

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

**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,  
Köln, den 20.01.2003

## Abkürzungsverzeichnis

Abb.	= Abbildung
Abs.	= Absatz
BMGS	= Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
bzw.	= beziehungsweise
DRG	= Diagnosis Related Groups
f.	= folgende
i.V.m.	= in Verbindung mit
Kap.	= Kapitel
KFPV	= Krankenhausfallpauschalenverordnung
KHEntgG	= Krankenhausentgeltgesetz
KHG	= Krankenhausfinanzierungsgesetz
OGVD	= obere Grenzverweildauer
UGVD	= untere Grenzverweildauer
VD	= Verweildauer
vgl.	= vergleiche

## **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 VD mit Abschlag

**Beispiel 7:** Abrechnung der Krankenhausleistung bei Verlegung

**Beispiel 8:** Berechnung der OGVD bei Wiederaufnahme wegen Komplikationen

## **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**

<b>1 Entgelte im G-DRG-System .....</b>	<b>5</b>
1.1 Entgelte in 2003.....	5
1.2 Weitere Entgelte ab 2004 und 2005.....	5
<b>2 Abrechnungsbestimmungen .....</b>	<b>6</b>
2.1 Einstufungstichtag .....	6
2.2 Jahresüberlieger .....	6
2.3 Belegungstage .....	7
2.4 Behandlungstage .....	8
2.5 Entgelte für vorstationäre Behandlungen .....	10
2.6 Entgelte für nachstationäre Behandlungen .....	10
2.7 Beurlaubung.....	11
Abrechnung: .....	11
2.8 Neugeborene .....	12
2.9 Fallzählung.....	13
2.9.1 Fallzählung bei Abrechnung von Fallpauschalen .....	13
2.9.2 Fallzählung bei Abrechnung tagesgleicher Pflegesätze (§ 9 Abs. 2 Nr. 2 KFPV i. V. m. Fußnoten 11 und 11a zur Anlage 1 der BPfIV).....	13
2.10 Obere Grenzverweildauer .....	14
2.11 Untere Grenzverweildauer .....	15
2.12 Verlegungen.....	16
2.12.1 Abschlagsregelungen bei Verlegungen .....	16
2.12.2 Verlegung innerhalb von 24 Stunden .....	17
2.12.3 Rückverlegung in das erste Krankenhaus .....	18
2.12.4 Verlegung innerhalb von 24 Stunden und Rückverlegung .....	19
2.12.5 Verbringung.....	20
2.12.6 Verlegungen zwischen Optionshäusern und Nicht-Optionshäusern.....	20
2.12.7 Verlegungen zwischen dem Geltungsbereich des Krankenhausentgelt- gesetzes und der Psychiatrie, Psychosomatik oder Psychotherapie .....	21
2.12.8 Verlegungen zwischen Haupt- und Belegabteilungen .....	21
2.12.9 Verlegungsfallpauschalen .....	21
2.12.10 Fahrkosten bei externer Verlegung .....	22
2.13 Wiederaufnahme wegen Komplikationen in dasselbe Krankenhaus .....	22
2.14 Zusatzentgelte.....	24
2.15 Abrechnungsbestimmungen für sonstige Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG...24	24
2.16 Sonstige Zuschläge.....	24
2.17 Begleitperson .....	24

## 1 Entgelte im G-DRG-System

### 1.1 Entgelte in 2003

- ◆ DRG-Fallpauschalen
- ◆ Zuschlag bei Überschreiten der OGVD
- ◆ Zuschlag nach Überschreiten der OGVD im Rahmen der Zusammenarbeit (€ 150,- pro Tag)
- ◆ Abschlag bei Nichterreichen der UGVD
- ◆ Abschlag bei Verlegungen
- ◆ Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen
- ◆ Zusatzentgelte für Blutgerinnungsfaktoren und Dialysebehandlungen
- ◆ Tagesgleiche Pflegesätze und Fallpauschalen nach § 6 Abs. 1 KHEntgG für Leistungen, die noch nicht durch die Fallpauschalen und Zusatzentgelte erfasst werden (nur bis Ende 2004)
- ◆ Qualitätssicherungszuschläge
- ◆ DRG-Systemzuschlag
- ◆ Investitionszuschläge für Krankenhäuser in den neuen Bundesländern

### 1.2 Weitere Entgelte ab 2004 und 2005

- ◆ Ausbildungszuschlag
- ◆ Zuschlag für Begleitpersonen
- ◆ Sicherstellungszuschlag
- ◆ Abschlag bei Nichtbeteiligung an der Notfallversorgung
- ◆ Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

## 2 Abrechnungsbestimmungen

### 2.1 Einstufungstichtag

Für Art und Höhe der abzurechnenden Fallpauschale oder des Zusatzentgeltes ist der Tag der Aufnahme in das Krankenhaus maßgeblich. 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. 5 KFPV).

### 2.2 Jahresüberlieger

DRG-Fallpauschalen sind nur für Aufnahmen ab dem 1. Januar 2003 abzurechnen. Bei Aufnahmen vor diesem Zeitpunkt sind die bisher geltenden Entgelte abzurechnen. Für den Fall, dass sich die Vereinbarung oder Genehmigung des Krankenhausbudgets und des krankenhausesindividuellen Basisfallwerts verzögert, gilt die Regelung für den entsprechend späteren Zeitpunkt (§ 1 Abs. 7 KFPV). Diese Regelung gilt auch für Überlieger zum Jahre 2004.

