

Hinweise zur Abrechnung und Handhabung des Systemzuschlages 2008 für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nach § 91 SGB V und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) nach § 139a SGB V

Die folgenden Hinweise sollen die Abrechnung und Handhabung des Systemzuschlages im Jahr 2008 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 in den Anwendungsbereich des KHEntgG fallen, aber noch nach § 15 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG bisher geltende Entgelte nach der BPfIV abrechnen

1 Abrechnung des Systemzuschlages für Neugeborene

Für gesunde Neugeborene wird kein gesonderter 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 Systemzuschlag für das Neugeborene abzurechnen.

2 Abrechnung des Systemzuschlages bei teilstationären Fällen

Gemäß Fußnote 11 a zur LKA werden Patienten, die wegen derselben Erkrankung regelmäßig oder mehrfach teilstationär behandelt werden, je Quartal als ein Fall gezählt. Damit ist der 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 Systemzuschlag für den vollstationären Fall abrechenbar.

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

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

Der Systemzuschlag ist pro voll- oder teilstationärem Krankenhausfall abzurechnen. Bei Patienten, bei denen lediglich eine vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung erbracht wird oder Patienten, die eine Behandlung im Rahmen der integrierten Versorgung gem. § 140 a SGB V erhalten, ist kein Systemzuschlag in Rechnung zu stellen.

4 Wiederaufnahme eines Patienten

Wenn bei Wiederaufnahme eines Patienten nur ein Wochenende zwischen Entlassung und Wiederaufnahme liegt, wird nur ein vollstationärer Fall im Abschnitt L 1 gezählt (vgl. Fußnote 11 zu Anhang 2 zur LKA). Demnach ist auch nur ein Systemzuschlag in Rechnung zu stellen.

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

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

Gemäß § 139c SGB V ist der Systemzuschlag für jeden abzurechnenden Krankenhausfall (voll- oder teilstationär) zu erheben. Der 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 Systemzuschlages gegenüber ausländischen Patienten, die mit dem Ziel einer Krankenhausbehandlung in die Bundesrepublik Deutschland einreisen

Grundsätzlich ist der 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 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 den G-BA abgeführten Systemzuschlages 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 Systemzuschlages bei Privatpatienten mit Beihilfeanspruch

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

8 Abrechnung des Systemzuschlages bei Krankenhäusern, die (nicht) dem Anwendungsbereich des KHG unterliegen

Gemäß § 139c SGB V ist der 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 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 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 Systemzuschlages.

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

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

1 Abrechnung des Systemzuschlages für Neugeborene

Für jedes Neugeborene, für das nach § 1 Abs. 5 FPV 2008 eine eigene DRG-Fallpauschale abzurechnen ist, ist auch ein 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 2008). Da hier für das Neugeborene keine DRG-Fallpauschale zur Abrechnung gelangt, kann auch kein Systemzuschlag in Rechnung gestellt werden.

2 Abrechnung des Systemzuschlages bei teilstationären Fällen

Teilstationäre Leistungen sind gemäß § 6 Abs. 1 FPV 2008 mit tagesbezogenen teilstationären Fallpauschalen oder mit Entgelten abzurechnen, die nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG krankenhausesindividuell vereinbart worden sind (vgl. Nr. 7).

Bei 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 auch der DRG-Systemzuschlag bei der bewerteten DRG-Fallpauschale L90C nur einmal je Quartal in Rechnung gestellt werden.

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

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

Der Systemzuschlag ist pro voll- oder teilstationärem Fall abzurechnen. Bei Patienten, bei denen lediglich eine vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung erbracht wird oder Patienten, die eine Behandlung im Rahmen der integrierten Versorgung gem. § 140 a SGB V erhalten, ist kein Systemzuschlag in Rechnung zu stellen.

4 Wiederaufnahmen in dasselbe Krankenhaus

Hat das Krankenhaus nach den Vorgaben des § 2 Abs. 1 bis 3 FPV 2008 eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen, wird gemäß § 8 Abs. 1 Satz 3 FPV 2008 jeweils nur die

Fallpauschale gezählt, die nach der Neueinstufung für die zusammengefassten Krankenhausaufenthalte abgerechnet wird. Der Systemzuschlag ist daher für die zusammengefassten Fälle 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 FPV 2008), d. h. es ist je Entgeltbereich ein Systemzuschlag abzurechnen. Dabei gilt für den Anwendungsbereich des KHEntgG (DRG-Fallpauschalen, besondere Einrichtungen) die Fallzählung gem. § 8 FPV 2008 und für den Entgeltbereich der BpflV die Fallzählung der BpflV (vgl. Teil I).

6 Rückverlegungen

Liegt eine Rückverlegung i. S. d. § 3 Abs. 3 FPV 2008 vor, ist gemäß § 8 Abs. 1 Satz 2 FPV 2008 nur die Fallpauschale zu zählen, die nach der Neueinstufung für die zusammengefassten Krankenhausaufenthalte abgerechnet wird. Der Systemzuschlag wird daher nur einmal erhoben.

7 Abrechnung des Systemzuschlages bei Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG

Gemäß § 8 Abs. 2 FPV 2008 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 Systemzuschlag in Rechnung zu stellen.
- (2) (a) Bei 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 Systemzuschlag je abzurechnenden Krankenhausfall (voll- und teilstationär) 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 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 bzw. § 4 Abs. 10 KHEntgG Gebrauch gemacht hat.

9 Abrechnung des Systemzuschlages bei Privatpatienten mit Beihilfeanspruch

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

10 Abrechnung des Systemzuschlages bei Krankenhäusern, die (nicht) dem Anwendungsbereich des KHG unterliegen

Gemäß § 139c SGB V ist der 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 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 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 Systemzuschlages.

Teil III: Hinweise zum Melde- und Abrechnungsverfahren an den G-BA

1 Abgabe des Meldebogens mit Fristsetzung

Die Krankenhäuser melden die Ist-Fallzahlen des Jahres 2006 bis zum 07.03.2008 an den G-BA. Dazu steht der Meldebogen im Bereich „Finanzierung/Systemzuschlag“ auf der Internetseite www.g-ba.de zum Download 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 2006 enthalten. Fallzahlberichtigungen sollen rechtzeitig vor dem Fälligkeitstermin beim G-BA eingehen. Der G-BA stellt ein Meldeformular im o.g. Downloadbereich zur Verfügung.

3 Abrechnung des Systemzuschlages für Krankenhäuser mit Zulassung in 2008

Der zu überweisende Betrag ergibt sich vom Grundsatz her für das Jahr 2008 aus den Ist-Fallzahlen des abgelaufenen Geschäftsjahres (2006) gemäß des Beschlusses des G-BA über die Grundsätze des Systemzuschlages vom 19.12.2006 multipliziert mit dem Systemzuschlag im stationären Sektor gemäß Beschluss des G-BA vom 19.12.2006.

Krankenhäuser, die erst im Laufe des Jahres 2008 zur Krankenhausbehandlung nach § 108 SGB V zugelassen werden, überweisen erstmalig in 2009 den Systemzuschlag auf Basis der Ist-Fallzahlen des Eröffnungsjahres (vgl. § 2 Abs. 2 Satz 3 der Vereinbarung).

4 Abrechnung des Systemzuschlages für Krankenhäuser mit Schließung in 2008

Die Krankenhäuser entrichten den Systemzuschlag auf Basis der Ist-Fallzahlen des Jahres 2006. Von dieser Regelung wird dann abgewichen, wenn Krankenhäuser wegen Betriebsschließung nur für einen unterjährigen Zeitraum in 2008 Zuschläge von den Kostenträgern vereinnahmt haben. Die Ist-Falldaten des Jahres 2006 werden dann anteilig entsprechend des Zeitraums der vereinnahmten Zuschläge in 2008 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 2006 anteilig umgelegt. Dabei werden volle Monate mit 30 Tagen angesetzt. Erfolgt die Schließung innerhalb eines laufenden Monats gilt die tagesbezogene kalendarische Zählweise.