

Sehr geehrte Damen und Herren,

in den letzten Wochen wurden von einzelnen Softwareherstellern Fragen zur Abrechnungssystematik im Optionsjahr 2003 an uns herangetragen. Im folgenden finden Sie die aus den verschiedenen E-Mails zusammenkopierten Anfragen und jeweils stichpunktartige Kurzantworten des BMGS.

Bitte beachten Sie, dass es sich nicht um rechtsverbindliche Auskünfte handelt, sondern um kurzfristig abgerufene Hilfestellungen und Erläuterungen aus unserer Sicht, die das Verständnis der Abrechnungsregeln erleichtern sollen.

Mit freundlichen Grüßen

Karl Heinz Tuschen
Leiter des Referats 216
"Wirtschaftliche Fragen der Krankenhäuser"
Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
Am Propsthof 78a
53121 Bonn

Tel.: 0228 / 941 - 2160

Fax: 0228 / 941 - 4921

1. Frage: Wiederaufnahme bei Komplikationen

Interpretationen zur Konstellation 'Wiederaufnahme bei Komplikationen' und den entsprechenden Verfahrensweisen hinsichtlich der Abrechnung dieser Fälle im Rahmen des Optionsmodell

Bisher sind wir von folgenden Konstellationen ausgegangen:

Wird der Patient innerhalb der Kalendertage bis zur oberen Grenzverweildauer wegen einer Komplikation, die im Zusammenhang mit dem ursprünglichen Aufnahmearnass bzw. eines in diesem Zusammenhang vorgenommenen Eingriffs steht (z.B. erster Aufenthalt wegen Coxarthrose mit nachfolgender TEP, Wiederaufnahme wegen Wundheilungsstörung) wieder in das Krankenhaus aufgenommen, ist für die Tage bis zum Erreichen der oberen Grenzverweildauer die Fallpauschale nicht erneut abrechenbar.

Steht die erneute Aufnahme nicht im Zusammenhang mit der ersten Aufnahme (z.B. erster Aufenthalt wegen Appendizits, erneute Aufnahme wg. Schädel-Hirn-Trauma nach Verkehrsunfall) ist eine Fallpauschale für den 'zweiten' Aufenthalt abrechenbar, auch wenn die Wiederaufnahme innerhalb der Kalendertage bis zum Erreichen der oberen Grenzverweildauer der für den ersten Aufenthalt abgerechneten Fallpauschale erfolgt.

Neu ist für uns die Interpretation, dass in bestimmten Fällen eine Neueinstufung auf der Basis der Daten beider Aufenthalte analog zur Rückverlegungsregelung nach § 2 KFPV erfolgen soll.

Antwort BMGS:

§ 8 Abs. 5 KHEntgG zur Wiederaufnahme bei Komplikationen ist geschrieben worden für den nach Hause "entlassenen" Patienten. Wird dieser wieder innerhalb der "Kalendertage" aufgenommen, die noch innerhalb der Grenzverweildauer liegen, so kann die FP nicht erneut berechnet werden. Dies gilt nur wenn er in Folge "der Komplikation" aufgenommen wird. D. h. die Komplikation muss im Zusammenhang mit der ursprünglich erbrachten Krankheit stehen! Die Regel ist nicht anwendbar, wenn der Patient wegen einer anderen Erkrankung in das Krankenhaus aufgenommen werden muss; dann entsteht ein neuer Fall mit neuer DRG-Abrechnungsmöglichkeit.

Die Regelung der KFPV zur "Rückverlegung" erfasst den "verlegten" Patienten, unabhängig von Komplikationen.

Beide Fälle können deshalb m. E. einwandfrei getrennt werden, je nach dem, ob der Patient bei seinem ersten Aufenthalt vom Krankenhaus entlassen oder ob er verlegt wurde.

