

Gemeinsame Absprachen 2011

Gemeinsame Absprache für die Leistungsbereiche der BPfIV

Die Gemeinsame Absprache VI für die Leistungsbereiche der BPfIV vom 01.01.2003 gilt im Jahre 2011 fort, soweit sie nicht die Abrechnung nach Fallpauschalen und Sonderentgelten betrifft.

Gemeinsame Absprache IX
für die Abrechnung nach dem DRG-Entgeltsystem im Jahr 2011

Inhalt

A. Grundsätze

B. Abrechnungsregeln

Anlage 1 Übersicht zur Laufzeit der Entgelte 2011

Anlage 2 Klarstellungen der Vertragsparteien nach § 17 b Abs. 2 Satz 1
KHG zur Fallpauschalenvereinbarung 2011 (FPV 2011)

Anlage 3 Hinweise zur Erläuterung der Regelung nach § 3 Abs. 3 Sätze 2
bis 4 FPV 2011 „Kombinierte Fallzusammenführungen“

Anlage 4 Klarstellungen zur Nichtanwendung der Regelungen zur Fallzu-
sammenführung bei Fallkonstellationen über den Jahreswechsel

[Quelle Anlagen 2 bis 4: www.g-drg.de]

C. Schematische Darstellung der
Dialysebehandlung im Krankenhaus

D. Schematische Darstellung der
Wiederaufnahmeregelung nach § 2 FPV 2011

Gemeinsame Absprache IX

für die Abrechnung nach dem DRG-Entgeltsystem im Jahr 2011

Die Resonanz auf die bisherigen Gemeinsamen Absprachen hat gezeigt, dass durch sie viele Streitigkeiten im Vorfeld ausgeräumt werden konnten.

Die BWKG und die Verbände der Krankenkassen im Lande einschließlich des Landesausschusses des Verbandes der privaten Krankenversicherungen tragen somit dem seitens der Praxis vielfach geäußerten Wunsch Rechnung, indem sie sich auf folgende

Gemeinsame Absprache IX

verständigen.

A Grundsätze

1. Die Unsicherheiten bei der Interpretation der Abrechnungsregeln haben zu unterschiedlichen Umsetzungen in den Mengengerüsten bisher abgeschlossener Budgetvereinbarungen geführt. Diesbezüglich gilt: Die Abrechnung folgt der Kalkulation. Differenzen, die aus o.g. Unsicherheiten resultieren, werden in diesem Sinne vertragspartnerschaftlich gelöst.
2. Im Übrigen sind die landesweiten Abrechnungsempfehlungen Grundlage für die Kalkulation und die Pflegesatzvereinbarung 2011 nach § 11 KHEntgG. Dementsprechend folgt auch die Abrechnung der zu Grunde liegenden Kalkulation.
3. Die Abrechnungsempfehlungen sollten während des Kalenderjahres 2011 beibehalten werden. Eine unterjährige Anpassung erfolgt daher nur bei gesetzlichen Änderungen oder neuer höchstrichterlicher Rechtsprechung.
4. Diese Absprache lässt die Regelungen der Gemeinsamen Absprache VI für die Leistungsbereiche nach BPflV vom 01.01.2003 unberührt.
5. Ergänzend wird auf die im Inhaltsverzeichnis benannten Anlagen verwiesen.
6. Die Empfehlungspartner beabsichtigen, rechtzeitig eine gemeinsame Absprache für 2012 zu verhandeln – insbesondere zu den derzeit offen gebliebenen Abrechnungsfragen und ggf. zu neu entstehenden Abrechnungsfragen (gesetzliche Änderungen).

B Abrechnungsregeln

Nr.	Schlagwort	Regelung	Fragestellung	Antwort
1	Wiederaufnahme wegen Komplikation innerhalb der OGVD	§ 2 Abs. 3 FPV 2011	Unter welchen Voraussetzungen findet eine Fallzusammenführung wegen Komplikation statt?	<p>Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wiederaufnahme innerhalb der OGVD - Vorliegen einer Komplikation, die im <u>Zusammenhang</u> mit der im vorhergehenden Aufenthalt durchgeführten Leistung steht und in den <u>Verantwortungsbereich</u> des Krankenhauses fällt. <p>Ob eine Komplikation in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses fällt, ist eine Frage des jeweiligen Einzelfalls. Insbesondere liegen unvermeidbare Nebenwirkungen einer Chemotherapie/Bestrahlung bei onkologischer Behandlung außerhalb des Verantwortungsbereichs des Krankenhauses.</p>
2	Vor- und nachstationäre Behandlung/Anzahl der Belegungstage Ermittlung der Verweildauer	§ 1 Abs. 7 FPV 2011	Zählen vor- und nachstationäre <u>Behandlungstage</u> als <u>Belegungstag</u> ?	<p>Nein.</p> <p>Vor- und nachstationäre <u>Behandlungstage</u> spielen bei der Ermittlung von Zu- und Abschlägen keine Rolle. Es gilt die Verweildauer nach § 1 Abs. 7 Satz 2 FPV 2011.</p> <p>„Ausnahme“ (§ 8 Abs. 2 Nr. 3 KHEntgG): Bei der Prüfung, ob für nachstationäre Leistungen eine gesonderte Vergütung abrechenbar ist, sind vor- und nachstationäre <u>Behandlungstage</u> und stationäre <u>Belegungstage</u> zu addieren.</p>

