

Leitfaden
der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene
und
des Verbandes der Privaten Krankenversicherung
zu
Abrechnungsfragen 2025
nach dem KHEntgG und der FPV 2025

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

AOK-Bundesverband GbR

BKK Dachverband e. V.

IKK e. V.

Knappschaft

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

Berlin, Kassel, Bochum und Köln, den 21.03.2025

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	2
Abkürzungsverzeichnis	7
Beispielverzeichnis	11
Abbildungsverzeichnis	12
1 Wesentliche Entgelte im G-DRG-System	13
2 Abrechnungsbestimmungen der FPV	16
2.1 Einstufungstichtag.....	18
2.2 Jahresüberlieger	18
2.3 Belegungstage.....	18
2.4 Behandlungstage.....	20
2.5 Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen	21
2.5.1 Vorstationäre Behandlung.....	21
2.5.2 Entgelte für nachstationäre Behandlungen	23
2.5.3 Ambulante Operation als nachstationäre Behandlung	23
2.6 Verweildauer bei Beurlaubung	24
2.7 Neugeborene	25
2.7.1 Abrechnung und Fallzählung	28
2.7.2 Verlegungen.....	28
2.8 Fallzählung	29
2.8.1 Fallzählung bei Abrechnung von Fallpauschalen	29
2.8.2 Fallzählung bei Abrechnung tagesgleicher Pflegesätze (§ 9 Abs. 1 Satz 4 und Abs. 2 Nr. 2 FPV)	29
2.9 Obere Grenzverweildauer	30
2.10 Untere Grenzverweildauer	31
2.11 Verlegungen.....	32
2.11.1 Abschlagsregelungen bei Verlegungen	32
2.11.2 Verlegung in einem zusammengefassten Fall.....	34
2.11.3 Verlegung innerhalb von 24 Stunden	35
2.11.4 Rückverlegung in das erste Krankenhaus.....	37
2.11.5 Verlegung innerhalb von 24 Stunden und Rückverlegung	38
2.11.6 Verbringung	38
2.11.7 Verlegungen zwischen Haupt- und Belegabteilungen	40
2.11.8 Verlegungsfallpauschalen	40
2.11.9 Verlegung in ein Krankenhaus mit spezialisierter Beatmungsentwöhnungseinheit (§ 3 Abs. 6 FPV und Abs. 1 und 2)	40

2.12	Abrechnung von DRG–Fallpauschalen in Zusammenhang mit Leistungen von Beleghebammen (MDC 14).....	40
2.13	Pflegeerlös je Tag.....	41
2.14	Übergangspflege im Krankenhaus	42
2.15	Tagesstationäre Behandlung im Krankenhaus.....	42
2.16	Teilstationäre Behandlung ohne Sedierung oder Anästhesie	43
2.17	Hybrid–DRG nach § 115f SGB V	43
2.18	Leistungsgruppen.....	44
3	Wiederaufnahme gemäß § 2 FPV 2025.....	44
3.1	Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus	44
3.1.1	Wiederaufnahme in dieselbe Basis–DRG.....	47
3.1.2	Wiederaufnahme in die gleiche Hauptdiagnosegruppe (MDC).....	49
3.1.3	Wiederaufnahme wegen Komplikationen.....	52
3.1.4	Fallzusammenführung bei mehr als zwei Aufenthalten	54
3.1.5	Maßgebliche Entgelte.....	56
3.2	Kombinierte Fallzusammenführungen wegen Rückverlegung und Wiederaufnahmen.....	56
4	Vergütung teilstationärer Leistungen nach § 6 FPV 2025	57
4.1	Fallbezogene teilstationäre Entgelte	57
4.2	Tagesbezogene teilstationäre Entgelte	57
5	Sonstige Entgelte.....	61
5.1	Bundeseinheitliche Zusatzentgelte nach Anlage 2 bzw. 5 der FPV 2025	61
5.2	Krankenhausindividuelle Zusatzentgelte nach Anlage 4 bzw. 6 der FPV 2025	62
5.3	Zusatzentgelte für Bluter	65
5.4	Zusatzentgelte für Dialyse	67
5.5	Fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG für NUB	68
5.6	Gesonderte Zusatzentgelte gemäß § 6 Abs. 2a KHEntgG	68
5.7	Abrechnungsbestimmungen für sonstige Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG, die nach den Anlagen 3a und 3b FPV 2025 noch nicht mit DRG–Fallpauschalen vergütet werden.....	69
5.8	Pflegeentgelte für sonstige Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG nach den Anlagen 3a und 3b FPV.....	70
5.9	Abrechnungsbestimmungen für Besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 10 KHG i. V. m. der VBE 2025.....	71
5.10	Vergütung von durch Belegärzte mit Honorarverträgen erbrachten Leistungen	71
5.11	Zusatzentgelte für Testungen nach § 26 Abs. 2 KHG auf das Corona –virus SARS–CoV–2 im Krankenhaus	72

6	Pflegeentgelte für unbewertete teilstationäre Leistungen und besondere Einrichtungen nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und Nr. 3	73
7	Abrechnungsbestimmungen für DRG–Fallpauschalen bei Transplantationen nach § 4 FPV 2025.....	74
7.1	Besonderheiten der DRG–Abrechnung	74
7.1.1	Transplantation bei postmortaler Spende	74
7.1.2	Transplantation bei Lebendspenden	74
7.2	Finanzierung von Krankentransporten bei Organtransplantationen.....	75
7.3	Grundsätzliches zur Kostentragung der Leistungen bei Lebendspendern von Geweben und Organen oder von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen	76
7.3.1	Gesetzliche Regelungsbereiche bei Arten der Stammzellgewinnung.....	76
7.3.2	Leistungsansprüche von Stammzellspendern.....	77
7.3.3	Zuzahlungen bei stationären Aufenthalten von Organ– und Gewebelebendspendern.....	78
7.3.4	Über das Dritte Kapitel des SGB V hinausgehende Leistungsansprüche der Organ– und Gewebelebendspender	78
7.3.5	Krankengeld bzw. Verdienstausfallerstattung sowie Fahrkosten für Lebendspender von Organen und Geweben oder von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen (Spender).....	79
7.3.6	Sonderregelung bei der Abwicklung von Vergütungsansprüchen bei Spenden von Knochenmark nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes, von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen nach § 9 des Transfusionsgesetzes.....	79
7.3.7	Zusammenfassung: Abrechnung von Leistungen gegenüber Organ– und Gewebelebendspendern nach §§ 8, 8a TPG	80
7.3.8	Gesundheitsschaden im Zusammenhang mit der Spende von Blut oder körpereigenen Organen, Organteilen oder Gewebe	81
7.4	Vor– und Nachsorgeuntersuchungen.....	81
7.5	Überblick über die ab 1.1.2025 geltenden Entgelte im Transplantationsbereich	82
8	Sonstige Zu– und Abschläge.....	83
8.1	DRG–Systemzuschlag (§ 17b Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 KHG)	83
8.2	Zuschlag zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (§ 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG)	84
8.3	Zuschlag zur Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V und des Instituts nach § 139a SGB V.....	84
8.4	Zuschlag zur Finanzierung der Vorhaltekosten für Besondere Einrichtungen (§ 3 Abs. 2 Satz 2 VBE 2025)	84

8.5	Ausbildungszuschlag (§ 17a Abs. 5 Satz 1 Nr. 2, Abs. 6 KHG) und (§33 Abs. 3 Satz 1 PfIBG)	85
8.6	Sicherstellungszuschlag (§ 17b Abs. 1a Nr. 6 KHG i. V. m. § 5 Abs. 2 KHEntgG)	85
8.7	Zuschlag zur Finanzierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten (§ 17b Abs. 1a Nr. 2 KHG i. V. m. § 2 Abs. 2 Nr. 4 KHEntgG)	86
8.8	Aufwandspauschale bei Abrechnungsprüfung (§ 275c Abs. 1 SGB V)	86
8.9	Zu-/Abschlag für Erlösausgleiche (§ 5 Abs. 4 KHEntgG)	86
8.10	Zu-/Abschlag für Telematik (§ 377 Abs. 1 und 2 SGB V, Telematikzuschlag ab Budgetjahr 2024 § 377 Abs. 3 SGB V)	87
8.11	Zu-/Abschlag für Besondere Einrichtungen (§ 4 Abs. 7 KHEntgG)	87
8.12	Abschlag bei Nichtteilnahme am Datenaustausch (§ 303 Abs. 3 SGB V)	87
8.13	Zuschlag Hygieneförderprogramm (§ 4 Abs. 11 KHEntgG bzw. § 4 Abs. 9 KHEntgG (n. F.))	88
8.14	Zuschlag Pflegestellen-Förderprogramm (§ 4 Abs. 8 KHEntgG (Stand 2019)).	88
8.15	Zuschlag bei evtl. Mehrkosten durch G-BA Beschlüsse (§ 5 Abs. 3c KHEntgG)	88
8.16	Zuschlag für klinische Sektionen (Obduktionen) nach § 5 Abs. 3b KHEntgG ..	89
8.17	Fixkostendegressionsabschlag nach § 4 Abs. 2a KHEntgG	89
8.18	Abschlag Fortsetzungspauschale nach § 7 Abs. 2 Satz 7 PrüfvV	89
8.19	Zu-/Abschlag für Teilnahme am Notfallstufensystem (§ 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG)	90
8.20	Zuschlag zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf nach § 4 Abs. 8a KHEntgG	90
8.21	Abschlag bei Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen (§ 137i Abs. 5 SGB V)	91
8.22	Zuschlag für zusätzliche Finanzierung nach § 5 Abs. 2a KHEntgG (Liste der ländlichen Krankenhäuser)	91
8.23	Zuschlag für Speicherung von Daten und Erstbefüllung auf der elektronischen Patientenakte gemäß § 5 Abs. 3g Satz 1 und 2 KHEntgG (krankenhausindividuell)	91
8.24	Zuschlag Hebammenstellen-Förderprogramm nach § 4 Abs. 10 KHEntgG	92
8.25	Zuschlag-/Abschlag für den Ausgleich eines aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandenen Erlösrückgangs oder Erlösanstiegs (prozentual, Corona-Ausgleichsvereinbarung)	92
8.26	Zuschlag-/Abschlag zur Konvergenzangleichung des Landesbasisfallwertes zur maßgeblichen Korridorgrenze (je Bundesland)	93
8.27	Zuschlag zur Durchführung von Abschlagszahlungen vor 2022 (prozentual, COVID-19-Abschlagszahlungsvereinbarung nach § 6 KHWiSichV)	93

8.28 Abschlag gemäß § 2 Abs. 8 und 9 B-BEP-Abschlagsvereinbarung (max. 2.000 Euro pro Fall)	94
8.29 Abschlag bei Unterlassen der Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung gemäß § 3 Abs. 4 B-BEP-Abschlagsvereinbarung	94
8.30 Abschlag bei Nichtteilnahme an der Telematikinfrastruktur	94
8.31 Zuschlag-/Abschlag nach § 5 Abs. 3i KHEntgG zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten als Ausgleich gemäß § 5 Abs. 3 der Corona-Mehrkosten-Vereinbarung, prozentual	95
8.32 Zuschlag zur Durchführung von Abschlagszahlungen 2022 (prozentual, COVID-19-Abschlagszahlungsvereinbarung nach § 6a KHWiSichV)	95
8.33 Zuschlag gem. § 5 KHEntgG zur Sicherstellung und Förderung der Kinder- und Jugendmedizin (prozentual)	95
8.34 Zuschlag gem. § 5 Abs. 2c KHEntgG zur Förderung der geburtshilflichen Versorgung in Krankenhäusern (fester Eurowert)	96
8.35 Abschlag bei nicht anfallender Übernachtung im Rahmen tagesstationärer Behandlung (§ 115e Abs. 3 SGB V – fallbezogen)	96
8.36 Abschlag für nicht fristgerechte Datenlieferungen nach § 11 Absatz 4 Satz 6 KHEntgG	97
8.37 Abschlag bei fehlender Bereitstellung und Nutzung der digitalen Dienste nach § 5 Abs. 3h KHEntgG	97
8.38 Zuschlag gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 7 KHEntgG Implantateregisteraufwandsvergütung (fester Eurowert)	97
8.39 Abschlag bei fehlender Datenübermittlung an das Implantateregister Deutschland (§ 23a IRegBV)	98
9 Begleitpersonen/Pflegefachkräfte	98
10 Kostenerstattung bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen gemäß § 24b Abs. 4 SGB V	99
11 Laufzeit der Entgelte	99
12 Übersicht über wesentliche Entgeltschlüssel im DRG-System 2024/2025	103

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	= Absatz
Az.	= Aktenzeichen
BÄK	= Bundesärztekammer
B-BEP	= Beatmungsstatus / Beatmungsentwöhnungspotential
BMG	= Bundesministerium für Gesundheit
BPfIV	= Bundespflegesatzverordnung
bzw.	= beziehungsweise
BSG	= Bundessozialgericht
BVerfG	= Bundesverfassungsgericht
DKG	= Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	= Diagnosis Related Group (Diagnosebezogene Fallgruppe)
DSO	= Deutsche Stiftung Organtransplantation
EIRD	= Implantateregister-Errichtungsgesetz
EntgFG	= Entgeltfortzahlungsgesetz
FA	= Fachabteilung
ET	= Eurotransplant
FPV	= Fallpauschalenvereinbarung
G-BA	= Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	= Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-FinG	= GKV-Finanzierungsgesetz
GKV-SV	= GKV-Spitzenverband
GKV-VSG	= GKV-Versorgungsstärkungsgesetz

GKV-VStG	= GKV-Versorgungsstrukturgesetz
GOÄ	= Gebührenordnung für Ärzte
HebG	= Hebammengesetz
Hybrid-DRG	= kombinierte Diagnosis Related Group (Diagnosebezogene Fallgruppe)
i. d. R.	= in der Regel
ICD	= International Statistical Classification of Diseases
InEK	= Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
IRD	= Implantateregister Deutschland
IRegG	= Implantateregistergesetz
IRegBV	= Implantateregister-Betriebsverordnung
i. S. d.	= im Sinne des
i. S. v.	= im Sinne von
i. V. m.	= in Verbindung mit
KHEntgG	= Krankenhausentgeltgesetz
KHG	= Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHPfIEG	= Krankenhauspflegeentlastungsgesetz
KHRG	= Krankenhausfinanzierungsreformgesetz
KHSG	= Krankenhausstrukturgesetz
KHVVG	= Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz
KHWiSichV	= Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser (keine amtliche Abkürzung)
KHZG	= Krankenhauszukunftsgesetz
LBFW	= Landesbasisfallwert
LSG	= Landessozialgericht

MDC	= Major Diagnostic Category (Hauptdiagnosegruppe)
MD	= Medizinischer Dienst
MVD	= mittlere Verweildauer
NUB	= Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
o. g.	= oben genannt
OGVD	= obere Grenzverweildauer
OPS	= Operation- und Prozedurenschlüssel
PfIBG	= Pflegeberufegesetz
PKV	= Private Krankenversicherung
PNG	= Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz
PpSG	= Pflegepersonal-Stärkungsgesetz
PrüfVV	= Prüfverfahrensvereinbarung
RVO	= Reichsversicherungsordnung
SchKG	= Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten
SG	= Sozialgericht
SGB	= Sozialgesetzbuch
TPG	= Transplantationsgesetz
u. a.	= unter anderem
UGVD	= untere Grenzverweildauer
VD	= Verweildauer
VBE	= Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen
VFP	= Verlegungsfallpauschalen
vgl.	= vergleiche

z. B.	= zum Beispiel
ZE	= Zusatzentgelt
ZKRD	= Zentrales Knochenmarkspender-Register

Beispielverzeichnis

Beispiel 1: Berechnung der OGVD mit vorstationärer Behandlung.....	19
Beispiel 2: Berechnung der OGVD mit vor- und nachstationärer Behandlung.....	20
Beispiel 3: Berechnung der OGVD bei Beurlaubung	24
Beispiel 4: Externe Verlegung eines Neugeborenen.....	26
Beispiel 5: Berechnung der OGVD ohne vorstationäre Behandlung	31
Beispiel 6: Abrechnung der Krankenhausleistung bei kurzer VD mit Abschlag	32
Beispiel 7: Abrechnung der Krankenhausleistung bei Verlegung	33
Beispiel 8: Verlegung mit zwischenzeitlicher rehabilitativer Behandlung	34
Beispiel 9: Chronologische Prüfung einer Fallzusammenfassung.....	46
Beispiel 10: Fallzusammenführung bei Aufhalten mit nur einem Belegungstag (I)..	47
Beispiel 11: Prüfung einer Fallzusammenführung bei Aufhalten mit nur einem Belegungstag (II).....	47
Beispiel 12: Fallzusammenfassung wegen Wiederaufnahme in dieselbe Basis-DRG	48
Beispiel 13: Fallzusammenfassung wegen Wiederaufnahme innerhalb der gleichen MDC	51
Beispiel 14: Zusätzliche Abrechnung tagesbezogener teilstationärer Entgelte (I)	59
Beispiel 15: Zusätzliche Abrechnung tagesbezogener teilstationärer Entgelte (II)	60

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Abgesenkte DRG der Anlagen 1a und 1b	16
Abbildung 2: Abgestufte DRG der Anlagen 1d und 1e.....	17
Abbildung 3: Fallzusammenfassung und Verlegung innerhalb von 24 Stunden nach dem letzten Aufenthalt.....	35
Abbildung 4: Verlegung innerhalb von 24 Stunden ohne Weiterverlegung.....	36
Abbildung 5: Verlegung innerhalb von 24 Stunden mit Weiterverlegung	36
Abbildung 6: Verlegung innerhalb von 24 Stunden mit Weiterverlegung innerhalb von 24 Stunden.....	37
Abbildung 7: Verlegung innerhalb von 24 Stunden und Rückverlegung.....	38
Abbildung 8: Übersicht Fallzusammenfassungen	45
Abbildung 9: Fallzusammenführung bei gleicher Hauptdiagnosengruppe	50
Abbildung 10: Bluterentgelte	66

1 Wesentliche Entgelte im G-DRG-System

- DRG-Fallpauschalen nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG und § 1 Abs. 1 FPV
- Entgelte bei Überschreiten der OGVD nach § 1 Abs. 2 FPV
- Abschläge bei Nichterreichen der UGVD nach § 1 Abs. 3 FPV
- Abschläge bei Verlegung nach § 3 Abs. 1 FPV
- Entgelte für vorstationäre Behandlung nach § 115a SGB V
- Entgelte für nachstationäre Behandlung nach § 115a SGB V
- Entgelte für Pflegeerlös/Tag
- ZE nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG (Anlage 2 und Anlage 5 FPV)
- ZE nach § 6 Abs. 1 KHEntgG (Anlage 4 und 6 FPV)
- Krankenhausindividuelle sonstige Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG (Anlagen 3a und 3b FPV)
- Pflegeentgelte für sonstige Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG (Anlagen 3a und 3b FPV)
- Hybrid-DRG nach § 115f SGB V
- ZE NUB nach § 6 Abs. 2 KHEntgG
- Entgelte für NUB nach § 6 Abs. 2 KHEntgG (fallbezogen)
- Gesonderte ZE nach § 6 Abs. 2a KHEntgG
- Entgelte für Besondere Einrichtungen (fall- und tagesbezogen) nach § 6 Abs. 1 KHEntgG (§ 3 Abs. 1 Satz 1 und 2 und Abs. 2 Satz 1 VBE)
- Zuschlag zur Finanzierung der Vorhaltekosten für Besondere Einrichtungen nach § 3 Abs. 2 Satz 2 VBE
- Zu-/Abschlag für die Eingliederung Besonderer Einrichtungen nach § 4 Abs. 7 KHEntgG
- Sonstige krankenspezifische tages- oder fallbezogene Entgelte für teilstationäre Leistungen nach § 6 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG (§ 6 Abs. 1 FPV)
- Pflegeentgelte für teilstationäre Leistungen und besondere Einrichtungen nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und Nr. 3
- Zuschlag zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG i. V. m. § 137 SGB V und der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern

- DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 KHG i. V. m. der Vereinbarung und Hinweisen zum DRG-Systemzuschlag
- Zuschlag zur Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V und des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139a SGB V (Systemzuschlag/§ 139c SGB V) i. V. m. der Vereinbarung
- Abschlag bei Nichtteilnahme am Datenaustausch nach § 303 Abs. 3 SGB V
- Ausbildungszuschlag nach § 17b Abs. 1a Nr. 8 i. V. m. § 17a Abs. 6 oder 9 KHG und § 33 Abs. 3 Satz 1 PfIBG
- Zuschlag für Begleitpersonen/Pflegekraft nach § 17b Abs. 1a Nr. 7 KHG i. V. m. § 2 Abs. 2 Nr. 3 KHEntgG, FPV und der Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG nebst Ergänzungsvereinbarung (separater Zuschlag für die Mitaufnahme neugeborener Geschwisterkinder)
- Sicherstellungszuschlag nach § 17b Abs. 1a Nr. 6 KHG i. V. m. § 5 Abs. 2 KHEntgG
- Zu- und Abschlag zur Finanzierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 17b Abs. 1a Nr. 2 KHG i. V. m. § 2 Abs. 2 Nr. 4 KHEntgG
- Aufwandspauschale bei erfolgloser MD Prüfung nach § 275c Abs. 1 SGB V
- Zu-/Abschläge für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG
- Zu-/Abschlag für Telematik nach § 377 Abs. 1 und 2 SGB V, Telematikzuschlag ab Budgetjahr 2024 § 377 Abs. 3 SGB V
- Entgelte für Teilnahme an der Integrierten Versorgung nach § 140 ff. SGB V
- Entgelte für Modellvorhaben nach § 63 SGB V
- Zuschlag Hygiene-Förderprogramm nach § 4 Abs. 9 KHEntgG bzw. § 4 Abs. 9 KHEntgG (n. F.)
- Zuschlag Pflegestellen-Förderprogramm nach. § 4 Abs. 8 KHEntgG (Stand 2019)
- Zuschlag bei evtl. Mehrkosten durch G-BA Beschlüsse nach § 5 Abs. 3c KHEntgG (fester und prozentualer Wert)
- Zuschlag klinische Sektionen (Obduktionen) nach § 5 Abs. 3b KHEntgG
- Fixkostendegressionsabschlag nach § 4 Abs. 2a KHEntgG
- Zuschlag Mitaufnahme neugeborener Geschwisterkinder
- Zu-/Abschlag für Teilnahme am Notfallstufensystem (§ 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG)
- Zuschlag zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf (§ 4 Abs. 8a KHEntgG)

- Abschlag bei Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen (137i Abs. 5 SGB V)
- Zuschlag ländliche Krankenhäuser (§ 5 Abs. 2a KHEntgG)
- Zusatzentgelte für Testungen nach § 26 Abs. 2 KHG auf das Coronavirus SARS-CoV-2 im Krankenhaus
- Zuschlag Hebammenstellen-Förderprogramm nach § 4 Abs. 10 KHEntgG
- Zuschlag für Speicherung von Daten und Erstbefüllung auf der elektronischen Patientenakte gemäß § 5 Abs. 3g Satz 1 und 2 KHEntgG (krankenhausindividuell)
- Zuschlag-/Abschlag für den Ausgleich eines aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandenen Erlösrückgangs oder Erlösanstiegs (prozentual, Corona-Ausgleichsvereinbarung)
- Zuschlag-/Abschlag zur Konvergenzangleichung des Landesbasisfallwertes zur maßgeblichen Korridorgrenze (je Bundesland)
- Zuschlag zur Durchführung von Abschlagszahlungen vor 2022 (prozentual, COVID-19-Abschlagszahlungsvereinbarung nach § 6 KHWiSichV)
- Abschlag gemäß § 2 Abs. 8 und 9 B-BEP-Abschlagsvereinbarung (max. 2.000 Euro pro Fall)
- Abschlag bei Unterlassen der Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung gemäß § 3 Abs. 4 B-BEP-Abschlagsvereinbarung
- Abschlag bei Nichtteilnahme an der Telematikinfrastuktur
- Zuschlag-/Abschlag nach § 5 Absatz 3i KHEntgG zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten als Ausgleich gemäß § 5 Abs. 3 der Corona-Mehrkosten-Vereinbarung, prozentual
- Zuschlag zur Durchführung von Abschlagszahlungen 2022 (prozentuale, COVID-19-Abschlagszahlungsvereinbarung nach § 6a KHWiSichV)
- Zuschlag gem. § 5 KHEntgG zur Sicherstellung und Förderung der Kinder- und Jugendmedizin (prozentual)
- Zuschlag gem. § 5 Abs. 2c KHEntgG zur Förderung der geburtshilflichen Versorgung in Krankenhäusern (fester Eurowert)
- Abschlag bei nicht anfallender Übernachtung im Rahmen tagesstationärer Behandlung (§ 115e Abs. 3 SGB V – fallbezogen)
- Abschlag für nicht fristgerechte Datenlieferungen nach § 11 Absatz 4 Satz 6 KHEntgG
- Abschlag bei fehlender Bereitstellung und Nutzung der digitalen Dienste nach § 5 Abs. 3h KHEntgG

- Zuschlag gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 7 KHEntgG Implantateregisteraufwandsvergütung (fester Eurowert)
- Abschlag bei fehlender Datenübermittlung an das Implantateregister Deutschland (§ 23a IRegBV)

2 Abrechnungsbestimmungen der FPV

Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen wurde durch das DRG-System ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem eingeführt.

Die Regelungen der FPV gelten ebenso für tagesstationäre Behandlungen gem. §115e SGB V. Hier wird diesbezüglich auf §2 Abs. 1 der Abrechnungsvereinbarung zur tagesstationären Behandlung verwiesen, wonach die Abrechnung nach den Vorgaben des KHEntgG und der FPV erfolgt.

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz haben die Vertragsparteien auf Bundesebene den Auftrag erhalten, für Leistungen, bei denen es Anhaltspunkte für im erhöhten Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen gibt, die im Fallpauschalenkatalog gelisteten Relativgewichte gezielt abzusenken. Die DKG hatte sich diesem Auftrag verwehrt, weshalb man sich am 29.8.2016 im Rahmen der Bundesschiedsstelle nach § 18a KHG auf die Festlegung der folgenden zwei Leistungsgruppen verständigt hat. Bei der ersten Gruppe (Bandscheibenoperationen und Hüftendoprothetik / I10D – I10H und I47C) wurden die in Anlage 1a (Hauptabteilungen) und 1b (Belegabteilungen) des aG-DRG-Kataloges ausgewiesenen Relativgewichte abgesenkt. Sie gelten somit für alle Krankenhäuser, die diese Fallpauschalen erbringen gleichermaßen. Bei der zweiten Gruppe (Konservative Behandlung von Wirbelsäulenerkrankungen/ I68D, I68E und I68F) gilt die Abstufung nur für solche Krankenhäuser, deren Fallzahlen oberhalb des Medians aller Fallzahlen dieser DRG-Fallpauschalen liegen. Aus diesem Grund sind die betreffenden DRG auch zusätzlich in einer separaten Anlage 1d (für Hauptabteilungen) und 1e (für Belegabteilungen) ausgewiesen. Nur die Krankenhäuser, deren Fallzahlen oberhalb des Medians liegen, sind von der Absenkung betroffen, alle anderen können die DRG mit den regulären Relativgewichten der Anlage 1a und 1b abrechnen.

In der Anlage 1a und 1b des aG-DRG-Kataloges abgesenkte DRG (Bandscheibenoperationen und Hüftendoprothetik)

I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule ohne Bandscheibeninfektion, ohne Diszitis, ohne bestimmten anderen Eingriff an der Wirbelsäule
------	--

I10E	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit mäßig komplexem Eingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne Diszitis, ohne Bandscheibeninfektion, mit bestimmtem kleinen Eingriff oder wenig komplexer Eingriff, mehr als 1 Belegungstag, Alter < 18 Jahre
I10F	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule mit bestimmtem kleinen Eingriff oder wenig komplexer Eingriff, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre
I10G	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule, ohne bestimmten kleinen Eingriff, ohne wenig komplexen Eingriff oder ein Belegungstag, mit anderem kleinen Eingriff
I10H	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten kleinen Eingriff, ohne anderen kleinen Eingriff
I47C	Revision oder Ersatz eines Hüftgelenkes ohne best. kompliz. Faktoren, ohne komplexe Diagnose an Becken/OS, ohne best. endoproth. Eingriff, ohne gelenkpl. Eingriff am Hüftgelenk, ohne Impl. oder Wechsel einer Radiuskopfprothese, ohne Entf. Osteosynthesemat.

Abbildung 1: Abgesenkte DRG der Anlagen 1a und 1b

Die Tabelle 1 gilt für alle Krankenhäuser und hat demnach keine direkte Auswirkung auf die Abrechnung.

In der Anlage 1d und 1e des aG-DRG-Kataloges abgestufte DRG (Konservative Behandlung von Wirbelsäulenerkrankungen)	
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, > 1 Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh., mit Wirbelsäulenfraktur
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, > 1 Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh., mit Wirbelsäulenfraktur
I68F	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag oder Prellung am Oberschenkel

Abbildung 2: Abgestufte DRG der Anlagen 1d und 1e

Für die Abrechnung der in der Tabelle 2 aufgeführten abgesenkten DRG wurde eine Vereinbarung getroffen, um die Krankenhäuser zu identifizieren, die unterhalb bzw. auf dem Median liegen. Nur die Häuser, die entsprechend identifiziert sind, können die DRG mit den regulären Bewertungsrelationen der Anlagen 1a und 1b abrechnen. Zur Identifizierung dieser Häuser melden diese bis zum 01.11. des Vorjahres ihre entsprechenden

Fallzahlen für diese DRG an das InEK. Im Anschluss erstellt das InEK eine Rückmeldung an den GKV–SV, welcher die Kassen(verbände) entsprechend informiert. Krankenhäuser, die nicht auf der Liste stehen, müssen die abgesenkten DRG der Anlagen 1d und 1e abrechnen. Ab 2018 ist hierfür eine gesonderte Verschlüsselung an der dritten Stelle des Entgeltschlüssels {A, C, D} vorzunehmen. Das InEK stellt die Liste den Verbänden der Krankenkassen bis spätestens 10.11. des Vorjahres zur Verfügung.

2.1 Einstufungstichtag

Für Art und Höhe der nach der FPV abzurechnenden Entgelte ist der Tag der Aufnahme in das Krankenhaus maßgeblich. Dies gilt seit 2007 auch für die Höhe tagesbezogener Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG, für ZE und NUB–Entgelte, die in Zusammenhang mit den tagesbezogenen Entgelten abgerechnet werden. Für die Abrechnung tagesbezogener teilstationärer Leistungen gilt als Aufnahmetag in diesem Sinne der jeweils erste Behandlungstag im Quartal. 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. 6 Satz 4 FPV).

2.2 Jahresüberlieger

DRG–Fallpauschalen nach dem Fallpauschalenkatalog 2025 und ZE gemäß den Anlagen zur FPV 2025 sind nur für Aufnahmen ab dem 1.1.2025 abzurechnen. Bei Aufnahmen vor diesem Zeitpunkt sind die bisher geltenden Entgelte abzurechnen. Werden Patienten, für die 2024 bzw. 2025 eine DRG–Fallpauschale abgerechnet wurde, 2025 bzw. 2026 in das gleiche Krankenhaus zurückverlegt oder wieder aufgenommen, gelten die Vorschriften zur Rückverlegung bzw. Wiederaufnahme nicht; das heißt, die Falldaten sind nicht zusammenzufassen, soweit die stationären Aufnahmen in unterschiedlichen Kalenderjahren erfolgten (§ 2 Abs. 4 Satz 8 i. V. m. § 3 Abs. 3 Satz 6 FPV 2025).

Näheres zur Jahresüberliegersystematik bei Zu– und Abschlügen ist in Kapitel 8 zu finden.

Bei Geburten ist bei einer Abweichung zwischen Aufnahme und Geburt für die Mutter das Aufnahmedatum und für die Abrechnung der DRG–Fallpauschale des Neugeborenen das Geburtsdatum maßgebend.

2.3 Belegungstage

Maßgeblich für die Ermittlung der Verweildauer (VD) ist die Zahl der Belegungstage. Als Belegungstag wird grundsätzlich jeder Tag des Aufenthaltes gezählt, der die Vorausset–

zungen des § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erfüllt. Aufenthaltstage, die nicht diese Voraussetzung erfüllen¹ sind vom Krankenhaus als Tage ohne Berechnung zu melden. Abweichend zählt der Aufenthalt am Verlegungs- oder Entlassungstag nicht als Belegungstag, sofern dieser nicht gleichzeitig der Aufnahmetag ist (§ 1 Abs. 7 Satz 2 FPV).

Bei Fallzusammenfassungen ist gemäß § 2 Abs. 4 FPV zunächst für jeden Aufenthalt eine DRG-Eingruppierung vorzunehmen und auf dieser Grundlage eine Neueinstufung in eine Fallpauschale mit den Falldaten aller zusammenzufassenden Krankenhausaufenthalte durchzuführen. Dabei sind zur Ermittlung der VD die Belegungstage der Aufenthalte zusammenzurechnen.

Sind zwei Aufenthalte an unterschiedlichen Tagen mit jeweils nur einem eintägigen Aufenthalt zusammenzuführen (das heißt die Entlassung fällt auf den gleichen Tag wie die Aufnahme oder den Folgetag), so ist für den zusammengefassten Aufenthalt eine VD von zwei Belegungstagen zu zählen. Abweichend hiervon ergibt sich bei der Zusammenführung von zwei Fällen, deren Aufnahmen auf den gleichen Kalendertag fallen, eine VD von einem Belegungstag (vgl. Punkt 10 der Klarstellungen der Vertragsparteien zur FPV sowie die Ausführungen in Kapitel 3.1).

Erfolgt nach einem mehrtägigen Aufenthalt am Tag der Entlassung oder am Folgetag eine erneute Aufnahme mit Entlassung am selben Kalendertag und sind die Voraussetzungen einer Fallzusammenführung erfüllt, so zählt auch der Kalendertag des zweiten Aufenthaltes als Belegungstag (da Aufnahmetag).

DRG DXYZ, vorstationäre Behandlungen am 2.1. und 4.1. stationäre Aufnahme 6.1., Entlassung 22.1., 1. Tag mit Zuschlag: 12				
Datum	Leistung	Behandlungstage ²	Belegungstage	Abrechnung
2.1.	Vorstationäre Behandlung	1		
3.1.				
4.1.	Vorstationäre Behandlung	2		
5.1.				
6.1.	Aufnahme HNO	3	1	

¹ Beispiel: Nicht als vollstationär anzuerkennende Verweildauer am präoperativen Tag.

² Dient nur zur Prüfung der Abrechenbarkeit nachstationärer Pauschalen.

