

Hinweise der Selbstverwaltungspartner zur Abrechnung und Handhabung des DRG-Systemzuschlags 2004

Die folgenden Hinweise sollen die Abrechnung und Handhabung des DRG-Systemzuschlags im Jahr 2004 verdeutlichen.

Teil I: Hinweise für Krankenhäuser, die Entgelte nach der BPfIV abrechnen

Dazu gehören

- Krankenhäuser, die in den Anwendungsbereich der BPfIV fallen und
- Krankenhäuser, die zum 1. Januar 2004 in den Anwendungsbereich des KHEntgG fallen, aber noch nach § 15 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG die bisher geltenden Entgelte nach der BPfIV abrechnen

1 Abrechnung des DRG-Systemzuschlags für Neugeborene

Für gesunde Neugeborene wird kein gesonderter DRG-Systemzuschlag in Rechnung gestellt, weil für sie kein eigener Krankenhausfall angelegt wird.

Erst wenn das Neugeborene krank wird und dadurch als eigenständiger Krankenhausfall eingestuft wird, ist der DRG-Systemzuschlag für das Neugeborene abzurechnen.

2 Abrechnung des DRG-Systemzuschlags bei teilstationären Fällen

Gemäß Fußnote 11a 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 zur LKA vor, ist ebenfalls nur ein DRG-Systemzuschlag abrechenbar.

3 Abrechnung des DRG-Systemzuschlags bei Patienten mit nur vorstationärer Behandlung

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, ist daher kein DRG-Systemzuschlag in Rechnung zu stellen.

4 Wiederaufnahme eines Patienten

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.

5 Abrechnung des DRG-Systemzuschlags in Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen, die nach § 17b Abs. 1 Satz 1 zweiter Halbsatz KHG nicht in das DRG-Vergütungssystem einbezogen sind

Gemäß § 17b Abs. 5 Satz 6 KHG ist der DRG-Systemzuschlag von den Krankenhäusern je voll- und teilstationärem Krankenhausfall in Rechnung zu stellen. Der DRG-Systemzuschlag ist daher auch von Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen zu erheben, die nach § 17b Abs. 1 Satz 1 KHG nicht in das DRG-Vergütungssystem einbezogen werden (Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin).

6 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 Gebrauch gemacht hat. In diesen Fällen ist zur Überprüfung der Höhe des an die InEK gGmbH abgeführten DRG-Systemzuschlags zusätzlich zum Abschnitt L 1 der LKA auch der „Gesonderte Ausweis für ausländische Patienten nach § 3 Abs. 4 BPfIV“ gemäß Anhang 3 zur LKA heranzuziehen.

7 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.

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

Gemäß § 17b Abs. 5 Satz 6 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 seit dem 01.01.2003 auch Bundeswehrkrankenhäuser und Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, soweit nicht die gesetzliche Unfallversicherung die Kosten trägt. Es handelt sich hierbei um eine Änderung im Hinblick auf die Einbeziehung der Bundeswehrkrankenhäuser und der Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung in das Fallpauschalensystem. Das KHEntgG gilt jedoch für Bundeswehrkrankenhäuser nur, soweit diese Zivilpatienten behandeln (§ 1 Abs. 2 Satz 1 KHEntgG). Danach ist der DRG-Systemzuschlag seit dem 01.01.2003 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 weiterhin nicht in den Anwendungsbereich des KHG fallen (z. B. Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug), besteht wie bisher keine Verpflichtung zur Abrechnung des DRG-Systemzuschlags.

Teil II: Hinweise für Krankenhäuser, die Entgelte nach dem KHEntgG abrechnen

Es gilt der Grundsatz: pro abgerechneter DRG-Fallpauschale ist auch ein DRG-Systemzuschlag in Rechnung zu stellen.

1 Abrechnung des Systemzuschlags für Neugeborene

Für jedes Neugeborene, für das nach § 1 Abs. 5 KFPV 2004 eine eigene DRG-Fallpauschale abzurechnen ist, 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 (§ 1 Abs. 5 Satz 3 KFPV 2004). Da hier für das Neugeborene keine DRG-Fallpauschale zur Abrechnung gelangt, kann auch kein DRG-Systemzuschlag in Rechnung gestellt werden.

2 Abrechnung des DRG-Systemzuschlags bei teilstationären Fällen

Teilstationäre Leistungen sind gemäß § 6 Abs. 1 KFPV 2004 mit Entgelten abzurechnen, die nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG krankenhausesindividuell vereinbart worden sind (vgl. Nr. 7).

3 Abrechnung des DRG-Systemzuschlags bei Patienten mit nur vorstationärer Behandlung

Gemäß § 17b Abs. 5 KHG ist der DRG-Systemzuschlag pro voll- oder teilstationärem Krankenhausfall abzurechnen. Wird bei einem Patienten lediglich eine vorstationäre Behandlung erbracht, ohne anschließende vollstationäre Behandlung, 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 KFPV 2004 eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen, wird gemäß § 8 Abs. 1 Satz 2 KFPV 2004 jeweils nur die Fallpauschale gezahlt, die nach der Neueinstufung für die zusammengefassten Krankenhausaufenthalte abgerechnet wird. Der DRG-Systemzuschlag ist daher für die zusammengefassten Fälle insgesamt nur einmal abzurechnen.

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

Interne Verlegungen zwischen diesen Entgeltbereichen sind wie externe Verlegungen zu betrachten (vgl. § 3 Abs. 4 KFPV 2004), 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 KFPV 2004 und für den Entgeltbereich der BpflV die Fallzählung der BpflV (vgl. Teil I).

6 Rückverlegungen

Liegt eine Rückverlegung i. S. d. § 3 Abs. 3 KFPV 2004 vor, ist gemäß § 8 Abs. 1 Satz 2 KFPV 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 KFPV 2004 sind Leistungen, für die Entgelte nach § 6 Abs. 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) Bei Abrechnung von tagesbezogenen Entgelten für voll- oder teilstationäre Leistungen gelten die Vorgaben der Fußnoten 11 und 11a in Anhang 2 zu Anlage 1 der Bundespflegesatzverordnung (LKA). Hier gelten entsprechend die Hinweise unter Teil I, Nr. 2.

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 § 3 Abs. 7 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 Satz 6 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 seit dem 01.01.2003 auch Bundeswehrkrankenhäuser und Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, soweit nicht die gesetzliche Unfallversicherung die Kosten trägt. Es handelt sich hierbei um eine Änderung im Hinblick auf die Einbeziehung der Bundeswehrkrankenhäuser und der Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung in das Fallpauschalensystem. Das KHEntgG gilt jedoch für Bundeswehrkrankenhäuser nur, soweit diese Zivilpatienten behandeln (§ 1 Abs. 2 Satz 1 KHEntgG). Danach ist der DRG-Systemzuschlag seit dem 01.01.2003 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 weiterhin nicht in den Anwendungsbereich des KHG fallen (z. B. Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug), besteht wie bisher keine Verpflichtung zur Abrechnung des DRG-Systemzuschlags.

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

1 Abgabe der Meldebögen mit Fristsetzung

Die Krankenhäuser melden die Ist-Fallzahlen des Jahres 2002 bis zum 15.03.2004. Aus Gründen der Vereinfachung wird den Krankenhäusern in 2004 erstmalig die Möglichkeit eingeräumt, die Meldung in Form eines PDF-Dokuments zu übermitteln. Dazu steht der Meldebogen im Downloadbereich zur Verfügung. Darüber hinausgehende 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 2002 enthalten. Fallzahlberichtigungen sollen rechtzeitig vor dem Fälligkeitstermin bei der InEK gGmbH eingehen. Das InEK stellt ein Meldeformular im Downloadbereich zur Verfügung.

3 Abrechnung des Systemzuschlags für Krankenhäuser mit Zulassung in 2004

Der zu überweisende Betrag ergibt sich vom Grundsatz her für das Jahr 2004 aus den Ist-Fallzahlen des abgelaufenen Geschäftsjahres (2002) gemäß L 1, Zeilen 13, 18 und 19 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (LKA) multipliziert mit dem Zuschlag gemäß § 5 Abs. 3 der Vereinbarung.

Krankenhäuser, die erst im Laufe des Jahres 2004 zur Krankenhausbehandlung nach § 108 SGB V zugelassen werden, überweisen erstmalig in 2005 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 2004

Die Krankenhäuser entrichten den DRG-Systemzuschlag auf Basis der Ist-Fallzahlen des Jahres 2002. Von dieser Regelung wird dann abgewichen, wenn Krankenhäuser wegen Betriebsschließung nur für einen unterjährigen Zeitraum in 2004 Zuschläge von den Kostenträgern vereinnahmt haben. Die Ist-Falldaten des Jahres 2002 werden dann anteilig entsprechend des Zeitraums der vereinnahmten Zuschläge in 2004 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 2002 anteilig umgelegt. Dabei werden volle Monate mit 30 Tagen angesetzt. Erfolgt die Schließung innerhalb eines laufenden Monats gilt die tagesbezogene kalendarische Zählweise.