## 2.3 Belegungstage

Maßgeblich für die Ermittlung der VD 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 berücksichtigt<sup>1</sup>. Wird ein Patient am gleichen Tag aufgenommen und verlegt oder entlassen, gilt dieser Tag als Aufnahmetag (§ 1 Abs. 6 KFPV).

<b>Beispiel 1: Berechnung der OGVD mit vorstationärer Behandlung</b>				
DRG D09Z, vorstationäre Behandlungen am 02.01.03 und 04.01.03, stationäre Aufnahme 06.01.2003, Entlassung 23.01.2003, 1. Tag mit Zuschlag : 16				
Datum	Leistung	Behandlungstage <sup>2</sup>	Belegungstage	Abrechnung
1	2	3	4	5
02.01.03	Vorstationäre Behandlung	1		
03.01.03				
04.01.03	Vorstationäre Behandlung	2		
05.01.03				
06.01.03	Aufnahme HNO	3	1	
07.01.03	HNO	4	2	
.....	HNO			
17.01.03	HNO	14	12	
18.01.03	HNO	15	13	
19.01.03	HNO	16	14	
20.01.03	HNO	17	15	D09Z
21.01.03	HNO	18	16	Entgelt ab OGVD
22.01.03	HNO	19	17	Entgelt ab OGVD
23.01.03	Entlassung			

<sup>1</sup> Ausnahme: Prüfung, ob nachstationäre Behandlungen neben einer Fallpauschale abgerechnet werden können (vgl. Kapitel 2.4) und Wiederaufnahme wegen Komplikationen (vgl. Kapitel 2.13)

<sup>2</sup> Dient nur zur Prüfung der Abrechenbarkeit nachstationärer Pauschalen.

**Abrechnung:**

Bei Entlassung am 23.01.2003 ist für zwei Tage ein Entgelt nach Überschreiten der OGVD abzurechnen.

Da nur die stationären Belegungstage gezählt werden, wäre bei Entlassung am 21.01.2003 die OGVD noch nicht überschritten, weil der Entlassungstag nicht mitgezählt wird.

**2.4 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)<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Ausnahme: Wiederaufnahme wegen Komplikationen (vgl. Kapitel 2.13)



## Abrechnungsbestimmungen nach dem KHEntgG und der KFPV

<b>Beispiel 2: Berechnung der OGVD mit vor- und nachstationärer Behandlung</b>				
DRG D09Z, vorstationäre Behandlungen am 02.01.03 und 04.01.03, stationäre Aufnahme 06.01.2003, Entlassung 20.01.2003, nachstationäre Behandlung am 21.01.2003 und 23.01.2003, 1. Tag mit Zuschlag: 16				
Datum	Leistung	Behandlungstage <sup>4</sup>	Belegungstage	Abrechnung
1	2	3	4	5
02.01.03	Vorstationäre Behandlung	1		
03.01.03				
04.01.03	Vorstationäre Behandlung	2		
05.01.03				
06.01.03	Aufnahme HNO	3	1	
07.01.03	HNO	4	2	
.....	HNO			
17.01.03	HNO	14	12	
18.01.03	HNO	15	13	
19.01.03	HNO	16	14	D09Z
20.01.03	Entlassung			
21.01.03	Nachstationäre Behandlung	17		Nachstationäre Pauschale
22.01.03				
23.01.03	Nachstationäre Behandlung	18		Nachstationäre Pauschale

### Abrechnung:

Die Summe der vor- und nachstationären Behandlungstage und der Belegungstage überschreitet mit der nachstationären Behandlung am 21.01.03 die OGVD der DRG-Fallpauschale. Daher sind nachstationäre Behandlungen ab diesem Tag abzurechnen. Ein Entgelt ab Überschreiten der OGVD würde erst bei Entlassung am 22.01.03 abgerechnet, da erst dann die VD von 16 Tagen erreicht wäre.

<sup>4</sup> Dient nur zur Prüfung der Abrechenbarkeit nachstationärer Pauschalen.

## **2.5 Entgelte für vorstationäre Behandlungen**

Eine vorstationäre Behandlung ist neben der DRG-Fallpauschale nicht gesondert berechenbar. 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.

## **2.6 Entgelte für nachstationäre Behandlungen**

Eine nachstationäre Behandlung kann neben einer DRG-Fallpauschale nur abgerechnet werden, sofern die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die OGVD der Fallpauschale übersteigt (§ 8 Abs. 2 Nr. 4 KHEntgG; vgl. Beispiel 3). Hier werden die entsprechenden Pauschalen für nachstationäre Behandlungen nach der „Gemeinsamen Empfehlung über die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115a Abs. 3 SGB V“ abgerechnet.

## 2.7 Beurlaubung

Wird ein Patient beurlaubt, ist dies im Falle der Überschreitung der OGVD auf der Rechnung auszuweisen (§ 8 Abs. 5 KHEntgG). Reine Urlaubstage fließen nicht in die Grenzverweildauer-Berechnung ein.