Abrechnungsbestimmungen nach dem KHEntgG und der FPV 2025

7.1.	HNO	4	2	
.....	HNO			
15.1.	HNO	12	10	
16.1.	HNO	13	11	DRG DXYZ
17.1.	HNO	14	12	OGVD-Zuschlag
18.1.	HNO	15	13	OGVD-Zuschlag
19.1.	HNO	16	14	OGVD-Zuschlag
20.1.	HNO	17	15	OGVD-Zuschlag
21.1.	HNO	18	16	OGVD-Zuschlag
22.1.	Entlassung			

Beispiel 1: Berechnung der OGVD mit vorstationärer Behandlung

Abrechnung:

Bei Entlassung am 22.1. ist für fünf Tage ein Entgelt nach Überschreiten der OGVD abzurechnen. Da nur die stationären Belegungstage gezählt werden, wäre bei Entlassung am 17.1. 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 Satz 3 Nr. 3 KHEntgG/siehe hierzu auch Beispiele 11 und 12 bezüglich Wiederaufnahme).

DRG DXYZ, vorstationäre Behandlungen am 2.1. und 4.1., stationäre Aufnahme 6.1., Entlassung 17.1., nachstationäre Behandlung am 20.1. und 22.1., 1. Tag mit Zuschlag: 12				
Datum	Leistung	Behandlungstage ³	Belegungstage	Abrechnung
2.1.	Vorstationäre Behandlung	1		
3.1.				
4.1.	Vorstationäre Behandlung	2		
5.1.				

³ Dient nur zur Prüfung der Abrechenbarkeit nachstationärer Pauschalen.

6.1.	Aufnahme HNO	3	1	
7.1.	HNO	4	2	
...	HNO	
15.1.	HNO			
16.1.	HNO	13	11	DRG DXYZ
17.1.	Entlassung			
18.1.				
19.1.	Nachstationäre Behandlung	14		Nachsta- tionäre Pauschale
20.1.				
21.1.	Nachstationäre Behandlung	15		Nachsta- tionäre Pauschale

Beispiel 2: Berechnung der OGVD mit vor- und nachstationärer Behandlung

Abrechnung:

Die Summe der vor- und nachstationären Behandlungstage und der Belegungstage überschreitet mit der nachstationären Behandlung am 19.1. die OGVD der DRG-Fallpauschale. Daher sind nachstationäre Behandlungen ab diesem Tag abzurechnen. Ein Entgelt ab Überschreiten der OGVD würde erst bei Entlassung am 18.1. abgerechnet, da erst mit Erreichen von zwölf Belegungstagen die OGVD überschritten wäre.

2.5 Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen

2.5.1 Vorstationäre Behandlung

Eine Pauschale zur vorstationären Behandlung bzw. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten ist neben der DRG-Fallpauschale nicht gesondert berechenbar (§ 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 KHEntgG). Weitere Details zur vorstationären Behandlung können dem „Allgemeinen Teil“ Kapitel 2.9 entnommen werden.

Soweit und solange notwendige vorstationäre Behandlungen nicht separat vergütet werden, sind deren Diagnosen und Prozeduren bei der Gruppierung und der Abrechnung der zugehörigen vollstationären Behandlung zu berücksichtigen (Neugruppierung); dies gilt jedoch nicht für Diagnosen und Prozeduren im Rahmen belegärztlicher Leistungen (§ 1 Abs. 6 Satz 5 FPV). Ergibt sich aus der Neugruppierung eine andere Fallpauschale, ist diese für die Abrechnung sowie für weitere Prüfungen maßgeblich (§ 1 Abs. 6 Satz 6 FPV).

Zum Thema „vorstationäre Behandlung“ sind im Jahr 2013 diverse Urteile ergangen. Dabei argumentieren die Gerichte wie folgt:

- Eine vorstationäre Behandlung ohne nachfolgende stationäre Behandlung ist dann nicht abrechnungsfähig, wenn es sich um eine offensichtlich ambulant zu erbringende Leistung handelt. Maßgeblich ist der verfügbare Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes im Behandlungszeitraum. Ergibt sich für den Krankenhausarzt aus den ihm verfügbaren Unterlagen, dass der Vertragsarzt pflichtwidrig die notwendige vertragsärztliche Diagnostik nicht ausgeschöpft hat, so muss das Krankenhaus den Versicherten zumutbar und kunstgerecht darauf verweisen, dass diese Leistung nicht im Rahmen einer vorstationären Abklärungsuntersuchung zu erbringen ist, sondern beim niedergelassenen Vertragsarzt.
- Eine vorstationäre Behandlung, die mit der nachfolgenden über Fallpauschalen vergüteten stationären Behandlung einen Behandlungsfall darstellt, ist nicht abzurechnen. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Fünf-Tage-Frist (§ 115a SGB V) eingehalten wurde oder nicht. Ein Behandlungsfall liegt nach Auffassung des BSG dann vor, wenn ein prägender sachlicher Zusammenhang besteht (BSG-Urteil vom 17.9.2013 – Az: B 1 KR 2/12 R).

Durch das MDK-Reformgesetz ist bei primärer Fehlbelegung die Abrechnung einer vorstationären Behandlung ohne stationäre Aufnahme vorgesehen, sofern keine andere Abrechnungsmöglichkeit besteht (§ 8 Abs. 3 KHEntgG).

In diesem Fall hat das Krankenhaus die bestehende Rechnung durch eine Gutschrift/Rechnungsstorno (Rechnungsart `04`) gutzuschreiben. Soweit keine andere Möglichkeit zur Abrechnung der erbrachten Leistung besteht (z.B. im Rahmen einer ambulanten Operation nach § 115b SGB V, ASV neu § 116b SGB V o.ä.) übermittelt das Krankenhaus zur Abrechnung einer dafür vorstationären Vergütung eine neue Rechnung mit der Rechnungsart `22` [Schlussrechnung, Vergütung nach vorstationärer Höhe (Ersatzabrechnung)] und mit den entsprechenden vorstationären Entgelten. Diese Rechnung enthält keine Pflegeentgelte 74* bzw. 84*. Ein ZLG-Segment wird in diesen Rechnungen nicht übermittelt. Die Aufnahmeanzeige und Entlassungsanzeige bleiben unverändert.

Hinweis: Diese Regelung betrifft Ergebnisse von Prüfungen nach § 275c Absatz 1 SGB V (neue Regelungen zu Prüfungen von Rechnungen ab 01.01.2020).

2.5.2 Entgelte für nachstationäre Behandlungen

Pauschalen zur nachstationären Behandlung bzw. nachstationär erfolgte Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten können neben einer DRG-Fallpauschale nicht zusätzlich abgerechnet werden, solange die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die OGVD der Fallpauschale nicht übersteigt (§ 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 KHEntgG; vgl. Beispiel 2). Erst danach werden die entsprechenden Pauschalen bzw. Großgeräteleistungen für nachstationäre Behandlungen nach der „Gemeinsamen Empfehlung über die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115a Abs. 3 SGB V“ abgerechnet.

Zugleich sind aber bei Verbleib innerhalb der OGVD auch nachstationäre Diagnosen und Prozeduren, einschließlich Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten bei der Gruppierung der zugehörigen vollstationären Behandlung zu berücksichtigen, fließen also in die Ermittlung der DRG-Fallpauschale mit ein (etwas anderes gilt nur für Diagnosen und Prozeduren im Rahmen belegärztlicher Leistungen, § 1 Abs. 6 Satz 5 FPV). Nur außerhalb der OGVD dürfen die Pauschalen für nachstationäre Behandlungen sowie etwaige Großgeräteleistungen gesondert abgerechnet werden, gehen dann allerdings nicht in die Gruppierung der zugehörigen DRG-Fallpauschale mit ein.

Sofern durch die Neugruppierung einschließlich der nachstationären Diagnosen und Prozeduren innerhalb der OGVD der DRG-Fallpauschale eine neue DRG-Fallpauschale mit einer höheren OGVD ermittelt wird, ist diese neue OGVD maßgeblich für die Prüfung, ob gegebenenfalls nachfolgende nachstationäre Behandlungen wegen Überschreitens der OGVD separat vergütet werden können oder ob diese mit der neugruppierten DRG-Fallpauschale abgegolten sind und gegebenenfalls einen weiteren Neugruppierungsprozess auslösen.

2.5.3 Ambulante Operation als nachstationäre Behandlung

Entsprechend dem BSG-Urteil vom 19.4.2016 (Az. B 1 KR 23/15 R) hat das Krankenhaus das Wirtschaftlichkeitsgebot auch bei ambulanten Operationen gemäß § 115b SGB V zu beachten, wenn diese Leistung im Rahmen einer nachstationären Behandlung gemäß § 115a SGB V erbracht werden kann. Stehen zwei gleich zweckmäßige und notwendige Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung, sind Leistungserbringer verpflichtet, sich für die Alternative zu entscheiden, bei der die Kosten für den gleichen zu erwartenden Erfolg geringer oder zumindest nicht höher sind. Bei erforderlicher Krankenhausbehandlung in unwirtschaftlichem Umfang besteht allenfalls ein Anspruch auf die Vergütung, die bei einem wirtschaftlichen Alternativverhalten angefallen wäre.

Überschneiden sich daher ambulante und nachstationäre Behandlung, ist die Operation als Teil der nachstationären Behandlung § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 KHEntgG zu betrachten und es gilt auch hierfür:

Die Behandlung ist bereits mit der Vergütung für die stationäre Krankenhausbehandlung abgegolten, es sei denn, die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen übersteigt die Grenzverweildauer der Fallpauschale gemäß § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 KHEntgG.

Fallen hingegen zusätzliche Kosten durch die nachstationäre Behandlung an, die die Kosten einer ambulanten Behandlung bzw. Operation übersteigen, gilt der Vorrang ambulanter Behandlung.

Unabhängig von der OGVD ist allerdings keine nachstationäre Behandlung anzunehmen, wenn die ambulante Operation nicht der Sicherung der vorherigen vollstationären Behandlung diene, sondern eigenständige Behandlungsziele verfolgte. In solchen Fällen erfolgt eine separate Vergütung als ambulante Operation (und es erfolgt keine Berücksichtigung bei der Eingruppierung in die DRG-Fallpauschale des stationären Aufenthalts).

Auch für Fälle, in denen die ambulante Operation aus medizinischen Gründen erst nach mehr als 14 Tagen nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung erfolgen kann, entfällt in der Regel die Einordnung als nachstationäre Behandlung.

2.6 Verweildauer bei Beurlaubung

Die Regelungen des § 1 Abs. 7 Satz 5 und 6 FPV besagen, dass die Behandlung eines Patienten durchaus unterbrochen werden kann; die Abrechnung über einen Fall muss aber immer die vollständige, medizinisch abgeschlossene, stationäre Behandlung umfassen. Eine Aufteilung der Abrechnung auf mehrere Fälle ist ausgeschlossen und auch nicht mit der Grundlogik des DRG-Systems im Sinne einer Fallpauschale für eine medizinisch abgeschlossene Behandlung vereinbar. Eine Ausnahme stellen onkologische Behandlungszyklen dar. Hier ist jeder stationär durchzuführende Aufenthalt unabhängig von dem medizinischen Abschluss der Gesamtbehandlung als eigenständiger Fall abrechenbar, vorausgesetzt die Trennung entspricht einer medizinisch sinnvollen Vorgehensweise (vgl. Klarstellungen Nr. 2 der Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG zur Beurlaubungsregelung).

DRG DXYZ, Aufnahme 1.1., Entlassung 24.1. 1. Tag mit Zuschlag: 18			
Datum	Leistung	Belegungstage	Abrechnung
1.1.	Aufnahme HNO	1	

2.1.	Innere	2	
...	
15.1.	Urlaubsantritt	15	
16.1.	Urlaub		
17.1.	Urlaubsende	16	
18.1.	HNO	17	DRG DXYZ
19.1.	HNO	18	OGVD-Zuschlag
20.1.	HNO	19	OGVD-Zuschlag
21.1.	HNO	20	OGVD-Zuschlag
22.1.	HNO	21	OGVD-Zuschlag
23.1.	HNO	22	OGVD-Zuschlag
24.1.	Entlassung		

Beispiel 3: Berechnung der OGVD bei Beurlaubung

Abrechnung:

Die DRG DXYZ kann einmal abgerechnet werden. Der reine Urlaubstag (16.1.) wird nicht in die Grenzverweildauerberechnung einbezogen. Eine Überschreitung der oberen Grenzverweildauer liegt ab dem 19.1. vor. Ab diesem Tag können zusätzlich zu der Fallpauschale die Entgelte nach Überschreiten der OGDV abgerechnet werden.

Weitere Details zur Beurlaubung und Fallzusammenlegung können dem „Allgemeinen Teil“ Kapitel 2.11 entnommen werden.

2.7 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 sowie sonstige Zuschläge (vgl. Kapitel 8) abzurechnen. In diesem Fall ist für die Mutter und das Neugeborene jeweils eine Rechnung zu erstellen. Bei der Versorgung von Neugeborenen in einem Säuglingszimmer handelt es sich i. d. R nicht um eine Versorgung außerhalb des Kreißaales, da dieses i. d. R. organisatorisch dem Kreißaal zuzuordnen ist. Allein die räumliche Trennung begründet nicht die Abrechnung der Neugeborenen-DRG. Es handelt sich nur dann um eine Versorgung außerhalb des Kreißaales, wenn das Neugeborene in die Stationsabläufe integriert wird. Die Fallpauschale für das gesunde Neugeborene, das nach der Versorgung im Kreißaal weiter im Krankenhaus behandelt wurde, ist mit dem für die Mutter zuständigen Kostenträger abzurechnen. Auf der Rechnung für das Neugeborene ist die Versichertennummer der Mutter und der Aufnahmegrund 06

(Geburt) anzugeben. Die Fallpauschale für das krankheitsbedingt behandlungsbedürftige Neugeborene ist mit dessen Kostenträger abzurechnen und der Aufnahmegrund 01 (Krankenhausbehandlung, vollstationär) anzugeben. Nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftig in diesem Sinne sind alle Neugeborenen, für welche die DRG-Fallpauschale P66D oder P67E (Einlinge) bzw. P67D (Mehrlinge) abgerechnet werden kann.

Die besonderen Vorschriften zur Abrechnung von Fallpauschalen für Neugeborene finden nur dann Anwendung, wenn der Krankenhausaufenthalt des Neugeborenen auch die Geburt umfasst. Für die Abrechnung eines Krankenhausaufenthaltes infolge einer erneuten Aufnahme des Neugeborenen sind die besonderen Vorschriften des § 1 Abs. 5 FPV nicht zu berücksichtigen. Das bedeutet, dass jeder weitere, gesondert berechenbare Aufenthalt des Neugeborenen gegenüber dem für ihn zuständigen Kostenträger abzurechnen ist. Dies gilt auch für einen in Folge einer Wiederaufnahme zusammengefassten Fall (vgl. auch Klarstellung Nr. 6 zur FPV).

Auch ein **Säugling**, der nach seiner Geburt lediglich zur Begleitung seiner noch stationär behandlungsbedürftigen Mutter im Krankenhaus verbleibt, ist **nicht stationär aufgenommen** im Sinne einer organisatorischen Eingliederung als Patient. Er kann daher nicht im Sinne der FPV verlegt werden (vgl. BSG B 1 KR 20/22 R, U. v. 29.06.2023).

Im Fallpauschalen-Katalog ist für die DRG P60C eine Mindestverweildauer von 24 Stunden ab Entbindung vorgegeben. Wird diese in dem Krankenhaus, in dem die Geburt stattfand, nicht erreicht, ist die Versorgung des Neugeborenen mit dem Entgelt für die Mutter abgegolten (§ 1 Abs. 5 FPV). Diese Mindestverweildauer darf nicht mit der UGVD nach § 1 Abs. 3 FPV verwechselt werden, bei deren Nichterreichen ein Abschlag von der Fallpauschale zu erheben ist.

DRG O60C und DRG P60C, Entbindung 2.1., Verlegung des Neugeborenen am 4.1., Entlassung der Mutter am 6.1.					
Datum	Leistung	Belegungstage Mutter	Belegungstage Kind	Abrechnung Mutter	Abrechnung Kind
2.1.	Entbindung	1	1		
3.1.	Geburtshilfe	2	2		DRG P60C
4.1.	Externe Verlegung des Neugeborenen > 24 Stunden	3			
5.1.	Geburtshilfe	4		DRG O60C	

6.1.	Entlassung der Mutter				
------	-----------------------	--	--	--	--

Beispiel 4: Externe Verlegung eines Neugeborenen

Mitaufnahme der Mutter bei krankheitsbedingt behandlungsbedürftigen Neugeborenen

Da in der Vergangenheit häufig strittig war, wie der Verbleib einer gesunden Mutter bei ihrem krankheitsbedingt behandlungsbedürftigen Neugeborenen zu beurteilen war und es oftmals zur Abrechnung von Zuschlägen wegen Überschreitens der OGVD im Behandlungsfall der gesunden Mutter kam, haben sich die Selbstverwaltungspartner auf eine Klarstellung in § 1 Abs. 5 Satz 9 FPV geeinigt.

Erfolgt ein Verbleib der gesunden Mutter aufgrund des krankheitsbedingt behandlungsbedürftigen Neugeborenen oder des Neugeborenen in der DRG–Fallpauschale P67D, so ist ab Erreichen der abgerundeten mittleren VD der vollstationären DRG–Fallpauschale für die Mutter der Zuschlag für Begleitpersonen abzurechnen. Der Zuschlag wegen Mitaufnahme als Begleitperson ist in dem Fall des Neugeborenen abzurechnen. § 1 Abs. 2 FPV, also die Abrechnung von Zuschlägen wegen Überschreiten der OGVD, findet in diesem Fall für die Fallpauschale der gesunden Mutter keine Anwendung. In diesem Fall ist gemäß Klarstellung Nr. 9 der FPV bei Mehrlingen die Mitaufnahme eines oder mehrerer neugeborener Geschwisterkinder mit dem Zuschlag für Begleitpersonen abrechenbar und auf der Rechnung des krankheitsbedingt behandlungsbedürftigen oder des Neugeborenen in der DRG–Fallpauschale P67D Neugeborenen gesondert auszuweisen.

Es konnte leider keine Einigung mit der DKG erzielt werden, ab wann eine Mutter als gesund gilt. Diese Beurteilung ist dann problematisch, wenn sie weiterhin über die MVD hinaus behandlungsbedürftig ist. Bei der Regelung wurde bewusst vermieden, einzelne DRG zu benennen, die den Status der gesunden Mutter definieren. Hätte man dies getan, würde man Fälle mit späterer Gesundung der Mutter von vornherein von der Regelung ausschließen und hätte das Problem der Abrechnung der OGVD–Zuschläge für diese Fälle nicht gelöst. Auf der anderen Seite ist nun nicht geklärt, wann eine Mutter als gesund einzustufen ist, also ab wann die Zuschläge wegen Mitaufnahme als Begleitperson abzurechnen sind.

Zuschläge wegen Mitaufnahme als Begleitpersonen können erst abgerechnet werden, wenn die Mutter gesund ist. Die GKV hat sich auf eine Klarstellung einigen können, die jedoch nicht mit der DKG konsentiert werden konnte:

„Gesund im Sinne des § 1 Abs. 5 FPV ist die Mutter ab dem Tag, nachdem ihre Entlassung erfolgen würde, wenn das Neugeborene nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftig wäre.“

Dies impliziert, dass die Zuschläge wegen Mitaufnahme als Begleitperson auch erst zu einem späteren als dem Zeitpunkt des Überschreitens der abgerundeten MVD abgerechnet werden können. Allerdings heißt dies auch, dass Zuschläge wegen Überschreitens der OGVD abgerechnet werden können, sollte die Mutter erst nach Überschreiten der OGVD gemäß der o. g. Definition gesunden.

Mitnahme des gesunden Neugeborenen bei krankheitsbedingt behandlungsbedürftiger Mutter (Klarstellung Nr. 13 zur FPV)

Wird ein gesundes Neugeborenes (bis Vollendung des 28. Tags nach Geburt) aufgrund einer behandlungsbedürftigen Mutter in einem Krankenhaus, in dem die Geburt nicht stattgefunden hat, mit aufgenommen, so ist für das Neugeborene im aufnehmenden Krankenhaus ein eigenständiger Fall über die Krankenversicherungsnummer der Mutter zu bilden, der über eine gesonderte Fallpauschale abzurechnen ist. Nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftig in diesem Sinne sind gemäß § 1 Absatz 5 Satz 6 FPV alle Neugeborenen, für welche die DRG–Fallpauschale P66D, P67D oder P67E abgerechnet werden kann. In diesem Fall ist für das Neugeborene der Aufnahmegrund 06 (Geburt) anzugeben.

2.7.1 Abrechnung und Fallzählung

Da das Neugeborene die Mindestverweildauer von 24 Stunden erreicht hat, wird für dieses die DRG P60C abgerechnet. Für das Neugeborene wird ein eigener Fall gezählt. Die Behandlung des Neugeborenen wird mit dessen Kostenträger abgerechnet, da für das Neugeborene nicht die DRG–Fallpauschale P66D oder P67E (bei Mehrlingsgeburten P67D) abgerechnet wird und es daher als krankheitsbedingt behandlungsbedürftig gilt.

Im DRG–Fallpauschalenkatalog 2025 finden sich die DRG P60B (Neugeborenes, verlegt < fünf Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR–Prozedur, zuverlegt oder Beatmung > 24 Stunden) und die DRG P60C (Neugeborenes, verlegt < fünf Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR–Prozedur, nicht zuverlegt, ohne Beatmung > 24 Stunden (Mindestverweildauer 24 Stunden für das Krankenhaus, in dem die Geburt stattfand)).

Der Begriff „zuverlegt“ bedeutet, dass das Krankenhaus die Entbindung nicht durchgeführt hat. Das Kind wurde also nach der Entbindung in dieses Krankenhaus verlegt. Der Begriff „nicht zuverlegt“ bedeutet, dass das Krankenhaus die Entbindung durchgeführt hat.

2.7.2 Verlegungen

Die Fallzusammenfassung bei Rückverlegung findet keine Anwendung für Fälle der Hauptdiagnosegruppe für Neugeborene (MDC 15) (§ 3 Abs. 3 Satz 5 FPV). Die Sätze 1

bis 4 des Abs. 3 gelten nicht für Neugeborene, d. h. es kommt keine Fallzusammenfassung aufgrund einer Rückverlegung zustande. Dies bedeutet jedoch nicht, dass keine Verlegungsabschlüsse vorzunehmen sind, sofern es sich nicht um eine VFP handelt (Kennzeichnung Spalte 12 (Hauptabteilung) bzw. 14 (Belegabteilung des Fallpauschalen-Katalogs)). Die Voraussetzungen der Verlegungsabschlüsse sind § 3 Abs. 1 FPV zu entnehmen; die Ausnahme bei Neugeborenen bezieht sich lediglich auf § 3 Abs. 3 Satz 1 bis 4 FPV.

2.8 Fallzählung

2.8.1 Fallzählung bei Abrechnung von Fallpauschalen

Jede abgerechnete DRG-Fallpauschale zählt im Jahr der Entlassung als ein Fall. Dies gilt auch für

- Neugeborene (Ausnahme: Nichterreichen der Mindestverweildauer, vgl. Kapitel 2.7),
- vollstationäre Fallpauschalen, die mit nur einem Belegungstag ausgewiesen sind und
- fallbezogene Entgelte nach § 6 KHEntgG für eine voll- oder teilstationäre Leistung.

Fälle mit nur vorstationärer Behandlung werden nicht als Fall gezählt. Bei Wiederaufnahmen oder Rückverlegungen in dasselbe Krankenhaus ist jeweils nur die Fallpauschale zu zählen, die nach der Neueinstufung für den zusammengefassten Krankenhausaufenthalt abgerechnet wird.

Wird bei einer Transplantation auch für den Lebendspender eine Fallpauschale abgerechnet, sind zwei Fälle (Transplantatempfänger und -spender) zu zählen.

2.8.2 Fallzählung bei Abrechnung tagesgleicher Pflegesätze (§ 9 Abs. 1 Satz 4 und Abs. 2 Nr. 2 FPV)

(1) Vollstationäre Behandlung:

Bei der Abrechnung von tagesbezogenen vollstationären Entgelten zählt jede Aufnahme als ein Fall.

(2) Teilstationäre Behandlung:

Patienten, für die eine teilstationäre DRG-Fallpauschale oder tagesbezogene teilstationäre Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG abgerechnet und die wegen derselben Erkan-

kung regelmäßig oder mehrfach behandelt werden, werden je Quartal als ein Fall gezählt. Näheres zur Fallzählung hinsichtlich der Zu- und Abschläge bei teilstationärer Behandlung ist in Kapitel 8 zu finden.

Bei den teilstationären Entgelten A90A und A90B ist die Klarstellung Nr. 5 zur FPV zu beachten:

Klarstellung zur Eingruppierung und Fallzählung bei tagesbezogenen Entgelten für die teilstationär geriatrische Komplexbehandlung (A90A und A90B)

Zur Ermittlung von tagesbezogenen Entgelten für die unbewerteten teilstationären Leistungen A90A (Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, umfassende Behandlung) und A90B (Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, Basisbehandlung) aus Anlage 3b sind die teilstationären Behandlungstage jeweils einzeln einzugruppieren. Werden für einen Patienten, der wegen derselben Erkrankung regelmäßig oder mehrfach behandelt wird, in einem Quartal sowohl tagesbezogene Entgelte für die A90A als auch für die A90B abgerechnet, wird insgesamt nur ein Fall im Sinne von § 9 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe b FPV 2025 gezählt.

Bei teilstationären pädiatrischen Entgelten der MDC 25 ist die Klarstellung Nr. 16 zur FPV zu beachten:

Klarstellung zur Eingruppierung und Fallzählung bei tagesbezogenen Entgelten für teilstationäre pädiatrische Diagnostik und Behandlung (MDC 25)

Zur Ermittlung von tagesbezogenen Entgelten für die unbewerteten teilstationären pädiatrischen Leistungen der MDC 25 Teilstationäre pädiatrische Diagnostik und Behandlung aus Anlage 3b sind die teilstationären Behandlungstage jeweils einzeln einzugruppieren und abzurechnen. Werden für einen Patienten, der wegen derselben Erkrankung regelmäßig oder mehrfach behandelt wird, in einem Quartal mehrere tagesbezogene teilstationäre Entgelte der MDC 25 abgerechnet, wird in diesem Quartal insgesamt nur ein Fall im Sinne von § 9 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe b FPV 2025 gezählt.

(vgl. Klarstellungen der Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG zur FPV 2025)

2.9 Obere Grenzverweildauer

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

Die OGVD einer DRG ist somit:

Erster Tag mit zusätzlichem Entgelt (Spalte 11 Fallpauschalenkatalog) – 1 = OGVD der Fallpauschale

DRG BXYC, Aufnahme 1.1., Entlassung 22.1., erster Tag mit Zuschlag: 16			
Datum	Leistung	Belegungstage	Abrechnung
1.1.	Aufnahme Innere	1	
2.1.	Innere	2	
...	
15.1.	Innere	15	DRG BXYC
16.1.	Innere	16	OGVD-Zuschlag
17.1.	Innere	17	OGVD-Zuschlag
18.1.	Innere	18	OGVD-Zuschlag
19.1.	Innere	19	OGVD-Zuschlag
20.1.	Entlassung		

Beispiel 5: Berechnung der OGVD ohne vorstationäre Behandlung

Berechnung

tatsächliche VD + 1	–	erster	Zuschlagstag	=	zusätzlich	abrechenbare
Belegungstage						
19		+ 1			–	16
					=	4

Im Fallpauschalenkatalog ist eine Bewertungsrelation pro Tag für die Ermittlung der Entgelte bei Überschreitung der OGVD ausgewiesen. Das tagesbezogene Entgelt wird ermittelt, indem diese Bewertungsrelation mit dem LBFW multipliziert wird.

2.10 Untere Grenzverweildauer

Für die meisten DRG–Fallpauschalen ist eine UGVD kalkuliert worden. Im Fallpauschalen-Katalog (Spalte 7) ist der erste Tag mit Abschlag ausgewiesen. Gemäß Fußnote Nr. 2 ist der erste Belegungstag angegeben, an dem nach § 1 Abs. 3 FPV ein Abschlag von der Fallpauschale vorzunehmen ist.

Die UGVD einer DRG ist somit:

Erster Tag mit Abschlag (Spalte 7 Fallpauschalenkatalog) + 1 = UGVD der Fallpauschale

Ist die VD von nicht verlegten Patientinnen oder Patienten kürzer als die UGVD, so ist pro Tag ein Abschlag von der Fallpauschale vorzunehmen. Wenn es sich um eine Verlegung handelt und Verlegungsabschläge abgerechnet werden können, haben diese grundsätzlich Vorrang. UGVD-Abschläge sind bei Verlegungsfällen aber nicht ausgeschlossen.

BXYA, Aufnahme 2.1., Entlassung 6.1. erster Tag mit Abschlag: 4			
Datum	Leistung	Belegungstage	Abrechnung
2.1.	Aufnahme Innere	1	
3.1.	Innere	2	
4.1.	Innere	3	
5.1.	Innere	4	DRG BXYA abzgl. 1 Tag UGVD-Abschlag
6.1.	Entlassung		

Beispiel 6: Abrechnung der Krankenhausleistung bei kurzer VD mit Abschlag

Berechnung

1. Abschlagstag	+ 1	- tatsächliche VD	= Zahl der Abschlagstage
4	+ 1	- 4	= 1

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

2.11 Verlegungen

2.11.1 Abschlagsregelungen bei Verlegungen

Wird ein Patient intern in einen anderen Entgeltbereich (Entgelt nach BPfIV oder für eine Besondere Einrichtung) oder extern in ein anderes Krankenhaus oder auch in eine Einrichtung nach § 22 Abs. 1 KHG (von den Ländern bestimmte Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen) verlegt, rechnet jeder Entgeltbereich bzw. jedes Krankenhaus gesondert ab (§ 1 Abs. 1 i. V. m. § 3 Abs. 4 FPV). Dies betrifft sowohl die DRG-Fallpauschale des verlegenden als auch die des aufnehmenden Krankenhauses (§ 3 Abs. 2 FPV). Ziel ist es, ökonomisch motivierte Verlegungen zu vermeiden. Eine Verlegung liegt immer dann vor, wenn zwischen der Entlassung aus einem Krankenhaus und

der Aufnahme in ein anderes Krankenhaus nicht mehr als 24 Stunden vergangen sind (siehe auch BSG-Urteile B 1 KR 8/20 und B 1 KR 12/20 R vom 27.10.2020).

Die Regelungen bezüglich der Verlegungen gelten seit 1.1.2014 nicht mehr für Verlegungen in oder aus ausländischen Krankenhäusern, da in § 3 Abs. 5 FPV eine Einschränkung auf inländische Krankenhäuser getroffen wurde. Ausgenommen sind Häuser, die im Rahmen von Kooperationen zusammenarbeiten. Um dies praxistauglich überprüfbar zu gestalten, hat man den Status der Kooperation auf das Vorliegen schriftlicher Kooperationsvereinbarungen beschränkt.

Ausschlaggebend für den Tatbestand der Verlegung ist nach § 1 Abs. 1 Satz 4 FPV ausschließlich die Aufnahme in ein anderes Krankenhaus innerhalb von 24 Stunden nach der Entlassung aus dem zuvor behandelnden Krankenhaus. Behandlungen mit internen Verlegungen zwischen unterschiedlichen Entgeltbereichen sind hierbei nach § 3 Abs. 4 FPV wie Behandlungen selbstständiger Krankenhäuser zu behandeln (siehe auch Urteil des LSG Hessen vom 14.06.2017 (Az. L 8 KR 27/16)).

DRG DXYZ, stationäre Aufnahme 2.1., Verlegung 5.1., MVD 3,7 Tage.			
Datum	Leistung	Belegungstage	Abrechnung
2.1.	Stationäre Aufnahme	1	
3.1.		2	
4.1.		3	
5.1.	Verlegung		DRG DXYZ 1 Tag Abschlag

Beispiel 7: Abrechnung der Krankenhausleistung bei Verlegung

Berechnung

MVD	-	tatsächliche VD	=	Zahl der Abschlagstage
4	-	3	=	1

Die im Fallpauschalenkatalog angegebene mittlere Verweildauer ist kaufmännisch auf die nächste Zahl zu runden. Je Fallpauschale ist die Bewertungsrelation pro Tag für die Ermittlung der Abschläge bei Verlegungen ausgewiesen. Der Abschlag wird ermittelt, indem diese Bewertungsrelation mit dem LBFW multipliziert wird.

Die Frage, wann eine Verlegung vorliegt, ist allein anhand der zeitlichen Komponente der 24 Stunden zu beantworten. Es kommt nicht darauf an, was in dieser Zeit erfolgt ist. Ob eine Verlegung vorliegt, ist nicht vom gemeldeten Entlassungsgrund des verlegenden Krankenhauses abhängig. Wichtig ist nur, dass der Patient innerhalb von 24 Stunden in einer anderen Einrichtung/einem anderen Geltungsbereich aufgenommen wurde. Wurde zwischenzeitlich beispielsweise in eine Reha- oder Pflegeeinrichtung verlegt, hat dies keine Auswirkung auf den Verlegungsstatus:

Datum	Leistung	Belegungstage	Abrechnung
2.1.	Stationäre Aufnahme Krankenhaus A	1	
3.1.		2	DRG DXYZ (MVD 3,4 Tag) / 1 Tag Abschlag
4.1. (12 Uhr)	Verlegung in Reha		
5.1. (12 Uhr)	Verlegung von Reha in Krankenhaus B	1	

Beispiel 8: Verlegung mit zwischenzeitlicher rehabilitativer Behandlung

Da zwischen der Entlassung aus Krankenhaus A und Aufnahme in Krankenhaus B keine 24 Stunden vergangen sind, ist vom Krankenhaus A ein Verlegungsabschlag zu berechnen, sofern die MVD im Krankenhaus A nicht erreicht wurde.

2.11.2 Verlegung in einem zusammengefassten Fall

Gemäß § 3 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3 Satz 1 FPV ist im Fall einer Verlegung ein Verlegungsabschlag vorzunehmen, wenn die im Fallpauschalenkatalog ausgewiesene MVD unterschritten wird. Findet in dem Zeitraum zwischen zwei zusammengefassten Fällen eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus oder einen anderen Rechtsbereich statt, ist der Status der Verlegung ebenfalls gegeben. Auch wenn die Verlegung nicht am Ende des zusammengefassten Falles erfolgt, liegt dennoch eine Verlegung vor. Daraus folgt, dass ebenfalls Verlegungsabschläge vorzunehmen sind, wenn die MVD des zusammengefassten Aufenthaltes unterschritten wird. Das BSG hat mit Urteil vom 6.3.2012 (Az: B 1 KR 15/11 R) entschieden, dass mehrere Aufenthalte, die zu einem Fall zusammenzufassen sind, als ein abzurechnender Behandlungsfall zählen und die gesamte VD des zusammengefassten Falles maßgeblich für die Berechnung der Verlegungsabschläge ist. Als Begründung führt das BSG aus, dass ein Behandlungsfall i. S. v. § 3 Abs. 2 Satz 2 FPV auch mehrere, zeitlich durch Aufnahme, Entlassung und Wiederaufnahme voneinander getrennte Aufenthalte im verlegenden Krankenhaus umfassen kann, die jedoch als ein Fall abzurechnen sind. Somit sind Verlegungsabschläge auch dann vom aufnehmenden

Krankenhaus vorzunehmen, wenn der zusammengefasste Fall des verlegenden Krankenhauses länger als 24 Stunden dauert.