Nr.	Schlagwort	Regelung	Fragestellung	Antwort
3	Neugeborene	§ 1 Abs. 5 FPV 2011	Neugeborenes wird im „Geburtskrankenhaus“ auf der Kinderstation behandelt, aber innerhalb von 24 Std. ab Entbindung verlegt. Der Grouper weist dem Kind die DRG P60C zu.	Bei Zuweisung der DRG P60C ist wegen der Mindestverweildauer von 24 Std. für das „Geburtskrankenhaus“ keine DRG-Abrechnung möglich. Bei Zuweisung anderer DRGs ist eine Abrechnung möglich.
4	Neugeborene	§ 1 Abs. 5 FPV 2011	Welcher Kostenträger erhält die Rechnung für die Behandlung eines Neugeborenen?	Bei Zuweisung der DRGs P66D oder P67D (gesunde Neugeborene) ist mit dem für die Mutter zuständigen Kostenträger unter Angabe der Versichertennummer der Mutter abzurechnen. Bei Zuweisung anderer DRGs (krankheitsbedingt behandlungsbedürftige Neugeborene) ist mit dem Kostenträger des Neugeborenen abzurechnen.
5	Neugeborene/ Jahreswechsel	§ 1 Abs. 5 FPV 2011	Aufnahme der Mutter in 2010; Geburt des Kindes in 2011	Abrechnung der Mutter nach Katalog 2010 und des Kindes, soweit nach der Versorgung im Kreißsaal eine Weiterversorgung im Krankenhaus erfolgt, nach Katalog 2011.
6	Belegarzt	§ 1 Abs. 4 FPV 2011	In einer Belegabteilung mit Belegoperateur und Beleganästhesist wird eine medizinische DRG erbracht. Muss das – im Vergleich zur Behandlung in der Belegabteilung mit (nur) Belegoperateur niedrigere – Relativgewicht abgerechnet werden, obwohl der Beleganästhesist keine Rolle bei der Behandlung gespielt hat?	Ja. Es ist das Relativgewicht der Belegabteilung abzurechnen. Die Zuordnung der Relativgewichte richtet sich nach der Abteilung, nicht nach den medizinischen Umständen.

Nr.	Schlagwort	Regelung	Fragestellung	Antwort
7	Aufnahmeverlegung/ 24 Std. Regelung	§ 1 Abs. 1 Satz 4 FPV 2011 § 3 FPV 2011	Patient wird aus KH A entlassen, bricht sich ein Bein und wird innerhalb von 24 Std. in KH B aufgenommen. Die Verweildauer in KH A betrug a) mehr als 24 Std. b) nicht länger als 24 Std.	a) Beide Krankenhäuser müssen in diesem Fall, unabhängig von der Grunderkrankung, gemäß § 1 Abs. 1 Satz 4 FPV 2011 die Verlegungsregelung des § 3 FPV 2011 anwenden. b) Wenn die Aufenthaltsdauer des Patienten in KH A nicht länger als 24 Std. betrug, hat das <u>aufnehmende</u> KH B keine Verlegungsabschlüsse zu berechnen (§ 3 Abs. 2 Satz 2 FPV 2011).
8	Verlegungsfallpauschalen	§ 1 Abs. 1 Satz 3 i.V.m. Abs. 3 FPV 2011	Kann bei der Abrechnung einer Verlegungsfallpauschale ein Abschlag bei Nichterreichen der unteren Grenzverweildauer gelten?	Ja. Die Abschlagsregelung nach § 1 Abs. 3 FPV 2011 gilt entsprechend bei Abrechnung von Verlegungsfallpauschalen für das <u>verlegende</u> Krankenhaus.
9	Verlegung in Reha/ AHB	§ 3 FPV 2011	Gilt die Verlegungsregelung nach § 3 FPV 2011 bei einer „Verlegung“ in eine Rehaklinik?	Die Verlegungsregelung (§ 3 FPV 2011) gilt nur bei Verlegung in Betten nach § 109 SGB V. Bei „Verlegung“ in Betten nach § 111 SGB V ist § 3 FPV 2011 nicht anzuwenden. Beim Übergang eines Patienten von der Krankenhausbehandlung zur Reha/AHB wird der Patient aus dem Krankenhausbereich <u>entlassen</u> .
10	Beurlaubung	§ 1 Abs. 7 FPV 2011	Werden bei Beurlaubung eines Patienten eine oder zwei DRGs abgerechnet?	Bei Beurlaubung eines Patienten wird nur eine DRG abgerechnet. Zur Anwendung der Beurlaubungsregelung wird auf die Ziffer 2 der Klarstellungen der Vertragsparteien zur FPV 2011 (Anlage 2) verwiesen.
11	Kodierung/ Dokumentation	ICD, OPS, DKR	Welche Regelungen gelten für die Kodierung der Entlassfälle in 2011?	Für Aufnahmen ab 1.1.2011 gilt die ICD-10 GM Version 2011, der OPS 301 Version 2011 und die DKR 2011. Für Überlieger 2010/2011 gilt die ICD-10 GM Version 2010, der OPS-301 Version 2010 und die DKR 2010.