2. Frage: Abschläge bei Verlegungen nach § 2 Abs. 2 KFPV

a) *Muss ein verlegendes Krankenhaus einen Verlegungsabschlag zahlen, wenn die Verweildauer des Versicherten kleiner als 24 Stunden ist oder ist hier ein Abschlag bei Nichterreichen der unteren Grenzverweildauer fällig oder sogar beides oder welche Vergütung kann dieses sonst beanspruchen?*

Antwort BMGS:

Es ist bei den Abrechnungsregeln streng zu unterscheiden zwischen "entlassenen" und "verlegten" Patienten. Bei entlassenen Patienten ist die untere GVD anzuwenden. Bei verlegten Patienten ist der Verlegungsabschlag anzuwenden, und zwar auch dann, wenn die Verweildauer beim abgebenden Khs unter 24 Std. beträgt. Siehe unsere Klarstellung dazu auf der InEK-Homepage (Optionsmodell 2003).

b) *Muss das aufnehmende Krankenhaus in diesem Fall einen Verlegungsabschlag abziehen oder erhält dieses die volle Fallpauschale? (Nach unserem bisherigen Verständnis muss es keinen V-Abschlag abziehen, wenn es nicht selbst wieder weiterverlegt)*

Antwort BMGS:

So ist es. Keinen Verlegungsabschlag bei Aufnahme von Verlegungsfällen, die im abgebenden Khs weniger als 24 Std. behandelt wurden. Aber Verlegungsabschlag, wenn das Khs den Patienten selbst weiterverlegt und die Verweildauer kürzer als die mittlere VD ist.

c) *Wie erfährt das aufnehmende Krankenhaus die Verweildauer des verlegenden (also ob <24h oder nicht)?*

Antwort BMGS:

Müssen die Krankenhäuser untereinander ausmachen. Z. B. Begleitpapiere des Patienten bei Verlegung.

3. Frage: Rückverlegungen

a) *Unter welchen Bedingungen kann man von einer Rückverlegung nach § 2 Abs. 3 KFPV (KH: A(1)->B->A(2)) reden, welche Verlegungs-/Entlassungsgründe sind für eine Rückverlegung relevant?*

Antwort BMGS:

Bitte streng die Begriffe auseinanderhalten: Bei einer Rückverlegung kann es sich nur um eine "Verlegung" handeln. Ansonsten ist eine Rückverlegung immer gegeben, wenn der Patient aus dem 1. Khs in das 2. Khs verlegt wurde und anschließend zurückverlegt wird.

b) *Gilt die Fallzusammenfassung nur bei externer Rückverlegung oder werden auch interne Verlegungen, bspw. in eine psychiatrische Abteilung und wieder zurück als Rückverlegung bewertet?*

Antwort BMGS:

Interne Verlegungen sind keine Verlegungen i. S. der FP-Vergütung. Für die interne Verlegung zwischen DRG-Bereich und BPfIV-Bereich (Psychiatrie) gilt im Falle der Rückverlegung § 3 Abs. 3 Satz 2 KFPV: Es ist die Rückverlegungsregel nach § 2 Abs. 3 entsprechend anzuwenden.

c) *Werden die Entlassungsgründe*

- *Entlassung in Rehabilitationseinrichtung*
- *Entlassung in Pflegeeinrichtung*
- *Entlassung in Hospiz*

bei einer Rückverlegung mit berücksichtigt?

Antwort BMGS:

Siehe oben. Bitte die Begriffe streng anwenden. Bei den von Ihnen genannten Vorgängen handelt es sich immer um "Entlassungen" aus dem Krankenhausbereich.

"Verlegungen" können nur bei Verlegungen in andere Krankenhäuser auftreten (KHG-Bereich). Verlegungen sind in § 1 Abs. 1 Satz 4 KFPV definiert!