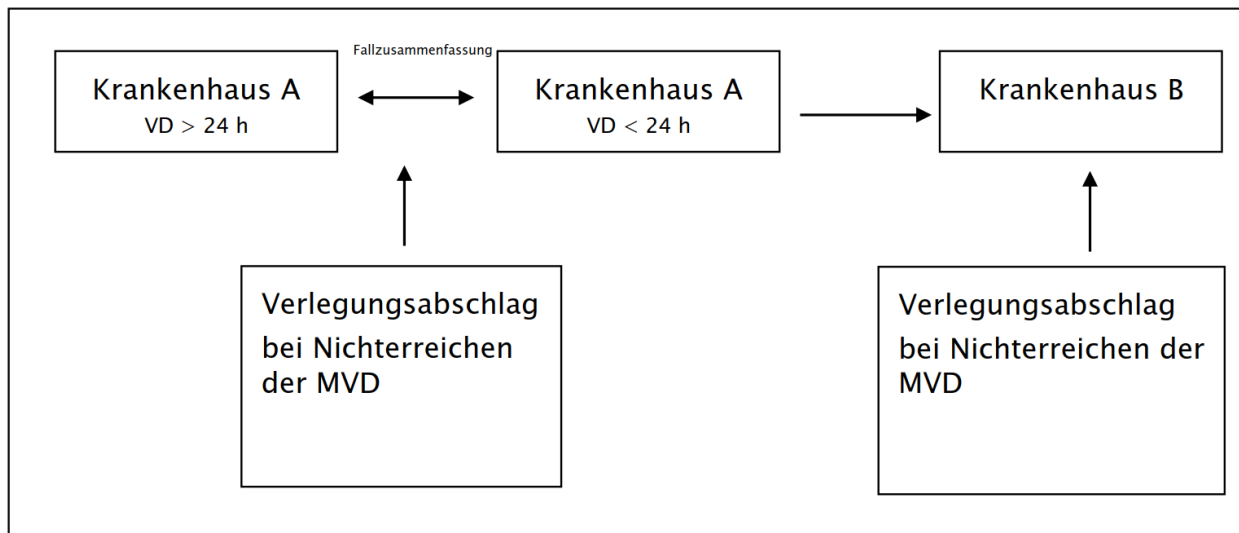


Abbildung 3: Fallzusammenfassung und Verlegung innerhalb von 24 Stunden nach dem letzten Aufenthalt

Beispiel: Beide Aufenthalte im Krankenhaus A sind gemäß FPV zusammenzufassen. Für den zusammengefassten Fall sind bei Nichterreichen der MVD Verlegungsabschläge für das aufnehmende Krankenhaus zu berechnen, wenn der zusammengefasste Fall länger als 24 Stunden dauert und unabhängig davon, dass der letzte Aufenthalt vor der Verlegung weniger als 24 Stunden beträgt.

In der FPV wurde dazu eine Klarstellung aufgenommen. Sind mehrere Aufenthalte in einem Krankenhaus aufgrund der Regelungen zur Wiederaufnahme nach den Absätzen 1 bis 3 zusammenzuführen und erfolgte bei mindestens einem Aufenthalt eine Verlegung, sind gemäß § 2 Abs. 5 FPV vom zusammengeführten Fall Verlegungsabschläge nach den Vorgaben des § 1 Absatz 1 Satz 3 in Verbindung mit § 3 FPV zu berechnen.

2.11.3 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 nach der Aufnahme in ein anderes Krankenhaus verlegt, gilt für das abgebende Krankenhaus die Abschlagsregelung für Verlegungen. Beim aufnehmenden Krankenhaus wird dieser Fall gemäß § 3 Abs. 2 FPV nicht als Verlegungsfall betrachtet, sondern wie eine Erstaufnahme (vgl. Abbildung 4). Diese Regelung gilt auch dann, wenn es sich bei dem vorangegangenen Aufenthalt um eine teilstationäre Behandlung handelt.

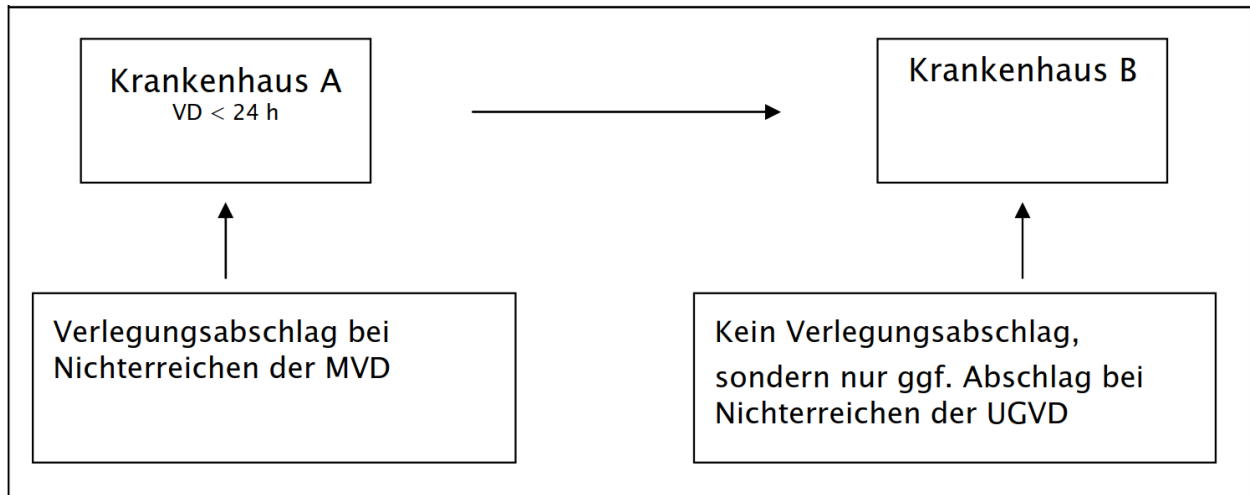


Abbildung 4: Verlegung innerhalb von 24 Stunden ohne Weiterverlegung

Ist der Aufenthalt des Patienten im aufnehmenden Krankenhaus jedoch kürzer als die UGVD oder wird der Patient vor Erreichen der mittleren VD weiterverlegt (vgl. Abbildung 3), werden die entsprechenden Abschläge von der DRG-Fallpauschale abgezogen (§ 3 Abs. 2 FPV). In dem Fall der erneuten Weiterverlegung sind Verlegungsabschläge im Krankenhaus C ebenfalls nur dann vorzunehmen, wenn die VD im Krankenhaus B über 24 Stunden beträgt.

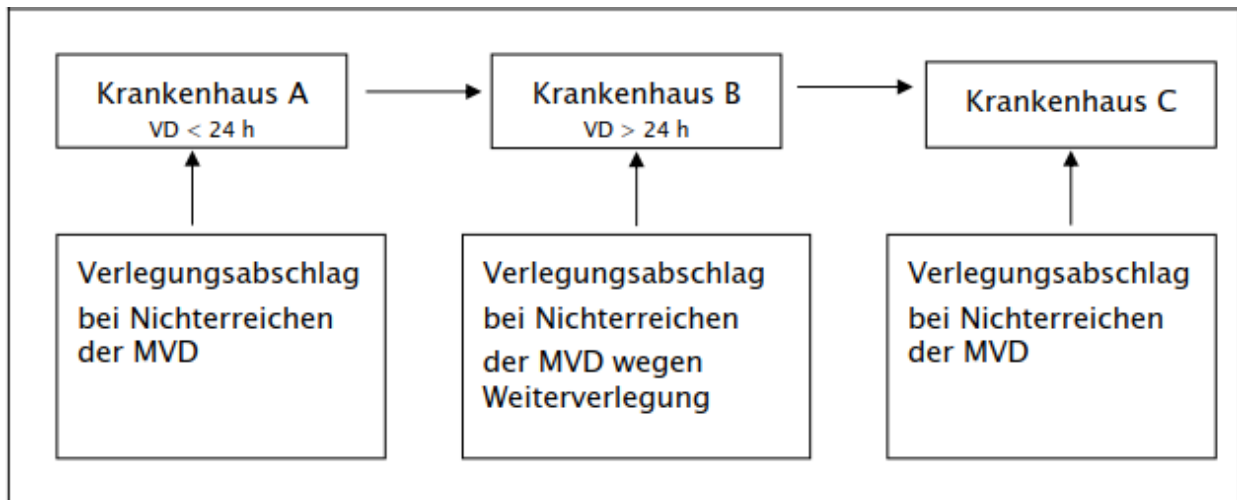


Abbildung 5: Verlegung innerhalb von 24 Stunden mit Weiterverlegung

Verlegt das zweite Krankenhaus ebenfalls innerhalb von 24 Stunden (vgl. Abbildung 4), so gilt für das erste Krankenhaus die Regelung für Verlegungsabschläge (§ 3 Abs. 1 FPV); für das zweite Krankenhaus gilt ebenfalls die Regelung für Verlegungsabschläge (§ 3 Abs. 2 Satz 2 Halbsatz 2 FPV). Das dritte Krankenhaus muss in diesem Fall keinen Verlegungsabschlag berechnen, sondern gegebenenfalls den Abschlag bei Nichterreichen der UGVD.

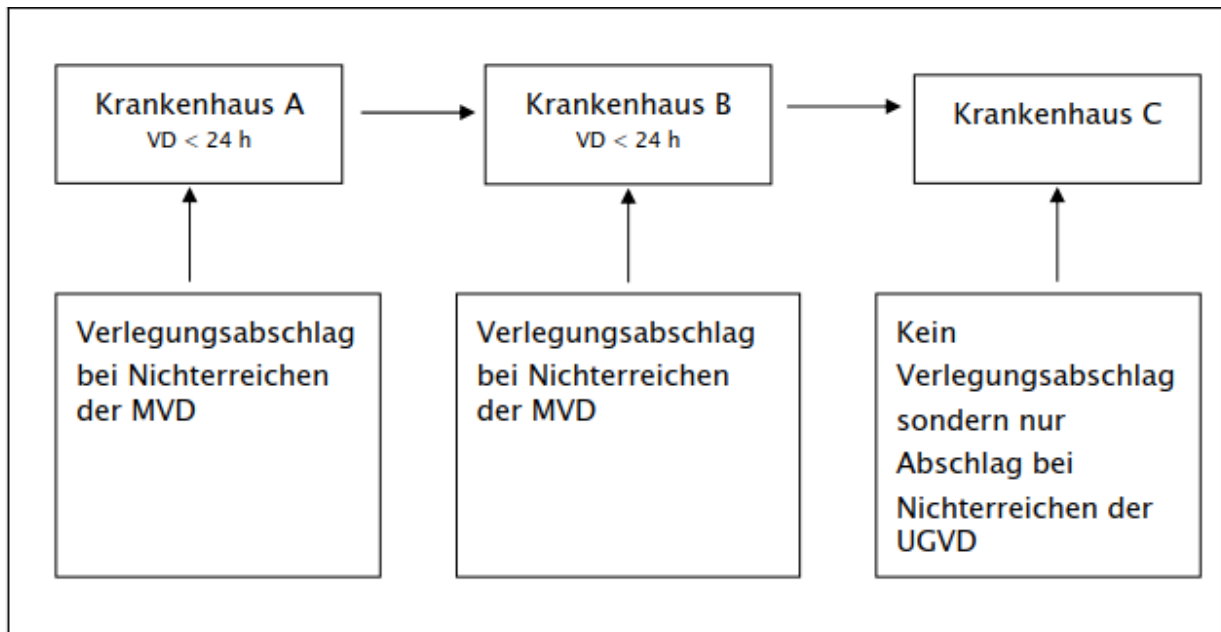


Abbildung 6: Verlegung innerhalb von 24 Stunden mit Weiterverlegung innerhalb von 24 Stunden

2.11.4 Rückverlegung in das erste Krankenhaus

Wird ein Patient in weitere Krankenhäuser verlegt und von diesen innerhalb von 30 Kalendarntagen ab dem Entlassungsdatum des ersten Krankenhausaufenthalts in dasselbe Krankenhaus zurückverlegt, in dem er zuvor bereits behandelt worden ist, ist der gesamte Aufenthalt in diesem Krankenhaus als ein Fall zu betrachten (§ 3 Abs. 3 FPV). Die Gruppierung erfolgt anhand der Daten aus den zusammenzufassenden Aufenthalten. Die Regelungen der DKR D002 zu den „Rückverlegungen aus anderen Krankenhäusern“ sind entsprechend anzuwenden. Die Daten des rückverlegenden Krankenhauses werden nicht einbezogen. Für Art und Höhe der DRG-Fallpauschale ist das Aufnahmedatum des ersten Aufenthaltes maßgeblich. Für die Berechnung der VD werden die Belegungstage der zusammenzufassenden Aufenthalte berücksichtigt; die Verlegungs- und Entlassungstage werden dabei nicht gezählt, es sei denn, es handelt sich gleichzeitig um den Aufnahmetag. Wird die MVD nicht erreicht, ist ein Abschlag vorzunehmen. Wird die UGVD überschritten, werden die entsprechenden Entgelte zusätzlich abgerechnet. Bereits erstellte Rechnungen sind zu stornieren. Diese Regelung gilt ebenfalls für die Abrechnung von fallbezogenen Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG. Die Fallzusammenfassung bei Rückverlegung findet keine Anwendung für Fälle der Hauptdiagnosegruppe für Neugeborene (MDC 15) (§ 3 Abs. 3 Satz 5 FPV) sowie für Krankenhausaufenthalte, für die an Stelle einer Fallpauschale krankenhaushausindividuelle tagesbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG abzurechnen sind (§ 3 Abs. 3 Satz 6 Halbsatz 2 FPV). Nicht grundsätzlich ausgenommen von der Fallzusammenfassung wegen Rückverlegung sind krankenhaushausindividuelle fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG bzw. § 2 Abs. 4 FPV. Hier sollte geprüft werden, ob Nebenabreden in der Budget- bzw. Entgeltvereinbarung bestehen.

Sofern ein Patient 2024 in ein anderes Krankenhaus verlegt und 2025 zurückverlegt wird, erfolgt keine Fallzusammenfassung nach der FPV 2025. Dasselbe gilt, wenn der Patient 2025 in ein anderes Krankenhaus verlegt und 2026 zurückverlegt wird (§ 3 Abs. 3 Satz 6 FPV 2025).

2.11.5 Verlegung innerhalb von 24 Stunden und Rückverlegung

Hier gelten für das zweite Krankenhaus analog die Regelungen zu Kapitel 2.11.3 Wird ein Patient innerhalb von 24 Stunden aus einem Krankenhaus verlegt und wieder in dieses Krankenhaus zurückverlegt, müssen beide Krankenhäuser bei Nichterreichen der MVD einen Verlegungsabschlag berechnen (§ 3 Abs. 1 und 2 FPV).

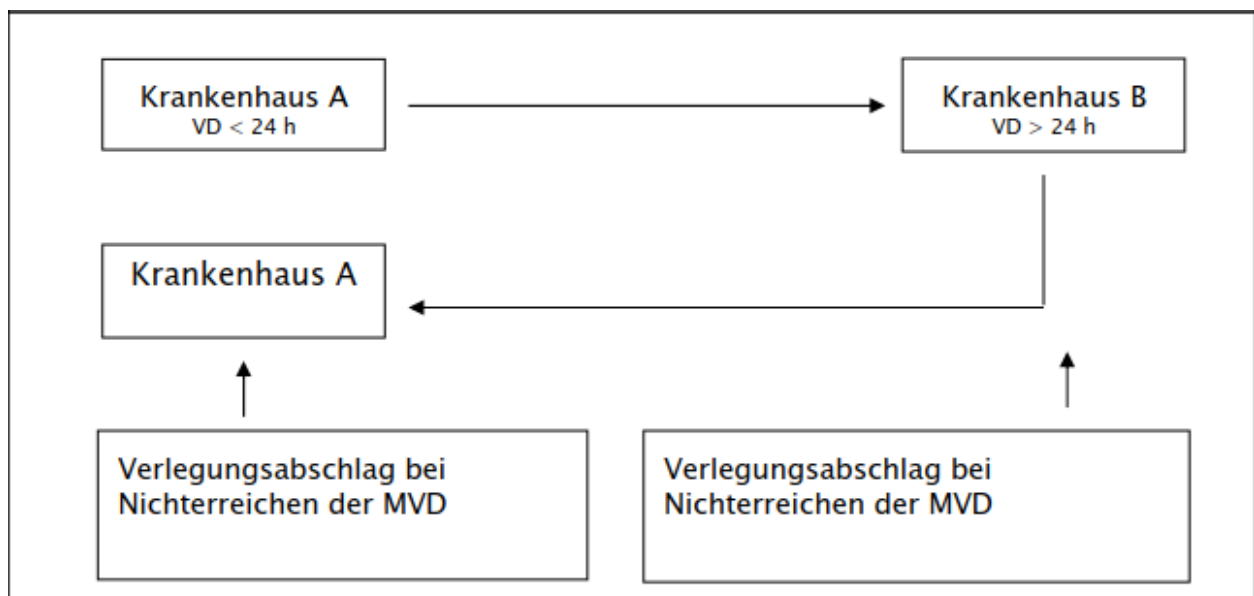


Abbildung 7: Verlegung innerhalb von 24 Stunden und Rückverlegung

2.11.6 Verbringung

Im Gegensatz zur Rückverlegung erfolgt eine Verbringung lediglich zur Drittleistungserbringung. Der Patient verlässt hierzu das Krankenhaus für die Dauer der in Auftrag gegebenen Behandlung und kehrt danach wieder in das Krankenhaus zurück (i. d. R. innerhalb von 24 Stunden unter Beachtung der Landesverträge nach § 112 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V). Bei der Beurteilung der 24 Stunden ist es nicht relevant, ob der Patient über Nacht im Krankenhaus verbleibt. Darüber hinaus sind die Regelungen der Landesverträge nach § 112 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V zu beachten, da diese abweichenden Beschreibungen einer Verbringung vorsehen können. 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 zu Stande. Das auftraggebende Krankenhaus kann die Leistungen bei der Gruppierung der DRG-Fallpauschale berücksichtigen. Fahrkosten im Rahmen einer Verbringung werden von dem auftraggebenden Haus vergütet.

Durch den Belegarzt veranlasste Leistung Dritter

Gemäß § 18 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG sind Leistungen des Belegarztes u. a. die von ihm veranlassten Leistungen durch Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Dies bedeutet, dass die Verbringung als Leistung des Belegarztes und nicht aus der Beleg-DRG des Hauses zu finanzieren ist. OPS aus Belegabteilungen für Verbringungsleistungen sind nicht in der Gruppierung der belegärztlichen Fallpauschale zu berücksichtigen, sondern sind Bestandteil der kassenärztlichen Abrechnung des Belegarztes.

Urteil des BSG vom 28.2.2007 – Az: B 3 KR 17/06 R

Dieses Urteil führt zu einem weiteren Abgrenzungskriterium zwischen Verbringung und Verlegung. Im Sachverhalt wurde eine Patientin während der stationären Behandlung einer orthopädischen Erkrankung aufgrund eines Verdachts auf Herzinfarkt um 01:15 Uhr auf die Intensivstation eines anderen Krankenhauses gebracht und am selben Tag um 11:40 Uhr wieder in das erste Krankenhaus zurückgebracht.

Das BSG hat entschieden, dass die Patientin nur aufgrund der Aufnahme auf die Intensivstation aus dem stationären Behandlungsablauf des ersten Krankenhauses ausgeschieden ist und in den stationären Behandlungsablauf des zweiten Krankenhauses integriert wurde.

Abgrenzungskriterium ist somit das Vorliegen einer intensivmedizinischen stationären Behandlung im zweiten Krankenhaus. Es ist hier somit von einer Verlegung auszugehen.

Urteil des BSG vom 19.4.2016 – Az: B 1 KR 34/15 R

Gemäß dem o. g. BSG-Urteil ist eine Dialyse nach § 2 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG nicht abrechenbar, wenn hierdurch eine entsprechende Behandlung fortgeführt wird, das Krankenhaus keine eigene Dialyseeinrichtung hat und ein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung nicht besteht (vgl. auch Kapitel 5.4).

Dies gilt in der Folge auch für Verbringungsleistungen, d. h. das verbringende Krankenhaus darf die Leistung nicht berechnen bzw. diese kodieren.

2.11.7 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. 4 FPV). Ist bei einer belegärztlichen Versorgung im Rahmen der Geburtshilfe für eine Fallpauschale eine Bewertungsrelation für die Beleghebamme nicht vorgegeben, so sind die Bewertungsrelationen bei Belegoperateuren/–ärzten oder bei Belegoperateuren/–ärzten und Beleganästhesisten für die Abrechnung maßgeblich.

2.11.8 Verlegungsfallpauschalen

Fallpauschalen, die im Fallpauschalenkatalog (Spalte 12) als VFP gekennzeichnet sind, werden nicht um die Verlegungsabschläge gekürzt. Wird in einem Krankenhaus eine VFP abgerechnet und die untere Grenzverweildauer nicht erreicht, so ist ein Abschlag gemäß § 1 Abs. 1 Satz 3 Halbsatz 2 i. V. m. § 1 Abs. 3 Satz 2 FPV wegen Nichterreichen der unteren Grenzverweildauer zu berechnen. Dies gilt für Fälle mit Aufnahmetag ab 01.01.2023 sowohl für das verlegende als auch für das aufnehmende Krankenhaus.

Diese Regelungen gelten analog für sonstige fallbezogene Entgelte, sofern für diese ebenfalls VFP vereinbart worden sind (§ 7 Abs. 1 Satz 3 FPV).

2.11.9 Verlegung in ein Krankenhaus mit spezialisierter Beatmungsentwöhnungseinheit (§ 3 Abs. 6 FPV und Abs. 1 und 2)

Wird ein invasiv beatmeter Patient oder eine invasiv beatmete Patientin in ein anderes Krankenhaus auf eine spezialisierte Beatmungsentwöhnungseinheit verlegt, die nach § 275d SGB V über eine bestandene Strukturprüfung für die OPS–Kodes 8–718.8 oder 8–718.9 verfügt, sind keine Verlegungsabschläge nach § 3 Abs. 1 und 2 FPV vorzunehmen. Der Entlassungsgrund 066 ist bei Patientinnen und Patienten < 15 nicht anzugeben (siehe Hinweis OPS–Kodes).

2.12 Abrechnung von DRG–Fallpauschalen in Zusammenhang mit Leistungen von Beleghebammen (MDC 14)

Hat eine Beleghebamme Leistungen im Krankenhaus erbracht und wird eine DRG–Fallpauschale der MDC 14 abgerechnet, so muss bei Behandlung in Hauptabteilungen eine Bewertungsrelation aus Spalte 5 und in Belegabteilungen eine Bewertungsrelation aus den Spalten 6 bzw. 7 zum Ansatz kommen.

2.13 Pflegeerlös je Tag

Für alle ab dem 01.01.2020 aufgenommenen Patienten sind zusätzlich zur DRG die Pflegentgelte gemäß Pflegeerlöskatalog zur Abrechnung zu bringen. Das tagesbezogene Pflegeentgelt wird ermittelt, indem die maßgebliche Bewertungsrelation jeweils mit dem krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert multipliziert und das Ergebnis kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen gerundet wird (§ 8 Abs. 2 Satz 1 FPV). Für die Rechnungsstellung wird der ermittelte Entgeltbetrag mit der Anzahl der Berechnungstage multipliziert. Kann auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für das Jahr 2020 noch kein krankenhausindividueller Pflegeentgeltwert angewandt werden, erfolgt die Abrechnung nach den Vorgaben des § 15 Abs. 2a KHEntgG. Die Bewertungsrelation aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 Satz 5 des KHG wird mit dem in § 15 Abs. 2a KHEntgG angegebenen Ersatzwert wie folgt multipliziert:

- | | |
|---|--------------|
| - bis zum 31.03.2020 mit | 146,55 Euro |
| - vom 01.04.2020 bis zum 31.12.2020 mit | 185,00 Euro |
| - vom 01.01.2021 bis zum 30.06.2022 mit | 163,09 Euro |
| - vom 01.07.2022 bis zum 31.12.2022 mit | 200,00 Euro |
| - vom 01.01.2023 bis zum 27.03.2024 mit | 230,00 Euro |
| - ab 28.03.2024 mit | 250,00 Euro. |

Sofern die Budgetvereinbarung nach § 11 KHEntgG für das jeweilige Kalenderjahr unterjährig oder nach Ablauf des Vereinbarungszeitraums genehmigt wird, erfolgt die Abrechnung mit dem neuen genehmigten krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert für alle Aufnahmen ab dem Tag des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung.

Bei Umsetzung von Prüfergebnissen des MD auf die Abrechnung von Pflegeentgelten, sieht § 275c Abs. 6 Nr. 1 SGB V vor, dass Prüfergebnisse nur insoweit umgesetzt werden, dass für die Ermittlung der tagesbezogenen Pflegeentgelte eine geänderte Eingruppierung, die zu einem geänderten stationären Entgelt führt umzusetzen ist, die ursprünglich berücksichtigten Belegungstage jedoch beibehalten werden. Die Entgelthöhe für den Pflegeanteil je Tag hängt somit auch nach einer Prüfung unmittelbar mit den Stellen 3.–8. des Entgeltschlüssels für die DRG, die Besondere Einrichtung bzw. die teilstationäre Leistung zusammen. Bei einer Rechnungskorrektur sind jedoch die ursprünglichen Belegungstage zu Grunde zu legen. Das bedeutet, dass bei der Berechnung der Entgelte für den Pflegeanteil je Tag die unveränderten Belegungstage der ursprünglichen Schlussrechnung anzuwenden sind. Bei Änderung der DRG auf Grund eines MD-Gutachtens ergibt sich hiernach ein geänderter Entgeltbetrag aus Multiplikation der ursprünglichen Belegungstage und des Pflegerelativgewichtes der geänderten DRG für den Pflegeanteil.

Beispiel: Das Krankenhaus berechnet ursprünglich das Pflegeentgelt 7410J68B mit 2 Belegungstagen. Nach Prüfung durch den MD ergibt sich die zu berechnende DRG J61C. Die Belegungstage der ursprünglichen Schlussrechnung, in diesem Fall 2 Tage, bleiben weiterhin bestehen. Das Krankenhaus berechnet abschließend das aus dem Prüfergebnis ermittelte Pflegentgelt 7410J61C mit den ursprünglichen 2 Belegungstagen.

In Fällen, in denen eine Prüfung zur Abrechnung einer ambulanten oder vorstationären Vergütung nach § 8 Abs. 3 KHEntgG führt, entfällt die Abrechnung tagesbezogener Pflegeentgelte.

Findet während einer stationären Behandlung ein Kostenträgerwechsel statt, erfolgt die Leistungspflicht beim am Aufnahmetag zuständigen Kostenträger.

2.14 Übergangspflege im Krankenhaus

Krankenhäuser können seit dem 01.11.2021 in unmittelbarem Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung, für längstens 10 Tage je Krankenhausbehandlung, Übergangspflege gem. § 39e SGB V erbringen, wenn erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach SGB XI nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden.

Ab dem 01.07.2022 sind neben der Tagespauschale Somatik (Entgeltschlüssel: 91000001) und der Tagespauschale bei Anschluss-Reha (Entgeltschlüssel: 91000002) weitere Entgelte beginnend mit 76* abrechenbar. Leistungsinhalte, abrechnungsfähige Zusatzentgelte sowie die Vergütungshöhe der Tagespauschalen werden auf Landesebene in gesonderten Verträgen geregelt. Mit der Abrechnung der Tagespauschale sind sämtliche Leistungen während der Übergangspflege abgegolten.

2.15 Tagesstationäre Behandlung im Krankenhaus

In medizinisch geeigneten somatischen Behandlungsfällen können Krankenhäuser gem. § 115e SGB V eine tagesstationäre Behandlung ohne Übernachtung erbringen. Die Indikation für eine stationäre Behandlung muss vorliegen und die Patientin oder der Patient muss in diese Behandlungsform einwilligen. Die Behandlung setzt voraus, dass an mindestens zwei (aufeinanderfolgenden) Tagen die Notwendigkeit der vollstationären Behandlung vorliegt, zudem die tägliche Behandlung im Krankenhaus mindestens 6 Stunden beträgt und während dieser Zeit überwiegend ärztliche oder pflegerische Behandlungen erbracht werden. Für jeden Tag der tagesstationären Behandlung ist ein Abschlag (siehe Kapitel 8.35) in Höhe von 0,04 Bewertungsrelationen der betroffenen DRG vorzunehmen. Der Gesamtrechnungsbetrag darf hierdurch um maximal 30 % reduziert werden (§ 115e Abs. 3 Satz 2 SGB V). Die Vertragsparteien haben gemäß § 115e SGB V am

22.02.2023 die Dokumentationsvereinbarung und am 05.06.2023 die Abrechnungsvereinbarung zur tagesstationären Behandlung geschlossen.

2.16 Teilstationäre Behandlung ohne Sedierung oder Anästhesie

Bei teilstationären Behandlungen ohne Sedierung oder Anästhesie (DRG 748Z), Alter < 18 Jahre, ist die Klarstellung § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG zur FPV 2025 zu beachten:

Klarstellung zur DRG 748Z – Bestimmte Behandlung ohne Sedierung oder Anästhesie, Alter < 18 Jahre, teilstationär

Je Quartal werden summierbare Gaben von Medikamenten oder andere nur einmal pro Aufenthalt anzugebende OPS, die ein Zusatzentgelt auslösen, ausschließlich am ersten Aufenthalt des Quartals als summierter OPS angegeben und abgerechnet. Die Aufenthalte der DRG 748Z eines Quartals werden erst nach dem letzten Aufenthalt im Quartal abgerechnet. Alle Zusatzentgelte im Rahmen der DRG 748Z werden ausschließlich mit dem ersten Aufenthalt des Quartals abgerechnet.

2.17 Hybrid-DRG nach § 115f SGB V

Mit der Hybrid-DRG-Verordnung vom 19.02.2023 hat der Gesetzgeber auf ausgewählte Leistungen des AOP-Katalogs nach § 115f SGB V spezielle sektorengleiche Vergütungen, sogenannte Hybrid-DRGs, geregelt. Die sektorengleiche Vergütung zeichnet sich dadurch aus, dass sie Anwendung findet unabhängig davon, ob die Leistung ambulant oder stationär durchgeführt wird. Die Leistungen die unter die sektorengleiche Vergütung fallen, sind in der Hybrid-DRG-Verordnung der Anlage 1 ausgewiesen. Für die Leistungen der Anlage 1 sind die in der Anlage 2 der Hybrid-DRG-Verordnung aufgeführten Fallpauschalen (Hybrid-DRG) abzurechnen.

Für Aufnahmen ab dem 01.01.2025 bis 31.12.2025 gilt die Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung 2025 mit den Preisen gem. der dortigen Anlage 2.

Ergänzend haben die Vertragsparteien auf Bundesebene eine Umsetzungsvereinbarung vom 18.12.2024 für Aufnahmen ab 01.01.2025 vereinbart. Eine entsprechende Vereinbarung wurde auch mit dem Verband der Privaten Krankenversicherungen abgeschlossen.

Die Hybrid-DRG gelten hiernach für Aufnahmen seit 01.01.2024 und sind für die gesamte Dauer der erbrachten Leistungen einmal berechnungsfähig. Mit der Abrechnung der Hybrid-DRG sind alle Leistungen und Aufwände abgegolten, d. h. es können keine Pflegeentgelte (Anlage 3c FP-Katalog), keine Zusatzentgelte, keine Zu- und Abschläge, keine vor- oder nachstationären Pauschalen keine Zuschläge für Begleitpersonen und keine Wahlleistungen zusätzlich abgerechnet werden. Bei privatversicherten Patienten

sind hingegen zusätzliche Wahlleistungen bei stationärer Leistungserbringung grundsätzlich ohne weiteres möglich.

Näheres zur Hybrid-DRG ist dem Leitfaden „Allgemeiner Teil“ Kapitel 2.7 zu entnehmen.

2.18 Leistungsgruppen

Ab 2027 sieht das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) die Einführung von sogenannten Leistungsgruppen vor. Ziel ist es, eine flächendeckende qualitativ hochwertige medizinische Versorgung für Patientinnen und Patienten zu gewährleisten.

Zunächst wurden dazu bereits jetzt 65 somatische Leistungsgruppen abgebildet, die bundeseinheitlich definiert und mit Mindestqualitätsanforderungen festgelegt werden. Näheres zu den Leistungsgruppen ist dem Leitfaden „Allgemeiner Teil“ Kapitel 1.5 zu entnehmen.

Das KHVVG sieht zukünftig eine Aufteilung des abzurechnenden Entgelts in eine Vorhaltepauschale und eine Residual-DRG vor. Für Behandlungsfälle mit Aufnahme im Jahr 2025 ist dies jedoch noch nicht abrechnungsrelevant.

3 Wiederaufnahme gemäß § 2 FPV 2025

3.1 Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus

Grundsätzlich ist die Zusammenfassung und Neueinstufung von zwei oder mehreren Aufenthalten zu einem neuen Gesamtfall zu prüfen, wenn eine Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus innerhalb bestimmter Fristen erfolgt. Bei einer Zusammenfassung werden die Verweildauer-, Diagnose- und Prozeduren-Daten der einzelnen stationären Aufenthalte herangezogen und es findet eine Neueinstufung in eine DRG-Fallpauschale statt (vgl. DKR D002f zur Hauptdiagnose).

Es sind folgende Wiederaufnahmeregelungen zu unterscheiden:

- Wiederaufnahme innerhalb der OGVD in dieselbe Basis-DRG,
- Wiederaufnahme innerhalb von 30 Kalendertagen in die gleiche MDC mit Partitionswechsel von „M“ (medizinisch) bzw. „A“ (andere) auf „O“ (operativ),
- Wiederaufnahme innerhalb der OGVD wegen Komplikationen.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Möglichkeiten, Voraussetzungen und Ausnahmen der Fallzusammenfassung. Neben den Regelungen der Wiederaufnahme

führt auch die Regelung der Rückverlegung (vgl. Kapitel 2.11.4) zu einer Zusammenfassung der Fälle.