Nr.	Schlagwort	Regelung	Fragestellung	Antwort
12	Kostenträgerwechsel während des stationären Aufenthaltes	§ 9 Alt.1 FPV 2011	Welche gesetzliche Krankenkasse ist gegenüber dem Krankenhaus zuständig, wenn ein Fallpauschalenpatient während des stationären Aufenthaltes die Krankenkasse wechselt?	Zuständig ist die Krankenkasse, bei der der Patient zum Zeitpunkt der Aufnahme versichert ist.
13	Kostenträgerwechsel und Zuschläge	§ 9 Alt. 2 FPV 2011	Behandlungen, die mittels tagesbezogener Entgelte vergütet werden, sind bei einem Zuständigkeitswechsel mit verschiedenen Kostenträgern abzurechnen. Welchem Kostenträger werden fallbezogene Zuschläge (G-BA etc.) zugeordnet?	Die Zuschläge sind dem bei Aufnahme zuständigen Kostenträger in Rechnung zu stellen.
14	Abrechnung bei Überliegern	§ 1 Abs. 6 Satz 2 und 3 FPV 2011	a) Wie ist bei Jahresüberliegern 2010/2011 abzurechnen? b) Wie erfolgt die Abrechnung von Überliegern, die über das Inkrafttreten der neuen Entgeltvereinbarung im Krankenhaus liegen?	a) Fälle mit Aufnahme im Jahr 2010 sind insgesamt nach der FPV 2010 abzurechnen, auch wenn Leistungen erbracht werden, die mit krankhausindividuellen, tagesbezogenen Entgelten und Zusatzentgelten zu vergütet sind. b) Bei Überliegern, die über das Inkrafttreten einer neuen Entgeltvereinbarung im Krankenhaus liegen, ist analog den Jahresüberliegern zu verfahren, ausschlaggebend für die Abrechnung ist demnach der Tag der voll- oder teilstationären Aufnahme.
15	Jahreswechsel und Wiederaufnahme/ Rückverlegung	§§ 2, 3 FPV 2011	Sind die Wiederaufnahme-/ Rückverlegungsregelungen anzuwenden, wenn ein erster Aufenthalt unter die FPV 2010 (erste Aufnahme <u>vor</u> dem 1.1.2011), ein weiterer Aufenthalt aber wegen Aufnahme ab dem 1.1.2011 unter die FPV 2011 fällt?	Eine Fallzusammenführung findet <u>nicht</u> statt, wenn der Tag der Aufnahme für einen Krankenhausaufenthalt außerhalb der Geltungsdauer der FPV 2011 liegt (§ 2 Abs. 4 Satz 8 und § 3 Abs. 3 Satz 6 FPV 2011). Ergänzend wird auf die Klarstellungen zur Nichtanwendung der Regelungen zur Fallzusammenführung bei Fallkonstellationen über den Jahreswechsel (Anlage 4) verwiesen.

Nr.	Schlagwort	Regelung	Fragestellung	Antwort
16	Kombinierte Fallzusammenführungen wegen Rückverlegung in Verbindung mit Wiederaufnahmen	§ 3 Abs. 3 FPV 2011	Welche DRG-Fallpauschale ist für die Prüfung, ob die Kriterien für eine weitere Fallzusammenführung (gleiche Basis-DRG / gleiche MDC und Partitionenwechsel / Komplikation) gegeben sind, zugrunde zu legen?	Es ist die DRG zugrunde zu legen, die sich aus der Zusammenfassung der ersten beiden Aufenthalte ergibt (vgl. Hinweise zur Erläuterung der Regelung nach § 3 Abs. 3 Sätze 2 bis 4 FPV 2011 „Kombinierte Fallzusammenführungen“ (Anlage 3, dort insbesondere die Fallkonstellationen 1 und 7)
17	Berücksichtigung nachstationärer Diagnosen und Prozeduren (Neugruppierung)	§ 1 Abs. 6 Satz 5 und 6 FPV 2011	Die Berücksichtigung von nachstationären Diagnosen und Prozeduren gemäß § 1 Abs. 6 Satz 5 FPV 2011 (Neugruppierung) kann die Zuordnung einer anderen Fallpauschale mit höherer OGVD auslösen. Erfolgt dann eine erneute Prüfung der Voraussetzungen des § 8 Abs. 2 Nr. 3 KHEntgG?	Ja. Ergibt sich aus der Neugruppierung eine andere Fallpauschale, ist diese für die Abrechnung, sowie für weitere Prüfungen maßgeblich.
18	Nachstationäre Behandlung beim Jahreswechsel	§ 1 Abs. 6 Satz 2 FPV 2011	Wie ist die nachstationäre Behandlung abzurechnen, wenn sie im neuen Kalenderjahr erfolgt?	Sofern die nachstationäre Behandlung nicht bereits mit der DRG abgegolten ist, ist für die Abrechnung der Tag der voll- oder teilstationären Aufnahme maßgeblich.
19	Abrechenbarkeit der Zuschläge für die Aufnahme von Begleitpersonen		Unter welchen Voraussetzungen dürfen die Zuschläge für die Aufnahme von Begleitpersonen abgerechnet werden?	Die Handhabung ist bei den einzelnen Krankenkassen unterschiedlich. Der MDK legt bei einer Überprüfung der Notwendigkeit der Mitaufnahme einer Begleitperson die Empfehlungen der sozialmedizinischen Expertengruppe „Vergütung und Abrechnung“ des MDS zugrunde.

