

Abrechnungsbestimmungen:

Bundesweiter Fallpauschalen-Katalog für Krankenhäuser

Bundesweiter Sonderentgelt-Katalog für Krankenhäuser

Ergänzungsvereinbarung

**Einführung des ICD-10
Vorschlag einer gemeinsamen Protokollierung**

Bundesweiter Fallpauschalen-Katalog für Krankenhäuser

(nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 in Verbindung mit § 14 Abs. 4
der Bundespflegesatzverordnung)

Abrechnungsbestimmungen:

1. Fallpauschalen werden für die im Entgeltkatalog bestimmten Behandlungsfälle berechnet, wenn diese die Hauptleistung des Krankenhauses für den Patienten sind und der Patient am Tag der Aufnahme das 14. Lebensjahr vollendet hat. Eine Berechnung bei jüngeren Patienten ist nur in den in Spalte 2 bezeichneten Ausnahmen möglich.
2. Maßgeblich für die Zuordnung eines Patienten zu einer Fallpauschale und damit für deren Abrechenbarkeit ist die im Entgeltkatalog ausgewiesene Leistung in Verbindung mit der genannten Hauptdiagnose für den Krankenhausaufenthalt oder einer entsprechenden Diagnose. Dabei gilt folgende Rangfolge der Definitionen:
 - a) der Operationenschlüssel nach dem OPS-301 (Spalte 4);
 - b) der Diagnoseschlüssel nach der ICD (Spalte 3); dieser grenzt die Fallpauschalen ergänzend zu Spalte 4 näher ab; die Fallpauschale ist auch bei „entsprechenden“ Diagnosen abzurechnen, wenn die erbrachte Leistung nach Art und Aufwand der Leistung entspricht, die der Fallpauschalendefinition zugrunde liegt;
 - c) die Textdefinition (Spalte 2); sie ist maßgeblich, soweit eine nähere Definition der Fallpauschalen mit den Schlüsseln nach Spalte 4 und 3 nicht dargestellt werden kann und somit nur aus der Textfassung hervorgeht.
3. Bei den Fallpauschalen, für die in **Spalte 12** eine zusätzliche Grenz-Verweildauer für die Intensivmedizin ausgewiesen ist, werden entsprechend der Basispflegesatz und der Abteilungspflegesatz für die Intensivmedizin berechnet, soweit auch die Grenz-Verweildauer der Fallpauschale überschritten wird. Soweit die Grenz-Verweildauer der Fallpauschale nicht überschritten wird, wird der Basispflegesatz nicht, der Abteilungspflegesatz für die Intensivmedizin in Höhe von 50 vom Hundert berechnet.
4. Arbeitet bei einer „Zusammenarbeit“ nach § 14 Abs. 11 BPfIV eine hauptamtlich geführte Abteilung eines Krankenhauses mit einer belegärztlich geführten Abteilung eines anderen Krankenhauses zusammen, ist die Fallpauschale für die Abteilung abzurechnen, die die Hauptleistung der Fallpauschale erbracht hat. Gleiches gilt, wenn eine hauptamtlich geführte Abteilung eines Krankenhauses mit einer belegärztlich geführten Abteilung des gleichen Krankenhauses zusammenarbeitet.