	Voraussetzungen	Ausnahmen
Wiederaufnahme in die gleiche Basis DRG	VWD < OGVD (ab Aufnahme erster Aufenthalt)	<ul style="list-style-type: none"> Fallpauschalen aus verschiedenen Jahren, „x“ in Spalte 13/15 im Fallpauschalenkatalog, Tagesbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG
Wiederaufnahme in die gleiche MDC	VWD ≤ 30 Tage (ab Aufnahme erster Aufenthalt), Partition DRG (alt) M oder A, DRG (neu) O	<ul style="list-style-type: none"> Fallpauschalen aus verschiedenen Jahren, „x“ in Spalte 13/15 Fallpauschalenkatalog, Tagesbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG
Wiederaufnahme wegen Komplikationen	VWD < OGVD (ab Aufnahme erster Aufenthalt)	<ul style="list-style-type: none"> Fallpauschalen aus verschiedenen Jahren, Unvermeidbare Nebenwirkungen bei Chemo-/Strahlentherapie, Tagesbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG
Rückverlegung	Verlegung ≤ 30 Tage (ab Entlassung erster Aufenthalt)	<ul style="list-style-type: none"> Fallpauschalen aus verschiedenen Jahren, Fälle der MDC 15, Tagesbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG

Abbildung 8: Übersicht Fallzusammenfassungen

Die OGVD, die für eine Fallzusammenfassung gemäß § 2 Abs. 1 und Abs. 3 FPV maßgeblich ist, ergibt sich aus dem Aufnahmedatum und der DRG-Eingruppierung des ersten stationären Aufenthaltes. Das heißt, bei Wiederaufnahmeketten wird die Frist zur

Bestimmung der maßgeblichen Grenzverweildauer nicht durch den zusammengefassten, neu eingruppierten Aufenthalt bestimmt, sondern durch den ersten stationären Aufenthalt, welcher die Fallzusammenführung ausgelöst hat.

Ergänzende Erläuterungen zu kombinierten Fallzusammenführungen, d. h. Rückverlegung i. V. m. Wiederaufnahme entnehmen Sie bitte der beigefügten Anlage 1 zu den Klarstellungen der Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG zur FPV: „Hinweise zur Erläuterung der Regelung nach § 3 Abs. 3 Satz 2 bis 4 FPV „Kombinierte Fallzusammenfassungen“ (siehe Kapitel 3.2).

Zu beachten ist § 2 Abs. 4 Satz 8 FPV, wonach die Wiederaufnahmeregelungen von § 2 Abs. 1 bis 3 FPV nicht für Krankenhausaufenthalte gelten, deren Aufnahmetag außerhalb der Geltungsdauer der FPV 2025 liegt. Somit erfolgt keine Fallzusammenfassung, wenn der Patient bei seinem ersten Aufenthalt im Vorjahr und bei einem weiteren Aufenthalt im aktuellen Jahr aufgenommen wurde. Dasselbe gilt, sofern der Aufnahmetag des ersten Aufenthaltes im aktuellen Jahr und des zweiten Aufenthaltes im darauffolgenden Jahr liegt.

Bei der Prüfung einer Fallzusammenfassung ist immer vom ersten Aufenthalt ausgehend eine Frist zu bilden. Alle in der Frist liegenden stationären Aufenthalte kommen grundsätzlich für eine Fallzusammenfassung in Frage. Aufenthalte außerhalb der Frist sind nicht in diese Fallzusammenfassung einzubeziehen. Sie lösen ggf. eine weitere Frist aus. Bei der Fristenberechnung (innerhalb OGVD bzw. 30 Tage bei gleicher MDC) wird der Tag der Krankenhausaufnahme mit in die Frist einbezogen (Punkt 7 der Klarstellungen der Vertragsparteien zur FPV).

Hierzu ein Beispiel:

Aufenthalt	DRG
1. Fall: 2.1. – 14.1.	G64B (M) Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, ohne äußerst schwere CC
2. Fall: 17.1. – 18.1.	G71Z (M) Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane
3. Fall: 20.1. – 7.2.	G12C (O) Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne komplexe oder mäßig komplexe OR-Prozeduren

Beispiel 9: Chronologische Prüfung einer Fallzusammenfassung

Fall 1 scheidet für eine Fallzusammenfassung aus. Der 2. Fall liegt nicht innerhalb der OGVD des 1. Falls (OGVD 10). Die erforderliche Partitionsabfolge M–O für eine Fallzu-

sammenfassung in dieselbe MDC ist auch nicht gegeben. Da eine chronologische Prüfung vorzunehmen ist und der 1. und 2. Fall nicht zusammenzufassen sind, löst der 2. Fall eine weitere Frist aus. Der 3. Fall liegt innerhalb von 30 Kalendertagen ab der Aufnahme im Fall 2. Da auch die erforderliche Partitionsabfolge M–O innerhalb der gleichen MDC gegeben ist, sind der 2. und 3. Fall zusammenzufassen. Wäre der Fall 2 nicht erfolgt, wären Fall 1 und Fall 3 aufgrund der Partitionsabfolge M–O (und gleicher MDC) zusammenzufassen. Aufgrund der chronologischen Prüfung ist die Fallzusammenfassung aller drei Aufenthalte ausgeschlossen.

Sind zwei Aufenthalte an unterschiedlichen Tagen mit jeweils nur einem eintägigen Aufenthalt zusammenzuführen (das heißt die Entlassung fällt auf den gleichen Tag wie die Aufnahme oder den Folgetag), so ist für den zusammengefassten Aufenthalt eine VD von zwei Belegungstagen zu zählen (siehe Klarstellung Nr. 10 FPV).

Aufenthalt	Anzahl Belegungstage
1. Fall: 1.1. – 2.1. (08:00 – 18:00 Uhr) 2. Fall: 2.1. – 3.1. (23:00 – 08:00 Uhr)	2
1. Fall: 2.1. – 2.1. (10:00 – 13:00 Uhr) 2. Fall: 3.1. – 4.1. (23:00 – 10:00 Uhr)	2
1. Fall: 1.1. – 1.1. (10:00 – 13:00 Uhr) 2. Fall: 2.1. – 2.1. (10:00 – 13:00 Uhr)	2
1. Fall: 1.1. – 2.1. (10:00 – 13:00 Uhr) 2. Fall: 2.1. – 2.1. (15:00 – 19:00 Uhr)	2

Beispiel 10: Fallzusammenführung bei Aufenthalten mit nur einem Belegungstag (I)

Abweichend hiervon ergibt sich bei der Zusammenführung von zwei Fällen, deren Aufnahmen auf den gleichen Kalendertag fallen, eine VD von einem Belegungstag (vgl. Punkt 10 der Klarstellungen der Vertragsparteien zur FPV).

Aufenthalt	Anzahl Belegungstage
1. Fall: 1.1. – 1.1. (08:00 – 12:00 Uhr) 2. Fall: 1.1. – 2.1. (23:00 – 12:00 Uhr)	1

Beispiel 11: Prüfung einer Fallzusammenführung bei Aufenthalten mit nur einem Belegungstag (II)

3.1.1 Wiederaufnahme in dieselbe Basis-DRG

Eine Neueinstufung mit Zusammenfassung der Falldaten ist vorzunehmen, falls ein Patient innerhalb der OGVD der DRG-Fallpauschale – bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Aufnahmedatum des ersten Aufenthaltes – wieder in dasselbe Krankenhaus aufgenommen wird und die separate DRG-Einstufung der Wiederaufnahme in die-

selbe Basis-DRG führt. Besonders gekennzeichnete DRG-Fallpauschalen des Fallpauschalenkataloges (Hauptabteilung Spalte 13/Belegabteilung Spalte 15) sind von der Fallzusammenfassung ausgenommen (siehe Fußnote 4 im Fallpauschalenkatalog). Eine direkte Fallabfolge ist hier nicht erforderlich. Soweit im Fallpauschalenkatalog keine OGVD ausgewiesen ist, gelten die in der DRG-Bezeichnung ausgewiesenen Belegungstage als OGVD.

DRG FXYF, vorstationäre Behandlungen am 1.1. und 3.1., vollstationäre Aufnahme am 5.1., Entlassung 13.1., nachstationäre Behandlung am 14.1., 1. Tag mit Zuschlag: 14 – Wiederaufnahme: DRG FXYG am 15.1., Entlassung am 29.1., 1. Tag mit Zuschlag: 13. Nach der Fallzusammenfassung ergibt sich ebenfalls die DRG FXYF.					
Datum	Leistung	Behandlungstage ⁴	Belegungstage	Kalenderstage ⁵	Abrechnung
1.1.	Vorstationäre Behandlung	1			
2.1.					
3.1.	Vorstationäre Behandlung	2			
4.1.					
5.1.	Aufnahme Kardiologie	3	1	1	
6.1.	Kardiologie	4	2	2	
7.–11.1.	Kardiologie	5–9	3–7	3–7	
12.1.	Kardiologie	10	8	8	DRG FXYF
13.1.	Entlassung			9	
14.1.	Nachstationäre Behandlung	11		10	Nachstationäre Pauschale
15.1.–19.1.	Wiederaufnahme Kardiologie	12–17	9–13	11–16	DRG FXYG und Gut-schrift 1. Aufenthalt (FXYF)

⁴ Dient nur zur Prüfung der Abrechenbarkeit nachstationärer Pauschalen.

⁵ Dient nur zur Prüfung, ob die Wiederaufnahme innerhalb der OGVD erfolgte.

20.1.– 28.1.	Kardiologie	18–26	14–22	17–25	OGVD– Zuschlag (FXYF)
29.1.	Entlassung			26	

Beispiel 12: Fallzusammenfassung wegen Wiederaufnahme in dieselbe Basis–DRG

Eine Fallzusammenfassung muss vorgenommen werden, da der Patient innerhalb der OGVD der zuerst abgerechneten Fallpauschale wieder aufgenommen und in dieselbe Basis–DRG eingestuft wird. Falls das Krankenhaus bereits für den ersten Aufenthalt die DRG FXYF abgerechnet hat, ist diese Abrechnung zu stornieren und nach Fallzusammenführung mit den Belegungstagen des zusammengeführten Behandlungsfalles neu zu berechnen. Für die zusätzliche Abrechnung tagesbezogener Entgelte sind die Belegungstage beider Aufenthalte maßgeblich – die nachstationäre Behandlung wird bei der Berechnung der Belegungstage nicht berücksichtigt. Eine gesonderte Abrechnung der nachstationären Pauschale ist allerdings möglich, da die Summe aus den stationären Belegungstagen beider Aufenthalte und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die OGVD der DRG–Fallpauschale überschreitet. In dem Beispiel 12 sind nach Fallzusammenführung unter der DRG FXYF insgesamt für 9 Tage Entgelte wegen Überschreiten der OGVD abzurechnen (20.1.– 28.1.).

3.1.2 Wiederaufnahme in die gleiche Hauptdiagnosegruppe (MDC)

Eine Zusammenfassung von Aufenthalten mit der gleichen Hauptdiagnosegruppe (MDC) zu einem neuen Gesamtfall ist vorzunehmen, falls ein Patient innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Aufnahmedatum des ersten stationären Aufenthaltes wieder in dasselbe Krankenhaus aufgenommen wird, sofern die Einstufung der DRG–Fallpauschale des ersten Aufenthaltes in die „medizinische Partition“ oder die „andere Partition“ und die DRG–Fallpauschale des anschließenden Aufenthaltes in die „operative Partition“ führt. Bei der Abfrage der Reihenfolge der Partitionen wird auf die Partition der zuvor abrechenbaren Fallpauschale der gleichen MDC abgestellt. Weitere zwischenzeitlich erfolgte Aufenthalte einer anderen MDC im gleichen oder einem anderen Krankenhaus verhindern nicht die Fallzusammenfassung, sofern die Voraussetzungen nach § 2 Abs. 2 FPV (gleiche MDC, Partitionsabfolge) erfüllt sind. Entsprechend der oben genannten Abfrage der Reihenfolge der Partitionen entschied des BSG mit Urteil vom 16.07.2020 (Az: B1 KR 22/19 R). Wenn zwischen zwei Aufenthalten mit der gleichen Hauptdiagnosengruppe (MDC), in der geregelten Reihenfolge der Partitionen, ein weiterer Aufenthalt mit einer anderen Hauptdiagnosengruppe (MDC) liegt, muss eine Fallzusammenfassung erfolgen. Hier ist zu beachten, dass die geregelte Reihenfolge der Partitionen nach dem Wortlaut der FPV § 2 Abs. 2 Nr. 2 sich nicht auf die Krankenhausaufenthalte, sondern auf die Partitionsabfolge bezieht.

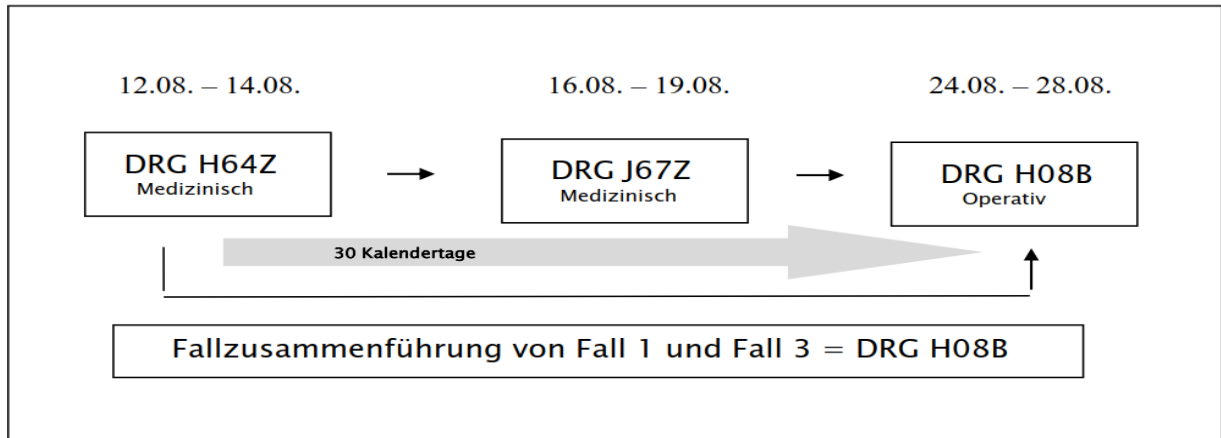


Abbildung 9: Fallzusammenführung bei gleicher Hauptdiagnosengruppe

Besonders gekennzeichnete DRG–Fallpauschalen des Fallpauschalenkataloges (Hauptabteilung Spalte 13/Belegabteilung Spalte 15) sind von der Fallzusammenfassung ausgenommen. Im Gegensatz zur Wiederaufnahme in die gleiche Basis–DRG ist hier eine direkte Fallabfolge notwendig, das heißt, es wird immer auf die Partitionsabfolge der davor zu betrachtenden abrechenbaren DRG–Fallpauschale der gleichen MDC abgestellt.

Sofern zwischen zwei mittels Fallpauschalen vergüteten Krankenhausaufenthalten

- eine tagesbezogene teil– oder vollstationäre Behandlung bzw. eine vor– oder nachstationäre Behandlung in demselben Krankenhaus oder
- eine teil– oder vollstationäre Behandlung in einer anderen MDC in demselben Krankenhaus oder
- eine Krankenhausbehandlung (voll–, teil–, vor– oder nachstationär) in einem anderen Krankenhaus erfolgt,

hat dies keine Auswirkung auf die Fallzusammenfassung vom ersten und letzten Krankenhausfall. Die Fallabfolge bezieht sich nur auf die Partitionen der abgerechneten DRG–Fallpauschalen der gleichen MDC in demselben Krankenhaus.

Abrechnungsbestimmungen nach dem KHEntgG und der FPV 2025

DRG BXYZ, vorstationäre Behandlungen am 2.1. und 4.1., stationäre Aufnahme 6.1., Entlassung 25.1., nachstationäre Behandlung am 26.1. und 28.1., 1. Tag mit Zuschlag: 15; Wiederaufnahme: DRG BXYA am 29.1., Entlassung am 5.2., Erster Tag mit Zuschlag: 24. Nach der Fallzusammenfassung ergibt sich ebenfalls die DRG BXYA.

Datum	Leistung	Behandlungstage ⁶	Belegungstage	Kalendertage ⁷	Abrechnung
2.1.	Vorstationäre Behandlung	1			
3.1.					
4.1.	Vorstationäre Behandlung	2			
5.1.					
6.1.	Aufnahme Innere	3	1	1	
7.1.	Innere	4	2	2	
8.–19.1.	Innere	5–16	3–14	3–14	DRG BXYZ
20.–24.1.	Innere	17–21	15–19	15–19	OGVD-Zuschlag (BXYZ)
25.1.	Entlassung			20	
26.1.	Nachstationäre Behandlung	22		21	Nachstationäre Pauschale
27.1.				22	
28.1.	Nachstationäre Behandlung			23	Nachstationäre Pauschale
29.1.	Wiederaufnahme Chirurgie	23	20	24	BXYA und Gut-schrift 1. Aufenthalt (BXYZ)
30.1.– 2.2.	Chirurgie	24–27	21–24	25–28	DRG BXYA
3.2.–4.2.	Chirurgie	28–29	25–26	29–30	OGVD-Zuschlag BXYA

⁶ Dient nur zur Prüfung der Abrechenbarkeit nachstationärer Pauschalen.

⁷ Dient nur zur Prüfung, ob die Wiederaufnahme innerhalb von 30 Kalendertagen erfolgte.

5.2.	Entlassung			31	
10.2.	Nachstationäre Behandlung	30		36	Nachstationäre Pauschale

Beispiel 13: Fallzusammenfassung wegen Wiederaufnahme innerhalb der gleichen MDC

Eine Fallzusammenfassung muss vorgenommen werden, da der Patient innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Aufnahmedatum des ersten stationären Aufenthalts innerhalb der gleichen MDC wieder aufgenommen wird und der Fall während des ersten Aufenthalts in die „medizinische Partition“ und danach in die „operative Partition“ eingruppiert wird. Falls das Krankenhaus den ersten stationären Aufenthalt abgerechnet hat, ist diese Abrechnung zu stornieren. Die beiden nachstationären Pauschalen können abgerechnet werden, da die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen (insgesamt 31) die OGVD der Fallpauschale des zusammengefassten Falles übersteigt. Die nachstationäre Behandlung kann jedoch nicht bei der Prüfung, ob zusätzliche tagesbezogene Entgelte wegen Überschreitens der OGVD abgerechnet werden können, berücksichtigt werden, da nur die Summe der Belegungstage zählt. Ab dem 3.2. sind in dem zusammengeführten Fall Zuschläge wegen Überschreitens der OGVD für die DRG BXYA abzurechnen.

3.1.3 Wiederaufnahme wegen Komplikationen

Wird ein Patient wegen einer in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses fallenden Komplikation im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung innerhalb der OGVD, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem ersten Aufnahmedatum, wieder in dasselbe Krankenhaus aufgenommen, für dessen Aufenthalt zuvor eine DRG-Fallpauschale berechnet wurde, ist eine Zusammenfassung und eine Neueinstufung in eine DRG-Fallpauschale gemäß § 2 Abs. 3 Satz 1 FPV vorzunehmen, falls keine Fallzusammenfassung gemäß § 2 Abs. 1 oder Abs. 2 FPV⁸ vorzunehmen ist. Im Gegensatz zu den Wiederaufnahmen nach den Absätzen 1 und 2, bei denen für die Fallzusammenfassung eine Zuordnung in dieselbe Basis-DRG beziehungsweise in dieselbe MDC Voraussetzung ist, gilt die Regelung zur Fallzusammenfassung bei Wiederaufnahme wegen Komplikationen unabhängig von der Zuordnung zu derselben Basis-DRG beziehungsweise MDC. Soweit im Fallpauschalenkatalog keine OGVD ausgewiesen ist, gelten die in der DRG-Bezeichnung ausgewiesenen Belegungstage als OGVD.

⁸ Die Sätze 1 und 2 ergänzen die Vorgaben des § 8 Abs. 5 KHEntgG.

Seit 2008 nimmt diese Regelung Bezug auf Komplikationen, die in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses fallen. Mit dieser Formulierung sollten beispielhaft diejenigen Fälle von einer Fallzusammenfassung ausgeschlossen werden, bei denen eine Komplikation auf die mangelnde Compliance (Mitwirkung und Therapieverständnis) des Versicherten, insbesondere auf vorzeitige Entlassung auf Wunsch des Patienten zurückzuführen ist. Darüber hinaus sollten Fallzusammenfassungen ausgenommen werden, wenn z. B. die zwischenzeitliche Behandlung eines anderen Arztes oder Krankenhauses die Komplikation verursacht hat. Ist die Komplikation beispielsweise darauf zurückzuführen, dass der Versicherte die Medikamente entgegen der Anweisung des Krankenhausarztes falsch einnimmt, oder steht sie im Zusammenhang mit der Behandlung durch den Vertragsarzt nach Entlassung aus dem Krankenhaus, fallen diese Komplikationen nicht in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses und sollen somit keine Fallzusammenfassung auslösen.

Alle anderen Fälle, in denen sich eine Komplikation im Zusammenhang mit der Leistung des Krankenhauses also im Zusammenhang mit der dortigen Behandlung ergibt, fallen in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses und somit unter die Wiederaufnahmeregelung des § 2 Abs. 3 FPV. Da Komplikationen zum bekannten Risiko einer jeden, auch „lege artis“ durchgeführten Behandlung gehören, muss es sich bei einer Komplikation nicht um ein Verschulden des Krankenhauses im Sinne einer Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht handeln. Zu den Komplikationen gehören auch unvermeidbare Nebenwirkungen von Arzneimitteltherapien. Nur wenn es sich dabei um unvermeidbare Nebenwirkungen von Chemo- und Strahlentherapien im Rahmen onkologischer Erkrankungen handelt, findet gemäß § 2 Abs. 3 Satz 2 FPV keine Fallzusammenfassung statt.⁹ Mit dieser Regelung wurde die Anregung des BMG an die Selbstverwaltungspartner umgesetzt, eine „trennschärfere Definition des bisherigen Begriffs Komplikation“ im Bereich der Onkologie zu erarbeiten bzw. sachgerechte Lösungen im Zusammenhang mit Komplikationen zu vereinbaren, die auf Nebenwirkungen der Chemotherapie oder Strahlentherapie zurückzuführen sind.

Diese Auffassung der GKV hat auch das BSG mit seinen Entscheidungen vom 12.7.2012 (Az: B 3 KR 15 und 18/11 R) bestätigt. Im Ergebnis trage das Krankenhaus somit grundsätzlich das Risiko von auftretenden Komplikationen innerhalb der OGVD, unabhängig davon, ob der Eintritt der Komplikation auf einem Verschulden des Krankenhauses beruht oder unvermeidbar war. Eine Ausnahme bilden Komplikationen, die auf das Verhalten des Versicherten oder Dritter zurückzuführen sind (z. B. mangelnde Compliance des

⁹ Die Sätze 1 und 2 ergänzen die Vorgaben des § 8 Abs. 5 KHEntgG.

Patienten, Behandlungsverhalten des ambulant weiterbehandelnden Arztes, Verkehrsunfall).

Das BSG hat damit klargestellt, dass in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses alle Komplikationen fallen, die auf Fehler und Mängel bei der ärztlichen Behandlung oder bei der Pflege im Krankenhaus zurückzuführen sind oder die sich als unvermeidbar, einem schicksalhaften Verlauf entsprechende Folge der Krankenhausbehandlung darstellen. Das Krankenhaus trägt somit grundsätzlich das Risiko von auftretenden Komplikationen innerhalb der oberen Grenzverweildauer, unabhängig davon, ob der Eintritt der Komplikation auf einem Verschulden des Krankenhauses beruht oder unvermeidbar war.

3.1.4 Fallzusammenführung bei mehr als zwei Aufenthalten

2016 haben sich die Vertragsparteien auf Bundesebene darauf verständigt, dass auf Grundlage der Leitsätze zur „Anwendung der Wiederaufnahmeregelung“ § 2 KFPV 2004 des BMG und Soziale Sicherung vom 16.9.2004, Klarstellungen zur chronologischen Fallzusammenführung bei mehr als zwei zusammenführenden Krankenhausaufenthalten abzustimmen.

Dazu wurde die folgende ergänzende Klarstellung in die FPV aufgenommen:

Ergänzende Klarstellung der „Leitsätze zur Anwendung der Wiederaufnahmeregelung nach § 2 KFPV 2004“ zur Fallzusammenführung bei mehr als zwei Aufenthalten

Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben sich darauf verständigt, auf Grundlage der „Leitsätze zur Anwendung der Wiederaufnahmeregelung nach § 2 KFPV 2004“ des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung vom 16. September 2004, Klarstellungen zur chronologischen Fallzusammenführung bei mehr als zwei zusammenzuführenden Krankenhausaufenthalten abzustimmen. Die nachfolgenden Darstellungen ergänzen die unter Nr. 5 in den BMGS-Leitsätzen dargestellten Beispiele zur Fallzusammenfassung von mehr als zwei Aufenthalten. Obwohl in den Leitsätzen unter der Nr. 5 mit Hilfe von zwei Beispielen mit jeweils drei Aufenthalten die Durchführung der Fallzusammenfassung erläutert wird, kam es immer wieder zu unterschiedlichen Auffassungen über das korrekte Vorgehen. Mit Hilfe der nachfolgenden Beispiele soll eine Klarstellung für Konstellationen erfolgen, in denen die Wiederaufnahmeregelungen nach den Absätzen 1 und 2 hinsichtlich einer kombinierten Anwendung zu prüfen sind.

Grundsatz:

Prüffrist ist immer die des ersten Aufenthaltes, der die Fallzusammenführung auslöst. Die maßgebliche Prüffrist ist abhängig davon, nach welchem Absatz des § 2 FPV eine Fallzusammenführung (Aufenthalt 1 zu Aufenthalt 2) ausgelöst wurde. Als Prüffrist ist entweder die obere Grenzverweildauer oder die 30 Kalendertage-Frist maßgeblich. Grundsätzlich beginnt die Prüffrist einer Fallzusammenführungskette mit dem Aufnahmedatum des ersten eine Fallzusammenführung auslösenden Aufenthaltes.

Beispiel 1:

Wiederaufnahme nach § 2 Abs. 1 FPV, keine Fallzusammenführung von mehr als zwei Fällen



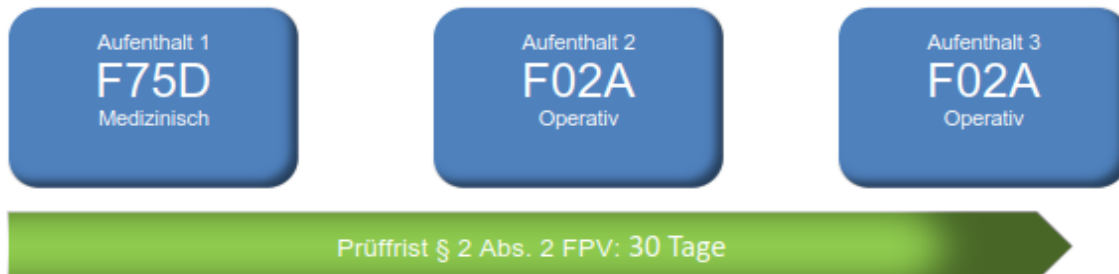
Die Falldaten der Aufenthalte 1 und 2 sind zusammenzufassen. Die Falldaten von Aufenthalt 3 sind bei der Zusammenfassung und Neueinstufung nicht zu berücksichtigen.

Maßgebliche Prüffrist ist diejenige von Aufenthalt 1. Aufenthalt 1 ist gemäß § 2 Abs. 1 FPV (gleiche Basis-DRG/oGVD) mit Aufenthalt 2 zusammenzuführen. Gemäß § 2 Abs. 1 FPV ist die maßgebliche Prüffrist für die Fallkette somit die obere Grenzverweildauer von Aufenthalt 1. Die Frist von 30 Kalendertagen bleibt unberücksichtigt, da die Fallkette durch eine Fallzusammenführung nach § 2 Abs. 1 FPV ausgelöst wird. Aufenthalt 3 kommt für die Fallzusammenführung mit Aufenthalt 1 und Aufenthalt 2 nicht in Betracht, da dieser außerhalb der oGVD von Aufenthalt 1

liegt. Aufenthalt 3 ist gesondert abzurechnen und löst für eine ggf. erneute Wiederaufnahme eine eigenständige Prüffrist aus.

Beispiel 2:

Wiederaufnahme nach § 2 Abs. 2 FPV und Wiederaufnahme nach § 2 Abs. 1 FPV



Die Falldaten von Aufenthalt 1 und Aufenthalt 2 (Diagnostik-Operation) sind ebenso bei der Zusammenfassung und Neueinstufung zu berücksichtigen wie die Daten des Aufenthaltes 3 (dieselbe Basis-DRG). Im Ergebnis sind die Falldaten aller Aufenthalte zusammenzufassen.

Maßgebliche Prüffrist ist diejenige von Aufenthalt 1. Aufenthalt 1 ist aufgrund der Regelung des § 2 Abs. 2 FPV (gleiche MDC/Partitionswechsel/30 Tage) mit Aufenthalt 2 zusammenzuführen. Maßgebliche Prüffrist ist somit die 30 Kalendertage-Frist. Die oGVD von Aufenthalt 1 ist unerheblich. Die Prüffrist beginnt mit dem Aufnahmetag des ersten zusammenzuführenden Krankenhausaufenthalts (F75D). Aufenthalt 3 (F02A) ist gegen die vorausgegangenen Aufenthalte daraufhin zu prüfen, ob die zeitlichen Voraussetzungen (Prüffrist von Aufenthalt 1, 30 Kalendertage) und die inhaltlichen Voraussetzungen (gleiche Basis-DRG) des § 2 FPV erfüllt sind.

3.1.5 Maßgebliche Entgelte

Nur bei der Abrechnung von DRG-Fallpauschalen und fallbezogenen Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG (unter Beachtung der Ausnahmereiche) können Fallzusammenfassungen gemäß § 2 FPV vorgenommen werden. Bei der Abrechnung von tagesbezogenen Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG ist keine Fallzusammenfassung möglich.

3.2 Kombinierte Fallzusammenführungen wegen Rückverlegung und Wiederaufnahmen

Kombinierte Fallzusammenfassungen wegen Rückverlegung in Verbindung mit Wiederaufnahmen sind möglich. Hierbei ist eine chronologische Prüfung vorzunehmen. Prüffrist ist immer die des ersten Falles, der die Fallzusammenfassung auslöst. Diese Regelung findet gemäß § 3 Abs. 3 Satz 5 FPV jedoch keine Anwendung für Fälle der Hauptdiagnosegruppe für Neugeborene (MDC 15) sowie für Krankenhausaufenthalte, für die anstelle einer Fallpauschale tagesbezogene Entgelte abgerechnet werden.

4 Vergütung teilstationärer Leistungen nach § 6 FPV 2025

Teilstationäre Leistungen können nur abgerechnet werden, wenn tagesbezogene Fallpauschalen für die Leistung bestehen oder krankenhaushausindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 KHEntgG vereinbart sind. Außerdem gilt bei teilstationärer Behandlung ebenso wie bei voll-, vor- und nachstationärer Behandlung, dass diese Krankenhausleistungen sind, d.h. nur durch eine Erforderlichkeit begründet werden. Gemäß BSG-Urteil vom 19.4.2016 (Az: B 1 KR 21/15 R) unterscheidet sich teilstationäre Behandlung nach der gesetzlichen Gesamtkonzeption von vollstationärer Behandlung im Krankenhaus dadurch, dass sie nicht auf eine Aufnahme rund um die Uhr ausgerichtet ist, sondern nur jeweils zumindest einen Teil eines Tages umfasst.

Mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) wurde seit dem Jahr 2020 die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten eingeführt. Zur Abrechnung von Pflegeentgelten bei teilstationären Leistungen nach Anlage 3b FPV siehe Kapitel 5.8 und für teilstationäre Leistungen, die nicht in Anlage 3b enthalten sind, siehe Kapitel 6.

4.1 Fallbezogene teilstationäre Entgelte

Werden für teilstationäre Leistungen im Einzelfall fallbezogene Entgelte vereinbart (z. B. geriatrische Tagesklinik), ist, wie auch bei vollstationären krankenhaushausindividuellen Entgelten (vgl. Kapitel 5.5 und 5.6) zu prüfen, ob bei den Budgetvereinbarungen auch Vereinbarungen zu den übrigen Bestandteilen des Fallpauschalen-Katalogs (z. B. OGVD, UGVD, MVD) getroffen wurden (§ 7 Abs. 1 Satz 2 FPV). Soweit keine Verlegungsfallpauschalen vereinbart wurden, wurden ggf. Abschlagsregelungen vereinbart. Ebenfalls können für den Fall der Wiederaufnahme von Patienten in dasselbe Krankenhaus Vereinbarungen getroffen werden, die den Wiederaufnahmeregeln nach § 2 FPV bzw. den Regelungen zur Rückverlegung nach § 3 Abs. 3 FPV entsprechen.

4.2 Tagesbezogene teilstationäre Entgelte

Tagesbezogene Entgelte für teilstationäre Leistungen werden entweder als krankenhaushausindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG oder nach tagesbezogenen teilstationären DRG-Fallpauschalen abgerechnet.

Sowohl die Fallpauschalen, als auch die krankenhaushausindividuellen Entgelte können für jeden Tag der teilstationären Behandlung abgerechnet werden. Ausnahmsweise kann der Entlassungstag nicht abgerechnet werden, wenn der Patient an diesem Tag innerhalb des Krankenhauses von der teilstationären Behandlung in die vollstationäre Behandlung verlegt wird. Dann kann nach § 6 Abs. 3 FPV für den Verlegungstag kein teilstationäres Entgelt abgerechnet werden.

Zur Ermittlung von tagesbezogenen Entgelten für die unbewerteten teilstationären Leistungen der Prä-MDC, MDC 11 und MDC 25 aus Anlage 3b sind die teilstationären Behandlungstage einzeln einzugruppieren. Werden für einen Patienten, der wegen derselben Erkrankung regelmäßig oder mehrfach behandelt wird, in einem Quartal Entgelte für beide Leistungen abgerechnet, wird insgesamt nur ein Fall i. S. v. § 9 Abs. 2 Nr. 2 b FPV gezählt.