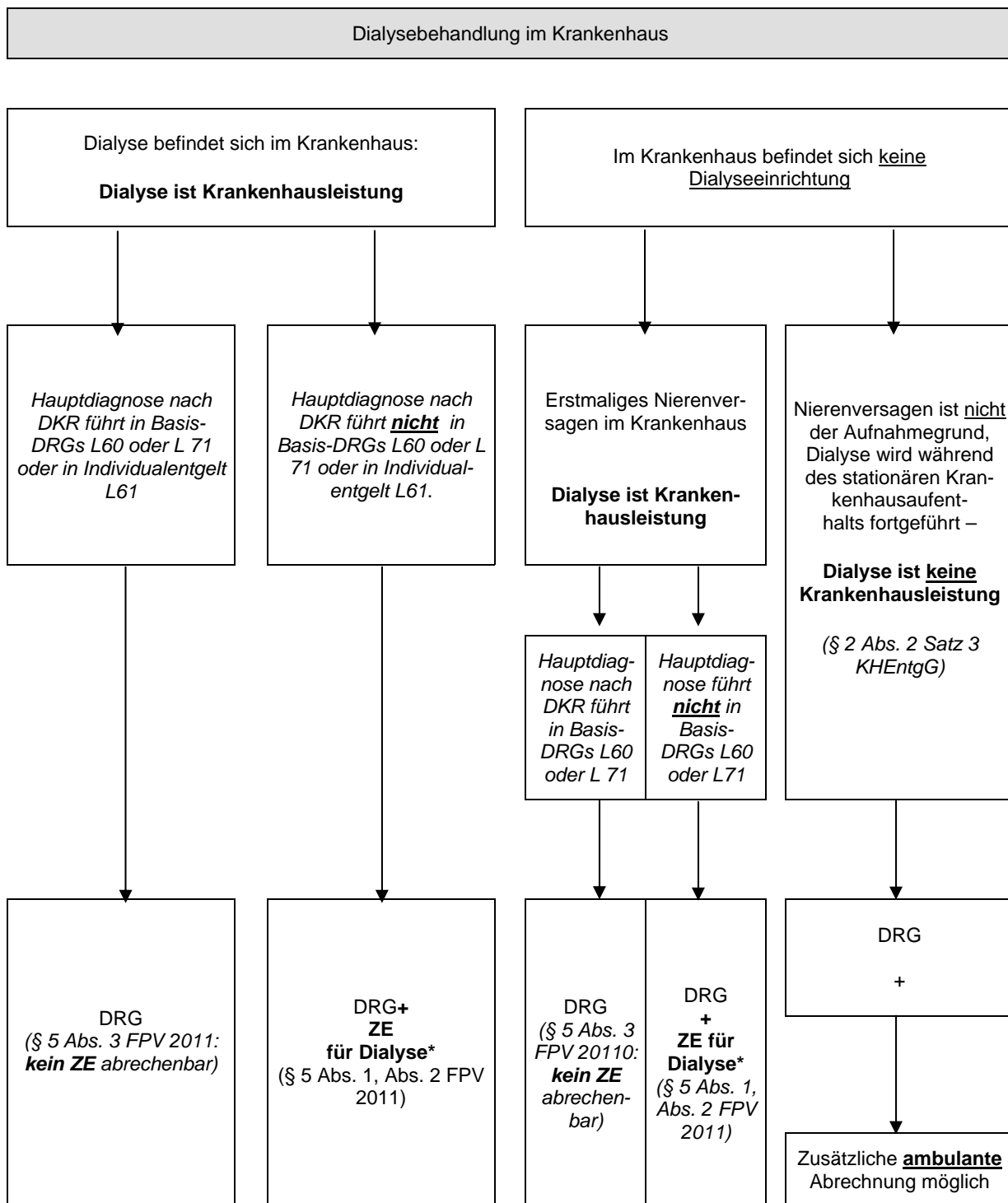
Nr.	Schlagwort	Regelung	Fragestellung	Antwort
20	Zusatzentgelte für Dialysen	§ 5 Abs. 3 FPV 2011	Ist ein Zusatzentgelt für Dialyse abrechenbar, wenn die Dialyse bei der Gruppierung bereits die Zuordnung einer höherwertigen DRG ausgelöst hat?	Ja. Gemäß § 5 Abs. 3 FPV 2011 sind die Zusatzentgelte für Dialysen nur dann nicht abrechenbar, wenn die Behandlung des Nierenversagens die Hauptleistung darstellt. Dies gilt ausschließlich für die Fallpauschalen der Basis-DRGs L60, L71, der DRG L90B/L90C und die krankenhausindividuell zu vereinbarenden Entgelte L61, L90A . Neben allen anderen Fallpauschalen ist das Zusatzentgelt abrechenbar.
21	Wechsel von vollstationärer in die teilstationäre Behandlung in demselben Krankenhaus	§ 6 Abs. 2 FPV 2011	a) Wonach richtet sich die Anwendung der Sonderregel des § 6 Abs. 2 Satz 4 FPV 2011 für Leistungen der Onkologie, der Schmerztherapie, der HIV-Behandlung und für Dialysen? b) Ab welchem Zeitpunkt können die in § 6 Abs. 2 Satz 4 FPV 2011 genannten Leistungen abgerechnet werden?	a) Die Abrechnung richtet sich nach den vereinbarten teilstationären Pflegesätzen. b) Teilstationäre Pflegesätze für Leistungen der Onkologie, der Schmerztherapie, der HIV-Behandlung und für Dialysen können ab dem 1. Tag nach der Entlassung aus der vollstationären Behandlung abgerechnet werden.