In den von Ihnen aufgeführten Entlassungsfällen ist die Vorgabe zu "Rückverlegungen" somit nicht anwendbar.

d) *Im Hinblick auf die Rückverlegungen in den Geltungsbereich des KHEntgG sind u.a. folgende Konstellationen denkbar.*

Beispiel 1:

Aufenthalt 1: Entgelt nach §6 Abs. 1

Aufenthalt 2: DRG-Fallpauschale

Berechnung: Entgelt nach § 6 Abs. 1 und DRG-Fallpauschale für Aufenthalt 2

Beispiel 2:

Aufenthalt 1: DRG-Fallpauschale

Aufenthalt 2: Entgelt nach §6 Abs.1

Berechnung: DRG-Fallpauschale + Entgelt nach §6 Abs. 1 für Aufenthalt 2

Beispiel 3:

Aufenthalt 1: Entgelt nach §6 Abs. 1

Aufenthalt 2: Entgelt nach § 6 Abs. 1

Berechnung: Entgelt nach § 6 Abs. 1 für Aufenthalt 1 + Entgelt nach § 6 Abs. 1 für Aufenthalt 2?

Inwieweit sind die genannten Fallberechnungen von ihrer Systematik her korrekt?

Antwort BMGS:

Meinen Sie den Fall, dass ein Patient beim 1. Aufenthalt in einem DRG-Krankenhaus liegt, dann in ein anderes BPfIV-Krankenhaus (Psychiatrie) verlegt wird und anschließend zum 2. Aufenthalt in das DRG-Krankenhaus zurückverlegt wird?

Für diesen Fall halte ich Ihre Aussagen für richtig. Die Regel zur Neueinstufung nach § 2 Abs. 3 KFPV wegen "Rückverlegung" ist nach § 3 Abs. 2 Satz 1 KFPV nicht anwendbar (§ 2 Abs. 3 nicht genannt). Dies bedeutet, dass für beide Aufenthalte auch jeweils eine DRG abgerechnet werden könnte, allerdings mit ggf. entsprechenden Verlegungsabschlägen.

Findet die Verlegung zwischen BPfIV und DRG-Bereich innerhalb eines Krankenhauses statt (interne Rückverlegung), ist nach § 3 Abs. 3 Satz 2 KFPV die Regelung zur Rückverlegung anzuwenden und eine Neueinstufung vorzunehmen.

4. Frage: Überlieger und Rückverlegung

In § 2 Abs. 3 der KFPV wird definiert, dass wenn im Rahmen einer Rückverlegung in den Geltungsbereich des KHEntgG der erste Aufenthalt über tagesgleiche Pflegesätze vergütet wurde, die Anzahl der Berechnungstage in die Berechnung der Verweildauer für den zweiten Aufenthalt einzubeziehen sind. Ist diese Regelung ausschließlich für die Vergütung von sog. Überliegern (1. Aufenthalt vor dem 31.12.2003, 2. Aufenthalt nach Rückverlegungen nach dem 01.01.2003) gedacht?

Antwort BMGS:

Die Regelung ist nicht für Überlieger, sondern für den Fall der normalen Rückverlegung nach Einführung des DRG-Systems gedacht. Die normale Vergütung für Überlieger regelt § 1 Abs. 7 KFPV.

Die Vorschrift zur Rückverlegung ist für die DRG-Vergütung neu eingeführt worden. Eine entsprechende Vorschrift gab es in der BpflV nicht. Dort konnte nach einer Rückverlegung eine neue Fallpauschale abgerechnet werden.

M. E. wäre es bei dieser Sach- und Rechtslage sinnvoll, mit der DRG-Einführung einen Schnitt zu machen und die Rückverlegungsregel nicht für Überlieger anzuwenden. Die Aufnahme nach Rückverlegung sollte in analoger Anwendung von § 1 Abs. 7 KFPV als Aufnahme nach dem 1. Januar 2003 gewertet und somit für den Patienten eine DRG ohne Berücksichtigung des 1. Aufenthalts ermittelt und abgerechnet werden. Das Ergebnis würde für Überlieger der Verfahrensweise nach altem Recht entsprechen.

5. Frage: Fallbezogene Entgelte nach § 7 Nr. 5 KHEntgG

Diese Entgelte mit dem Schlüssel "86..." haben weder Relativgewicht noch obere, mittlere und untere Grenzverweildauern. Wie werden Zu- und Abschläge (Schlüssel "87...", "88...", "89...") abgerechnet, bzw. deren Richtigkeit überprüft, welche Verweildauer-Angaben werden hier zugrunde gelegt?