Werden Patienten oder Patientinnen, für die eine vollstationäre DRG-Fallpauschale abgerechnet wurde, zur teilstationären Behandlung in dasselbe Krankenhaus wieder aufgenommen oder wechselt der Patient in demselben Krankenhaus von der vollstationären Versorgung in die teilstationäre Versorgung, kann nach § 6 Abs. 2 FPV erst nach dem dritten Kalendertag ab Überschreiten der abgerundeten MVD, bemessen ab dem Aufnahmedatum des stationären Aufenthalts der zuvor abgerechneten vollstationären Fallpauschale, eine tagesbezogene teilstationäre Fallpauschale oder ein krankenhausesindividuelles Entgelt abgerechnet werden (§ 6 Abs. 2 Satz 1 und 2 FPV). Abweichend davon können teilstationäre Pflegeentgelte ab dem Tag der Verlegung abgerechnet werden. Die bis dahin erbrachten teilstationären Leistungen sind mit der zuvor abgerechneten vollstationären Fallpauschale abgegolten. Wurden bei der Abrechnung der vollstationären Fallpauschale Abschläge wegen Nichterreichens der UGVD (§ 1 Abs. 3 FPV) oder einer Verlegung (§ 3 FPV) vorgenommen, sind zusätzlich für jeden teilstationären Behandlungstag tagesbezogene teilstationäre Entgelte oder Fallpauschalen zu berechnen, soweit und solange diese Behandlungstage nicht bereits gesondert vergütet werden, höchstens jedoch bis zur Anzahl der vollstationären Abschlagstage. Die teilstationären Prozeduren sind nicht bei der Gruppierung der zuvor abgerechneten vollstationären Fallpauschale zu berücksichtigen.

Für die tagesbezogen vergüteten teilstationären Fallpauschalen gelten nicht die Regelungen zur Fallzusammenfassung wegen Wiederaufnahme oder Rückverlegung.

Eine Abrechnung teilstationärer Leistungen der Fachrichtungen Onkologie, Schmerztherapie, HIV-Therapie oder Dialyse ist gemäß § 6 Abs. 2 Satz 5 FPV unabhängig von einem vorangegangenen über DRG-Fallpauschalen abgerechneten vollstationären Aufenthalt möglich. Dies gilt seit 2012 ebenfalls für teilstationäre Leistungen, die im Anschluss an die Abrechnung einer expliziten Ein-Belegungstag-DRG erbracht werden.

DRG DXYA, stationäre Aufnahme nach Verlegung 6.1., Entlassung 9.1.,
 1. Tag mit Zuschlag: 10, MVD: 5,9
 Teilstationäre Behandlungen täglich vom 10. – 15.1.

Datum	Leistung	Belegungstage	Kalendertage ¹⁰	Abrechnung
6.1.	Verlegung aus an- derem Kranken- haus	1	1	
7.1.	HNO	2	2	
8.1.	HNO	3	3	
9.1.	Entlassung		4	DRG DXYA/3 Tage Abschlag
10.1.	1. Teilstationäre Behandlung		5	1. Teilstationäre Be- handlung mit DRG- Fallpauschale abge- golten
11.1.	2. Teilstationäre Behandlung		6	Teilstationäres Entgelt (Abrechnung wegen Abschlag möglich)
12.1.	3. Teilstationäre Behandlung		7	Teilstationäres Entgelt (Abrechnung wegen Abschlag möglich)
13.1.	4. Teilstationäre Behandlung		8	Teilstationäres Entgelt (Abrechnung wegen Abschlag möglich)
14.1.	5. Teilstationäre Behandlung		9	Teilstationäres Entgelt
15.1.	6. Teilstationäre Behandlung		10	Teilstationäres Ent- gelt ¹¹

Beispiel 14: Zusätzliche Abrechnung tagesbezogener teilstationärer Entgelte (I)

¹⁰ Dient nur zur Prüfung, ob die teilstationäre Behandlung gesondert abgerechnet werden kann.

¹¹ Das Beispiel geht von einer Entlassung aus der teilstationären Behandlung am 15.1. aus. Eine Berechnung teilstationärer Leistungen am 15.1. wäre nicht möglich, soweit an diesem Tag eine interne Verlegung in eine vollstationäre Behandlung erfolgt.

Es handelt sich um eine vollstationäre Behandlung mit nachfolgender teilstationärer Behandlung im selben Krankenhaus gemäß § 6 FPV. Teilstationäre Behandlungen sind grundsätzlich erst nach dem dritten Kalendertag ab Überschreiten der abgerundeten mittleren Verweildauer abrechenbar. Bei einer abgerundeten MVD von fünf Tagen könnten teilstationäre Entgelte im Beispiel grundsätzlich erst ab dem neunten Kalendertag berechnet werden.

Da es sich bei dem vollstationären Behandlungsfall jedoch um eine Verlegung aus einem anderen Krankenhaus handelt und die mittlere Verweildauer nicht erreicht wird, muss die DRG–Fallpauschale abzüglich drei Abschlagstagen (FPV § 3 Abs. 2 Satz 1) abgerechnet werden. In diesem Beispiel können demnach ab der fünften teilstationären Behandlung zusätzliche Entgelte abgerechnet werden. Die zweite bis vierte teilstationäre Behandlung wird anstelle der Abschlagstage bei Nichterreichen der MVD abgerechnet. Ab der zweiten teilstationären Behandlung können somit zusätzliche Entgelte abgerechnet werden.

Die erste teilstationäre Behandlung (11.1.) ist mit der DRG–Fallpauschale abgegolten. Ab dem neunten Kalendertag können die teilstationären Behandlungen ebenfalls abgerechnet werden, da die abgerundete mittlere Verweildauer um drei Kalendertage überschritten wurde.

DRG DXYA, stationäre Aufnahme nach Verlegung 6.1., Entlassung 10.1., 1. Tag mit Zuschlag: 10, MVD: 5,9				
Datum	Leistung	Belegungstage	Kalendertage ¹²	Abrechnung
6.1.	Verlegung aus anderem Krankenhaus	1	1	
7.1.	HNO	2	2	
8.1.	HNO	3	3	
9.1.	HNO	4	4	
10.1.	Entlassung		5	DRG DXYA/2 Tage Abschlag
11.1.	1. Teilstationäre Behandlung		6	1. Teilstationäre Behandlung mit DRG–Fallpauschale abgegolten

¹² Dient nur zur Prüfung, ob die teilstationäre Behandlung gesondert abgerechnet werden kann.

12.1.	2. Teilstationäre Behandlung		7	Teilstationäres Entgelt (Abrechnung wegen Abschlag möglich)
13.1.	3. Teilstationäre Behandlung		8	Teilstationäres Entgelt (Abrechnung wegen Abschlag möglich)
14.1.	4. Teilstationäre Behandlung		9	Teilstationäres Entgelt
15.1.	5. Teilstationäre Behandlung		10	Teilstationäres Entgelt ¹³

Beispiel 15: Zusätzliche Abrechnung tagesbezogener teilstationärer Entgelte (II)

5 Sonstige Entgelte

5.1 Bundeseinheitliche Zusatzentgelte nach Anlage 2 bzw. 5 der FPV 2025

Gemäß § 5 Absatz 1 Satz 1 FPV werden bundeseinheitliche ZE nach Anlage 2 bzw. 5 der FPV zusätzlich zu einer DRG-Fallpauschale oder einem krankenhausindividuellen Entgelt nach § 6 Abs. 1 KHEntgG (fallbezogenes – oder tagesbezogenes Entgelt) berechnet. Dadurch ist eine Abrechnung von ZE neben einer vor- oder nachstationären Behandlung nicht möglich.

Die bundeseinheitlichen ZE können auch ohne neue Budgetvereinbarung ab dem 1.1. 2025 im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses abgerechnet werden (§ 5 Abs. 1 Satz 2 FPV).

Dies betrifft auch die in 2025 neu in den ZE-Katalog aufgenommenen Zusatzentgelte:

- ZE176 Gabe von Nirsevimab, parenteral, 50 mg oder 100 mg, Alter < 1 Jahr
- ZE177 Gabe von Atezolizumab, intravenös
- ZE178 Gabe von Ocrelizumab, intravenös

ZE für Dialyse (ZE01.01, ZE01.02, ZE02, ZE62 und ZE119 bis ZE123) können grundsätzlich zusätzlich zu einer DRG-Fallpauschale abgerechnet werden; dies gilt nicht für Fallpauschalen der (Basis-) DRG L60, sowie die DRG L71, L90B und L90C – sowie das nach

¹³ Das Beispiel geht von einer Entlassung aus der teilstationären Behandlung am 15.1. aus. Eine Berechnung teilstationärer Leistungen am 15.1. wäre nicht möglich, soweit an diesem Tag eine interne Verlegung in eine vollstationäre Behandlung erfolgt.

Anlage 3b krankenhausindividuell zu vereinbarende Entgelt L90A, bei denen die Behandlung des Nierenversagens die Hauptleistung ist.

Für die ZE162 und ZE163 ist der Pflegegrad eines Patienten monetär relevant. Ab Pflegegrad 3 kann ein ZE ausgelöst werden. Voraussetzung ist, dass die Verweildauer mindestens fünf Tage beträgt und eine DRG aus Anhang 1 abgerechnet wird. DRG aus Tabelle 1 aus Anhang 1 führen in das ZE162 und DRG aus Tabelle 2 aus Anhang 1 in das ZE163.

Die Berechnung bei einigen Zusatzentgelten ist an das Lebensalter (im Zeitpunkt der Aufnahme) gebunden. Anlage 5 des Fallpauschalenkataloges enthält in den Fußnoten 3 bis 6 ein Höchstalter (siehe Spalte ZED mit den Dosisklassen). Die Fußnoten gibt es zu den niedrigen Dosisklassen (01 – 03).

Bei den Zusatzentgelten mit mengenmäßiger Differenzierung ist zu beachten, dass gemäß Kodierrichtlinien (DKR P005k) mengenabhängige Prozeduren zusammenzuzählen und nur einmal pro Aufenthalt zu kodieren sind.

5.2 Krankenhausindividuelle Zusatzentgelte nach Anlage 4 bzw. 6 der FPV 2025

Über den bundeseinheitlichen ZE-Katalog hinaus können Krankenhäuser für die in Anlage 4 bzw. 6 der FPV 2025 genannten Leistungen ZE krankenhausindividuell vereinbaren (§ 5 Abs. 2 FPV). Die ZE für Dialyse nach Anlage 4 bzw. 6 der FPV 2025 (ZE2025-08, ZE2025-82 und ZE2025-109) sind nicht zusätzlich zu den Fallpauschalen der Basis-DRG L60, L71, L90B und L90C – und dem nach Anlage 3b krankenhausindividuell zu vereinbarenden Entgelt L90A abrechenbar. ZE, die sowohl vor 2025 als auch 2025 Bestandteil der Anlagen 4 bzw. 6 der FPV sind (diese sind in den Anlagen 4 und 6 mit der Fußnote 4 gekennzeichnet), gelten bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung in der Vorjahresentgelthöhe weiter. Die Abrechnung erfolgt solange in alter Entgelthöhe und mit altem Entgeltschlüssel.

Wurden für Leistungen nach den Anlagen 4 bzw. 6 der FPV 2025 keine ZE vereinbart, sind im Einzelfall im Rahmen des Versorgungsauftrages oder für Notfallpatienten für jedes ZE 600 Euro mit neuem Entgeltschlüssel abrechenbar (siehe Vorgabe Kapitel 11).

Können für die Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2025 noch keine krankenhausindividuellen ZE abgerechnet werden, sind ebenfalls für jedes ZE 600 Euro abzurechnen (siehe Vorgabe Kapitel 11). Entsprechendes gilt auch für die neu in die Anlagen 4 bzw. 6 der FPV 2025 aufgenommenen Leistungen bis zum Wirksamwerden der Budgetvereinbarung 2025, sofern

keine Vorjahresvereinbarung für ein krankenhausindividuelles ZE oder NUB-Entgelt vorlag. Dies betrifft die 2025 – mit dem NUB – Status 1 versehenen Entgelte:

- ZE2025-223 (Gabe von Inotuzumab ozogamicin, parenteral)
- ZE2025-224 (Gabe von Isatuximab, parenteral)
- ZE2025-225 (Gabe von Ivacaftor, oral)
- ZE2025-226 (Gabe von Ivacaftor-Tezacaftor-Elexacaftor, oral
Lumacaftor-Ivacaftor)
- ZE2025-227 (Gabe von Lumacaftor-Ivacaftor, oral)
- ZE2025-228 (Gabe von Tezacaftor-Ivacaftor, oral)
- ZE2025-229 (Gabe von Liposomalem Cytarabin Daunorubicin)

Hier gilt die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter (siehe Vorgabe Kapitel 11).

Besonderheiten bei für 2025 angepassten OPS-Kodes:

- ZE172 Die OPS 6-00a.1* entfallen, die Kodierung wird differenziert in die Bereiche 6-00a.m0 bis 6-00a.mk (intravenös, ZE177) und 6-00a.n0 bis 6-00a.n9 (subkutan, ZE2025-221)
- ZE173 Die OPS 6-00a.e* entfallen, die Kodierung wird differenziert in die Bereiche 6-00a.p0 bis 6-00a.p5 (intravenös, ZE178) und 6-00a.q0 bis 6-00a.q3 (subkutan ZE2025-222)

Inotuzumab ozogamicin (→ ZE2025-223) Differenzierung des OPS 6-00a.8 in 6-00a.80 bis 6-00a.8n

Isatuximab (→ ZE2025-224) Differenzierung des OPS 6-00e.n in 6-00e.n0 bis 6-00e.nj

ZE2025-13 Der OPS 8-821.40 entfällt und es erfolgt eine Differenzierung in OPS 8-821.44 und 8-821.45

Weitergeltung unbewerteter Zusatzentgelte

Für die in der Anlage 4 bzw. Anlage 6 der FPV 2025 mit Fußnote 4 gekennzeichneten Zusatzentgelte ist nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2025 die bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben (siehe Vorgabe Kapitel 11). Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.

Für die Abrechnung dieser Zusatzentgelte sind weiter geltende Entgeltschlüssel zu verwenden, sofern das Zusatzentgelt für 2025 nicht mit krankenhausindividuellen Leistungsbeschränkungen oder Spezifikationen vereinbart wurde.

Dies betrifft alle Entgelte aus Anlage 4 bzw. Anlage 6 mit Ausnahme von ZE2025–206–2011, ZE2025–221 und ZE2025–222.

Weitergeltung von bewerteten Entgelten aus 2024

Zusatzentgelte aus der Anlage 2 bzw. 5 der FPV 2024, die in die Anlage 4 bzw. 6 der FPV 2025 überführt sind, werden gemäß Fußnote 20 und Fußnote 21 in Anlage 4 bzw. Fußnote 22 und Fußnote 23 in Anlage 6 der FPV 2025 mit dem weiter geltenden Entgeltschlüssel und der Entgelthöhe aus 2024 abgerechnet. Der weiter geltende Entgeltschlüssel aus 2024 verliert mit dem Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung seine Geltung und kann ab diesem Zeitpunkt nicht mehr verwendet werden.

Dies betrifft folgende Zusatzentgelte:

- ZE2025–221 (Gabe von Atezolizumab, parenteral) [ZE172]
- ZE2025–222 (Gabe von Ocrelizumab, parenteral) [ZE173]

Weitergeltung von Zusatzentgelten aus 2023 in Höhe von 70%

Das Zusatzentgelt:

- ZE2025–206 (Gabe von Natalizumab, parenteral) [ZE97]
- ZE2025–207 (Gabe von Itraconazol, parenteral) [ZE113]
- ZE2025–208 (Gabe von Trabectedin, parenteral) [ZE117]
- ZE2025–209 (Gabe von Plerixafor, parenteral) [ZE143]
- ZE2025–210 (Gabe von Eculizumab, parenteral) [ZE154]
- ZE2025–211 (Gabe von Tocilizumab, intravenös) [ZE157]

war 2023 bewertet und gilt gemäß der Fußnote 12 bis 17 (Anlage 4) bzw. 14 bis 19 (Anlage 6) bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2024 in Höhe von 70 Prozent der im DRG-Katalog 2023 bewerteten Höhe weiter.

Hierbei ist zu beachten, dass gemäß Kodierrichtlinien (DKR P005k) mengenabhängige Prozeduren zusammenzuzählen und nur einmal pro Aufenthalt zu kodieren sind.

Besonderheit bei Weitergeltung von Zusatzentgelten aus 2022 bei fehlender Budgetvereinbarung

Liegt für bewertete Zusatzentgelte aus 2022, die 2023 in unbewertete Entgelte übergangen, seit 2022 noch keine Budgetvereinbarung vor, ist bis zum Beginn des Wirksamwerdens einer neuen Budgetvereinbarung das Entgelt nach § 5 Abs. 2 Satz 4 FPV 2025 (Ersatzbetrag 600 Euro) unter Verwendung der Entgeltarten des unbewerteten Zusatzentgelts zu erheben (siehe Vorgabe Kapitel 11).

Dies betrifft folgendes Zusatzentgelt aus 2022:

- ZE2025-202 (Gabe von Aldesleukin, parenteral) [ZE48]

5.3 Zusatzentgelte für Bluter

Für Aufnahmen ab dem 1.1.2018 wurden drei ZE für die Gabe von Blutgerinnungsfaktoren mit jeweils unterschiedlichen Schwellenwerten eingeführt:

- **ZE2018-137:** „Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII“ mit einem Schwellenwert in Höhe von 20.000 Euro, OPS 8-810.6* (rekombinanter aktivierter Faktor VII)
- **ZE2018-138:** „Gabe von Fibrinogenkonzentrat“ mit einem Schwellenwert in Höhe von 2.500 Euro, OPS 8-810.j* (Fibrinogenkonzentrat)
- **ZE2018-139:** „Gabe von Blutgerinnungsfaktoren“ mit einem Schwellenwert in Höhe von 6.000 Euro, OPS 8-810.7*, 8-810.8*, 8-810.9*, 8-810.a*, 8-810.b*, 8-810.c*, 8-810.d*, 8-810.e*, 8-812.9*, 8-812.a*

Die Vergütung der Gabe von Blutgerinnungsfaktoren der o. g. ZE erfolgt bis zu den jeweiligen Schwellenwerten nach Anlage 4 Fußnoten 8, 9 und 10 der FPV (siehe auch Urteil Az: B1 KR35/19B) innerhalb der entsprechenden DRG ohne zusätzliche Vergütung über ein ZE.

Ab Überschreitung des Schwellenwertes in Höhe von 20.000 Euro ist der gesamte für die Behandlung des Patienten angefallene Betrag für die Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII abzurechnen.

Ab Überschreitung des Schwellenwertes in Höhe von 2.500 Euro ist der gesamte für die Behandlung des Patienten angefallene Betrag für die Gabe von Fibrinogenkonzentrat abzurechnen.

Ab Überschreitung des Schwellenwertes in Höhe von 6.000 Euro ist der gesamte für die

Behandlung des Patienten mit diesen Blutgerinnungsfaktoren angefallene Betrag abzurechnen.

Hierbei ist zu beachten, dass gemäß Kodierrichtlinien (DKR P005k) mengenabhängige Prozeduren zusammenzuzählen sind. Für Neugeborene können – auch ZE für Bluter abgerechnet werden. Die ICD P61.0, P53* sowie P60* –sind in der Anlage 7 der FPV den entsprechenden Tabellen zugeordnet.

Neben den– über ICD und OPS – klar definierten ZE (Anlage 7 Tabelle 1 und 2) gibt es Indikationen, die allen ZE zugeordnet werden können (Anlage 7 Tabelle 3). Da die zugeordneten Diagnosen nicht trennscharf sind, ist eine Zuordnung zu einem der Entgelte im Einzelfall patientenindividuell vorzunehmen. Blutgerinnungsstörungen der ICD D68.4 (Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren) sind dem ZE2020–97 zuzuordnen, wenn es sich um Störungen handelt, die nur durch eine Lebertransplantation heilbar wären. Zur Unterstützung wurde 2013 vom MDK Baden–Württemberg ein Gutachten erstellt. Demnach sind die in der Tabelle 3 der Anlage 7 gelisteten Gerinnungsstörungen, außer denen, die antikörperbedingt oder nur durch eine Lebertransplantation heilbar sind, überwiegend den temporären Gerinnungsstörungen zuzuordnen. Es handelt sich hierbei um eine Empfehlung des MD Baden–Württemberg und nicht um einen Konsens der Vertragsparteien auf Bundesebene. Die nachstehende Tabelle gibt einen Überblick zur empfohlenen Zuordnung bzw. Vorgehensweise:

Zuordnung ICD–Ziffern aus Tabelle 3 Anlage 7 FPV 2025				
ICD	ICD–Text	Einordnung	ZE	Vorlage MD falls:
D65.0	Erworbene Afibrinogenämie	Überwiegend temporär ¹⁴	ZE2025–137, ZE2025–138, ZE2025–139	Abrechnung als ZE 2025–97
D65.1	Disseminierte intravasale Gerinnung (DIG)	Überwiegend temporär ¹⁵	ZE2025–137, ZE2025–138, ZE2025–139	Abrechnung als ZE 2025–97
D65.2	Erworbene Fibrinolyseblutung	Überwiegend temporär ¹⁵	ZE2025–137, ZE2025–138, ZE2025–139	Abrechnung als ZE 2025–97
D68.38	Sonstige hämorrhagische Diathese durch sonstige Antikörper	Dauerhaft erworben	ZE2025–97	Keine Vorlage bei Abrechnung als ZE 2025–97

¹⁴ dauerhaft erworben nur bei schwerer Leberkrankheit, dann als D68.4 zu verschlüsseln und entsprechend Fußnote in FPV zu D68.4 („nur durch Lebertransplantation heilbar“) zu berücksichtigen

D68.4	erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren	Überwiegend temporär ¹⁵	ZE2025-137, ZE2025-138, ZE2025-139	Abrechnung als ZE 2025-97 ohne K72.73, .74!
D68.8	Sonstige Koagulopathie	Einzelbewertung durch MD	s. GA-Text	Abrechnung als ZE 2025-97
D69.1	Qualitative Thrombozytendefekte	Einzelbewertung durch MD	s. GA-Text	Abrechnung als ZE 2025-97

Abbildung 10: Bluterentgelte

Um diese Indikationen eindeutig zuordnen zu können, sind dauerhaft erworbene Blutgerinnungsstörungen gemäß Anlage 7 der FPV durch das Krankenhaus – seit 2014 zusätzlich mit dem ICD-Code U69.11 zu kennzeichnen, sobald eine der Schlüsselnummern aus Tabelle 3 der Anlage 7 der FPV in der Abrechnung verwandt wird. Diese sind dann dem ZE-97 zugehörig. Temporäre Blutgerinnungsstörungen sind dagegen bei Verwendung einer Schlüsselnummer aus der Tabelle 3 der Anlage 7 der FPV durch das Krankenhaus mit dem zusätzlichen ICD-Code U69.12 zu kennzeichnen und werden dann dem intrabudgetären ZE2025-137, ZE2025-138 oder dem ZE2025-139 zugeordnet.

Bei der Gabe von Prothrombinkomplex an Bluter (ZE30) erfolgt die Abrechnung über das ZE2025-97 nach Anlage 4 bzw. 6, die gleichzeitige Abrechnung des ZE30 ist ausgeschlossen.

Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV ist für diese ZE die bisher krankenhausesindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben (vgl. Kapitel 11).

Seit 2024 kann zudem das ZE2025-219 "Gabe von rekombinantem Faktor VII bei schwerer postpartaler Blutung" abgerechnet werden. Das ZE20xx-219 kann ausschließlich bei Vorliegen einer postpartalen Blutung (ICD O72.-) abgerechnet werden. Bei Vorliegen einer dauerhaften Gerinnungsstörung ist dagegen auch zukünftig ggf. das ZE20xx-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren abzurechnen.

5.4 Zusatzentgelte für Dialyse

Bei allen DRG-Fallpauschalen, mit Ausnahme der Basis-DRG L60, der DRG L71Z, L90B und L90C–sowie –dem Entgelt L90A der Anlage 3b der FPV, sind die Kosten für eine Dialyse nicht in der DRG-Fallpauschale enthalten. Dies ergibt sich im Umkehrschluss aus § 5 Abs. 3 FPV. Demnach dürfen ZE für Dialysen nicht zusätzlich zu den Fallpauschalen der Basis-DRG L60 und den DRG L71 sowie L90B und L90C– –sowie dem nach Anlage

¹⁵ Fußnote zu FPV beachten („nur durch Lebertransplantation heilbar“)

3b krankenhausindividuell zu vereinbarenden Entgelt L90A abgerechnet werden. Bei allen anderen DRG–Fallpauschalen bzw. Entgelten der Anlagen 3a und 3b zur FPV ist die Abrechnung eines ZE für Dialyse möglich, auch wenn der Begriff „Dialyse“ in der DRG–Bezeichnung enthalten ist (z. B. DRG–Fallpauschale R63B: Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose, oder Por-timplantation Alter < 16 Jahre oder schwerste CC).

Grundsätzlich ist nach dem BSG–Urteil vom 19.4.2016 (Az: B 1 KR 34/15 R) eine Dialyse nach § 2 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG nicht abrechenbar, wenn hierdurch eine entsprechende Behandlung fortgeführt wird, das Krankenhaus keine eigene Dialyseeinrichtung hat und ein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung nicht besteht. Kernpunkt des Verfahrens war die Auslegung des § 2 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG. Es behandelte die Frage, ob ein Krankenhaus bei einem dialysepflichtigen Patienten die Dialyseleistungen, die nicht vom Krankenhaus selbst, sondern von einem medizinischen Versorgungszentrum erbracht wurden, abrechnen darf. Eine Dialyse, die das Krankenhaus ohne eigene Dialyseeinrichtung während der stationären Behandlung fortführt, ist nur dann als allgemeine Krankenhausleistung abrechnungsfähig, wenn ein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung besteht (§ 2 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG). Dies setzt voraus, dass die Dialysebehandlung selbst aus medizinischen Gründen der besonderen Mittel des Krankenhauses bedarf. Es genügt nicht, dass der Patient sich aus anderen medizinischen Gründen stationär im Krankenhaus befindet.

5.5 Fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG für NUB

Für die Vergütung neuer Untersuchungs– und Behandlungsmethoden, die mit den Fallpauschalen und ZE noch nicht sachgerecht vergütet werden können, können gemäß § 6 Abs. 2 KHEntgG krankenhausindividuelle fallbezogene Entgelte oder ZE vereinbart und abgerechnet werden. Bzgl. etwaiger Zu– und Abschläge bzw. Wiederaufnahmeregelungen wird auf die Ausführungen in Kapitel 5.6 verwiesen. Mit dem am 12.11.2022 in Kraft getretene GKV–Finanzstabilisierungsgesetz wird auf die Änderung des § 6 Absatz 2 KHEntgG für NUB im Kapitel 11 hingewiesen.

5.6 Gesonderte Zusatzentgelte gemäß § 6 Abs. 2a KHEntgG

In eng begrenzten Ausnahmefällen können gemäß § 6 Abs. 2a KHEntgG krankenhausindividuelle ZE für Leistungen vereinbart werden, die mit den Fallpauschalen oder ZE der FPV 2025 nicht sachgerecht vergütet werden können.

Grundsätzlich gilt für sonstige fallbezogene Entgelte, dass diese auch Vereinbarungen über die übrigen Bestandteile des Fallpauschalen-Katalogs (OGVD, UGVD, MVD), Kriterien für Wiederaufnahmen gemäß § 2 FPV und Abrechnungsbestimmungen für Wiederaufnahmen enthalten müssen.

Bei der Abrechnung sind die krankenhausindividuellen Vereinbarungen zu berücksichtigen. Die Regelungen zur Rückverlegung gelten analog (vgl. Kapitel 2.11.4).

Tagesbezogene Entgelte werden für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des Krankenhausaufenthalts abgerechnet (Berechnungstage). Der Entlassungs- oder Verlegungstag, der nicht zugleich Aufnahmetag ist, kann nur bei tagesbezogenen Entgelten für teilstationäre Leistungen abgerechnet werden (§ 7 Abs. 3 FPV).

5.7 Abrechnungsbestimmungen für sonstige Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG, die nach den Anlagen 3a und 3b FPV 2025 noch nicht mit DRG-Fallpauschalen vergütet werden

Vom Fallpauschalen-Katalog (Anlage 1 der FPV 2025) sind noch nicht alle DRG erfasst worden; die noch nicht bewerteten DRG sind in den Anlagen 3a und 3b der FPV 2025 aufgeführt. Für die vom –Fallpauschalen-Katalog nicht erfassten Leistungen können krankenhausindividuelle tages- oder fallbezogene Entgelte vereinbart werden. Der Leistungskatalog 3a ist abschließend, das heißt, darüber hinaus können keine sonstigen vollstationären Entgelte abgerechnet werden (außer für Besondere Einrichtungen und NUB). Der Leistungskatalog 3b ist nicht abschließend, das heißt, darüber hinaus können sonstige teilstationäre Entgelte nach § 7 Abs. 1 Nr. 2 FPV vereinbart werden. Es ist zu prüfen, ob bei den Budgetvereinbarungen auch Vereinbarungen zu den übrigen Bestandteilen des Fallpauschalen-Katalogs (z. B. OGVD, UGVD, MVD) getroffen wurden (§ 7 Abs. 1 Satz 2 FPV). Soweit keine Verlegungs-Fallpauschalen vereinbart wurden, wurden ggf. Abschlagsregelungen vereinbart. Ebenfalls können für den Fall der Wiederaufnahme von Patienten in dasselbe Krankenhaus Vereinbarungen getroffen werden, die den Wiederaufnahmeregelungen nach § 2 FPV bzw. den Regelungen zur Rückverlegung nach § 3 Abs. 3 FPV entsprechen.

Solange für 2025 noch keine Vereinbarung vorliegt, können für gekennzeichnete Leistungen nach den Anlagen 3a und 3b (Fußnote 1) die für 2024 mit dem Krankenhaus vereinbarten Entgelte auch 2025 abgerechnet werden. Wurden bisher keine entsprechenden krankenhausindividuellen Entgelte vereinbart, sind unter Verwendung des neuen Entgeltschlüssels je Belegungstag 600 Euro (Anlage 3a) beziehungsweise 300 Euro (Anlage 3b) abrechenbar.

Werden für Leistungen nach Anlage 3a der FPV 2025 bewusst keine Entgelte für den Vereinbarungszeitraum 2025 vereinbart, sind im Einzelfall im Rahmen des Versorgungsauftrages oder für Notfallpatienten mit dem neuen Entgeltschlüssel für jeden Belegungstag 450 Euro (Anlage 3a) abrechenbar. Werden für Leistungen der Anlage 3b bewusst keine Entgelte für den Vereinbarungszeitraum 2025 vereinbart, so kann ein Krankenhaus kein entsprechendes Entgelt abrechnen.

Zusätzlich zu den Entgelten nach Anlage 3a und 3b der FPV, die auf Grund fehlender Vereinbarung abgerechnet werden, sind tagesbezogene Pflegeentgelte nach § 7 Abs. 1 Nr. 6a KHEntgG abrechenbar.

5.8 Pflegeentgelte für sonstige Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG nach den Anlagen 3a und 3b FPV

Seit 2020 wurden im Fallpauschalenkatalog in der Anlage 3a und 3b die Bewertungsrelationen für „Pflegerlös je Tag“ aufgenommen. Das korrespondierende Pflegeentgelt, dessen Betrag sich als Produkt aus dem Basispflegentgelt und der Bewertungsrelation aus Anlage 3a und 3b ergibt, wird zusätzlich zum individuell vereinbarten Entgelt berechnet. Liegt noch keine Budgetvereinbarung für 2020 vor, erfolgt für in vorhergehenden Budgetjahren vereinbarte Entgelte die Berechnung des individuell vereinbarten Entgelts abzüglich des korrespondierenden Pflegentgelts unter Verwendung des Basisentgelt-Ersatzwertes nach § 15 Abs. 2a Satz 1 Nr. 2 und 3 KHEntgG (siehe Kapitel 2.13). Hierbei werden tagesbezogene Entgelte um den Pflegerlös je Tag, fallbezogene Entgelte um den mit der Entgeltanzahl multiplizierten Pflegerlös je Tag vermindert in Rechnung gestellt. Erst mit der Neuvereinbarung des Budgetjahres 2020 wird das individuell vereinbarte Entgelt ohne den Pflegeanteil vereinbart und ist nicht mehr um diesen Betrag zu mindern.

In der Übergangsregelung für Überlieger aus 2020 können die Pflegeentgelte mit fallindividueller Höhe in Rechnung gestellt werden (siehe Kapitel 2.13). Dies führt entsprechend zu fallindividuellen Entgeltbeträgen für die individuell vereinbarten DRG, da die entsprechend der Belegungstage vor dem 01.01.2021 und ab dem 01.01.2021 gemittelten Pflegeentgelte variieren.

Negative Werte sind im § 301-Verfahren nicht zulässig. Für Fälle, in denen die Subtraktion des Pflegerlöses zu einem negativen Entgeltbetrag für die individuell vereinbarte DRG führt, ist der in Rechnung zu stellende Entgeltbetrag für die individuell vereinbarte DRG als 0,00 Euro anzugeben und sind die Pflegerlöse in voller Höhe des gesetzlichen Anspruches abzurechnen.

5.9 Abrechnungsbestimmungen für Besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 10 KHG i. V. m. der VBE 2025

Krankenhäuser, die als Besondere Einrichtungen insgesamt von der DRG–Anwendung für 2025 ausgenommen werden, können individuelle fall– oder tagesbezogene Entgelte abrechnen. Zusätzlich dürfen ZE der Anlagen 2 bzw. 5 sowie 4 bzw. 6 der FPV 2025 abgerechnet werden.

Zu beachten ist § 3 Abs. 1 Satz 4 der VBE 2025, wonach das ZE60 und das ZE145 dann nicht abrechenbar sind, wenn für eine Palliativstation oder –einheit eine Vereinbarung auf Grundlage des § 3 Abs. 1 Satz 1 VBE getroffen wurde.

Sofern als Besondere Einrichtung nur ein organisatorisch abgrenzbarer Teil eines Krankenhauses von der DRG–Abrechnung ausgenommen wird, werden über die individuell vereinbarten tages– oder fallbezogenen Entgelte nur die fallabhängigen Kosten der Behandlung finanziert. Zusätzlich zur Finanzierung der pflegesatzfähigen Vorhaltekosten ist ein Zuschlag zu vereinbaren, der bei allen vollstationären Fällen des Krankenhauses zusätzlich in Rechnung gestellt wird (vgl. Kapitel 8.4).

Mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) wurde ab dem Jahr 2020, unabhängig von der Einstufung als besondere Einrichtung, die Ausgliederung der Pflegepersonal–kosten eingeführt. Die Finanzierung der Pflegeanteile erfolgt ab Budgetvereinbarung 2020 über das vereinbarte Pflegebudget. Alle bisher vereinbarten Entgelte für besondere Einrichtungen (bis Budgetvereinbarungen 2019) werden bis zur Budgetvereinbarung 2020 ohne eine Abrechnung von Pflegeentgelten in vereinbarter Höhe weiter erhoben.

5.10 Vergütung von durch Belegärzte mit Honorarverträgen erbrachten Leistungen

Mit Inkrafttreten des KHRG können Krankenhäuser belegärztliche Leistungen von Belegärzten mit Honorarverträge für behandelte Belegpatienten nach § 18 Abs. 3 KHEntgG i. V. m. § 121 Abs. 5 SGB V abrechnen. Dabei werden die Entgelte der Fallpauschalen für Hauptabteilungen in Höhe von 80 Prozent abgerechnet. Für die Abrechnung wurde der Entgeltschlüssel der DRG–Fallpauschale mit der Ausprägung 8 an der dritten Stelle vereinbart.