Nr.	Schlagwort	Regelung	Fragestellung	Antwort
22	Abrechnung der teilstationären, krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Entgelte (L90A, A90A, A90B)	Anlage 3 b zur FPV 2011	Welcher Preis wird für die Entgelte nach Anlage 3 b abgerechnet?	<p>Vom 1.1.2011 bis zum Inkrafttreten einer Entgeltvereinbarung für das Jahr 2011 können gemäß § 7 Abs. 4 Satz 1 FPV 2010 ersatzweise die im Jahr 2010 vereinbarten, krankenhausesindividuellen Preise abgerechnet werden.</p> <p>Lag eine entsprechende Vereinbarung im Jahr 2009 noch nicht vor, können gemäß § 7 Abs. 4 Satz 3 FPV 2011 ersatzweise 300 Euro je Berechnungstag abgerechnet werden.</p> <p>Ab dem ersten auf das Inkrafttreten der Entgeltvereinbarung für das Jahr 2011 folgenden Quartalsbeginn ist das vereinbarte Entgelt maßgeblich. Entgelte nach Anlage 3 b, für die in der Entgeltvereinbarung 2011 nichts vereinbart wurde, können nach § 7 Abs. 4 FPV 2011 nicht abgerechnet werden (vgl. hierzu auch die Übersicht, Anlage 1)</p>
23	Zuschlag zur Finanzierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten (z.B. Geriatrischer Schwerpunkt)	§ 17 b Abs. 1 Satz 4 KHG	Wie wird der Zuschlag berechnet?	Die Berechnungsgrundlage für den Zuschlag bilden die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen (inklusive der Zu- und Abschläge gemäß § 1 Abs. 2 und 3 FPV 2011 sowie evtl. Verlegungsabschläge), die Zusatzentgelte und die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG (vgl. § 6 der Muster-Entgeltvereinbarung 2011).
24	Weitergeltung krankenhausesindividueller Zusatzentgelte bei OPS-Änderung	§ 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2011	Können krankenhausesindividuell vereinbarte Entgelte auch dann bis zum Inkrafttreten einer Budget- und Entgeltvereinbarung 2011 weiterberechnet werden, wenn im OPS eine Änderung erfolgt ist?	Zur Ermittlung der weiterberechenbaren Entgelthöhe ist auf die Inhaltsgleichheit der Leistung abzustellen. Diese kann mit Hilfe der OPS-Überleitungstabelle des DIMDI ermittelt werden.

Nr.	Schlagwort	Regelung	Fragestellung	Antwort
25	MDK-Aufwandspauschale	§ 275 Abs. 1 c SGB V	Was sind die Voraussetzungen zur Abrechnung der MDK-Aufwandspauschale?	Die Abrechnung der Aufwandspauschale setzt eine Rechnungsstellung durch das Krankenhaus und eine Einzelfallprüfung gemäß § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V voraus.
26	MDK-Aufwandspauschale	§ 275 Abs. 1 c SGB V	Wie oft kann die Aufwandspauschale in Rechnung gestellt werden?	<p>Die Aufwandspauschale kann pro MDK-Einzelfallprüfung nur einmalig in Rechnung gestellt werden.</p> <p>Etwaige erneute Begutachtungen eines Falles infolge eines Widerspruchs des Krankenhauses stellen keine eigenständige Einzelfallprüfung dar, sondern sind als Bestandteil der jeweiligen Einzelfallprüfung anzusehen.</p> <p>Wird eine MDK-Einzelfallprüfung wegen einer möglichen Fallzusammenführung durchgeführt, und wird der MDK aufgrund eines einzigen Prüfauftrages der Krankenkasse tätig, so handelt es sich um eine einheitliche Einzelfallprüfung, deren Gegenstand mehrere Krankenhausaufenthalte sein können.</p>