<b>Beispiel 3: Berechnung der OGVD bei Beurlaubung</b>			
DRG E62C, Aufnahme 02.01.2003, Entlassung 26.01.2003, 1. Tag mit Zuschlag: 21			
<b>Datum</b>	<b>Leistung</b>	<b>Belegungstage</b>	<b>Abrechnung</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
02.01.03	Aufnahme Innere	1	
03.01.03	Innere	2	
...	...	...	
15.01.03	Urlaubsantritt	14	
16.01.03	Urlaub		
17.01.03	Urlaubsende	15	
18.01.03	Innere	16	
19.01.03	Innere	17	
20.01.03	Innere	18	
21.01.03	Innere	19	
22.01.03	Innere	20	E62C
23.01.03	Innere	21	Entgelt ab OGVD
24.01.03	Innere	22	Entgelt ab OGVD
25.01.03	Innere	23	Entgelt ab OGVD
26.01.03	Entlassung		

### Abrechnung:

Die DRG E62C kann einmal abgerechnet werden. Der reine Urlaubstag wird in die Grenzverweildauer-Berechnung nicht einbezogen. Eine Überschreitung der OGVD liegt ab dem 23.01.03 vor. Ab diesem Tag können zusätzlich zu der Fallpauschale die Entgelte nach Überschreiten der OGVD abgerechnet werden.

## 2.8 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 abzurechnen. Im Fallpauschalen-Katalog ist für die DRG P01Z, P60A und P60B eine Mindestverweildauer von 24 Stunden ab Entbindung für die Fallpauschale vorgegeben. Wird diese nicht erreicht, ist die Versorgung des Neugeborenen mit dem Entgelt für die Mutter abgegolten (§ 1 Abs. 4 KFPV). Diese Mindestverweildauer darf nicht mit der UGVD nach § 1 Abs. 2 Satz 2 KFPV verwechselt werden, bei deren Nichterreichen ein Abschlag von der Fallpauschale zu erheben ist. Werden Mutter und Kind gemeinsam entlassen oder extern verlegt, wird die Fallpauschale für das Neugeborene zusammen mit dem Entgelt für die Versorgung der Mutter in Rechnung gestellt. Leistungsrechtlich ist die Versorgung des Kindes dann der Krankenkasse der Mutter zuzuordnen. Werden Mutter und Neugeborenes an unterschiedlichen Tagen entlassen, wird die Fallpauschale für das Neugeborene der Krankenkasse in Rechnung gestellt, bei der das Kind versichert ist. Damit entfällt die bisherige Unterscheidung in krankes und gesundes Neugeborenes.

<b>Beispiel 4: Externe Verlegung eines Neugeborenen</b>					
DRG O60D und DRG P01Z, Entbindung 02.01.2003, Verlegung des Neugeborenen am 03.01.03, Entlassung der Mutter am 06.01.2003					
<b>Datum</b>	<b>Leistung</b>	<b>Belegungstage Mutter</b>	<b>Belegungstage Kind</b>	<b>Abrechnung Mutter</b>	<b>Abrechnung Kind</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
02.01.03	Entbindung	1	1		DRG P01Z
03.01.03	Externe Verlegung des Neugeborenen > 24 Stunden	2			
04.01.03	Geburtshilfe	3			
05.01.03	Geburtshilfe	4		DRG O60D	
06.01.03	Entlassung der Mutter				

### Abrechnung und Fallzählung:

Da das Neugeborene die Mindestverweildauer von 24 Stunden erreicht hat, wird für es die DRG P01Z abgerechnet. Für das Neugeborene wird ein eigener Fall gezählt. Dieser wird über die Krankenkasse abgerechnet, über die das Kind versichert ist, weil Mutter und Kind nicht gemeinsam entlassen wurden.

## 2.9 Fallzählung

### 2.9.1 Fallzählung bei Abrechnung von Fallpauschalen

Jede abgerechnete DRG-Fallpauschale zählt als ein Fall. Dies gilt auch für

- Neugeborene (Ausnahme: Nichterreichen der Mindestverweildauer, vgl. Kap. 2.8),
- voll- und teilstationäre Fallpauschalen, die mit nur einem Belegungstag ausgewiesen sind und
- fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG.

Fälle mit nur vorstationärer Behandlung werden nicht als Fall gezählt.

Bei Wiederaufnahmen wegen Komplikationen in dasselbe Krankenhaus und bei Rückverlegungen mit Fallzusammenführung nach externer Verlegung erfolgt keine neue Fallzählung.

### 2.9.2 Fallzählung bei Abrechnung tagesgleicher Pflegesätze (§ 9 Abs. 2 Nr. 2 KFPV i. V. m. Fußnoten 11 und 11a zur Anlage 1 der BPfIV)

a) Vollstationäre Behandlung:

Jeweils als ein Fall werden folgende Leistungsverläufe gezählt:

- Behandlungen mit internen Verlegungen (Ausnahme: interne Verlegung mit Wechsel des Rechtsbereichs vgl. Kap. 2.12.7),
- Unterbrechung der Behandlung durch Beurlaubung,
- Wiederaufnahme, wenn nur ein Wochenende zwischen ihr und der Entlassung liegt,
- Kombination von voll- und teilstationärer Behandlung,
- Kombination von vor-, voll- und nachstationärer Behandlung.

b) Teilstationäre Behandlung:

Patienten, die wegen derselben Erkrankung regelmäßig oder mehrfach behandelt werden, werden je Quartal als ein Fall gezählt.