5. Die Regelungen des Pflegesatzrechts und dieser Abrechnungsbestimmungen sind verbindlich für die Vorkalkulation und die Abrechnung von Fallpauschalen. Die Abrechnung der Fallpauschalen folgt der auf dieser Grundlage durchgeführten Kalkulation im Rahmen der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (LKA) und Vereinbarung der Pflegesätze.
6. **Die Fallpauschalen für die Transplantation von Leber und Niere sind nur bis zum 31. Dezember 2000 abrechenbar.**
7. Erbringt ein Krankenhaus die Leistung einer Fallpauschale zur Weiterbehandlung (B-Pauschale) in den Gruppen 9 und 17 zusätzlich zu der Operationsleistung (A-Pauschale), beginnt die B-Pauschale am Tag der Wundheilung. Die Grenz-Verweildauer der A-Pauschale wird in diesem Fall zur Grenz-Verweildauer der B-Pauschale hinzugerechnet. Als erster Belegungstag der Mindestverweildauer der B-Pauschale ist das Kalenderdatum der Wundheilung in der Rechnung anzugeben. Erfolgt die Weiterbehandlung (B-Pauschale) in einem anderen Krankenhaus, so ist der Aufnahmetag in diesem Krankenhaus der erste Belegungstag der Mindestverweildauer der B-Pauschale. Der Entlassungstag wird in bezug auf die Mindestbelegung der B-Pauschale nicht mitgezählt.
8. Die Fallpauschalen 17.013 und 17.023 gelten bis zur externen oder internen Verlegung in eine geriatrische Abteilung. Diese geriatrische Abteilung kann ab dem Verlegungstag tagesgleiche Pflegesätze berechnen. Bei einer "Wiederaufnahme" innerhalb der Grenzverweildauer in die Abteilung, in der die FP 17.013 oder 17.023 abgerechnet wurde, sind bei der Betrachtung der Grenzverweildauer die Tage, in denen tagesgleiche Pflegesätze der Akutgeriatrie abgerechnet wurden, nicht zu berücksichtigen.
9. **Die Zusatzkennzeichen der ICD-10 – SGB V für die Seitenlokalisierung (R, L, B) beschreiben die betroffene/n und nicht die behandelte/n Seite/n. Das Kennzeichen B ist sowohl bei einseitigem Eingriff mit beidseitigem Befall als auch bei beidseitigem Eingriff zu nutzen. Die Übereinstimmung mit der ICD-10 – SGB V ist zu beachten. So dürfen R und L nicht mit Codes kombiniert werden, die die ICD-10 – SGB V explizit für beidseitige Erkrankungen vorsieht. Die abrechnungsrelevante Anzahl der Eingriffe je Entgelt ergibt sich aus den OPS-301-Kodes bzw. der Kombinationen der OPS-301-Kodes gemäß Spalte 4 der Entgeltkataloge und den Textdefinitionen. Solange es sich nicht ausdrücklich um Entgelte für beidseitige Eingriffe handelt, sind in diesem Fall bei zutreffender Hauptleistung die Fallpauschale und das korrespondierende Sonderentgelt abzurechnen, sofern die Abrechnungsbestimmung Nr. 3 für Sonderentgelte dem nicht entgegensteht.**

Bundesweiter Sonderentgelt-Katalog für Krankenhäuser

(nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 in Verbindung mit § 14 Abs. 3
der Bundespflegesatzverordnung)

Abrechnungsbestimmungen:

1. Sonderentgelte werden für die im Entgeltkatalog bestimmten Leistungskomplexe berechnet.
2. Maßgeblich für die Zuordnung eines Patienten zu einem Sonderentgelt und damit für die Abrechenbarkeit des Entgelts ist der im Entgeltkatalog ausgewiesene Leistungskomplex. Dabei gilt folgende Rangfolge der Definitionen:
 - a) der Operationenschlüssel nach dem OPS-301 (Spalte 4);
 - b) der Diagnoseschlüssel nach der ICD (Spalte 3), soweit ein solcher vorgegeben ist, um Sonderentgelte voneinander abzugrenzen, für die in Spalte 4 dieselbe operative Leistung ausgewiesen ist;
 - c) die Textdefinition (Spalte 2); sie ist maßgeblich, soweit eine nähere Definition der Sonderentgelte mit den Schlüsseln nach Spalte 4 und 3 nicht dargestellt werden kann und somit nur aus der Textfassung hervorgeht.
3. Zusätzlich zu einer Fallpauschale oder zu einem Sonderentgelt für Operationen (Kapitel I) darf ein weiteres Sonderentgelt nur berechnet werden bei
 - einer Operation an einem anderen Operationstermin,
 - einer Operation an demselben Operationstermin, wenn der Eingriff in einem anderen Operationsgebiet über einen gesonderten Operationszugang vorgenommen wird,
 - einer Rezidiv-Operation (Wiederkehren der ursprünglichen Erkrankung; nicht bei Komplikationen) während desselben Krankenhausaufenthalts,
 - Leistungen, bei denen dies aus der Leistungsdefinition hervorgeht.
4. Ein Sonderentgelt für „Sonstige therapeutische Maßnahmen“ (Kapitel II) oder für „Diagnostische Maßnahmen“ (Kapitel III) darf zusätzlich zu einer Fallpauschale nur berechnet werden, wenn diese Leistung mit der Fallpauschale nicht vergütet wird.