C Dialysebehandlung während der vollstationären Krankenhausbehandlung

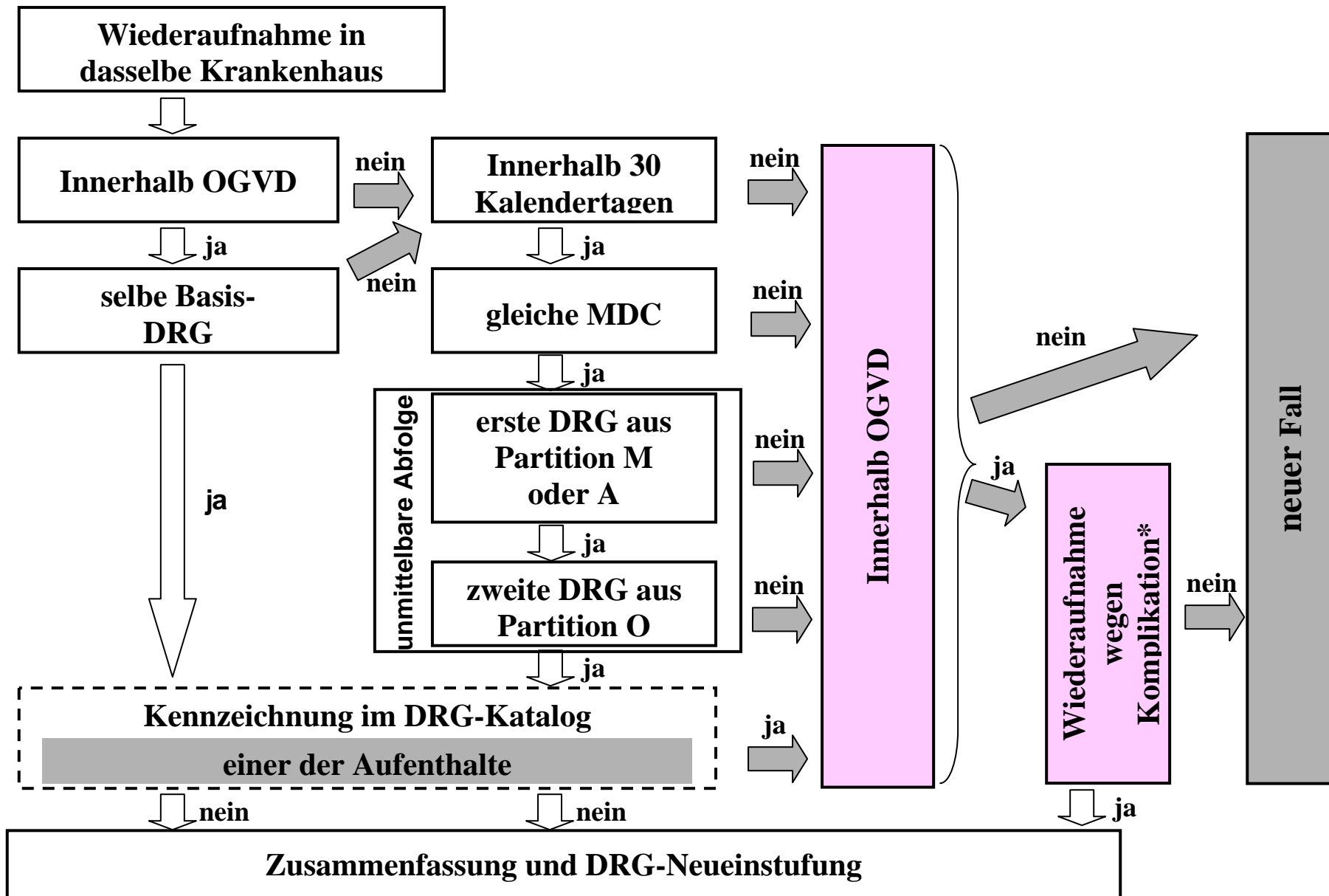
Das nachfolgende Schema zur Abrechnung der Dialysebehandlung verdeutlicht die auf § 2 Abs. 2 Satz 3 und § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 1 KHEntgG sowie § 5 FPV 2011 beruhenden Abrechnungsregeln für die Dialysebehandlung während eines vollstationären Krankenhausaufenthalts.



* je nach Dialyseart:

- ZE 01.01, ZE 01.02, ZE 02; ZE 62, ZE 119 bis ZE 123 (bundeseinheitlich bewertet)
- ZE 2011-08, ZE 2011-82 (hausindividuell zu bewerten)

D FPV 2011 – Zusammenfassung mehrerer Aufenthalte



*im Verantwortungsbereich des Krankenhauses

Anlage 1 zur Gemeinsamen Absprache IX (2011)