## 2.10 Obere Grenzverweildauer

Für die meisten DRG-Fallpauschalen ist eine OGVD berechnet worden. Im Fallpauschalen-Katalog ist der erste mit einem Zuschlag abzurechnende Tag (Wert der OGVD + 1) ausgewiesen. Ist die VD des Patienten länger als die OGVD, wird für den im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesenen Tag und jeden weiteren Belegungstag ein belegungsstagesbezogenes Entgelt abgerechnet.

<b>Beispiel 5: Berechnung der OGVD ohne vorstationäre Behandlung</b>			
DRG E62C, Aufnahme 02.01.2003, Entlassung 26.01.2003, erster Tag mit Zuschlag: 21			
Datum	Leistung	Belegungstage	Abrechnung
1	2	3	4
02.01.03	Aufnahme Innere	1	
03.01.03	Innere	2	
...	...	...	
20.01.03	Innere	19	
21.01.03	Innere	20	E62C
22.01.03	Innere	21	Entgelt ab OGVD
23.01.03	Innere	22	Entgelt ab OGVD
24.01.03	Innere	23	Entgelt ab OGVD
25.01.03	Innere	24	Entgelt ab OGVD
26.01.03	Entlassung		

### Berechnung:

tatsächliche VD – ( 1. Zuschlagstag – 1 ) = Zahl der Zuschlagstage

$$24 \quad - \quad ( 21 \quad - \quad 1 ) = 4$$

Zum gleichen Ergebnis führt ein vom BMGS vorgeschlagener Rechenweg.

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

## 2.11 Untere Grenzverweildauer

Für die meisten DRG-Fallpauschalen ist eine UGVD berechnet worden. Im Fallpauschalen-Katalog ist der erste Tag mit Abschlag (Wert der UGVD minus 1) ausgewiesen. Ist der Patient bis zu diesem Tag oder kürzer im Krankenhaus, so ist pro Tag ein Abschlag von der Fallpauschale vorzunehmen.

<b>Beispiel 6: Abrechnung der Krankenhausleistung bei kurzer VD mit Abschlag</b>			
B70A, Aufnahme 02.01.2003, Entlassung 05.01.2003, erster Tag mit Abschlag : 4			
Datum	Leistung	Belegungs- tage	Abrechnung
1	2	3	4
02.01.03	Aufnahme Innere	1	
03.01.03	Innere	2	
04.01.03	Innere	3	
05.01.02	Entlassung		B70A ./ 2 Tage Abschlag

### Berechnung:

$( 1. \text{ Abschlagstag} + 1 ) - \text{tatsächliche VD} = \text{Zahl der Abschlagstage}$ $( 4 + 1 ) - 3 = 2$
--

Zum gleichen Ergebnis führt ein vom BMGS vorgeschlagener Rechenweg.

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

## 2.12 Verlegungen

### 2.12.1 Abschlagsregelungen bei Verlegungen

Wird ein Patient extern zwischen zwei Krankenhäusern verlegt, rechnet jedes Krankenhaus eine eigene Fallpauschale ab (§ 1 Abs. 1 KFPV). Wird die mittlere VD einer DRG-Fallpauschale unterschritten, ist im Verlegungsfalle ein Abschlag vorzunehmen. Dies betrifft sowohl die DRG-Fallpauschale des verlegenden als auch die des aufnehmenden Krankenhauses (§ 2 Abs. 1f KFPV). Ziel ist es, ökonomisch motivierte Verlegungen zu vermeiden. Eine Verlegung liegt auch vor, wenn zwischen der Entlassung aus einem Krankenhaus und der Aufnahme in ein anderes Krankenhaus nicht mehr als 24 Stunden vergangen sind. Die Regelungen bezüglich der Verlegungen gelten entsprechend für Verlegungen in oder aus ausländischen Krankenhäusern.

<b>Beispiel 7: Abrechnung der Krankenhausleistung bei Verlegung</b>			
DRG D09Z, stationäre Aufnahme 02.01.2003, Verlegung 05.01.2003, mittlere VD 4 Tage.			
Datum	Leistung	Belegungstage	Abrechnung
1	2	3	4
02.01.03	Stationäre Aufnahme	1	
03.01.03		2	
04.01.03		3	
05.01.03	Verlegung		DRG D09Z ./ 1 Tag Abschlag