Antwort BMGS:

Wir haben vor einigen Tagen mit der Selbstverwaltung besprochen, dass auch die krankenhausindividuell verhandelten Entgelte in "Bewertungsrelationen" ausgedrückt werden sollten. Siehe dazu auch § 8 KFPV.

6. Frage: Abrechnung von Neugeborenen

a) *Wird das Neugeborene zusammen mit der Mutter entlassen, wird der Fall des Neugeborenen zusammen mit dem Fall der Mutter abgerechnet. Was bedeutet dies nun konkret ?*

Wird demnach nur die DRG der Mutter in Rechnung gestellt und deren Betrag um die der Pauschale des Kindes erhöht oder wird die DRG der Mutter (Oxxx) als getrennte Rechnungsposition neben der DRG des Kindes (Pxxx) berechnet, so dass ein Abrechnungsfall auf der Rechnung zwei unterschiedliche DRG-Pauschalen ausweist?

Wenn ja, werden dann auch eventuelle Zu- und Abschläge jeweils getrennt berücksichtigt ?

Antwort BMGS:

Es gilt doch - wie bisher - die Regelung, dass für die Mutter und für das gesunde Neugeborene jeweils eine eigenständige DRG abgerechnet wird. Diese 2 DRG werden lediglich gemeinsam auf eine Rechnung geschrieben, damit die Krankenkassen besser verbuchen können (Wunsch der Krankenkassen; berührt die Abrechnung der DRG durch das Khs nicht). Bei kranken Neugeborenen wird - wie bisher - die Fallpauschale für das Kind gesondert abgerechnet, wenn das Kind entlassen oder verlegt wird.

b) Wie werden die Diagnosen und Prozeduren der Mutter und des Neugeborenen übermittelt, so dass beide DRGs sauber gruppiert werden können?

Antwort BMGS:

M. E. zählt jede DRG-FP als ein Fall (ist ein Fall). Folglich müsste es eigentlich zwei Datensätze und zwei Eingruppierungen geben. Siehe § 9 Abs. 1 KFPV. Allerdings sind für die Übermittlung von Abrechnungsdaten nach § 301 SGB V die Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner maßgeblich. Diese sind gerade angepasst worden. Bitte dort nachschauen.

7. Frage: Überlieger (BPfIV- zur G-DRG-Abrechnung)

Wie vollzieht sich der Übergang von BPfIV zu G-DRG-Abrechnung, wenn der Fall sich über den Jahreswechsel zieht und das Krankenhaus im Jahr 2003 nach G-DRG abrechnet ? Wird ein zusätzlicher G-DRG-Fall gebildet und beide Fälle getrennt abgerechnet oder wird der Fall noch vollständig über die BPfIV zu Ende geführt?

Antwort BMGS:

§ 1 Abs. 7 KFPV. Fälle, die im alten Jahr aufgenommen wurden, werden vollständig nach der BPfIV abgerechnet.

8. Frage: Vor- und nachstationäre Behandlung

Wie werden in der DRG-Abrechnung vor- und nachstationäre Behandlungen berücksichtigt,

a) wenn auch eine vollstationäre Behandlung stattfindet, die über eine DRG-Pauschale abgerechnet wird,

Antwort BMGS:

Siehe § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 4 KHEntgG!

b) wenn eine vorstationäre Behandlung ohne nachfolgende stationäre Behandlung stattfindet?

Antwort BMGS:

Dann handelt es sich nicht um eine stationäre Krankenhausbehandlung, sondern um eine rein vorstationäre Behandlung. Diese wird nach den Regeln des § 115a SGB V abgerechnet.

9. Frage: Vor- und nachstationäre Behandlung bei fallbezogenen Entgelten

Sind bei einer Vergütung nach § 6 Abs. 1 vor- bzw. nachstationäre Behandlungstage abrechenbar bzw. ist die Vergütung davon abhängig ob entsprechende tages- oder fallbezogene Entgelte vereinbart wurden? In § 5 Abs. 2 wird bestimmt, dass eine vorstationäre Behandlung grundsätzlich neben einer Fallpauschale nicht, einer nachstationäre Behandlung nur in bestimmten Fällen abrechenbar ist. Werden auch die Entgelte nach § 6 Abs. 1 von dieser Definition erfasst, wenn fallbezogene Entgelte vereinbart wurden?

Antwort BMGS:

§ 8 Abs. 2 des KHEntgG bezieht diese Vorgaben auf den DRG-Fallpauschalenkatalog. Eine Vorgabe zu krankenhausesindividuellen Fallpauschalen nach § 6 Abs. 1 gibt es nicht. M. E. sollten wegen der Abrechnungsprogramme die gleichen Regeln wie bei DRG gelten. Hieraus haben auch DKG und Kassen Wert gelegt. M. E. sollte § 8 KFPV entsprechend aufgefasst werden. Es wäre dann Sache der Vereinbarung nach § 6 Abs. 1 KHEntgG, die fallbezogenen Entgelte in passender Höhe zu vereinbaren.

10. Frage: Mitaufnahme einer gesunden Begleitperson

Wie ist im Rahmen des Optionsmodells die med. indizierte Mitaufnahme einer gesunden Begleitperson abzurechnen?

Für diese Fälle lässt sich nach dem Definitionshandbuch eine DRG ermittelt. Ist in diesem Falle eine DRG-Fallpauschale abzurechnen oder erfolgt die Vergütung über einen tagesbezogenen Zuschlag?

Antwort BMGS:

Nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG ist für die medizinisch notwendige Mitaufnahme von Begleitpersonen ein Zuschlag zu den DRG zu vereinbaren, also keine eigenständige DRG!

Eine entsprechende Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner besteht meines Wissens noch nicht. Ich bitte mit den Selbstverwaltungspartnern zu klären, wie verfahren werden soll, zumal im DRG-Fallpauschalenkatalog die Diagnose für Begleitpersonen nicht gesperrt ist; ggf. übergangsweise Abrechnung im Jahr 2003 (??).

11. Frage: Teilstationäre Einrichtungen

Nicht vergütet über DRG-Fallpauschalen bzw. über Entgelte nach § 6 Abs. 1 sind teilstationäre Behandlungen in ausgegliederten teilstationären Einrichtungen. Wo und wie sind diese teilstationäre Einrichtungen definiert?

Antwort BMGS:

Sie sind gesetzlich nicht definiert. M. E. sollten folgende Kriterien gelten:

- im Krankenhausplan gesondert ausgewiesen, z. B. mit "Behandlungsplätzen" anstelle von Betten,
- bereits bisher gesonderter Pflegesatz mit den Krankenkassen vereinbart, oder
- gesonderte Räume, nicht organisatorischer Teil einer normalen bettenführenden Abteilung.

12. Frage: Behandlung in Haupt- und mehreren Belegabteilungen

In § 1 KFPV wird eine Regel für die Auswahl der Bewertungsrelation bei gemischter Behandlung in Haupt- und Belegabteilungen vorgegeben. Welche Bewertungsrelation ist zu verwenden, wenn ein Patient sowohl in einer Haupt- als auch in mehreren Belegabteilungen behandelt wurde, wobei die Verweildauer in allen Belegabteilungen größer ist als die in der Hauptabteilung, innerhalb der Belegabteilungen aber unterschiedliche Konstellationen bestehen (Belegabteilung 1 mit Belegoperateur und Beleganästhesist, Belegabteilung 2 mit Belegoperateur und hauptamtlichen Anästhesisten). Ist bei der Auswahl der Bewertungsrelation auch innerhalb der Belegabteilungen die Anzahl der Belegungstage ausschlaggebend?

Antwort BMGS:

Das zielt auf eine unterschiedliche Höhe der DRG bei Belegabteilungen mit unterschiedlicher Beteiligung von Belegern. Wenn der Verordnungsgeber entschieden hat, dass wegen der Höhe der DRG zwischen Haupt- und Belegabteilung nach der Zahl der Tage zu entscheiden ist, erscheint es mir logisch, das gleiche Prinzip auch für diesen seltenen Fall anzuwenden.