5. Konsentierete Abrechnungskonstellationen bei Sonderentgelten der Kapitel II (Gruppe 20) und Kapitel III (Gruppe 21):
 - Das Sonderentgelt 20.01 kann mehrfach nur abgerechnet werden, wenn Dilatationen auf beiden Seiten erfolgen.
 - Das Sonderentgelt 20.02 kann nicht mehrfach abgerechnet werden.
 - Das Sonderentgelt 21.01 kann nicht mehrfach abgerechnet werden.
 - Das Sonderentgelt 21.02 kann nicht mehrfach abgerechnet werden.
 - Das Sonderentgelt 20.01 kann mit dem Sonderentgelt 20.02 grundsätzlich parallel abgerechnet werden, wenn sowohl koronare als auch extremitätenversorgende Dilatationen und getrennte Zugänge oder getrennte Eingriffe erforderlich sind.
 - Das Sonderentgelt 20.01 kann mit dem Sonderentgelt 21.01 grundsätzlich parallel abgerechnet werden, wenn mehrere getrennte Zugänge oder getrennte Eingriffe erforderlich sind.
 - Das Sonderentgelt 20.01 kann mit dem Sonderentgelt 21.02 grundsätzlich parallel abgerechnet werden, wenn mehrere getrennte Zugänge oder getrennte Eingriffe erforderlich sind.
 - Das Sonderentgelt 20.02 kann nicht mit dem Sonderentgelt 21.02 parallel abgerechnet werden.
 - Das Sonderentgelt 21.01 kann nicht mit dem Sonderentgelt 21.02 parallel abgerechnet werden.

6. Die Regelungen des Pflegesatzrechts und dieser Abrechnungsbestimmungen sind verbindlich für die Vorkalkulation und die Abrechnung von Sonderentgelten. Die Abrechnung der Sonderentgelte folgt der auf dieser Grundlage durchgeführten Kalkulation im Rahmen der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (LKA) und Vereinbarung der Pflegesätze.

7. **Sonderentgelte für die Transplantation von Leber und Niere sind nur bis zum 31. Dezember 2000 abrechenbar.**

- 8. Die Zusatzkennzeichen der ICD-10 – SGB V für die Seitenlokalisierung (R, L, B) beschreiben die betroffene/n und nicht die behandelte/n Seite/n. Das Kennzeichen B ist sowohl bei einseitigem Eingriff mit beidseitigem Befall als auch bei beidseitigem Eingriff zu nutzen. Die Übereinstimmung mit der ICD-10 – SGB V ist zu beachten. So dürfen R und L nicht mit Codes kombiniert werden, die die ICD-10 – SGB V explizit für beidseitige Erkrankungen vorsieht. Die abrechnungsrelevante Anzahl der Eingriffe je Entgelt ergibt sich aus den OPS-301-Kodes bzw. der Kombinationen der OPS-301-Kodes gemäß Spalte 4 der Entgeltkataloge und den Textdefinitionen. Solange es sich nicht ausdrücklich um Entgelte für beidseitige Eingriffe handelt, sind in diesem Fall unter der Voraussetzung, dass für die Hauptleistung keine Fallpauschale abrechenbar ist, zwei Sonderentgelte abzurechnen, sofern die Abrechnungsbestimmung Nr. 3 für Sonderentgelte dem nicht entgegensteht.**