Übersicht: Laufzeit der Entgelte nach der FPV 2011

2011	Anpassung zum 01.01.2011	Vorläufiger Preis	ab Inkrafttreten der Entgeltvereinbarung	DTA- Schlüssel	Regelung
DRG- Fallpauschale vollstationär Anlage 1 a / b FPV 2011	Es gilt die im Katalog 2011 ausgewiesene Bewertungsrelation. Bis zum Inkrafttreten des Landesbasisfallwerts 2011 wird diese mit dem Landesbasisfallwert 2010 gewichtet.			2011	§ 10 Abs. 1 Satz 1 und 2 FPV 2011
Bundes- einheitliches Zusatzentgelt Anlagen 2 / 5 FPV 2011	bundeseinheitlicher Preis 2011 nach Anlagen 2 und 5 FPV 2011 - ganzjährig			2011	§ 5 Abs. 1 Satz 2 und § 10 Abs. 1 Satz 1 FPV 2011
krankenhaus- individuelles Entgelt vollstationär Anlage 3 a FPV 2011	Bei gekennzeichneten Entgelten findet § 15 Abs. 2 KHEntgG entsprechende Anwendung, d.h. Weitergeltung des Preises aus 2010 – vgl. Fußnote 1 in Anlage 3 a.	Weitergeltung des Preises aus 2010	wenn vereinbart: krankenhausindividueller Preis 2011,	8500xxxx (2011)	§ 7 Abs. 4 FPV 2011
	Bei nicht gekennzeichneten oder bisher nicht vereinbarten Entgelten sind bis zum Inkrafttreten der Entgeltvereinbarung 2011 für jeden Belegungstag 600 Euro abzurechnen.	600 Euro je Belegungstag	wenn nicht vereinbart: 450 € je Belegungstag im Einzelfall und auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG (vgl. § 7 Abs. 4 Satz 4 FPV 2011)		
krankenhaus- individuelles Zusatzentgelt Anlagen 4 / 6 FPV 2011	Bei bisher bundeseinheitlichen ZE: entsprechende Anwendung des § 15 Abs. 2 KHEntgG, d.h. vorläufige Weitergeltung des Preises aus Anlagen 2 / 5 FPV 2010	Anlagen 2 / 5 FPV 2010		76xxxxxx (2010/2011)** Soweit für Baden- Württemberg spezielle Entgelt- schlüssel vorliegen, gelten diese zunächst weiter.	§ 5 Abs. 2 Satz 3 bis 5 FPV 2011
	Bei bisher krankenhausindividuellen ZE: entsprechende Anwendung des § 15 Abs. 2 KHEntgG, d.h. vorläufige Weitergeltung des bisher krankenhausindividuell vereinbarten Preises für Entgelte nach Anlagen 4 / 6 FPV 2010 vgl. Fußnote 4 in Anlagen 4 und 6 FPV 2011*	krankenhaus- individuelle Vereinbarung zu Anlagen 4 / 6 FPV 2010 oder NUB 2010	wenn vereinbart: krankenhausindividuell vereinbartes Entgelt 2011 wenn nicht vereinbart: 600 € im Einzelfall und auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG (vgl. § 5 Abs. 2 Satz 5 FPV 2011)		
	Bei bisher nicht vereinbarten oder neu in Anlagen 4 / 6 aufgenommenen Entgelten: 600 Euro pro Zusatzentgelt	600 Euro je ZE			

Anlage 1 zur Gemeinsamen Absprache IX (2011)

Übersicht: Laufzeit der Entgelte nach der FPV 2011

2011	Anpassung zum 01.01.2011	Vorläufiger Preis	ab Inkrafttreten der Entgeltvereinbarung	DTA-Schlüssel	Regelung
------	--------------------------	-------------------	--	---------------	----------

Tagesklinik (außer Anlage 1 c, 3 b)

sonstige teilstationäre krankenhaus-individuelle Entgelte (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)	teilstationäres Entgelt 2010 mit Preis aus 2010, § 10 Abs. 2 FPV 2011. Die Entgeltschlüssel entsprechen den Entgeltschlüsseln des Jahres 2010.	Weitergeltung des Preises aus 2010	individuell vereinbartes Entgelt für das Jahr 2011		§ 10 Abs. 2 FPV 2011
---	--	------------------------------------	--	--	----------------------

Tagesklinik (Anlage 1 c und 3 b, Dialyse und Geriatrie)

teilstationäre, tagesbezogene DRG-Fallpauschale L90B und L90C Anlage 1 c FPV 2011	L90B/L90C (2011) Es gilt die in Anlage 1 c ausgewiesene Bewertungsrelation. Bis zum Inkrafttreten des Landesbasisfallwerts 2011 wird diese mit dem Landesbasisfallwert 2010 gewichtet.			erster Berechnungstag: 7070L90B 7070L90C weitere Berechnungstage: 7170L90B 7170L90C	§ 10 Abs. 1 Satz 1 und 2 FPV 2011
teilstationäre, tagesbezogene, nicht kalkulierte DRG-Fallpauschale Anlage 3 b FPV 2011	§ 15 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG findet entsprechende Anwendung, d.h. Weitergeltung des Preises aus 2010 – vgl. Fußnote 1 in Anlage 3 b. Bei bisher vom Krankenhaus nicht vereinbarten Entgelten sind bis zum Inkrafttreten der Entgeltvereinbarung 2011 für jeden Belegungstag 300 Euro abzurechnen.	Weitergeltung des Preises aus 2010 300 Euro	wenn vereinbart: krankenhausindividueller Preis 2011 wenn nicht vereinbart: keine Abrechnung möglich	8500xxxx	§ 7 Abs. 4 FPV 2011

* Zur Weiterberechnung krankenhausindividueller Zusatzentgelte bei einer Änderung des OPS-Kodes vgl. Abrechnungsregel Nr. 24 zur Gemeinsamen Absprache.

** Ausnahmen, die weiterhin mit dem Entgeltschlüssel aus 2010 abzurechnen sind, können dem Hinweis zu den Entgeltschlüsseln bei Weitergeltung von Zusatzentgelten nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2011 aus der Schlüsselfortschreibung vom 17.12.2010 zur Fortschreibung der § 301-Vereinbarung (mit Wirkung zum 01.01.2011) entnommen werden.

Stand 23.09.2010

**Klarstellungen der Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG zur
Fallpauschalenvereinbarung 2011 (FPV 2011)**

1. Fallzählung bei Fallpauschalen für teilstationäre Leistungen

Bei der Abrechnung von tagesbezogenen teilstationären Fallpauschalen wird gemäß § 8 Abs. 1 Satz 4 für jeden Patienten, der wegen derselben Erkrankung regelmäßig oder mehrfach behandelt wird, je Quartal ein Fall gezählt. Dagegen ist zur sachgerechten Ermittlung der Summe der effektiven Bewertungsrelationen im Abschnitt E1 als Fallzahl (Anzahl der DRG) in Spalte 2 die Anzahl der einzeln berechenbaren tagesbezogenen Fallpauschalen auszuweisen. Dadurch ergeben sich bzgl. der mit teilstationären Fallpauschalen abgegoltenen Leistungen unterschiedliche Fallzahlen. Auch im Hinblick auf die Ermittlung des Erlösausgleichs nach § 4 Abs. 3 KHEntgG sollte die Diskrepanz bei der Fallzählung tagesbezogener teilstationärer Fallpauschalen in der Budget- und Entgeltvereinbarung festgehalten werden.

2. Anwendung der Beurlaubungsregelung

Die Vorgaben zur Beurlaubung finden **keine Anwendung** bei onkologischen Behandlungszyklen, bei denen eine medizinisch sinnvolle Vorgehensweise mit mehreren geplanten Aufenthalten zu Grunde liegt. Es handelt sich in diesen Fällen um einzelne abgeschlossene Behandlungen, die durch eine reguläre Entlassung beendet werden.

3. Abrechnung teilstationärer Leistungen in Verbindung mit Fallzusammenführungen

Werden zwischen zwei vollstationären Krankenhausaufenthalten, die gemäß § 2 Abs. 4 zu einem Fall zusammenzuführen sind, teilstationäre Leistungen erbracht, so ist für die Anwendung von § 6 Abs. 2 Satz 1 die mittlere Verweildauer der Fallpauschale zu Grunde legen, die sich aus der DRG-Fallpauschale des zusammengefassten Falls gemäß § 2 Abs. 4 ergibt.

4. Hinweise zur Erläuterung der Regelung nach § 3 Abs. 3 Sätze 2 bis 4 FPV 2011 „Kombinierte Fallzusammenführung“ (siehe Anlage 1)

5. Eingruppierung und Fallzählung bei tagesbezogenen Entgelten für die teilstationäre 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 § 8 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe b FPV 2011 gezählt.

6. Abrechnung von Neugeborenen-Fallpauschalen

Die besonderen Vorschriften zur Abrechnung von Fallpauschalen für Neugeborene nach § 1 Abs. 5 finden nur Anwendung, sofern die Geburt Bestandteil des Krankenhausaufenthalts ist. Liegt hingegen eine (Wieder-) Aufnahme oder Rückverlegung des Neugeborenen vor, sind die besonderen Vorschriften nach § 1 Abs. 5 nicht zu berücksichtigen.

7. Fristenberechnung bei Wiederaufnahmen und Rückverlegungen

Die jeweils nach § 2 Abs. 1 bis 3 maßgebliche Frist (obere Grenzverweildauer bzw. 30 Kalendertage) für Fallzusammenführungen bei Wiederaufnahmen beginnt mit dem Tag der Aufnahme, d. h. der Aufnahmetag wird bei der Fristberechnung mit einbezogen. Gleiches gilt für den Tag der Entlassung bei der Regelung zur Rückverlegung nach § 3 Abs. 3 Satz 1.

Anlage 3 zur Gemeinsamen Absprache IX (2011)

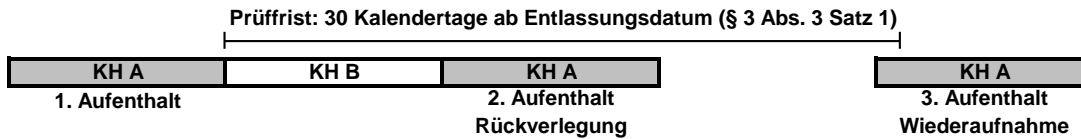
Anlage 1 zu den Klarstellungen der Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG zur Fallpauschalenvereinbarung 2011 (FPV 2011)

Hinweise zur Erläuterung der Regelung nach § 3 Abs. 3 Sätze 2 bis 4 FPV 2011 „Kombinierte Fallzusammenführungen“

Vorbemerkung:

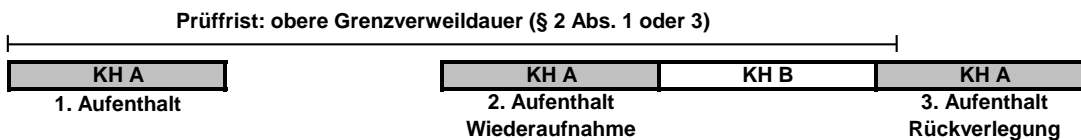
Die in dieser Anlage zur Erläuterung der Regelung nach § 3 Abs. 3 Sätze 2 bis 4 aufgeführten Fallkonstellationen sind nicht als abschließend zu sehen.

Fallkonstellation 1: Erst Rückverlegung nach § 3 Abs. 3 Satz 1, dann Wiederaufnahme innerhalb Prüffrist



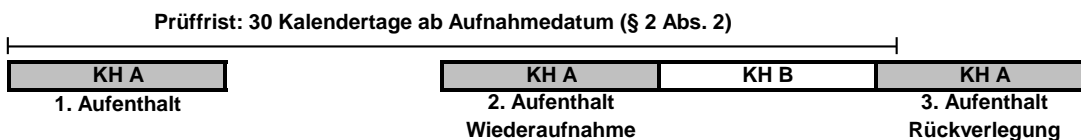
Alle drei Aufenthalte werden zusammengefasst, da sowohl eine Rückverlegung im Sinne von § 3 Abs. 3 Satz 1 (1. und 2. