrechnung von tagesbezogenen vollstationären Entgelten zählt jede Aufnahme als ein Fall.

(b) Bei der Abrechnung von tagesbezogenen teilstationären Entgelten wird für jeden Patienten, der wegen derselben Erkrankung regelmäßig oder mehrfach behandelt wird, je Quartal ein Fall gezählt.

8 Ausländische Patienten

Grundsätzlich ist der DRG-Systemzuschlag je voll- und teilstationärem Krankenhausfall unabhängig vom Kostenträger in Rechnung zu stellen. Dementsprechend gilt dies auch gegenüber ausländischen Patienten, die mit dem Ziel einer Krankenhausbehandlung in die Bundesrepublik Deutschland einreisen.

Der DRG-Systemzuschlag ist für den ausländischen Patienten, der mit dem Ziel der Krankenhausbehandlung in die Bundesrepublik Deutschland einreist, auch in Rechnung zu stellen, wenn das Krankenhaus von der Option des § 4 Abs. 4 KHEntgG Gebrauch gemacht hat.

9 Abrechnung des DRG-Systemzuschlages bei Privatpatienten mit Beihilfeanspruch

Für Privatpatienten mit Beihilfeanspruch werden häufig zwei Rechnungen gestellt. Unabhängig davon gilt auch hier der Grundsatz, dass der DRG-Systemzuschlag für jeden abzurechnenden Krankenhausfall und nicht je Rechnung erhoben wird. In der Praxis wird in der Regel eine entsprechende Aufteilung des DRG-Systemzuschlags nach dem Erstattungsanteil der Beihilfe erfolgen.

10 Abrechnung des DRG-Systemzuschlags bei Krankenhäusern, die (nicht) dem Anwendungsbereich des KHG unterliegen

Gemäß § 17b Abs. 5 KHG ist der DRG-Systemzuschlag von den Krankenhäusern je voll- und teilstationärem Krankenhausfall dem selbstzahlenden Patienten oder dem jeweiligen Kostenträger zusätzlich zu den tagesgleichen Pflegesätzen und den Fallpauschalen in Rechnung zu stellen. Damit ist der DRG-Systemzuschlag auch gegenüber Berufsgenossenschaften abzurechnen, wenn die Patienten in Krankenhäusern behandelt werden, die dem KHG unterliegen.

Zu dem Anwendungsbereich gehören gemäß § 3 KHG auch Bundeswehrkrankenhäuser und Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, soweit nicht die gesetzliche Unfallversicherung die Kosten trägt. Das Krankenhausentgeltgesetz gilt jedoch für Bundeswehrkrankenhäuser nur, soweit diese Zivilpatienten behandeln (§ 1 Abs. 2 Satz 1 KHEntgG). Danach ist der DRG-Systemzuschlag sowohl von Bundeswehrkrankenhäusern für behandelte Zivilpatienten in Rechnung zu stellen als auch von Krankenhäusern der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, soweit nicht die gesetzliche Unfallversicherung die Kosten der jeweiligen Behandlung trägt.

In den Krankenhäusern, die nicht in den Anwendungsbereich des KHG fallen (z. B. Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug), besteht keine Verpflichtung zur Abrechnung des DRG-Systemzuschlags.

Teil III: Hinweise zum Melde- und Abrechnungsverfahren an die InEK GmbH

1 Abgabe der Meldebögen mit Fristsetzung

Die Krankenhäuser melden die Ist-Fallzahlen des Jahres 2012 bis zum 15.03.2014 an das InEK. Der entsprechende Meldebogen wird den Krankenhäusern per Post zugestellt. Darüber hinaus steht der Meldebogen auf der Internetseite www.g-drg.de im Downloadbereich zur Verfügung. Eventuelle Änderungen im Meldeverfahren werden rechtzeitig bekannt gegeben.

2 Korrekturverfahren in schriftlicher Form

Korrekturmeldungen sind in schriftlicher Form abzugeben. Die Korrekturmeldungen müssen die berichtigte Ist-Fallzahl des Jahres 2012 enthalten. Fallzahlberichtigungen sollen rechtzeitig vor dem Fälligkeitstermin bei der InEK GmbH eingehen. Das InEK stellt ein Meldeformular im o.g. Downloadbereich zur Verfügung.

3 Abrechnung des Systemzuschlags für Krankenhäuser mit Zulassung in 2014

Der zu überweisende Betrag ergibt sich vom Grundsatz her für das Jahr 2014 aus den Ist-Fallzahlen des abgelaufenen Geschäftsjahres (2012) gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 2 der Vereinbarung nach § 17b Abs. 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) zur Umsetzung des DRG-Systemzuschlags multipliziert mit dem Zuschlag gemäß § 5 Abs. 3 der Vereinbarung.

Krankenhäuser, die erst im Laufe des Jahres 2014 zur Krankenhausbehandlung nach § 108 SGB V zugelassen werden, überweisen erstmalig in 2015 den Systemzuschlag auf Basis der Ist-Fallzahlen des Eröffnungsjahres (vgl. § 2 Abs. 2 Satz 3 der Vereinbarung).

4 Abrechnung des Systemzuschlags für Krankenhäuser mit Schließung in 2014

Die Krankenhäuser entrichten den DRG-Systemzuschlag auf Basis der Ist-Fallzahlen des Jahres 2012. Von dieser Regelung wird dann abgewichen, wenn Krankenhäuser wegen Betriebsschließung nur für einen unterjährigen Zeitraum in 2014 Zuschläge von den Kostenträgern vereinnahmt haben. Die Ist-Falldaten des Jahres 2012 werden dann anteilig entsprechend des Zeitraums der vereinnahmten Zuschläge in 2014 berechnet. Diese Regelung wird dann angewendet, wenn Krankenhäuser oder deren Träger eine anteilige Berechnung bzw. Erstattung beantragen (vgl. § 2 Abs. 2 Satz 4 der Vereinbarung).

Bei der Berechnung wird der Zeitraum, in dem das Krankenhaus Zuschläge von den Kostenträgern bis zu seiner Schließung vereinnahmt hat, auf die Ist-Fallzahlen des Jahres 2012 anteilig umgelegt. Dabei werden volle Monate mit 30 Tagen angesetzt. Erfolgt die Schließung innerhalb eines laufenden Monats gilt die tagesbezogene kalendarische Zählweise.