#### Berechnung:

( mittlere VD – tatsächliche VD) = Zahl der Abschlagstage

( 4 – 3 ) = 1

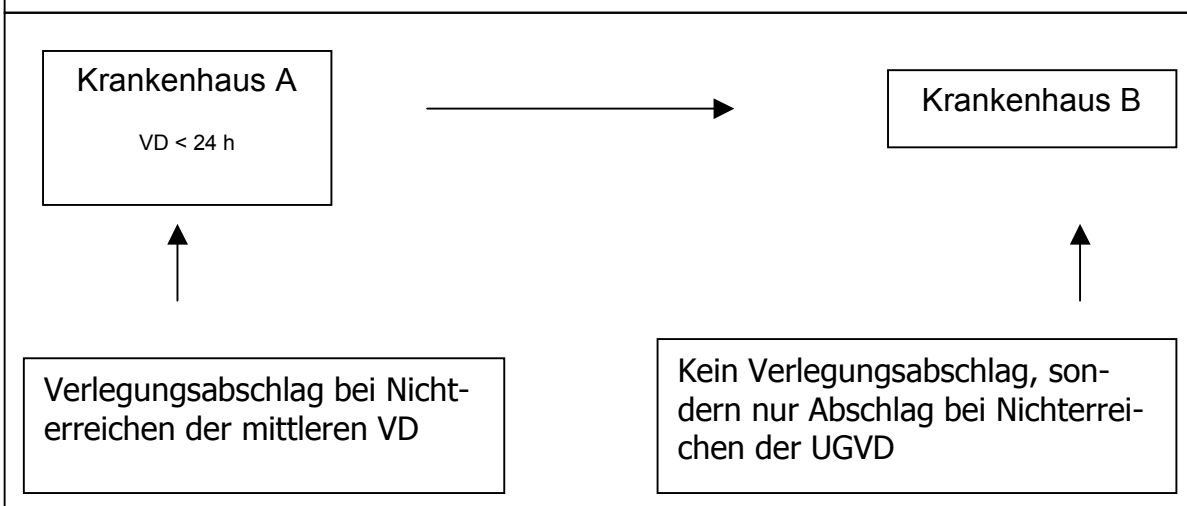
Im Fallpauschalenkatalog ist je Fallpauschale die Bewertungsrelation pro Tag für die Ermittlung der Abschläge bei Verlegungen ausgewiesen. Der Abschlag wird ermittelt, indem diese Bewertungsrelation mit dem krankenhausesindividuellen Basisfallwert multipliziert wird.



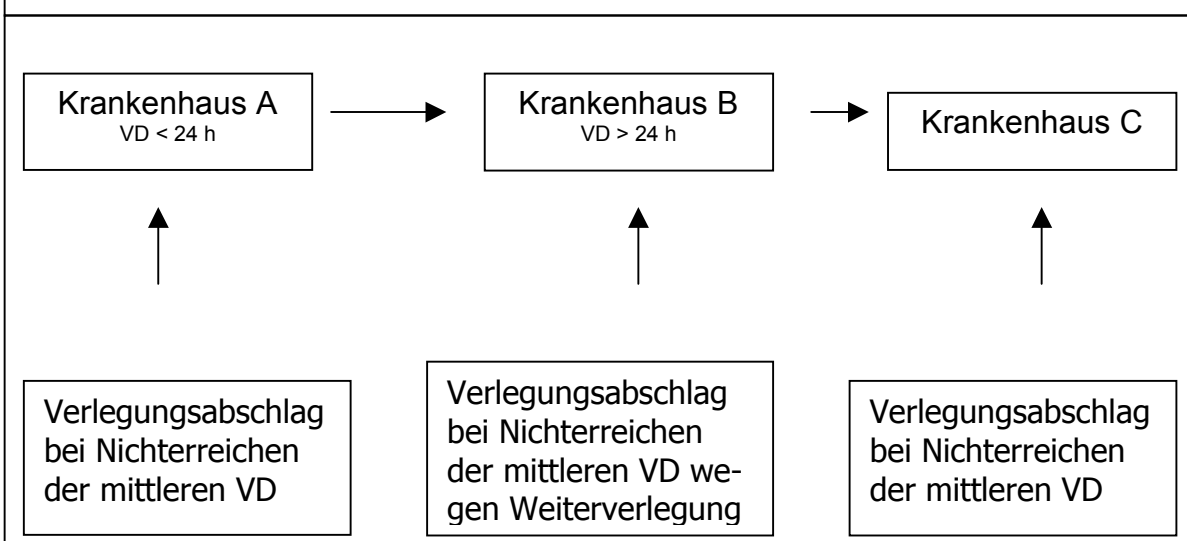
### 2.12.2 Verlegung innerhalb von 24 Stunden

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 § 2 Abs. 2 KFPV nicht als Verlegungsfall betrachtet, sondern wie eine Erstaufnahme. Ist der Aufenthalt des Patienten im aufnehmenden Krankenhaus jedoch kürzer als die UGVD (vgl. Abb. 1) oder wird der Patient vor Erreichen der mittleren VD weiter verlegt (vgl. Abb. 2), werden die entsprechenden Abschläge von der DRG-Fallpauschale abgezogen (§ 2 Abs 2 KFPV).