Ergänzungs- vereinbarung

**zur Vereinbarung vom 29.11.1999
nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 BPfIV
über die bundesweit geltenden Entgeltkataloge
für Fallpauschalen und Sonderentgelte
nach § 17 Abs. 2 a KHG**

zwischen

dem Verband der Angestellten-Krankenkassen, Siegburg
dem Arbeiter-Ersatzkassen-Verband, Siegburg
dem AOK-Bundesverband, Bonn
dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen
dem IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach
der Bundesknappschaft, Bochum
dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel
der See-Krankenkasse, Hamburg
sowie
dem Verband der privaten Krankenversicherung, Köln
gemeinsam

u n d

der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Düsseldorf

Präambel

Mit dieser Vereinbarung wird gem. § 15 Abs. 1 Nr. 1 BPfIV mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 17 BPfIV - ergänzend zur Vereinbarung vom 29.11.1999 - die Umstellung der bundesweit geltenden Fallpauschalen- und Sonderentgeltkataloge auf die ICD-10 - SGB V in der vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebenen Version 1.3. sowie eine damit zusammenhängende Abrechnungsbestimmung vereinbart. Die Veränderungen der Vereinbarung vom 29.11.1999 sowie die ICD-10 – SGB V Zuordnung dieser Ergänzungsvereinbarung sind in den beiden Anlagen zusammengefasst und werden damit Bestandteil beider Vereinbarungen.

§ 1

Die Diagnosenverschlüsselungen nach ICD-10 – SGB V (Anlagen – Spalte 3a) sind gemäß der Bekanntmachung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) im Bundesanzeiger Nr. 124 vom 08.07.1999 ab dem 01.01.2000 für die Abrechnung von Fallpauschalen und Sonderentgelte zu verwenden. Grundlage der Umstellung der Fallpauschalen- und Sonderentgeltkataloge auf den ICD-10 – SGB V ist der Abschlussbericht vom 06.12.1999 der Fachgruppe „Kodierung“ des „Gemeinsamen Ausschusses für Vergütungsfragen (Koordinierungsausschuss)“. Die Spalte 3b der Anlagen wird bis 31.12.2000 ausgewiesen.

§ 2

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2000 in Kraft. Die Anlagen sind Bestandteil dieser Vereinbarung.
- (2) Sie kann von den GKV-Spitzenverbänden/dem PKV-Verband gemeinsam oder der DKG mit einer Frist von 3 Monaten zum 31.12. eines Kalenderjahres mit eingeschriebenem Brief gekündigt werden. Die Anlagen dieser Vereinbarung gelten bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung oder der Festsetzung eines neuen Entgeltkataloges einschließlich der Abrechnungsbestimmungen fort.

Anlagen

Düsseldorf, Bonn, Essen, Bergisch Gladbach, Hamburg, Kassel, Bochum, Siegburg,
und Köln, den 16.12.1999

.....
Deutsche Krankenhausgesellschaft

.....
AOK-Bundesverband

.....
Bundesverband der Betriebskrankenkassen

.....
IKK-Bundesverband

.....
See-Krankenkasse

.....
Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen

.....
Bundesknapenschaft

.....
Verband der Angestellten-Krankenkassen

.....
Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

.....
Verband der privaten Krankenversicherung

Vorschlag einer gemeinsamen Protokollierung

Einführung des ICD-10

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung stellen fest, daß die ICD 10 der maßgebende Schlüssel zur Codierung von Diagnosen ab dem 01.01.2000 ist.

Mit der in der Fachgruppe „Kodierung“ erarbeiteten und vom Koodierungsausschuß zur Pflege und Weiterentwicklung des Entgeltsystems verabschiedeten Überleitung vom ICD 9 zum ICD 10 in den Entgeltkatalogen für Fallpauschalen und Sonderentgelte hat die Selbstverwaltung ihre Handlungsfähigkeit unter Beweis gestellt. Die nachrichtliche Ausweisung der ICD 9 entfällt bis spätestens zum 31.12.2000.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung werden ihren Mitgliedern und Gliederungen empfehlen, von Sanktionen abzu-
sehen, sofern im Rahmen der Abrechnung von Krankenhausleistungen die Diagnose-
verschlüsselung wegen technischer Probleme noch befristet nach der ICD 9 vorge-
nommen wird.