Für alle ab dem 01.01.2020 aufgenommenen Patienten sind zusätzlich zur DRG die Pflegentgelte gemäß Pflegeerlöskatalog in voller Höhe zur Abrechnung zu bringen (siehe Kapitel 2.13).

5.11 Zusatzentgelte für Testungen nach § 26 Abs. 2 KHG auf das Corona – virus SARS-CoV-2 im Krankenhaus

Für Krankenhäuser die dem Anwendungsbereich des Krankenhausfinanzierungsgesetzes unterliegen, haben der GKV-SV und der Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der DKG, im Auftrag des Gesetzgebers, eine Vereinbarung zur Finanzierung von Corona-Testungen getroffen. Krankenhäuser können demnach Testungen nach § 26 Abs. 2 KHG von Patientinnen und Patienten, die zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in ein Krankenhaus aufgenommen werden, auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 durchführen. Sofern die Testungen für Patientinnen und Patienten, die in Belegabteilungen des Krankenhauses behandelt werden, nicht den Leistungen des Belegarztes nach § 18 KHEntgG zuzurechnen sind, kann das Krankenhaus die Zusatzentgelte nach § 2 in der vorgegebenen Höhe abrechnen. Das Datum der Testung (Probeentnahme) ist in der Abrechnung über den Entgeltzeitraum anzugeben.

Für die Entgeltschlüssel 76CT9999 sowie 76CT9998 sind bei einer Labordiagnostik die Diagnosen im § 1 Abs. 5 der 2. Vereinbarung über ein Zusatzentgelt für Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 im Krankenhaus vom 24.11.2021 anzugeben.

Für Testungen durch einen Nukleinsäurenachweis mittels PCR beträgt die Höhe des Zusatzentgelts:

- seit 01.05.2023 30,40 Euro

Für die Abrechnung ist der Entgeltschlüssel 76CT9999 zu verwenden.

Bei der Testung durch einen Antigen-Test mittels Labordiagnostik beträgt die Höhe des Zusatzentgelts:

- seit 15.10.2020 19,00 Euro

Für den Antigentest mittels Labordiagnostik ist der Entgeltschlüssel 76CT9998 zu verwenden.

Bei Testung von Anwendung durch Dritte als PoC Antigentest („Point-of-care“-Antigen-Schnelltest) beträgt die Höhe des Zusatzentgelts:

- seit 01.08.2021 11,50 Euro

Für den PoC Antigentest ist der Entgeltschlüssel 76CT9997 zu verwenden.

Bei Testungen durch einen Nukleinsäurenachweis mittels Pooling-Verfahren (PCR oder weiterer Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik) beträgt pro getesteter Patientin oder getestetem Patienten

- seit 01.05.2023:

- für Testungen im Pool mit insgesamt mehr als vier Proben und höchstens 10 Proben: 14,00 Euro
- für Testungen im Pool mit insgesamt mehr als 10 Proben und höchstens 20 Proben: 13,00 Euro
- für Testungen im Pool mit insgesamt mehr als 20 Proben und höchstens 30 Proben: 12,00 Euro

Maßgeblich für die Zuordnung ist das Datum der Aufnahme der Patientin oder des Patienten in das Krankenhaus.

Für das Pooling-Verfahren sind folgende Entgeltschlüssel zu verwenden:

- für Testungen im Pool mit insgesamt mehr als vier Proben und höchstens 10 Proben: 76CT9994
- für Testungen im Pool mit insgesamt mehr als 10 Proben und höchstens 20 Proben: 76CT9995
- für Testungen im Pool mit insgesamt mehr als 20 Proben und höchstens 30 Proben: 76CT9996

6 Pflegeentgelte für unbewertete teilstationäre Leistungen und besondere Einrichtungen nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und Nr. 3

Für besondere Einrichtungen sowie unbewertete teilstationäre Leistungen, die unter die Regelungen nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und Nr. 3 KHEntgG (teilstationäre Leistungen die nicht in der Anlage 3b aufgeführt sind und besondere Einrichtungen) fallen, gilt eine Pflegebewertungsrelation von 1,0 für vollstationäre Fälle und 0,5 für teilstationäre Fälle, sofern die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG keine abweichenden Festlegungen in Form von explizit vereinbarten zugeordneten Pflegeentgelten (Übereinstimmung der Entgeltschlüssel in den Stellen 3–8) treffen.

Alle bisher vereinbarten Entgelte (bis Budgetvereinbarungen 2019) werden, bis zum Wirksamwerden der Budgetvereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2020, ohne eine Abrechnung von Pflegeentgelten in vereinbarter Höhe weiter erhoben.

7 Abrechnungsbestimmungen für DRG–Fallpauschalen bei Transplantationen nach § 4 FPV 2025

7.1 Besonderheiten der DRG–Abrechnung

Für Transplantationen von Organen nach § 1a Nr. 1 TPG, bei Transplantationen von Geweben nach § 1a Nr. 4 TPG sowie bei Transplantationen von hämatopoetischen Stammzellen ist für die eigentliche (Organ–)Implantation jeweils eine Fallpauschale abzurechnen. Dabei ist bei Aufnahmen zur Transplantatentnahme der Aufnahmegrund „08“ zu verschlüsseln. Zusätzlich ist für vorbereitende stationäre Aufenthalte (Evaluierungsaufenthalt, z. B. A62Z bis A69Z) ggf. eine weitere Fallpauschale abzurechnen, soweit die entsprechenden Leistungen stationär erbracht wurden. Dies gilt auch für Splitorgane oder Pankreasinseln, sofern die Organteile bzw. die Zellen die gleiche Funktion wie das vollständige Organ erfüllen.

Bei einer Retransplantation während desselben stationären Aufenthaltes kann ein krankenhausindividuell zu vereinbarendes ZE (ZE2025–17) nach § 6 Abs. 1 KHEntgG abgerechnet werden. Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV ist für dieses ZE das bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelt bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung der Höhe nach weiter zu erheben (analog § 15 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG). In anderen Fällen wird die Retransplantation als gesonderter Fall abgerechnet wie die Ersttransplantation.

7.1.1 Transplantation bei postmortalen Spende

Bei postmortalen Spenden wird dem behandelnden Transplantationszentrum des Empfängers lediglich die stationäre Versorgung des Transplantatempfängers über die allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 KHEntgG vergütet. Die mit der Organentnahme und dem Organtransport in Verbindung stehenden Leistungen des Entnahmekrankenhauses sind gemäß § 4 Abs. 4 Satz 1 FPV gegenüber der Koordinierungsstelle nach § 11 TPG abzurechnen. Hier gelten die Regelungen und Vergütungssätze der Sonderverträge nach dem TPG.

7.1.2 Transplantation bei Lebendspenden

Transplantation bei Lebendorganspende

Bei einer Lebendorganspende wird seitens des Transplantationszentrums sowohl für die Organentnahme als auch für die Transplantation jeweils eine eigene Fallpauschale (beim Organempfänger wiederum ggf. zusätzlich eine Fallpauschale für den vorbereitenden

Evaluierungsaufenthalt) abgerechnet. Alle Fallpauschalen sind gegenüber dem Kostenträger des Transplantatempfängers abzurechnen, auch wenn es nicht zu einer Transplantation kommt. Auf der Rechnung ist die Versichertennummer der Person, die das Transplantat empfangen hat oder für die Transplantation vorgesehen war, anzugeben. **Ambulante Voruntersuchungen** des Lebendspenders gemäß § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1c TPG, die im Hinblick auf die Transplantation eines bestimmten Transplantatempfängers durchgeführt werden, sind nur dann separat abrechenbar, wenn es nicht zu einer Spende kommt. **Stationär notwendige Voruntersuchungen** bei möglichen Lebendspendern, die im Hinblick auf die Transplantation bei einem Transplantatempfänger durchgeführt werden, sind auch dann mit der DRG Z66Z abrechenbar, wenn es tatsächlich zu einer Lebendspende kommt. (Klarstellungen Nr. 12 FPV 2025).

Transplantation bei Lebendgewebespende (Knochenmark und hämatopoetische Stammzellen)

Bei der Transplantation von Knochenmark oder hämatopoetischen Stammzellen wird, wie bei der Lebendorganspende, jeweils eine Fallpauschale für die Entnahme als auch für die Transplantation mit dem Kostenträger des Transplantatempfängers abgerechnet. Werden hämatopoetische Stammzellen bei Familienspendern aus dem Ausland oder bei nicht-verwandten Spendern über in- oder ausländische Spenderdateien bezogen, wird gemäß § 4 Abs. 3 Satz 5 FPV anstelle der Fallpauschale nach Anlage 1 bzw. dem Entgelt nach Anlage 3a (Z41Z – Z43Z) ein entsprechendes ZE (ZE2025–35) abgerechnet.

Für die Leistungen im Rahmen der Suche nach einem geeigneten, nicht verwandten Knochenmark- und Stammzellspender werden auf Basis eines vom GKV–SV abzuschließenden Sondervertrages gegenüber dem ZKRD bzw. den Spenderdateien Suchpauschalen abgerechnet. Zur Höhe der Pauschale 2025 siehe Kapitel 7.5.

7.2 Finanzierung von Krankentransporten bei Organtransplantationen

Krankentransporte werden nach der G–BA–Richtlinie (aus 2005) bei **Organtransplantierten/Organempfängern** als Nebenleistungen der Transplantation in den vorgesehenen drei Nachsorge–Monaten nach der Transplantation (Regelzeitraum der Nachsorge nach § 115a Abs. 2 Satz 2 SGB V) regelmäßig erstattet. Grundsätzlich wird nach den drei Monaten eher von einer ambulanten Nachsorge ausgegangen. Die nachstationäre Behandlung kann jedoch auf Veranlassung des niedergelassenen Arztes gem. § 115a Abs. 2 Satz 3 SGB V verlängert werden.

Bezüglich des Organspenders ist zu verweisen auf das gemeinsame Rundschreiben der Krankenkassenverbände vom 19.4.2013 in der Aktualisierung des Rundschreibens des

GKV-SV Nr. 2015-556 vom 10.12.2015 (dort: ab Seite 123 der Anlage 1) zu den leistungsrechtlichen Auswirkungen des Gesetzes zur Änderung des TPG (darin Kapitel Nr. 5 im Abschnitt zu § 27 SGB V, Seite 34).

7.3 Grundsätzliches zur Kostentragung der Leistungen bei Lebendspendern von Geweben und Organen oder von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen

Für die Krankenkasse des Empfängers sind alle Kosten des Lebendspenders im Rahmen der Organ- oder Gewebespende Nebenleistungen der Behandlung des Organempfängers. Nach § 27 Abs. 1a Satz 4 SGB V ist für die Leistungen der Krankenbehandlung des Spenders von Organen und Geweben oder von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen (gem. GKV-VSG) (Spender) die Krankenkasse des Empfängers von Organen oder Geweben (Empfänger) zuständig. Dies gilt für die ambulante und stationäre Behandlung der Spender, die medizinisch erforderliche Vor- und Nachbetreuung, für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie die Erstattung der Entgeltfortzahlung an den Arbeitgeber nach § 3a Absatz 2 Satz 1 des Entgeltfortzahlungsgesetzes die Erstattung des Ausfalls von Arbeitseinkünften als Krankengeld nach § 44a SGB V und für erforderliche Fahrkosten. Auch für die PKV sind die Aufwendungen zur Absicherung des Organspenders Teil der medizinisch notwendigen Heilbehandlung des Organempfängers nach § 192 Abs. 1 VVG (siehe auch die Selbstverpflichtungserklärung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung, Bundestag-Drucksache 17/9773, Satz 51 ff.). Die Absicherung des Organspenders wird somit unabhängig davon, ob der Spender privat, gesetzlich oder nicht versichert ist, in den Versicherungsschutz des Organempfängers einbezogen. Dem Spender darf dabei durch seine Spende kein Nachteil entstehen, so dass sich die vom Organempfänger ggf. vereinbarten Selbstbehalte nicht zu Lasten des Organspenders wirken.

7.3.1 Gesetzliche Regelungsbereiche bei Arten der Stammzellgewinnung

Aus der Blutstammzellspende mittels Aphereseverfahren resultiert – im Gegensatz zur Knochenmarkspende – kein Gewebe, sondern ein Blutpräparat. Da der Regelungsbereich des TPG zwar Gewebe nicht aber das Blut und Blutbestandteile umfasst, sind die Knochenmarktransplantation und die periphere Blutstammzelltransplantation in unterschiedlichen Gesetzen geregelt. Während die Stammzellspende aus dem Knochenmark als Gewebespende im Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (TPG) geregelt wurde, finden sich die Regelungen zur Blutstammzellspende im Gesetz zur Regelung des Transfusionswesens (Transfusionsgesetz – TFG).

7.3.2 Leistungsansprüche von Stammzellspendern

Die Leistungsansprüche des Lebendspenders im Zusammenhang mit einer Gewebespende nach §§ 8 und 8a TPG zum Zwecke der Übertragung auf Versicherte ergeben sich konkret aus § 27 Abs. 1a Satz 1 SGB V. Im TPG selbst ist keine Rechtsgrundlage für einen Anspruch auf Leistungen oder Aufwendungen, die dem Spender im Zusammenhang mit der Spende entstehen, vorgesehen.

Auch die Leistungsansprüche für Spender von peripheren Blutstammzellen ergeben sich ebenfalls seit Inkrafttreten des GKV-VSG (vgl. BGBl Teil I Nr. 30 vom 22.7.2015, Seite 1.211) aus § 27 Abs. 1a Satz 1 SGB V.

Darüber hinaus sieht § 10 TFG u. a. für periphere Blutstammzellspender – im Gegensatz zum für Knochenmarkspender geltenden TPG – vor, dass die Entnahme einer Spende zwar unentgeltlich erfolgen soll, der spendenden Person jedoch eine Aufwandsentschädigung gewährt werden kann, die sich an dem unmittelbaren Aufwand je nach Spendenart orientieren soll. „Unmittelbarer“ Aufwand in diesem Zusammenhang können z. B. die Fahrkosten und/oder der Zeitaufwand sowie der Verdienstausschlag sein. Um einen unnötigen bürokratischen Aufwand in den Spendeneinrichtungen zu vermeiden, kann eine Aufwandsentschädigung auch pauschaliert an den Spender gezahlt werden (vgl. BT-Drs. 15/4174 vom 10.11.2004, Zu Artikel 1, Zu Nummer 6 [§ 10], Seite 14). Bei § 10 TFG handelt es sich allerdings um eine „Kann-Vorschrift“. Dementsprechend ist die Spendeneinrichtung nicht verpflichtet, eine Aufwandsentschädigung zu zahlen. Soweit erkennbar, zahlen Spenderdateien (z. B. DKMS) anonymen Spendern entsprechende Aufwandsentschädigungen. Spenden durch verwandte bzw. bekannte Spender werden allerdings nicht über Spenderdateien organisiert. In diesen Fällen besteht die Möglichkeit der Zahlung einer Aufwandsentschädigung durch die Einrichtung, die die Spende entnimmt (z. B. Krankenhaus, das die Behandlung des Empfängers durchführt). *[Anmerkung: Es handelt sich um eine Kann-Bestimmung, es besteht also keine Verpflichtung und insofern kein Widerspruch zu § 4 Abs. 1 Satz 3 FPV.]* Soweit bekannt, gewähren die Einrichtungen in solchen Fällen keine Aufwandsentschädigung an den (potenziellen) Spender.

Hinweis: Die bisher im gemeinsamen Rundschreiben vom 25.9.2015 (RS GKV-SV Nr. 2015-556 vom 10.12.2015; dort in Kapitel 8) dargestellten Aussagen beziehen sich ausschließlich auf die Spende von Organen, Geweben und die nicht-anonyme Spende von Stammzellen. Die Besonderheiten der anonymen Stammzellspende werden derzeit abschließend beraten und nachträglich in das gemeinsame Rundschreiben integriert.

7.3.3 Zuzahlungen bei stationären Aufenthalten von Organ- und Gewebelebendspendern

Gemäß § 27 Abs. 1a Satz 3 SGB V haben Organ- bzw. Gewebespenders keine Zuzahlungen zu entrichten. Dies betrifft alle maßgeblichen Zuzahlungen nach dem SGB V (§ 61 SGB V), also auch die Zuzahlungen bei stationären Aufenthalten. Sofern im Zusammenhang mit Leistungen nach dem SGB V Mehrkosten, z. B. für Arzneimittel, für die eine Leistungspflicht nur in Höhe des Festbetrages besteht, vorgesehen sind, sind diese vom Spender zu tragen.

7.3.4 Über das Dritte Kapitel des SGB V hinausgehende Leistungsansprüche der Organ- und Gewebelebendspender

Um sicherzustellen, dass für den Spender mit der Spende keine Einschränkung seiner krankenversicherungsrechtlichen Absicherung verbunden ist, sieht § 27 Abs. 1a Satz 2 Halbsatz 2 SGB V (in der Fassung der TPG-Novelle aus 2012) ausdrücklich vor, dass die Krankenkasse des Empfängers auch die Kosten für solche Leistungen zu tragen hat, die über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (Drittes Kapitel des SGB V) hinausreichen. Voraussetzung ist, dass der Umfang des Versicherungsschutzes des Spenders solche Leistungen vorsieht. Weitergehende Leistungsansprüche können dabei zum einen auf der Grundlage einer privaten Krankenvoll- oder Krankenzusatzversicherung und zum anderen im Rahmen von Wahlтарифen der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 53 SGB V) oder in der Satzung vorgesehenen Mehrleistungen in Betracht kommen und umfassen sowohl Sach- (z. B. Chefarztbehandlung, Zweibettzimmeranspruch, Haushaltshilfe) als auch Geldleistungen (Krankentagegeld, Krankenhaustagegeld, Wahlтарифkrankengeld nach § 53 Abs. 6 SGB V).

Der Anspruch auf über das Dritte Kapitel des SGB V hinausgehende Leistungen ist der Krankenkasse des Organempfängers entsprechend, z. B. durch Vorlage des Versicherungsvertrages, nachzuweisen. Soweit im Versicherungsvertrag für diese „zusätzlichen“ Leistungen entsprechende Selbstbehalte oder Eigenanteile vorgesehen sind, ist die Übernahme dieser Selbstbehalte oder Eigenanteile nicht von der Leistungspflicht der GKV erfasst. Bonuszahlungen, die einem Spender auf der Grundlage seines Versicherungsvertrages bei Verzicht auf vereinbarte (Zusatz-)Leistungen, z. B. des Zweibettzimmers oder sonstiger ersparter Aufwendungen in Aussicht gestellt werden, sind nach § 27 Abs. 1a Satz 2 Halbsatz 2 SGB V jedoch nicht zu erstatten.

7.3.5 Krankengeld bzw. Verdienstaufloherstattung sowie Fahrkosten für Lebendspender von Organen und Geweben oder von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen (Spender)

Krankengeld bzw. Verdienstaufloherstattung sowie Fahrkosten für Lebendspender sind keine allgemeinen Krankenhausleistungen und daher nicht mit den Fallpauschalen vergütet. Sie können auch nicht seitens des Krankenhauses abgerechnet werden (§ 4 Abs. 1 Satz 3 FPV).

Die Novelle des TPG 2012 hat die gesetzlichen Grundlagen für die Absicherung der Lebendspender von Organen und Geweben i. d. R. neu geregelt. In diesem Zusammenhang wurde die Organ- und Gewebespende als neuer anspruchsbegründender Tatbestand in das EntgFG (§ 3a) aufgenommen. Ebenso wurde mit § 44a SGB V ein neuer Tatbestand für den Krankengeldanspruch der Lebendspender von Organen und Geweben geschaffen, durch den die Lebendspender auch im Anschluss an die sechswöchige Entgeltfortzahlung abgesichert sind. Auch für Spender von peripheren Blutstammzellen ergeben sich seit Inkrafttreten des GKV-VSG entsprechende Leistungsansprüche aus § 27 Abs. 1a SGB V¹⁶.

7.3.6 Sonderregelung bei der Abwicklung von Vergütungsansprüchen bei Spenden von Knochenmark nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes, von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen nach § 9 des Transfusionsgesetzes

Das Versorgungstärkungsgesetz (2015) sieht in § 27 Abs. 1a Sätze 5 und 6 SGB V folgende Neuregelung vor:

„Im Zusammenhang mit der Spende von Knochenmark nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes, von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen nach § 9 des Transfusionsgesetzes können die Erstattung der erforderlichen Fahrkosten des Spenders und die Erstattung der Entgeltfortzahlung an den Arbeitgeber nach § 3a Absatz 2 Satz 1 des Entgeltfortzahlungsgesetzes einschließlich der Befugnis zum Erlass der hierzu erforderlichen Verwaltungsakte auf Dritte übertragen werden. Das Nähere kann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den für die nationale und internationale Suche nach nichtverwandten Spendern von Blutstammzellen aus Knochenmark oder peripherem Blut maßgeblichen Organisationen vereinbaren.“

¹⁶ vgl. BGBl Teil I Nr. 30 vom 22.7.2015, Seite 1.211

Aufgrund dieser Gesetzesregelung besteht für Knochenmark- und Blutstammzellspender die Möglichkeit einer Erstattung von Fahrtkosten und Entgeltfortzahlung durch die für die nationale und internationale Suche nach nichtverwandten Spendern von Blutstammzellen aus Knochenmark oder peripherem Blut maßgeblichen Organisationen (Dateien) im Vertragsbereich des Zentralen Knochenmarkspenderregister für die Bundesrepublik Deutschland (ZKRD), sofern der GKV-Spitzenverband dies entsprechend vertraglich geregelt hat.

7.3.7 Zusammenfassung: Abrechnung von Leistungen gegenüber Organ- und Gewebelebendspendern nach §§ 8, 8a TPG

Die Kostenträger der Organ- und Gewebeempfänger erstatten bei Lebendspenden somit neben den Kosten des stationären Aufenthaltes zum Zweck der Spende grundsätzlich folgende Aufwendungen gegenüber dem Spender nach §§ 8, 8a TPG, sofern sie medizinisch notwendig sind:

- nach § 27 Abs. 1a Satz 2 SGB V auch die Leistungen im Rahmen des Versicherungsschutzes des Spenders, die über den Leistungskatalog der GKV hinausreichen (z. B. Ein- oder Zweibettzimmer, Chefarzt) (siehe auch Kapitel 7.3.4),
- Vorbereitung (Eignungsuntersuchung, Gutachten durch die Lebendspendekommission); bei der PKV die ärztlichen Leistungen mit dem tariflichen Erstattungssatz nach der GOÄ/KHEntgG,
- alle Nebenkosten wie z. B. Voruntersuchungen und auch angemessene (PKV), bzw. erforderliche (GKV) Fahrtkosten zum nächstgelegenen geeigneten „Behandlungs-ort“),
- die (grundsätzlich lebenslange) Nachbetreuung nach § 8 Abs. 3 Satz 1 TPG, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der Transplantation steht,
- die Aufwendungen für eine etwaige aufgrund der Lebendspende von Organen oder Geweben erforderliche ambulante oder stationäre Rehabilitationsbehandlung,
- die Kosten des Arbeitgebers durch den Verdienstausschlag nach § 3a Abs. 2 EntgFG. Der Arbeitgeber zahlt für sechs Wochen den Verdienstausschlag für die Zeit, in der ein Lebendspender von Organen oder Geweben seiner beruflichen Tätigkeit infolge der Spende nicht nachkommen kann gem. § 3a EntgFG. Der Erstattungssatz der PKV ist auf die tarifliche Höhe begrenzt. Auf Nachweis in Höhe des tatsächlichen Verdienstausschlags erfolgt durch die PKV eine Erstattung ohne eine höhenmäßige oder zeitliche Begrenzung des Verdienstausschlags (siehe auch Kapitel 7.3.5) und

- die Erstattung des Ausfalls von Arbeitseinkünften als Krankengeld nach § 44a SGB V. Es erfolgt eine Erstattung des ausgefallenen Nettoentgelts oder Arbeitseinkommens bis zur Höhe der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze.

7.3.8 Gesundheitsschaden im Zusammenhang mit der Spende von Blut oder körpereigenen Organen, Organteilen oder Gewebe

Ein Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung besteht nach § 11 Abs. 5 SGB V nicht, sofern Leistungen nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung beansprucht werden können.

Nach § 12a SGB VII besteht der Unfallversicherungsschutz bzw. die Leistungspflicht der gesetzlichen Unfallversicherung auch bei gesundheitlichen Schäden des Spenders, die über die durch die Blut-, Organ-, Organteil- oder Gewebeentnahme regelmäßig entstehenden Beeinträchtigungen hinausgehen und in ursächlichem Zusammenhang mit der Blut-, Organ-, Organteil- oder Gewebeentnahme stehen. Werden besondere Nachbehandlungen im Zusammenhang mit der Spende erforderlich oder treten Spätschäden auf, die sich als spezielle Aus- oder Nachwirkungen der Spende oder des aus der Spende resultierenden erhöhten Krankheitsrisikos ergeben können, so gilt eine gesetzliche Vermutung, dass diese infolge eines Gesundheitsschadens nach § 12a Satz 1 i. V. m. § 7 Abs. 1 SGB VII verursacht worden sind. Diese Rechtsvermutung ist widerlegbar, wenn offenkundig ist, dass der Gesundheitsschaden nicht ursächlich durch die Spende eingetreten ist. Zweck dieser Regelung ist, dass die erforderliche Klärung von Kausalitätsfragen nicht zu Lasten der Spender gehen darf.

Ebenso wie bereits nach geltendem Recht bei bestimmten Berufskrankheiten (§ 63 Abs. 2 Satz 2 SGB VII), darf im Falle des Todes des versicherten Spenders aus Gründen der Pietät eine Obduktion zum Nachweis der Todesursache nicht gefordert werden.

7.4 Vor- und Nachsorgeuntersuchungen

§ 12a Abs. 2 SGB VII stellt klar, dass auch Gesundheitsschäden im Zusammenhang mit der für die Spende von Blut oder körpereigenen Organen, Organteilen oder Gewebe erforderlichen Voruntersuchungen sowie Nachsorgemaßnahmen in die Leistungspflicht der gesetzlichen Unfallversicherung fallen. Dies gilt ausdrücklich auch dann, wenn es nach der Voruntersuchung nicht zur Spende kommt.

7.5 Überblick über die ab 1.1.2025 geltenden Entgelte im Transplantationsbereich

Zentrales Knochenmarkspender-Register

Die TPG-Novelle 2012 sieht auch eine gesetzliche Verankerung der versicherungsrechtlichen Absicherung der Lebendspender von Geweben vor (i. d. R. Knochenmark und Stammzellspenden). Die Vergütungsvereinbarung wurde 2015 neu geschlossen und trat am 1.1.2016 mit zweijähriger Dauer in Kraft. Folgender Zahlbetrag wurde für 2016/2017 vereinbart:

- Der Zahlbetrag der Suchpauschale beträgt 6.600 Euro. Die Wiederholungspauschale 4.250 Euro. Die bisherigen für diesen Bereich geltenden Abrechnungsvoraussetzungen gelten ebenfalls vorläufig weiter.
- Das mit der Vereinbarung verbundene Clearingverfahren ist seitens des GKV-SV nach den neuen Rahmenbedingungen angepasst worden. Für die Vergütung der Fallprüfung erhält die Clearingstelle weiterhin einmalig 50 Euro pro Fall.

2018 war eine unterjährige Anpassung der Vergütungsvereinbarung mit dem ZKRD vorgesehen. Eine Einigung konnte bisher nicht erzielt werden. Bis dahin gelten die für 2016/2017 vereinbarten Entgelte zunächst unverändert fort.

Deutsche Stiftung Organtransplantation

Die Vertragspartner DKG, BÄK und der GKV-SV haben mit der DSO für 2025 folgende Zahlbeträge vereinbart, die pro transplantiertem Organ abgerechnet werden:

- Organisationspauschale (inkl. Hirntoddiagnostik): 15.253 Euro
- Aufwandserstattung Spenderkrankenhäuser/Entnahmekrankenhäuser: 8.556 Euro
- Flugpauschale: 13.023 Euro
- Transplantationsbeauftragter (Tx-B): 13.868 Euro
- Finanzierungspauschale für die Geschäftsstelle Transplantationsmedizin und des Transplantationsregisters: 598,00 Euro (218,00 Euro Finanzierungspauschale „Transplantationsregister“ plus 380,00 Euro Finanzierungspauschale „Geschäftsstelle“)
- Finanzierung des Neurochirurgischen und neurologischen konsiliarärztlichen Rufbereitschaftsdienstes: Finanzierungspauschale beträgt 292,00 Euro je transplantiertes Organ

Daraus ergeben sich die folgenden Zahlbeträge:

- Zahlbetrag Transplantation ohne Flugtransport 2025: 38.567 Euro
- Zahlbetrag Transplantation mit Flugtransport 2025: 51.590 Euro

Eurotransplant

Für ET gilt 2025 für die Registrierungspauschale ein Zahlbetrag in Höhe von 1.626 Euro.

8 Sonstige Zu- und Abschläge

Der allgemeine Grundsatz der Relevanz des Aufnahmetages für die Abrechnung von Fallpauschalen ist analog auf in die entfallenden Zu- und Abschläge anzuwenden. Dies bedeutet, dass bei Jahresüberliegern mit Aufnahmedatum 2024 und Entlassungs-/Verlegungstag ab dem 1.1.2025 die Berechnung der Zu- und Abschläge auf den gesamten Rechnungsbetrag, also auch auf die erst 2025 erbrachten Leistungen auf Basis der Regelungen 2024 berechnet wird. Entsprechend ist mit Jahresüberliegern von 2025 auf 2026 umzugehen.

Die Sonstigen Zu-/Abschläge werden fallbezogen berechnet. In diesem Sinne gilt als ein Behandlungsfall:

- bei teilstationären Behandlungen wegen derselben Erkrankung: je Quartal ein Fall
- jede abgerechnete DRG (Fallzusammenfassung bei Wiederaufnahme/Rückverlegung ein Fall)
- fallbezogenes Entgelt nach § 6 KHEntgG
- Stationäre Krankenhausbehandlung mit Unterbrechung wegen Beurlaubung
- Neugeborene, für die eine DRG-Fallpauschale in Rechnung gestellt wird.

In Kapitel 12 werden alle wesentlichen Zu- und Abschläge zusammenfassend in einer Tabelle dargestellt.

8.1 DRG-Systemzuschlag (§ 17b Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 KHG)

Der DRG-Systemzuschlag beträgt ab dem Aufnahmedatum 1.1.2025 1,73 Euro je voll- und teilstationärem Behandlungsfall. Dieser setzt sich aus dem Zuschlagsanteil „Kalkulation“ (1,36 Euro) und dem Zuschlagsanteil „InEK“ (0,37 Euro) zusammen (Vereinbarung nach § 17b Abs. 5 KHG zur Umsetzung des DRG-Systemzuschlags). Bei der Abrechnung

sind die Hinweise der Selbstverwaltungspartner zur Abrechnung und Handhabung des DRG-Systemzuschlags 2025 zu beachten (siehe RS 2019-673 des GKV-SV).

Entgeltschlüssel: 48000001; 48000002

8.2 Zuschlag zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (§ 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG)

Der GKV-SV, die DKG und die PKV vereinbarten auf der Grundlage von § 17b Abs. 1a Satz 4 KHG jährlich die Höhe des Zuschlages der externen stationären Qualitätssicherung. Ab dem 1.1.2025 bis zum 31.12.2025 ist dieser für alle **vollstationären** Fälle (auch auf Fälle in der Psychiatrie sowie Fälle der Integrierten Versorgung und DMP) wie folgt zu erheben.

- Zuschlagshöhe für 2025 = 0,86 Euro

Entgeltschlüssel: 460[01-35]000

8.3 Zuschlag zur Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V und des Instituts nach § 139a SGB V

Die Zuschläge zur Finanzierung des G-BA und des Instituts nach § 139a SGB V wurden zu einem so genannten Systemzuschlag zusammengefasst. Dieser beträgt ab dem Aufnahmetag 1.1.2025 für den stationären Sektor 3,17 Euro und kann analog des DRG-Systemzuschlags, das heißt je voll- und teilstationärem Krankenhausfall, abgerechnet werden (Beschluss des G-BA über die Höhe des Systemzuschlags vom 05.12.2019).

Entgeltschlüssel: 47100000; 47100001

8.4 Zuschlag zur Finanzierung der Vorhaltekosten für Besondere Einrichtungen (§ 3 Abs. 2 Satz 2 VBE 20)

Sofern als Besondere Einrichtung nur ein organisatorisch abgrenzbarer Teil eines Krankenhauses von der DRG-Abrechnung ausgenommen wird, kann zur Finanzierung der hohen pflegesatzfähigen Vorhaltekosten ein Zuschlag vereinbart werden. Dieser Zuschlag kann bei allen vollstationären Fällen des Krankenhauses zusätzlich in Rechnung gestellt werden.

Entgeltschlüssel: 47100005

8.5 Ausbildungszuschlag (§ 17a Abs. 5 Satz 1 Nr. 2, Abs. 6 KHG) und (§33 Abs. 3 Satz 1 PflBG)

Zur Finanzierung der Ausbildungsstätten rechnen ab dem 1.1.2005 die ausbildenden Krankenhäuser einen krankenhausindividuellen Ausbildungszuschlag auf jeden voll- und teilstationären Fall ab. In den Bundesländern, in denen ein landesweiter Ausbildungszuschlag vereinbart worden ist, rechnet jedes Krankenhaus diesen Zuschlag auf jeden voll- und teilstationären Fall ab. Sofern jedoch für ausbildende Krankenhäuser krankenhausindividuell ein abweichender Betrag vereinbart wurde, ist dieser Betrag in Rechnung zu stellen.

Die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG haben ab 2020 die Möglichkeit die Ausbildungskosten nach § 17a Abs. 5 Satz 1 Nr. 2, Abs. 6 KHG und § 33 Abs. 3 Satz 1 PflBG in zwei getrennten Entgeltschlüsseln zu vereinbaren (751[01–16]002 (§ 17a Abs. 5 Satz 1 Nr. 2, Abs. 6 KHG) mit 751[01–16]003 (§ 33 Abs. 3 Satz 1 PflBG)) oder einen Entgeltschlüssel für den kombinierten Ausbildungsabschlag zu vereinbaren (751[01–16]004 (§ 17a Abs. 5 Satz 1 Nr. 2, Abs. 6 KHG und § 33 Abs. 3 Satz 1 PflBG)).