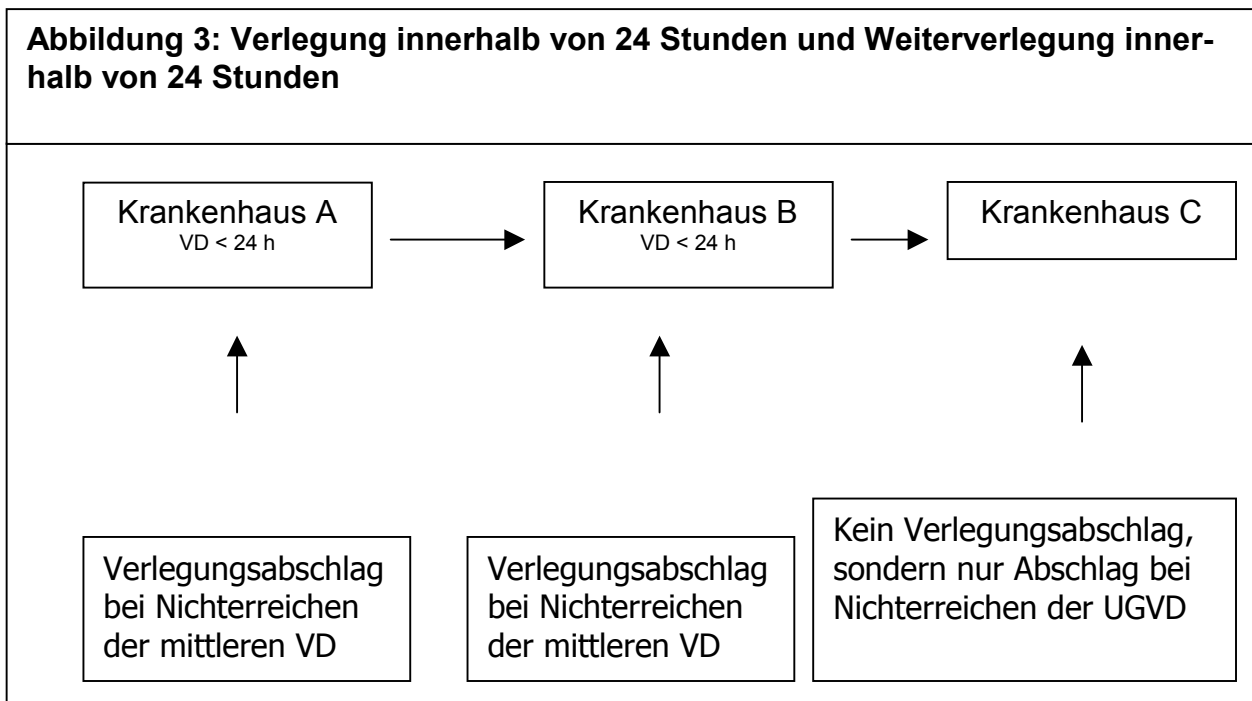
**Abbildung 1: Verlegung innerhalb von 24 Stunden ohne Weiterverlegung**



**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 (§ 2 Abs. 1 KFPV); für das zweite Krankenhaus gilt ebenfalls die Regelung für Verlegungsabschläge (§ 2 Abs. 2 Satz 2 2. Halbsatz KFPV). Das dritte Krankenhaus muss in diesem Fall keinen Verlegungsabschlag berechnen, sondern gegebenenfalls den Abschlag bei Nichterreichen der UGVD.



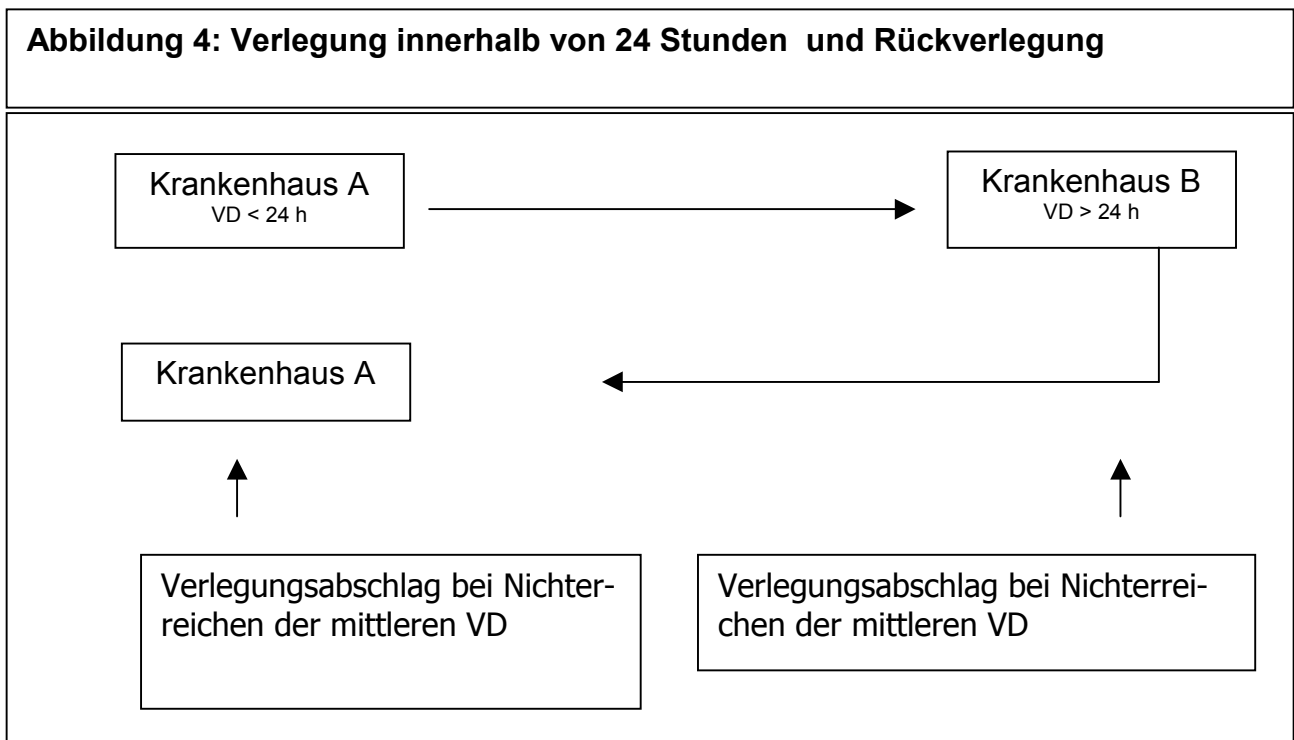
### 2.12.3 Rückverlegung in das erste Krankenhaus

Wird ein Patient in ein Krankenhaus zurück verlegt, in dem er zuvor bereits behandelt worden ist, ist der gesamte Aufenthalt in diesem Krankenhaus als ein Fall zu betrachten. Die Gruppierung erfolgt anhand der Daten aus beiden Aufenthalten. Für Art und Höhe der DRG-Fallpauschale ist das Aufnahmedatum des ersten Aufenthaltes maßgeblich. Für die Berechnung der Verweildauer werden die Belegungstage von beiden Aufenthalten berücksichtigt; die Verlegungs- und Entlassungstage werden in keinem Fall gezählt. Wird die mittlere VD nicht erreicht, ist ein Abschlag vorzunehmen. Wird die OGVD überschritten, werden die entsprechenden Entgelte zusätzlich abgerechnet. Bereits erstellte Rechnungen sind zu stornieren.

In wenigen Ausnahmefällen ist eine Neueinstufung nicht möglich, d. h. es ergibt sich keine gemeinsame DRG für beide Aufenthalte. In diesem Fall werden beide Fälle getrennt abgerechnet.

#### 2.12.4 Verlegung innerhalb von 24 Stunden und Rückverlegung

Hier gelten für das mittlere Krankenhaus analog die Regelungen zu Kap. 2.12.3. Wird ein Patient innerhalb von 24 Stunden aus einem Krankenhaus verlegt und wieder in dieses Krankenhaus zurück verlegt, müssen beide Krankenhäuser bei Nichterreichen der mittleren VD einen Verlegungsabschlag berechnen (§ 2 Abs. 1 und 2 KFPV).



### **2.12.5 Verbringung**

Sofern eine Rückverlegung innerhalb von 24 Stunden erfolgt, ist grundsätzlich von einer Verbringung auszugehen. 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 zustande. Fahrkosten werden im Rahmen einer Verbringung nicht separat vergütet.

### **2.12.6 Verlegungen zwischen Optionshäusern und Nicht-Optionshäusern**

Wird ein Patient zwischen einem Optionshaus und einem Nicht-Optionshaus verlegt, gelten für das Optionshaus die allgemeinen Abschlagsregelungen bei Verlegungen. Eine Ausnahme stellt die Verlegung von einem Nicht-Optionshaus in ein Optionshaus im Rahmen einer Zusammenarbeit dar. Sofern die beteiligten Krankenhäuser im Jahr 2002 gemäß § 14 Abs. 11 BpflV zusammen gearbeitet haben, kann das aufnehmende Krankenhaus keine DRG-Fallpauschale abrechnen. Vielmehr erhält es vom verlegenden Krankenhaus einen Teil des Erlöses für die Fallpauschalenleistung. Überschreitet der Patient im aufnehmenden Krankenhaus die OGVD, rechnet dieses Krankenhaus ab dem Tag der Überschreitung für jeden Belegungstag € 150,- ab.

Da die bisherige A-Fallpauschale Voraussetzung für die Abrechenbarkeit einer B-Fallpauschale ist, kann die B-Fallpauschale nicht abgerechnet werden, wenn aus einem Optionshaus verlegt wurde. Stattdessen werden tagesgleiche Pflegesätze abgerechnet.

Wird ein Patient nach Abrechnung einer A-Fallpauschale aus einem Nicht-Optionshaus in ein Optionshaus verlegt, rechnet das Optionshaus eine DRG-Fallpauschale und keine B-Fallpauschale ab.

### **2.12.7 Verlegungen zwischen dem Geltungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes und der Psychiatrie, Psychosomatik oder Psychotherapie**

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 des Krankenhausentgeltgesetzes und einer psychiatrischen oder psychosomatischen beziehungsweise psychotherapeutischen Abteilung 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.

### **2.12.8 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 Hauptabteilung abgerechnet (§ 1 Abs. 3 KFPV).

### **2.12.9 Verlegungsfallpauschalen**

Fallpauschalen, die im Fallpauschalen-Katalog als Verlegungsfallpauschalen gekennzeichnet sind, werden bei Unterschreitung der mittleren VD nicht gekürzt (§ 1 Abs. 1 KFPV). Für Verlegungsfallpauschalen wurde auch keine UGVD festgelegt, so dass sie grundsätzlich vollständig abgerechnet werden (Voraussetzung: die in der Beschreibung der DRG-Fallpauschalen verlangte Mindestverweildauer wurde erreicht; dies betrifft die DRG P01Z, P60A, P60B, vgl. Kap. 2.8 Neugeborene).

### **2.12.10 Fahrkosten bei externer Verlegung**

Laut § 60 Abs. 2 Nr. 1 SGB V übernimmt die Krankenkasse die entstehenden Fahrkosten bei Leistungen, die stationär erbracht werden. Bei der Abrechnung von Fallpauschalen zahlt die Krankenkasse die Fahrkosten in ein nachsorgendes Krankenhaus nur in Notfällen und bei einer mit Einwilligung der Krankenkasse erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus. Laut Begründung wollte der Gesetzgeber sicherstellen, dass eine Verlegung, die auch aus wirtschaftlichem Interesse der beteiligten Krankenhäuser erfolgt, nicht zu einer zusätzlichen Belastung der Krankenkassen mit Fahrkosten führt.

### **2.13 Wiederaufnahme wegen Komplikationen in dasselbe Krankenhaus**

Wird ein Patient wegen Komplikationen wieder in dasselbe Krankenhaus aufgenommen, für den zuvor eine DRG-Fallpauschale berechnet wurde, darf für die Kalendertage innerhalb der OGVD dieser DRG-Fallpauschale kein zusätzliches Entgelt berechnet werden (§ 8 Abs. 5 KHEntgG). Davon sind die Zusatzentgelte für Dialysebehandlungen und Blutgerinnungsfaktoren ausgenommen. Nach Überschreiten der OGVD werden belegungstagsbezogene Entgelte abgerechnet, die sich aus der Höhe der zuerst abgerechneten DRG-Fallpauschale ergeben.

Die erste stationäre Behandlung endet mit Abschluss der nachstationären Behandlung. Für die Ermittlung der Grenzverweildauer sind bis zum Zeitpunkt des Abschlusses der ersten stationären Behandlung (letzter Tag der nachstationären Behandlung) die Behandlungstage und ab diesem Tag die Kalendertage zur Grenzverweildauerermittlung heranzuziehen.

## Abrechnungsbestimmungen nach dem KHEntgG und der KFPV

### Beispiel 8: Berechnung der OGVD bei Wiederaufnahme wegen Komplikationen

DRG B08B, vorstationäre Behandlungen am 01.07.03 und 03.07.03, stationäre Aufnahme 05.07.2003, Entlassung 13.07.2003, nachstationäre Behandlung 16.07.03 und 18.07.03, Wiederaufnahme 20.07.03, Entlassung 29.07.03, erster Tag mit zusätzlichem Entgelt: 20

Datum	Leistung	Berechnung der OGVD	Ergebnis
1	2	3	4
01.07.03	vorstationäre Behandlung		
02.07.03			
03.07.03	vorstationäre Behandlung		
04.07.03			
05.07.03	Aufnahme Chirurgie	1	
06.07.03	Chirurgie, Operation	2	
07.07.03	Chirurgie	3	
...	...	...	
12.07.03	Chirurgie	8	DRG B08B
13.07.03	Entlassung		
14.07.03			
15.07.03			
16.07.03	nachstationäre Behandlung	9	
17.07.03			
18.07.03	nachstationäre Behandlung	10	
19.07.03		11	
20.07.03	Wiederaufnahme Chirurgie	12	
21.07.03	Chirurgie	13	
22.07.03	Chirurgie	14	
23.07.03	Chirurgie	15	
24.07.03	Chirurgie	16	
25.07.03	Chirurgie	17	
26.07.03	Chirurgie	18	
27.07.03	Chirurgie	19	OGVD
28.07.03	Chirurgie	20	Entgelt ab OGVD
29.07.03	Entlassung		

## **2.14 Zusatzentgelte**

Zusatzentgelte werden zusätzlich zu einer DRG-Fallpauschale berechnet. Zusatzentgelte für Bluterpräparate können für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren abgerechnet werden. Zusatzentgelte für Dialyse können zusätzlich zu einer DRG-Fallpauschale abgerechnet werden, wenn die Behandlung des Nierenversagens nicht die Hauptleistung ist; so ist z.B. zu den DRG L60A, L60B, L60C (Niereninsuffizienz) und L61Z (stationäre Dialyse) die Abrechnung eines Zusatzentgeltes für Dialyse nicht sachgerecht. Gemäß § 4 KFPV sind die Zusatzentgelte in Höhe der für das Jahr 2002 festgelegten oder vereinbarten Entgelte abzurechnen.

## **2.15 Abrechnungsbestimmungen für sonstige Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG**

Vom DRG- Katalog und den genannten Zusatzentgelten sind nicht alle Leistungen erfasst worden. Für die nicht erfassten Leistungen müssen krankenhausesindividuelle fall- oder tagesbezogene Entgelte vereinbart werden. Dazu zählen insbesondere die Leistungen der Anlage 2 zur KFPV. Gemäß § 8 KFPV haben diese Vereinbarungen auch die übrigen Regelungen des DRG-Katalogs zu enthalten. Daher sind bei der Abrechnung von Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG die krankenhausesindividuellen Vereinbarungen zu berücksichtigen.

## **2.16 Sonstige Zuschläge**

Hinsichtlich der Zuschläge für Qualitätssicherung, des DRG-Systemzuschlages und der Investitionszuschläge für Krankenhäuser in den neuen Bundesländern wird auf die entsprechenden Hinweise der Spitzenverbände der Krankenkassen verwiesen.

## **2.17 Begleitperson**

Die Abrechnung eines zusätzlichen Entgeltes für die medizinisch notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson ist unzulässig.