Entgeltschlüssel: 751[01–16]002, 751[01–16]003, 751[01–16]004

8.6 Sicherstellungszuschlag (§ 17b Abs. 1a Nr. 6 KHG i. V. m. § 5 Abs. 2 KHEntgG)

Zur Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen, die auf Grund des geringen Versorgungsbedarfs mit dem DRG-Vergütungssystem nicht kostendeckend finanzierbar sind, sind gemäß § 17b Abs. 1a Nr. 6 KHG bundeseinheitliche Empfehlungen für Maßstäbe zu vereinbaren, unter welchen Voraussetzungen der Tatbestand einer notwendigen Vorhaltung vorliegt sowie in welchem Umfang grundsätzlich zusätzliche Zahlungen zu leisten sind.

Das zuständige Landesministerium prüft auf Antrag des Krankenhauses, ob die Voraussetzungen für einen Sicherstellungszuschlag im Einzelfall vorliegen. Die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG vereinbaren danach die Höhe der abzurechnenden Zuschläge.

Für Vereinbarungen von Sicherstellungszuschlägen auf Grund länderspezifischer Verordnungen, die nicht auf Basis der G-BA RL beruhen, wurde zur länderspezifischen Abbildung der Sicherstellungszuschläge ein eigener Entgeltbereich vorgesehen.

Entgeltschlüssel: 75100001 (Festbetrag), 75100002 (Zuschlag auf den LBFW),
751[01–16]001 (landesspezifische Regelung)

8.7 Zuschlag zur Finanzierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten (§ 17b Abs. 1a Nr. 2 KHG i. V. m. § 2 Abs. 2 Nr. 4 KHEntgG)

Zur Finanzierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 17b Abs. 1a Nr. 2 KHG i. V. m. § 5 Abs. 3 KHEntgG kann ein krankenhausindividueller Zuschlag vereinbart werden. Ab 01.01.2020 kann für Korrekturen von Zuschlägen für Zentren und Schwerpunkten (§ 5 Abs. 3 KHEntgG) ein entsprechender Abschlag vereinbart werden. Dieser dient als Korrekturposten zum Zuschlag für Zentren und Schwerpunkte.

Entgeltschlüssel: 491[1–4 (ab 1.1.2011: 1–6)] [0001–0005] oder 47100007, 47200007

8.8 Aufwandspauschale bei Abrechnungsprüfung (§ 275c Abs. 1 SGB V)

Bei erfolgloser MD-Prüfung hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro gemäß § 275c Abs. 1 Satz 2 SGB V zu entrichten. Näheres zur Aufwandspauschale ist dem Leitfaden „Allgemeiner Teil“ Kapitel 3.8 zu entnehmen.

Entgeltschlüssel: 47100008

8.9 Zu-/Abschlag für Erlösausgleiche (§ 5 Abs. 4 KHEntgG)

Der Zu-/Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG ist ein zusammengefasster Ausgleich:

Mehr-/Mindererlöse gegenüber den Budgetvereinbarungen werden nach den Vorgaben des § 4 Abs. 3 KHEntgG anteilig ausgeglichen. Diese Ausgleichsbeträge konnten in der Konvergenzphase noch über den krankenhausindividuellen Basisfallwert des Krankenhauses für das Folgejahr verrechnet werden. Seitdem diese entfallen sind, müssen die Ausgleichsbeträge gesondert als krankenhausindividueller Zu- und Abschlag in Rechnung gestellt werden.

Ergeben sich wesentliche Änderungen der Vereinbarung des Erlösbudgets zu Grunde liegenden Annahmen, ist gemäß § 4 Abs. 5 KHEntgG auf Verlangen einer Vertragspartei das Erlösbudget unterjährig neu zu vereinbaren. Auch der sich hier ergebende Unterschiedsbetrag zum bisherigen Erlösbudget ist im Rahmen dieses Zu-/Abschlags auszugleichen.

Mehr- oder Mindererlöse infolge der Weitererhebung des für 2019 gültigen landesweiten Basisfallwerts und der für 2019 krankenhausindividuell vereinbarten Entgelte nach § 15 Abs. 1 und 2 KHEntgG werden gemäß § 15 Abs. 3 KHEntgG ebenfalls über diesen Zu- und Abschlag ausgeglichen.

Entgeltschlüssel: 47100011; 47200011

8.10 Zu-/Abschlag für Telematik (§ 377 Abs. 1 und 2 SGB V, Telematikzuschlag ab Budgetjahr 2024 § 377 Abs. 3 SGB V)

Die den Krankenhäusern durch die Ausstattung mit Kartenterminals für die elektronische Gesundheitskarte entstehenden Kosten (Kosten der Kartenlesegeräte, Kosten der Konnektoren, Installationskosten, Kosten für die Anpassung der Primärsysteme) werden durch diesen einmaligen Zuschlag von den Kostenträgern finanziert. Die Höhe des Zuschlags wird im Rahmen der Budgetverhandlungen krankenhausindividuell vereinbart. Davon betroffen sind alle voll- und teilstationären Fälle. Ab 01.07.2022 kann für die Korrektur des Telematik-Zuschlages gemäß § 377 Abs. 1 und 2 SGB V ein entsprechender Abschlag für alle voll- und teilstationären Fälle vereinbart werden.

Ab dem Budgetjahr 2024 gilt eine vereinfachte Berechnung des Telematikzuschlags. Es wird jährlich ein Betrag in Höhe von 40.000 Euro je Krankenhaus und zusätzlich 168,60 Euro je Planbett (inkl. teilstationäre/Tagesklinik-Plätze) erstattet. Wurde das Krankenhaus zwischen dem 01.07.2021 und dem 31.12.2023 erstmals an die TI angebunden und eine Erstattung der Erstausstattungskosten finanziert, reduzieren sich die jährlichen Beträge für 30 Monate auf 7.000 Euro je Krankenhaus bzw. 90,06 Euro je Planbett.

Die neu vereinbarten Abrechnungsregelungen gelten ab dem Jahr 2024, d. h. noch nicht abgeschlossene Budget-Verhandlungen für die Jahre vor 2024 erfolgen noch nach der alten TI-Finanzierungsvereinbarung.

Entgeltschlüssel: 47100009; 47100013 (47200009, 47200013 als Abschlag für Korrekturen)

8.11 Zu-/Abschlag für Besondere Einrichtungen (§ 4 Abs. 7 KHEntgG)

Hiervon betroffen sind bisher ausgenommene Besondere Einrichtungen, die in das DRG-Vergütungssystem integriert werden. Die Differenz zwischen dem entsprechenden Anteil der bisher vereinbarten Erlössumme und dem neu im Erlösbudget zu berücksichtigenden Anteil wird über einen krankenhausindividuellen Zu-/Abschlag als Prozentsatz auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschale, der ZE sowie der sonstigen Entgelte ausgewiesen.

Entgeltschlüssel: 47100015; 47200015

8.12 Abschlag bei Nichtteilnahme am Datenaustausch (§ 303 Abs. 3 SGB V)

Werden den Krankenkassen, die nach § 301 SGB V zu übermittelnden Daten aus Gründen, die das Krankenhaus selbst zu vertreten hat, nicht elektronisch übermittelt, haben

die Krankenkassen die Daten selbst zu erfassen. Die mit der Nacherfassung der Daten verbundenen Kosten sind dem Krankenhaus durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu fünf Prozent des Rechnungsbetrages in Abzug zu bringen.

Entgeltschlüssel: 47200000

8.13 Zuschlag Hygieneförderprogramm (§ 4 Abs. 11 KHEntgG bzw. § 4 Abs. 9 KHEntgG (n. F.))

Zur Verbesserung der hygienischen Bedingungen in Krankenhäusern hat der Gesetzgeber mit dem Beitragsschuldengesetz die Möglichkeit eingeräumt, Hygienezuschläge vorzunehmen. Diese werden krankenhausesindividuell vereinbart und in der Rechnung durch einen Zuschlag auf alle DRG-Fallpauschalen und ZE (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG) sowie sonstigen Entgelte (§ 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG) ausgewiesen. Der Hygienezuschlag wurde durch das KHSG bis Ende 2025 verlängert.

Entgeltschlüssel: 47100020 (47200020 als Abschlag für Korrekturen)

8.14 Zuschlag Pflegestellten-Förderprogramm (§ 4 Abs. 8 KHEntgG (Stand 2019))

Mit dieser Vorschrift lässt der Gesetzgeber das bereits von 2009–2011 geltende Pflegeteamsonderprogramm wieder aufleben. Für 2016 bis 2018 werden zusätzliche finanzielle Mittel bereitgestellt, mit denen die Neueinstellung von ausgebildetem Pflegepersonal in den Krankenhäusern gefördert wird. Die Finanzierung dieser zusätzlichen Stellen erfolgt über einen Zuschlag, der zusätzlich zu den Entgelten für die voll- und teilstationäre Versorgung in Rechnung gestellt wird. Im Rahmen der Weitererhebung kann der für 2018 vereinbarte Zuschlag weiterhin abgerechnet werden, bis die Vereinbarung für 2019 wirksam wird.

Entgeltschlüssel: 47100012

8.15 Zuschlag bei evtl. Mehrkosten durch G-BA Beschlüsse (§ 5 Abs. 3c KHEntgG)

Zur Finanzierung von Mehrkosten, die aus Richtlinien oder Beschlüssen des G-BA resultieren, und die noch nicht bei der Kalkulation der Fallpauschalen und der ZE berücksichtigt werden konnten, vereinbaren die Vertragspartner vor Ort auf der Grundlage bundeseinheitlicher Rahmenvorgaben befristete krankenhausesindividuelle Zuschläge. Diese können sowohl als fester Eurowert oder als prozentualer Wert vereinbart werden.

Durch die Einführung des Pflegebudgets ab dem Jahr 2020, entfällt der Zuschlagsanteil Intensivpflege. Für die Vereinbarungszeiträume 2017 bis einschließlich 2019 ist der Entgeltschlüssel 47100022 zu verwenden. Ab dem Vereinbarungszeitraum 2020 ist ausschließlich der Entgeltschlüssel 47100030 zu vereinbaren und gesondert in der Rechnung auszuweisen.

Entgeltschlüssel: 47100021 (fester Wert), 47100022 (prozentualer Wert),
47100030 (prozentualer Wert)

8.16 Zuschlag für klinische Sektionen (Obduktionen) nach § 5 Abs. 3b KHEntgG

Auf der Basis der durch die Vertragsparteien auf Bundesebene ermittelten Durchschnittskosten für klinische Sektionen können Krankenhäuser seit 2017 Zuschläge für klinische Sektionen abrechnen. Um die Obduktionen als wichtiges Instrument der medizinischen Qualitätssicherung zu stärken haben die Vertragspartner auf Bundesebene am 31.10.2021 eine 2. Vereinbarung gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 3 KHEntgG vereinbart. Die Zuschlagshöhe wird im Rahmen der Budgetverhandlungen ab dem Vereinbarungsjahr 2025 mit einem kalkulierten Durchschnittswert von 1.263,40 Euro krankenhausindividuell vereinbart. Der individuell vereinbarte Zuschlag wird für jeden voll- und teilstationären Behandlungsfall berechnet.

Entgeltschlüssel: 47100023

8.17 Fixkostendegressionsabschlag nach § 4 Abs. 2a KHEntgG

Für im Vergleich zum Vorjahr zusätzlich vereinbarte DRG-Fallzahlen werden unter Berücksichtigung der Bundes- und Landesregelungen krankenhausindividuelle Abschläge nach § 4 Abs. 2a KHEntgG vereinbart. Auf Grund der Änderung des DRG-Kataloges 2020 (Pflegeausgliederung) vereinbarten die Vertragsparteien auf Bundesebene Anpassungen zur Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlags ab Budgetjahr 2020. Grundsätzlich bezieht sich der Abschlag auf alle Leistungen, die mit dem Landesbasisfallwert bewertet sind, mit Ausnahme bestimmter aG-DRG, die zwischen den Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbart wurden.

Entgeltschlüssel: 47200026

8.18 Abschlag Fortsetzungspauschale nach § 7 Abs. 2 Satz 7 PrüfvV

Das Prüfverfahren der PrüfvV wird fortgesetzt, sofern das Krankenhaus vor der Nachlieferung der erforderlichen Unterlagen an den MD die Krankenkasse entsprechend unterrichtet (§ 7 Abs. 2 Satz 7 PrüfvV). Hierfür muss das Krankenhaus eine entsprechende

Fortsetzungspauschale i. H. v. 300 Euro an die Kasse entrichten. Dies gilt für DRG und psychiatrische Fälle gleichermaßen.

Entgeltsschlüssel: 47200008

8.19 Zu-/Abschlag für Teilnahme am Notfallstufensystem (§ 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG)

Um Krankenhausstandorte zukünftig gemessen am Umfang ihrer Vorhaltungen für die Notfallversorgung zuordnen zu können, haben sich die Vertragsparteien mit Wirkung ab Budgetjahr 2019 auf eine Notfallstufenvergütungsvereinbarung verständigt. Auf Grundlage der Stufenzuordnung erhalten Krankenhausstandorte der Höhe nach gestaffelte Zuschlagspauschalen für die Teilnahme an der Notfallversorgung oder ggf. individuell vereinbarte Zuschlagspauschalen bei einer Modulzuordnung (Zu- und Abschläge entfallen für Krankenhausstandorte, die dem Modul Spezialversorgung zugeordnet sind (G-BA-Notfallstufenkonzept vom 19.05.2018)). Die Zuschlags- oder Abschlagspauschale wird je Standort des Krankenhauses durch Division durch die Zahl der vereinbarten vollstationären Fälle des Krankenhauses ermittelt. Dieser Zuschlag wird von dem behandelnden Standort vom Krankenhaus für alle vollstationären Behandlungen in Rechnung gestellt.

Für die Nichtteilnahme von Krankenhausstandorten am Notfallstufensystem ist ein Abschlag in Höhe von 60,00 Euro je vollstationärem Fall gesondert in der Rechnung auszuweisen. Bei einer internen Verlegung ist nur die am ursprünglich aufnehmenden Standort individuell vereinbarte Nichtteilnahme am Notfallstufensystem für den Aufnahmetag abrechnungsrelevant. In der Rechnung ist dieser Abschlag ggf. zusätzlich zu einem Zuschlag für die Teilnahme am Notfallstufensystem anderer Standorte des Krankenhauses auszuweisen. Krankenhausstandorte, die in eine Notfallstufe oder ein Modul eingestuft wurden, zahlen keinen Abschlag.

Die Vereinbarung der Zu- und Abschläge auf der Ortsebene erfolgt erstmals für das Budgetjahr 2019.

Entgeltschlüssel: 47100027; 47200027

8.20 Zuschlag zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf nach § 4 Abs. 8a KHEntgG

Zur zusätzlichen Förderung von Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildetem Pflegepersonal, werden für die Jahre 2019 bis 2024 geeignete Maßnahmen finanziell gefördert (§ 4 Abs. 8a KHEntgG). Die Höhe des Zuschlags wird im Rahmen der Budgetverhandlungen krankenhausesindividuell vereinbart.

Entgeltsschlüssel: 47100028

8.21 Abschlag bei Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen (§ 137i Abs. 5 SGB V)

Zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung der Krankenhäuser und zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgungsqualität sind seit dem 01.01.2019 für bestimmte pflegesensitive Bereiche entsprechende Pflegepersonaluntergrenzen durch die Krankenhäuser einzuhalten. Die Einhaltung wird den Kostenträgern jährlich bis zum 30.06. für das Vorjahr nachgewiesen. Unterschreitet ein Krankenhaus diese Untergrenzen oder kommt seinen Nachweispflichten nicht nach, erfolgt eine Sanktion in Form eines Vergütungsabschlags oder alternativ in Form einer Fallzahlreduzierung.

Entgeltsschlüssel: 47200029

8.22 Zuschlag für zusätzliche Finanzierung nach § 5 Abs. 2a KHEntgG (Liste der ländlichen Krankenhäuser)

Für ländliche Krankenhäuser wird seit dem 01.01.2020 eine zusätzliche Finanzierung nach § 5 Abs. 2a KHEntgG durch die Krankenkassen vereinbart. Die Krankenhausstandorte, die unter diesen Zuschlag fallen, werden jährlich in der Liste nach § 9 Abs. 1a Nr. 6 KHEntgG bekannt gegeben. Die zusätzliche Finanzierung beläuft sich ab dem Vereinbarungsjahr 2021 für zwei bedarfsnotwendige FA pauschal auf 400.000 Euro jährlich, bei drei bedarfsnotwendigen FA pauschal auf 600.000 Euro jährlich und bei vier bedarfsnotwendigen FA pauschal auf 800.000 Euro jährlich. Ab dem Vereinbarungsjahr 2025 wird die zusätzliche Finanzierung um 25 Prozent erhöht. Somit erhöhen sich die Beträge bei zwei bedarfsnotwendige FA auf 500.000 Euro jährlich, bei drei bedarfsnotwendigen FA auf 750.000 Euro jährlich und bei vier bedarfsnotwendigen FA auf 1.000.000 Euro jährlich. Die konkrete Höhe des Zuschlags wird ebenfalls je Krankenhausstandort in der Liste der ländlichen Krankenhäuser ausgewiesen. Der Zuschlag wird für jeden voll- und teilstationären Behandlungsfall berechnet.

Entgeltschlüssel: 47100032

8.23 Zuschlag für Speicherung von Daten und Erstbefüllung auf der elektronischen Patientenakte gemäß § 5 Abs. 3g Satz 1 und 2 KHEntgG (krankenhausindividuell)

Für Daten die im Rahmen einer Krankenhausbehandlung in der elektronischen Patientenakte nach § 341SGB V gespeichert werden kann seit dem 01.01.2021 der Zuschlag für Speicherung von Daten und Erstbefüllung auf der elektronischen Patientenakte gemäß § 5 Abs. 3g Satz 1 und 2 KHEntgG berechnet werden. Die Höhe des Zuschlags wird

krankenhausindividuell vereinbart und auf alle voll- und teilstationären Behandlungsfälle umgelegt.

Entgeltschlüssel: 47100035

8.24 Zuschlag Hebammenstellen-Förderprogramm nach § 4 Abs. 10 KHEntgG

Für Personalkosten die bei der Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von Hebammen mit einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 5 Abs. 1 HebG auch in Verbindung mit dem §§ 73 und 74 Abs. 1 des HebG zusätzlich entstehen, werden bis zur Höhe der Kosten für 0,5 Vollzeitstellen pro 500 Geburten in einem Krankenhaus finanziert.

Ebenfalls wird zusätzliches Assistenzpersonal für die Geburtshilfen (bis zu 25 % der in Vollzeitkräften umgerechneten Hebammenstellen zum 01.01.2020) finanziert. Zur Umsetzung vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG jährlich einen individuellen Zuschlag anhand eines Prozentsatzes.

Der individuelle Zuschlag wird für jeden voll- oder teilstationären Behandlungsfall berechnet. Das Hebammenstellenförderprogramm greift ab dem 01.01.2021 bis zum 31.12.2023.

Entgeltschlüssel: 47100036

8.25 Zuschlag-/Abschlag für den Ausgleich eines aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandenen Erlösrückgangs oder Erlösanstiegs (prozentual, Corona-Ausgleichsvereinbarung)

Mit § 21 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser (KHG) vereinbarten die Vertragspartner auf Bundesebene einen Ausgleich aufgrund des durch die Folgen des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandenen Erlösrückgangs oder Erlösanstiegs. Der Ausgleichsbetrag wird in den Verhandlungen vor Ort krankenhausindividuell ermittelt und anteilig ausgeglichen.

Abhängig vom Corona-Ausgleichsjahr sind die Ausgleichsvereinbarungen geregelt:

- **Corona-Ausgleich 2020** = Änderungsvereinbarung zur Vereinbarung nach § 21 Absatz 10 Krankenhausfinanzierungsgesetz über den Ausgleich eines aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandenen Erlösrückgangs

- **Corona-Ausgleich 2021** = 2. Vereinbarung nach § 5 Absatz 1 der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser
- **Corona-Ausgleich 2022** = Vereinbarung nach § 5a Absatz 1 der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser

Der individuelle Zuschlag kann ab 01.04.2021 und der individuelle Abschlag ab 01.01.2022 erhoben werden.

Entgeltschlüssel: 47100037, 47200037

8.26 Zuschlag-/Abschlag zur Konvergenzangleichung des Landesbasisfallwertes zur maßgeblichen Korridorgrenze (je Bundesland)

Erfolgt die Vereinbarung des Bundesbasisfallwerts erst nach der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes hat eine Konvergenzangleichung des Landesbasisfallwerts zu erfolgen. Die Angleichung wird auf Landesebene als Zu- oder Abschlag nach § 10 Abs. 11 KHEntgG vereinbart. Der Zu- oder Abschlag kann für Aufnahmen ab 01.05.2021 erhoben werden.

Entgeltschlüssel: 47100038, 47200038

8.27 Zuschlag zur Durchführung von Abschlagszahlungen vor 2022 (prozentual, COVID-19-Abschlagszahlungsvereinbarung nach § 6 KHWiSichV)

Um die Finanzierung der durch Pflegesätze nach § 17 KHG zu deckenden Kosten im Jahr 2021 zu gewährleisten, erhalten Krankenhäuser die Möglichkeit von den anderen Vertragspartnern nach § 18 Abs. 2 KHG eine Abschlagszahlung zu verlangen. Voraussetzung dafür ist, dass das Krankenhaus im 1. Quartal 2021 nicht für Ausgleichszahlungen nach § 21 Abs. 1a Satz 1 KHG bestimmt worden ist und ein Rückgang der Behandlungstage gegenüber dem Jahr 2019 zu verzeichnen ist. Die dem Krankenhaus zustehende Abschlagszahlung, wird im Anwendungsbereich des KHEntgG durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nrn. 1 und 2 KHEntgG) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Der individuelle Zuschlag kann für Aufnahmen ab 01.06.2021 erhoben werden.

Entgeltschlüssel: 47100039

8.28 Abschlag gemäß § 2 Abs. 8 und 9 B-BEP-Abschlagsvereinbarung (max. 2.000 Euro pro Fall)

Zur Verbesserung der Versorgung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern haben die Vertragspartner auf Bundesebene gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 8 KHEntgG einen Rechnungsabschlag ab 01.01.2022 vereinbart. Vor dem Hintergrund der dynamischen Entwicklung von Covid-19 haben sich die DKG und GKV-SV auf eine Verschiebung des Inkrafttretens auf den 01.04.2022 geeinigt. Für Behandlungsfälle ab dem 01.04.2022 ist bei Nichteinschätzung des Beatmungsstatus / Beatmungsentwöhnungspotentials gemäß § 2 Abs. 8 und 9 B-BEP-Abschlagsvereinbarung ein Abschlag in Höhe von 16 % der abgerechneten Fallpauschale (aG-DRG) jedoch max. 2000 Euro gesondert in der Rechnung auszuweisen. Im Rahmen einer Fallzusammenführung bei Wiederaufnahme ist § 2 Abs. 10 B-BEP-Abschlagsvereinbarung zu beachten.

Entgeltschlüssel: 47200040

8.29 Abschlag bei Unterlassen der Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung gemäß § 3 Abs. 4 B-BEP-Abschlagsvereinbarung

Zur Verbesserung der Versorgung von invasiv beatmeten Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern haben die Vertragspartner auf Bundesebene gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 8 KHEntgG einen Rechnungsabschlag ab 01.01.2022 vereinbart. Vor dem Hintergrund der dynamischen Entwicklung von Covid-19 haben sich die DKG und GKV-SV auf eine Verschiebung des Inkrafttretens auf den 01.04.2022 geeinigt. Bei fehlender formloser Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung zur Beatmungsentwöhnung durch Krankenhausbehandlung gemäß § 39 Abs. 1a Satz 7 SGB V, ist vom Krankenhaus nach § 3 Abs. 4 B-BEP-Abschlagsvereinbarung ein Abschlag in Höhe von 280 Euro in der Rechnung auszuweisen. Im Rahmen einer Fallzusammenführung bei Wiederaufnahme ist § 3 Abs. 5 B-BEP-Abschlagsvereinbarung zu beachten.

Entgeltschlüssel: 47200041

8.30 Abschlag bei Nichtteilnahme an der Telematikinfrastuktur

Sofern ein Krankenhaus seiner Verpflichtung zum Anschluss an die Telematikinfrastuktur nach § 341 Absatz 7 Satz 1 SGB V nicht nachkommt, vereinbaren die Vertragspartner nach § 11 KHEntgG einen Abschlag in Höhe von 1 % für jeden voll- und teilstationären Fall. Der Abschlag ist vom Krankenhaus für Aufnahmen ab dem 01.01.2022 auszuweisen oder wenn keine Rechnungsminderung durch das Krankenhaus erfolgt, von der Krankenkasse in einem Zahlsatz einzubehalten.

Entgeltschlüssel: 47200042

8.31 Zuschlag-/Abschlag nach § 5 Absatz 3i KHEntgG zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten als Ausgleich gemäß § 5 Abs. 3 der Corona-Mehrkosten-Vereinbarung, prozentual

Mit der Corona-Mehrkosten-Vereinbarung vom 21.12.2021 vereinbarten die Vertragsparteien unter Berücksichtigung der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1a Nummer 9 einen Zuschlag-/Abschlag nach § 5 Absatz 3i KHEntgG, zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten als Ausgleich. Der Zuschlag-/Abschlag kann für Patientinnen und Patienten, die vom 1. Oktober 2020 bis einschließlich 31. Dezember 2021 in das Krankenhaus aufgenommen wurden, je voll- oder teilstationären Behandlungsfall erhoben werden.

Entgeltschlüssel: 47100043, 47200043

8.32 Zuschlag zur Durchführung von Abschlagszahlungen 2022 (prozentuale, COVID-19-Abschlagszahlungsvereinbarung nach § 6a KHWiSichV)

Um die Finanzierung der durch Pflegesätze nach § 17 KHG zu deckenden Kosten im Jahr 2022 zu gewährleisten, erhalten Krankenhäuser die Möglichkeit von den anderen Vertragspartnern nach § 18 Abs. 2 KHG eine Abschlagszahlung zu verlangen. Voraussetzung dafür ist, dass das Krankenhaus im 1. Quartal 2022 keinen Anspruch auf Ausgleichszahlungen nach § 21 Abs. 1b Satz 1 KHG hatte und ein Rückgang der Behandlungstage gegenüber dem Jahr 2019 zu verzeichnen ist. Die dem Krankenhaus zustehende Abschlagszahlung, wird im Anwendungsbereich des KHEntgG durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nrn. 1 und 2 KHEntgG) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Der individuelle Zuschlag kann für Aufnahmen ab 01.08.2021 erhoben werden.

Entgeltschlüssel: 47100044

8.33 Zuschlag gem. § 5 Abs. 3k KHEntgG zur Sicherstellung und Förderung der Kinder- und Jugendmedizin (prozentual)

Zur Sicherstellung und Förderung der Kinder- und Jugendmedizin wurde vom InEK ein prozentualer Zuschlag in Höhe von 12,075 % für das Jahr 2023, 11,500 % für das Jahr 2024 und 12,022 % für das Jahr 2025 festgelegt. Der Zuschlag kann ab dem 01.02.2023 für Fälle mit einem Aufnahmedatum ab 01.01.2023 erhoben werden. Der Zuschlag ist ab Aufnahmetag ausschließlich für Patientinnen und Patienten mit einem Alter über 28 Tagen und unter 16 Jahren anzuwenden. Die Erhebung des Zuschlags ist auf die bewerteten DRG-Fallpauschalen sowie auf fall- und tagesbezogene Entgelte für Besondere

Einrichtungen begrenzt. Das heißt, dass der Zuschlag nicht auf andere Entgelte wie Zusatzentgelte, krankenhausindividuelle Entgelte (soweit es nicht um besondere Einrichtungen geht) oder Zu- und Abschläge nach § 5 erhoben wird (DRG-Abrechnungen (70[1-8]xxxxx) und Entgelte für besondere Einrichtungen (8[5,6]00[3,4]xxx)).

Entgeltschlüssel: 47100045

8.34 Zuschlag gem. § 5 Abs. 2c KHEntgG zur Förderung der geburtshilflichen Versorgung in Krankenhäusern (fester Eurowert)

Krankenhäuser mit einer Geburtshilfe erhalten in den Jahren 2023 bis einschließlich 2026 zusätzliche Finanzmittel in Höhe eines standortindividuellen festen Zuschlags. Der Zuschlag kann in Abhängigkeit der Bewilligung durch die zuständige Behörde auf der Landesebene für alle voll- und teilstationären Fälle ab Aufnahmedatum 1.4.2023 erhoben werden. Zu beachten sind bei der Abrechnung die Vorgaben der Vereinbarung nach § 5 Abs. 2c Satz 9 KHEntgG zur Abrechnung und zur Nachweisführung der zweckentsprechenden Mittelverwendung des nach § 5 Abs. 2b Satz 2 KHEntgG festgelegten standortindividuellen Förderbetrages in der Geburtshilfe.

Entgeltschlüssel: 47100046

8.35 Abschlag bei nicht anfallender Übernachtung im Rahmen tagesstationärer Behandlung (§ 115e Abs. 3 SGB V – fallbezogen)

Bei Vorliegen einer Indikation für eine stationäre somatische Behandlung kann in medizinisch geeigneten Fällen und mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten anstelle einer vollstationären Behandlung eine tagesstationäre Behandlung für einzelne oder mehrere Tage erbracht werden. Voraussetzung für diese Leistungserbringung ist, dass die Behandlung täglich mindestens einen sechsstündigen Aufenthalt im Krankenhaus zwischen 6:00 und 22:00 Uhr erfordert, währenddessen überwiegend ärztliche oder pflegerische Behandlung erbracht wird (Dokumentationsvereinbarung vom 22.02.2023). Sofern die Patienten oder der Patient zwischen der Aufnahme in das Krankenhaus und der Entlassung aus dem Krankenhaus für eine tagesstationäre Behandlung nicht über Nacht, im Krankenhaus versorgt wird, ist für die nicht anfallenden Übernachtungskosten pauschal ein Abzug von den für den vollstationären Aufenthalt insgesamt berechneten Entgelten vorzunehmen. (Abrechnungsvereinbarung Tagesstationäre Behandlung vom 05.06.2023). Die Abrechnung erfolgt nach den Vorgaben des KHEntgG und der Abrechnungsbestimmungen gem. der FPV für vollstationäre Fälle. Der Abschlag gilt für tagesstationäre Behandlungen mit Aufnahme der Patientin oder des Patienten ab dem 28.01.2023 und berechnet sich mit 0,04 Bewertungsrelationen je betreffender Nacht, wobei der Abzug maximal 30 Prozent der Entgelte des Aufenthaltes insgesamt nicht überschreiten darf.

Entgeltschlüssel: 47200047

8.36 Abschlag für nicht fristgerechte Datenlieferungen nach § 11 Absatz 4 Satz 6 KHEntgG

Mit dem KHPfIEG wurden die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragt, die Vorgaben zur Dokumentation der Verhandlungsunterlagen und des Eingangs von Daten festzulegen. Die Vereinbarung zur Unterlagenübermittlung regelt die Grundsätze zum Übermittlungsverfahren, die in den jeweiligen Verfahren vor Ort zu berücksichtigen sind. Des Weiteren legt die Vereinbarung die Voraussetzungen fest, wie der Abschlag für nicht fristgerechte Datenlieferungen zu vereinbaren ist. Erstmals kann der Abschlag ab dem 01.05.2024 für Vereinbarungszeiträume bis einschließlich 2021 (Daten/Unterlagenübermittlung an die Krankenkassen bis 31.10.2023) vereinbart werden.

Entgeltschlüssel: 47200048

8.37 Abschlag bei fehlender Bereitstellung und Nutzung der digitalen Dienste nach § 5 Abs. 3h KHEntgG

Mit dem KHZG wurden DKG und GKV–SV beauftragt, eine Abschlagsregelung bei fehlender Bereitstellung und Nutzung der digitalen Dienste durch die Krankenhäuser zu vereinbaren. Weisen Krankenhäuser die Nutzung der digitalen Dienste nicht nach, ist ein Rechnungsabschlag von bis zu 2 % pro Behandlungsfall fällig. Die Prüfung der Krankenhäuser erfolgt erstmalig zum Stichtag 31.12.2025 durch die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG.

Entgeltschlüssel: noch offen

8.38 Zuschlag gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 7 KHEntgG Implantateregisteraufwandsvergütung (fester Eurowert)

Mit der Vereinbarung gemäß § 9 Absatz 1a Nummer vom 23.08.2024 wurde die Höhe und die Art der Aufwandsvergütung des Zuschlags geregelt. Die konkrete Höhe und zeitliche Geltung je Implantattyp sind in der Anlage der Vereinbarung festgelegt. Der Zuschlag wird je Fall erhoben, für den das Krankenhaus im Sinne des § 1 eine Meldebestätigung gemäß § 4 Abs. 3 IRegG zu einer im jeweiligen Fall erbrachten implantatbezogenen Maßnahme mit einem Implantattyp übermittelt (IBE–Segment). Je Fall darf nur ein Zuschlag erhoben werden. Abweichendes gilt nur dann, wenn in einem Fall implantatbezogene Maßnahmen mit unterschiedlichen Implantattypen erbracht werden, dann ist bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß Abs. 1 – statt eines Zuschlags je Fall – ein Zuschlag je Implantattyp zu erheben.

Entgeltschlüssel: 47100049

8.39 Abschlag bei fehlender Datenübermittlung an das Implantateregister Deutschland (§ 23a IRegBV)

Am 1. Januar 2020 ist das Implantateregistergesetz (IRegG) in Kraft getreten mit dem Ziel, die Sicherheit und Qualität von Implantaten sowie die medizinische Versorgung mit Implantaten zu verbessern. Ergänzend dazu ist am 1. Oktober 2021 die Implantateregister-Betriebsverordnung (IRegBV) in Kraft getreten, welche die rechtlichen Voraussetzungen für den Betrieb mit Echtdaten schafft und die Einzelheiten zum Betrieb des Registers regelt.

Um den Einstieg für die Krankenhäuser zu erleichtern, wurde in der IRegBV ein Sanktionsmechanismus für die Meldung von implantatbezogenen Maßnahmen festgelegt.

In den ersten 6 Monaten nach Beginn des Wirkbetriebes eines Implantattyps wird die Meldepflicht ausgesetzt.

Nach Beginn der 6 Monate wird eine Vergütungsminde rung (100 Euro pro Implantat) bei fehlender Datenübermittlung an das Implantateregister Deutschland (IRD) wirksam. Für Krankenhäuser, die dann in der Entlassung **keine Melde-ID** angeben, mindert sich der Vergütungsanspruch um 100 Euro (Sanktion mit 6-Monatfrist für Nachmeldung). Da der Sanktionsmechanismus eine 6-monatige Nachmeldefrist enthält, ist eine Datenkorrektur des KH zur Nachmeldung IBE-Segment sowie der bisherigen Rechnungspositionen plus Zuschlag Meldeaufwand (47100049 – 34,24€) möglich.

Entgeltschlüssel: 47200050

9 Begleitpersonen/Pflegefachkräfte

Sofern aus medizinischen Gründen die Mitaufnahme einer Begleitperson notwendig ist, können ab 01.01.2025 für jeden Belegungstag 60,00 Euro (gem. Begleitpersonenzuschlagsvereinbarung 2025) für Unterkunft und Verpflegung abgerechnet werden. Näheres zur Mitaufnahme einer Begleitperson/Pflegefachkraft ist dem Leitfaden „Allgemeiner Teil“ Kapitel 2.17 zu entnehmen.

Entgeltschlüssel Mitaufnahme einer medizinisch notwendigen Begleitperson: 75100003

Entgeltschlüssel Mitaufnahme einer Pflegekraft: 75100004

Entgeltschlüssel Mitaufnahme neugeborene Geschwisterkinder: 75100005

Entgeltschlüssel Mitaufnahme einer medizinisch notwendigen Begleitperson (Unterbringung außerhalb): 75100006

10 Kostenerstattung bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen gemäß § 24b Abs. 4 SGB V

Bei Schwangerschaftsabbrüchen nach Abschnitt 5 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG) ist die Kostenerstattung der Länder gemäß § 24b Abs. 4 Satz 3 und 4 SGB V i. V. m. § 22 SchKG für einen Pfllegetag einzufordern. Mit der zum 1.1.2012 wirksam gewordenen Änderung des § 24b Abs. 4 SGB V durch das GKV-VStG wurde klargestellt, dass dieser Finanzierungsanteil der Länder auf den mittleren Kosten eines typischen Behandlungsfalles eines stationären Schwangerschaftsabbruchs an einem Kalendertag beruht. Er umfasst nicht die Kosten einer Übernachtung. Die Kostenkalkulation wird vom InEK vorgenommen und erfolgt auf der Grundlage der für das Entgeltsystem nach § 17b KHG erhobenen Kalkulationsdaten. Der Satz beträgt nach Berechnungen für 2025 778,28 Euro.

Bei nicht gesetzlich versicherten Frauen beschränkt sich die auftragsweise kassenseitige Kostenübernahme des stationären Schwangerschaftsabbruches auf die InEK-Pauschale, die gegenüber dem Land geltend gemacht werden kann (vgl. Besprechungsergebnis der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht der Kassenverbände am 20./21.3.2015).

11 Laufzeit der Entgelte

Krankenhäuser, die nach dem DRG-Vergütungssystem abrechnen, rechnen alle Krankenhausfälle mit Aufnahme ab dem 1.1. nach dem DRG-Katalog und den Abrechnungsregeln des laufenden Jahres ab. Hierbei ist auf den Tag der voll- oder teilstationären Aufnahme abzustellen. Bei tagesbezogenen teilstationären Entgelten stellt gemäß der Fallzählung jeweils der erste Behandlungstag im Quartal den Aufnahmetag dar.

Sofern für das laufende Jahr noch kein LBFW vereinbart wurde, gilt der LBFW des Vorjahres bis zum Ende des Monats, in dem der LBFW für das laufende Jahr genehmigt wird, soweit in der Vereinbarung oder Schiedsstellenentscheidung kein anderer zukünftiger Zeitpunkt bestimmt ist (§ 15 Abs. 1 KHEntgG).

Entgelte, die gemäß § 6 Abs. 1 KHEntgG krankenhausesindividuell für das Kalenderjahr vereinbart werden können, werden vom Beginn des neuen Vereinbarungszeitraums an erhoben. Sofern für das laufende Jahr noch keine Entgelte neu vereinbart wurden, sind die Leistungen bis zum Ende des Monats, in dem die neuen Entgelte genehmigt werden, mit den im Vorjahr bzw. zuletzt vereinbarten Entgelten der Höhe nach und entsprechend der Verschlüsselung aus dem (den) Vorjahr(en) (siehe „Hinweise zu den Entgeltschlüsseln

bei Weitergeltung von ZE nach Anlage 4 bzw. 6 FPV “ im Rahmen der jeweiligen Schlüsselfortschreibung) zu vergüten. Dies gilt, soweit auch hier in der Vereinbarung oder Schiedsstellenentscheidung kein anderer Zeitpunkt bestimmt ist (§ 15 Abs. 2 KHEntgG).

Das am 12.11.2022 in Kraft getretene GKV-Finanzstabilisierungsgesetz enthält unter anderem Änderungen in § 6 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes. *„Sofern für eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, die die Gabe eines Arzneimittels mit einem neuen Wirkstoff enthält, für das ein Erstattungsbetrag nach § 130b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt, ein Entgelt vereinbart wurde, ist das Entgelt mit Wirkung ab dem Zeitpunkt der Geltung des Erstattungsbetrages nach § 130b Absatz 3a oder Absatz 4 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch unter Berücksichtigung der Höhe des Erstattungsbetrages neu zu vereinbaren.“*

Diese Änderung hat zur Folge, dass die Vertragsparteien ab dem 1. Januar 2023 auch bei Inkrafttreten eines neuen Erstattungsbetrages während der vereinbarten Laufzeit eines NUB-Entgeltes (§ 6 Abs. 2 KHEntgG) dieses unter Berücksichtigung des gültigen Erstattungsbetrages mit Wirkung ab dem Geltungstag des Erstattungsbetrages neu vereinbaren müssen.

Die Weitererhebung gilt grundsätzlich für alle krankenhausindividuell vereinbarten Entgelte, also auch für die Entgelte nach § 6 Abs. 2a KHEntgG (gesonderte ZE) und Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG (NUB), die nicht ab dem 1.1. in den Fallpauschalenkatalog integriert oder als bewertetes ZE in Anlage 2/5 aufgenommen werden.

Wenn ein im Vorjahr vereinbartes NUB-Entgelt für das aktuelle Jahr in die Anlagen 4/6 aufgenommen wurde, kann diese Leistung mit dem vorgegebenen Entgeltschlüssel (siehe „Hinweise zu den Entgeltschlüsseln bei Weitergeltung von Entgelten für NUB-Leistungen, die als DRG in die Anlage 1 und 3a oder ZE in die Anlage 4 bzw. 6 FPV aufgenommen sind“ im Rahmen der jeweiligen Schlüsselfortschreibung) und in Höhe des vereinbarten NUB-Preises des Vorjahres bis zum Wirksamwerden der neuen Budgetvereinbarung abgerechnet werden. Dies gilt auch für die weiteren Folgejahre bis zu einer neuen Budgetvereinbarung.

Erhält ein entsprechendes Entgelt deshalb nicht mehr den Status 1 oder 4, weil es in den Fallpauschalenkatalog integriert oder als bewertetes ZE in Anlage 2/5 aufgenommen wurde, greift für Aufnahmen ab dem 1.1. weder die Weitererhebung noch sind die Ersatzentgelte nach § 5 Abs. 2 bzw. § 7 Abs. 4 FPV 2023 abzurechnen. Die Leistung wird dann über das entsprechende Entgelt (DRG oder ZE der Anlage 2/5) abgerechnet.

Das InEK veröffentlicht auf seiner Internetseite eine „Aufstellung von NUB-Leistungen mit Status 2024, für die 2025 keine Anfrage erforderlich ist“. Aus dieser Aufstellung

können sowohl die in den Fallpauschalkatalog und in die Anlage 2/5 integrierten Entgelte als auch die in Anlage 4/6 integrierten Entgelte entnommen werden. Diese Liste wird regelmäßig mit Veröffentlichung des Fallpauschalkataloges eingestellt.

§ 15 Abs. 2 S. 3 Nr. 2 KHEntgG i.V.m. § 5 Abs. 2 S. 3 FPV sowie die Fußnoten 4 der Anlage 4 bzw. der Anlage 6 der FPV (Fallpauschalkatalog 2025) regeln die Weitererhebung bisher krankenhauses individuell vereinbarter (NUB-) Entgelte bis zum Beginn des Wirksamwerdens einer neuen Budgetvereinbarung der Höhe nach. Es sollten daher die Vereinbarungen auf Ortsebene berücksichtigt werden.

Die Weitererhebung krankenhauses individueller Entgelte gilt gemäß § 15 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG nicht, wenn

- ein bisher krankenhauses individuell vereinbartes Entgelt durch ein bundeseinheitlich bewertetes Entgelt ersetzt wird oder
- eines der u. g. Ersatzentgelte zur Anwendung kommt.

Die Ersatzentgelte kommen dann hilfsweise zur Anwendung, wenn es sich um Entgelte handelt, bei denen in der Anlage 4/6 bzw. 3a und 3b keine Fußnote vorhanden ist, die eine Weitererhebung der bisher krankenhauses individuell vereinbarten Entgelte vorsieht bzw. im Einzelfall, wenn eine Weitererhebung aufgrund einer fehlenden Vereinbarung nicht möglich ist.

Sonstige Entgelte (Anlage 3a und 3b der FPV – vgl. § 7 Abs. 4 FPV 2025)

- Noch fehlende Vereinbarung 2025 für Leistungen nach Anlage 3a 600 Euro je Behandlungstag
- Noch fehlende Vereinbarung 2025 für Leistungen nach Anlage 3b 300 Euro je Behandlungstag

Wenn Entgelte für Leistungen nach Anlage 3a 2025 nicht vereinbart wurden, sind im Einzelfall (im Rahmen des Versorgungsauftrages oder Notfallpatienten) 450 Euro je Behandlungstag abrechenbar. Eine analoge Anwendung für teilstationäre Leistungen nach Anlage 3b ist nicht vorgesehen.

Krankenhausindividuelle ZE (Anlage 4 bzw. 6 der FPV – vgl. § 5 Abs. 2 Satz 4 und 5 FPV 2025)

- Noch fehlende Vereinbarung 2025: 600 Euro je ZE
- Wenn das ZE 2025 nicht vereinbart wurde sind im Einzelfall (im Rahmen des Versorgungsauftrages oder Notfallpatienten) 600 Euro je ZE abrechenbar.

Wenn ein Krankenhaus ein krankenhausindividuelles ZE in den Vorjahren nie vereinbart hat, kann es nicht ohne weiteres eines der Ersatzentgelte abrechnen mit dem Verweis auf eine noch fehlende Vereinbarung.

12 Übersicht über wesentliche Entgeltschlüssel im DRG-System 2024/2025

	Zu- oder Abschlag	Rechtsgrundlage	Verhandlungsebene	Bezug des Zu- bzw. Abschlags	2024	2025	Entgeltschlüssel
01a	Zuschlag für Ausbildungskosten und Mehrkosten der Ausbildungsvergütung	§ 17b Abs. 1a Nr. 8 KHG i. V. m. § 17a Abs. 6 oder 9 KHG	<u>Bundesebene:</u> Richtwerte <u>Landesebene:</u> Landesweiter Zuschlag <u>Ortsebene:</u> Zuschlagshöhe für ausbildendes Krankenhaus	voll- und teilstationäre Krankenhausfälle	bundeslandweiter oder krankenhausspezifischer Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall Keine Richtwerte in 2024	bundeslandweiter oder krankenhausspezifischer Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall Keine Richtwerte in 2025	751[01-16]002
01b	Zuschlag für Ausbildung	§ 33 Abs. 3 Satz 1 PfIBG	<u>Landesebene:</u> Landesweiter Zuschlag	voll- und teilstationäre Krankenhausfälle	bundeslandweiter Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall	bundeslandweiter Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall	751[01-16]003
01c	Kombinierter Ausbildungszuschlag	§ 17a Abs. 5 Satz 1 Nr. 2, Abs. 6 KHG und § 33 Abs. 3 Satz 1 PfIBG	<u>Landesebene:</u> Landesweiter Zuschlag <u>Ortsebene:</u> Zuschlagshöhe für ausbildendes Krankenhaus	voll- und teilstationäre Krankenhausfälle	bundeslandweiter oder krankenhausspezifischer Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall	bundeslandweiter oder krankenhausspezifischer Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall	751[01-16]004

Abrechnungsbestimmungen nach dem KHEntgG und der FPV 2025

	Zu- oder Abschlag	Rechtsgrundlage	Verhandlungsebene	Bezug des Zu- bzw. Abschlags	2024	2025	Entgelt-schlüssel
02	Zu-/Abschlag für Zentren und Schwerpunkte	§ 17b Abs. 1a Nr. 2 KHG i. V. m. § 2 Abs. 2 Nr. 4 KHEntgG, § 5 Abs. 3 KHEntgG	<u>Bundesebene:</u> Rahmenbedingungen <u>Ortsebene:</u> Zuschlags-/Abschlagshöhe	offen	krankenhausindividueller Zuschlag, Festsetzung am 8.12.2016 auf der Bundeesebene durch die Bundesschiedsstelle	krankenhausindividueller Zuschlag, Festsetzung am 8.12.2016 auf der Bundeesebene durch die Bundesschiedsstelle	Zuschlag 47100007 Abschlag 47200007 Abrechnungs-ergänzungen 491(1-6) (0001-0006)
03*	Abschlag für externe QS-Maßnahmen	§ 8 Abs. 4 KHEntgG i. V. m. der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)	<u>Bundesebene:</u> Abschlagshöhe <u>Ortsebene:</u> Berücksichtigung im Erlösbudget	Erlösbudget	150 Euro je nicht dokumentiertem Datensatz	150 Euro je nicht dokumentiertem Datensatz	Kein Entgelt-schlüssel, da Berücksichtigung im Erlösbudget
04	Sicherstellungszuschlag	§ 17b Abs. 1a Nr. 6 KHG i. V. m. § 5 Abs. 2 KHEntgG	<u>Bundesebene:</u> Empfehlungen zu Voraussetzungen und Umfang <u>Ortsebene:</u> Zuschlagshöhe	offen	nicht bundesweit vereinbart, ggf. krankenhausindividueller Zuschlag (Festbetrag oder Zuschlag zum LBFW)	nicht bundesweit vereinbart, ggf. krankenhausindividueller Zuschlag (Festbetrag oder Zuschlag zum LBFW)	75100001 75100002 (Zuschlag auf LBFW)

Abrechnungsbestimmungen nach dem KHEntg und der FPV 2025

	Zu- oder Abschlag	Rechtsgrundlage	Verhandlungsebene	Bezug des Zu- bzw. Abschlags	2024	2025	Entgelt- schlüssel
05	Zuschlag für die Aufnahme von Begleitpersonen/ Pflegekraft/ Geschwisterkind	§ 17b Abs. 1a Nr. 7 KHG i. V. m. § 2 Abs. 2 Nr. 3 KHEntgG, FPV und der Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1a Satz 4 KHG nebst Ergänzungsvereinbarung	<u>Bundesebene:</u> Zuschlagshöhe	je Belegungstag der Begleitperson (vollstationär)	45,00 Euro je Belegungstag der Begleitperson	60,00 Euro je Belegungstag der Begleitperson	75100003 (Begleitperson) 75100004 (Pflegekraft) 75100005 (neu: Geschwisterkind) 75100006 (Unterbringung außerhalb)
06	Zuschlag für externe Qualitätssicherung	§ 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG, § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i. V. m. § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V und der Richtlinie über Maßnahmen der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung in Krankenhäusern	<u>Bundesebene:</u> Zuschlagshöhe	vollstationäre Fälle	0,93 Euro Anteil Krankenhaus;	0,86 Euro je vollstationärem Fall	460[01 – 35]000

Abrechnungsbestimmungen nach dem KHEntgG und der FPV 2025

	Zu- oder Abschlag	Rechtsgrundlage	Verhandlungsebene	Bezug des Zu- bzw. Abschlags	2024	2025	Entgelt- schlüssel
07	DRG-Systemzuschlag	§ 17b Abs. 5 KHG i. V. m. Vereinbarung und Hinweise	<u>Bundesebene:</u> Zuschlagshöhe	voll- und teilstationäre Krankenhausfälle	1,43 Euro je voll- und teilstationärem Fall Anteil InEK: 0,29 Euro Anteil Kalkulation: 1,14 Euro	1,73 Euro je voll- und teilstationärem Fall Anteil InEK: 0,37 Euro Anteil Kalkulation: 1,36 Euro	48000001 (vollstat.) 48000002 (teilstat.)
08	Zu-/Abschlag für die Eingliederung Besonderer Einrichtungen	§ 4 Abs. 7 KHEntgG	<u>Ortsebene:</u> Zuschlags-/Abschlagshöhe	voll- und teilstationäre Krankenhausfälle	krankenhausindividueller Prozentsatz auf den Gesamtbetrag nach § 4 Abs. 3 KHEntgG	Krankenhausindividueller Prozentsatz auf den Gesamtbetrag nach § 4 Abs. 3 KHEntgG	Zuschlag: 47100015 Abschlag: 47200015
09	Zuschlag zur Finanzierung der Vorhaltekosten für Besondere Einrichtungen	§ 3 Abs. 2 Satz 2 VBE i. V. m. § 17b Abs. 1 Satz 10 KHG	<u>Ortsebene:</u> Zuschlagshöhe	vollstationäre Krankenhausfälle	krankenhausindividueller Zuschlag je vollstationärem Fall	krankenhausindividueller Zuschlag je vollstationärem Fall	47100005
10	Zu-/Abschlag für Erlösausgleiche	§ 5 Abs. 4 KHEntgG	<u>Ortsebene:</u> Zuschlags-/Abschlagshöhe	voll- und teilstationäre Krankenhausfälle	krankenhausindividueller Prozentsatz auf den Gesamtbetrag nach § 4 Abs. 3 KHEntgG	krankenhausindividueller Prozentsatz auf den Gesamtbetrag nach § 4 Abs. 3 KHEntgG	Zuschlag: 47100011 Abschlag: 47200011

Abrechnungsbestimmungen nach dem KHEntgG und der FPV 2025

	Zu- oder Abschlag	Rechtsgrundlage	Verhandlungsebene	Bezug des Zu- bzw. Abschlags	2024	2025	Entgelt-schlüssel
11	Zuschlag Pflegestellenförderprogramm	§ 4 Abs. 8 (weggefallen) KHEntgG	Ortsebene: Zuschlagshöhe	voll- und teilstationäre Krankenhausfälle	krankenhausindividueller Prozentsatz auf den Gesamtbetrag nach § 4 Abs. 3 KHEntgG	krankenhausindividueller Prozentsatz auf den Gesamtbetrag nach § 4 Abs. 3 KHEntgG	47100012
12*	Abschlag wegen fehlender Lieferung der DRG-Daten	§ 21 Abs. 5 KHEntgG i. V. m. Vereinbarung	<u>Bundesebene:</u> Abschlagshöhe <u>Ortsebene:</u> Volumen	je nicht dokumentiertem Fall	10 bzw. 15 Euro je nicht oder nicht fristgerecht geliefertem oder nicht akzeptiertem Datensatz vom Erlösbudget	10 bzw. 15 Euro je nicht oder nicht fristgerecht geliefertem oder nicht akzeptiertem Datensatz vom Erlösbudget	Kein Entgeltsschlüssel, da Berücksichtigung im Erlösbudget
13	Systemzuschlag G-BA / Institut nach § 139a SGB V	§ 91 Abs. 3 Satz 1 SGB V i. V. m. § 139c Satz 1 SGB V	<u>Bundesebene:</u> Zuschlagshöhe	voll- und teilstationäre Krankenhausfälle	2,94 Euro je voll- und teilstationärem Fall	3,17 Euro je voll- und teilstationärem Fall	47100001 (vollstat.) 47100000 (teilstat.)
14	Abschlag bei Nichtteilnahme am Datenaustausch (DA)	§ 303 Abs. 3 SGB V	gesetzliche Regelung	krankenhausindividuell je Rechnung	kassenindividuell bis zu fünf Prozent des Rechnungsbetrages	kassenindividuell bis zu fünf Prozent des Rechnungsbetrages	47200000

Abrechnungsbestimmungen nach dem KHEntgG und der FPV 2025

	Zu- oder Abschlag	Rechtsgrundlage	Verhandlungsebene	Bezug des Zu- bzw. Abschlags	2024	2025	Entgelt-schlüssel
15	Zuschlag-/Abschlag Telematik (Basis-Rollout)	§ 377 Abs. 1 und 2 SGB V, Telematikzuschlag ab Budgetjahr 2024 § 377 Abs. 3 SGB V	<u>Bundesebene</u> : Zu- schlags-/Abschlags- höhe <u>Ortsebene</u> : Volumen	voll- und teil- stationäre Kran- kenhausfälle	krankenhausindividu- eller Zuschlag-/Ab- schlag je voll- und teilstationärem Fall	krankenhausindividu- eller Zuschlag-/Ab- schlag je voll- und teilstationärem Fall, ab dem Budgetjahr 2024 gilt eine verein- fachte Berechnung beim Zuschlag je Krankenhaus und Planbett	47100009 (vollstat.) 47200009 (vollstat.) 47100013 (teilstat.) 47200013 (teilstat.)
16	Aufwandspauschale bei erfolgloser MD- Prüfung	§ 275c Abs. 1 SGB V	gesetzliche Regelung	fallbezogen	300 Euro	300 Euro	47100008
17	Zuschlag-/Abschlag Hygiene-Förderpro- gramm	§ 4 Abs. 9 KHEntgG	<u>Ortsebene</u> : Zu- schlags-/Abschlags- höhe	DRG- Fallpauschalen, ZE (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG), sonst. Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG	krankenhausindividu- eller Zuschlag auf be- stimmte Entgelte	krankenhausindividu- eller Zu-/Abschlag auf bestimmte Ent- gelte	<u>47100020 (Zuschlag)</u> <u>47200020 (Abschlag)</u>

Abrechnungsbestimmungen nach dem KHEntgG und der FPV 2025

	Zu- oder Abschlag	Rechtsgrundlage	Verhandlungsebene	Bezug des Zu- bzw. Abschlags	2024	2025	Entgeltsschlüssel
18	Zuschlag bei evtl. Mehrkosten durch G-BA-Beschlüsse	§ 5 Abs. 3c KHEntgG	<u>Bundesebene: Rahmenbedingungen</u> <u>Ortsebene: Höhe des Zuschlages</u>	krankenhausindividuell je Rechnung	krankenhausindividueller Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall (fester oder prozentualer Wert)	krankenhausindividueller Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall (fester oder prozentualer Wert)	<u>47100021</u> <u>(fester Wert)</u> <u>47100022</u> <u>(prozentualer Wert, VB 2017-2019)</u> <u>47100030</u> <u>(prozentualer Wert ohne Pflege, ab VB 2020)</u>
19	Zuschlag für klinische Sektionen (Obduktionen)	§ 5 Abs. 3b KHEntgG	<u>Bundesebene: 2. Vereinbarung vom 31.10.2021</u> <u>Ortsebene: Höhe des Zuschlages</u>	Je voll- oder teilstationärer Behandlungsfall	krankenhausindividueller Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall	krankenhausindividueller Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall	<u>47100023</u>
20	Fixkostendegressionsabschlag	§ 4 Abs. 2a KHEntgG	<u>Bundes-/Landesebene: Rahmenbedingungen</u> <u>Ortsebene: Höhe des Abschlages</u>	krankenhausindividuell	krankenhausindividueller Abschlag für alle mit dem LBFW vergüteten Leistungen	krankenhausindividueller Abschlag für alle mit dem LBFW vergüteten Leistungen	<u>47200026</u>

Abrechnungsbestimmungen nach dem KHEntgG und der FPV 2025

	Zu- oder Abschlag	Rechtsgrundlage	Verhandlungsebene	Bezug des Zu- bzw. Abschlags	2024	2025	Entgelt- schlüssel
21	Zuschlag einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme	§ 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG i. V. m. § 136a Abs. 3 Satz 3 SGB V	<u>Bundesebene Verein- barung vom 30.3.2017</u>	vollstationäre Fälle	0,20 Euro	0,20 Euro	<u>47100026</u>
22	Abschlag Fortsetzungspauschale	§ 7 Abs. 2 Satz 7 PrüfV	<u>Bundesebene</u>	Fallindividuell	300 Euro	300 Euro	<u>47200008</u>
23	Zuschlag-/Abschlag für Notfallstufensystem	§ 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG i. V. m. § 136c Abs. 4 SGB V	<u>Bundesebene Verein- barung vom 10.12.2018</u> <u>Ortsebene: Höhe des Zu-/Abschlages</u>	vollstationäre Fälle	krankenhausindividueller Zuschlag je vollstationärem Fall Abschlag je vollstationärem Fall: 60 Euro	krankenhausindividueller Zuschlag je vollstationärem Fall Abschlag je vollstationärem Fall: 60 Euro	<u>47100027</u> <u>(Zuschlag)</u> <u>47200027</u> <u>(Abschlag)</u>
24	Zuschlag zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf	§ 4 Abs. 8a KHEntgG	<u>Ortsebene: Höhe des Zuschlages</u>	voll- und teilstationäre Fälle	krankenhausindividueller Prozentsatz je stationärem Fall	krankenhausindividueller Prozentsatz je stationärem Fall	<u>47100028</u> <u>(Zuschlag)</u>
25	Abschlag bei Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen	§ 137i Abs. 5 SGB V	Bundesebene: Abschlagshöhe Ortsebene: Volumen	-	krankenhausindividueller Prozentsatz auf Fallpauschalen und Zusatzentgelte	krankenhausindividueller Prozentsatz auf Fallpauschalen und Zusatzentgelte	47200029 (Abschlag)
26	Zuschlag ländliche Krankenhäuser	§ 5 Abs. 2a KHEntgG	Ortsebene: Höhe des Zuschlages	voll- oder teilstationärer Behandlungsfall	krankenhausindividueller Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall	krankenhausindividueller Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall	47100032

Abrechnungsbestimmungen nach dem KHEntgG und der FPV 2025

	Zu- oder Abschlag	Rechtsgrundlage	Verhandlungsebene	Bezug des Zu- bzw. Abschlags	2024	2025	Entgelt- schlüssel
27	Zuschlag für Speicherung von Daten und Erstbefüllung auf der elektronischen Patientenakte gemäß § 5 Abs. 3g Satz 1 und 2 KHEntgG (krankenhausindividuell)	§ 5 Abs. 3g Satz 1 und 2 KHEntgG	<u>Ortsebene:</u> Höhe des Zuschlages	je voll- oder teilstationärer Behandlungsfall	krankenhausindividueller Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall	krankenhausindividueller Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall	47100035
28	Zuschlag Hebammenstellen-Förderprogramm § 4 Abs. 10 KHEntgG	§ 4 Abs. 10 KHEntgG	<u>Bundesebene Verein-</u> <u>barung vom</u> <u>22.10.2020</u> <u>Ortsebene:</u> Zuschlagshöhe	je voll- oder teilstationärer Behandlungsfall	krankenhausindividueller Prozentsatz je voll- oder teilstationärem Fall	krankenhausindividueller Prozentsatz je voll- oder teilstationärem Fall	47100036
29	Zuschlag-/Abschlag für den Ausgleich eines aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandenen Erlösrückgangs oder Erlösanstiegs (prozentual, Corona-Ausgleichsvereinbarung)	§ 21 KHG	<u>Bundesebene</u> <u>Ortsebene:</u> Höhe des Zu-/Abschlages	auf die DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte	krankenhausindividueller Prozentsatz auf die DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte	krankenhausindividueller Prozentsatz auf die DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte	47100037 (Zuschlag) 47200037 (Abschlag)

Abrechnungsbestimmungen nach dem KHEntgG und der FPV 2025

	Zu- oder Abschlag	Rechtsgrundlage	Verhandlungsebene	Bezug des Zu- bzw. Abschlags	2024	2025	Entgelt-schlüssel
30	Zuschlag-/Abschlag zur Konvergenzangleichung des Landesbasisfallwertes zur maßgeblichen Korridorgrenze (je Bundesland)	§ 10 Abs. 11 KHEntgG	<u>Landesebene: Höhe des Zu-/Abschlages</u>	je voll- oder teilstationärer Behandlungsfall	Länderspezifischer Zu-/Abschlag	Länderspezifischer Zu-/Abschlag	47100038 (Zuschlag) 47200038 (Abschlag)
31	Zuschlag zur Durchführung von Abschlagszahlungen vor 2022 (prozentual, COVID-19-Abschlagszahlungsvereinbarung nach § 6 KHWiSichV)	§ 21 Abs. 10 KHG	<u>Ortsebene: Zuschlagshöhe</u>	auf die DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte	krankenhausindividueller Prozentsatz auf die DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte	krankenhausindividueller Prozentsatz auf die DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte	47100039
32	Abschlag gemäß § 2 Abs. 8 und 9 B-BEP-Abschlagsvereinbarung (max. 2.000 Euro pro Fall)	§ 9 Abs. 1a Nr. 8 KHEntgG	<u>Bundesebene: Abschlagshöhe</u>	vollstationäre Fälle	16% der abgerechneten Fallpauschale (aG-DRG) jedoch max. 2000 Euro	16% der abgerechneten Fallpauschale (aG-DRG) jedoch max. 2000 Euro	47200040
33	Abschlag bei Unterlassen der Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung gemäß § 3 Abs. 4 B-BEP-Abschlagsvereinbarung	§ 9 Abs. 1a Nr. 8 KHEntgG	<u>Bundesebene: Abschlagshöhe</u>	vollstationäre Fälle	280 Euro	280 Euro	47200041

Abrechnungsbestimmungen nach dem KHEntgG und der FPV 2025

	Zu- oder Abschlag	Rechtsgrundlage	Verhandlungsebene	Bezug des Zu- bzw. Abschlags	2024	2025	Entgelt-schlüssel
34	Abschlag bei Nicht- teilnahme an der Telematikinfrastruk- tur	§ 377 Abs. 3 SGB V	<u>Ortsebene: Höhe des Abschlages</u>	je voll- oder teilstationärer Behandlungsfall	1% je voll- und teil- stationärem Fall od. Krankenkasse setzt Abschlagsbetrag durch Zahlsatz um	1% je voll- und teil- stationärem Fall od. Krankenkasse setzt Abschlagsbetrag durch Zahlsatz um	47200042
35	Zuschlag-/Abschlag nach § 5 Absatz 3i KHEntgG zur Finan- zierung von nicht anderweitig finan- zierten Mehrkosten als Ausgleich gemäß § 5 Abs. 3 der Corona-Mehrkos- ten-Vereinbarung, prozentual	§ 5 Abs. 3i KHEntgG	<u>Ortsebene: Höhe des Zu-/Abschlages</u>	je voll- oder teilstationärer Behandlungsfall	krankenhausindividu- eller Prozentsatz auf die DRG- Fallpauschalen und die Zusatzentgelte	krankenhausindividu- eller Prozentsatz auf die DRG- Fallpauschalen und die Zusatzentgelte	47100043 (Zuschlag) 47200043 (Abschlag)
36	Zuschlag zur Durch- führung von Ab- schlagszahlungen 2022 (prozentuale, COVID-19- Abschlagszahlungs- vereinbarung nach § 6a KHWiSichV)	§ 6a KHWiSichV für das Jahr 2022	<u>Ortsebene: Höhe des Zuschlages</u>	voll- oder teil- stationärer Be- handlungsfall	krankenhausindividu- eller Prozentsatz auf die DRG- Fallpauschalen und die Zusatzentgelte	krankenhausindividu- eller Prozentsatz auf die DRG- Fallpauschalen und die Zusatzentgelte	47100044

Abrechnungsbestimmungen nach dem KHEntg und der FPV 2025

	Zu- oder Abschlag	Rechtsgrundlage	Verhandlungsebene	Bezug des Zu- bzw. Abschlags	2024	2025	Entgelt-schlüssel
37	Zuschlag gem. § 5 KHEntg zur Sicher- stellung und Förde- rung der Kinder- und Jugendmedizin (prozentual)	§ 5 Abs. 3k KHEntgG	<u>InEK: Zuschlagshöhe</u>	voll- oder teil- stationärer Be- handlungsfall	11,500 % auf die DRG-Fallpauschalen und die fall- oder tagesbezogenen Ent- gelte für Besondere Einrichtungen Kinder und Jugendliche	12,022 % auf DRG- Abrechnungen (70[1- 8]xxxxx) und Ent- gelte für besondere Einrichtungen (8[5,6]00[3,4]xxx)	47100045
38	Zuschlag gem. § 5 Abs. 2c KHEntg zur Förderung der ge- burtshilflichen Ver- sorgung in Kranken- häusern	§ 5 Abs. 2c KHEntgG	<u>Landesebene: fester Eurowert</u>	voll- oder teil- stationärer Be- handlungsfall	krankenhausindividu- eller Zuschlag	krankenhausindividu- eller Zuschlag	47100046
39	Aufschlag gemäß § 275c Abs. 3 SGB V (nur für Kranken- kassen)	§ 275c Abs. 3 SGB V	<u>Bundesebene:</u>	für vollstatio- näre Kranken- hausfälle	Prüfquote	Prüfquote	47100048 (Erstattungen) 47200033 (Forderungen)
40	Abschlag bei nicht anfallender Über- nachtung im Rah- men tagesstationä- rer Behandlung (§ 115e Abs. 3 SGB V – fallbezogen)	§ 115e Abs. 3 SGB V	<u>Bundesebene:</u>	für vollstatio- näre somatische Krankenhaus- fälle	0,04 Bewertungsrela- tionen je betreffende Nacht und max. 30% der betroffenen Ent- gelte	0,04 Bewertungsrela- tionen je betreffende Nacht und max. 30% der betroffenen Ent- gelte	47200047

Abrechnungsbestimmungen nach dem KHEntgG und der FPV 2025

	Zu- oder Abschlag	Rechtsgrundlage	Verhandlungsebene	Bezug des Zu- bzw. Abschlags	2024	2025	Entgelt-schlüssel
41	Abschlag für nicht fristgerechte Daten-lieferungen nach § 9 Abs. 1 Nr. 5 KHEntgG	§ 11 Abs. 4 Satz 6 KHEntgG	<u>Ortsebene: Höhe des Abschlags</u>	je voll- oder teilstationärer Behandlungsfall	1% je voll- und teil-stationärem Fall bis einen Monat nach Ab-schluss der Budget-vereinbarung	1% je voll- und teil-stationärem Fall bis einen Monat nach Abschluss der Bud-getvereinbarung	47200048
42	Abschlag bei fehlen-der Bereitstellung und Nutzung der di-gitalen Dienste nach § 5 Abs. 3h KHEntgG	§ 5 Abs. 3h KHEntgG	<u>Ortsebene: Höhe des Abschlags</u>	je voll- oder teilstationärer Behandlungsfall	–	bis zu 2 % pro Fall ab 2026	noch offen
43	Zuschlag gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 7 KHEntgG Implan-tateregister-aufwandsvergütung	§ 17b Abs. 1a Nr. 9 KHG	<u>Bundesebene: Zuschlagshöhe</u>	je Behandlungs-fall	–	34,24 Euro	47100049
44	Abschlag bei fehlen-der Datenübermitt-lung an das Implan-tate-register Deutschland (§ 23a IRegBV)	§ 23a IRegBV	<u>Bundesebene: Zuschlagshöhe</u>	pro Implantat	–	100 Euro	47200050

* keine Relevanz für Abrechnung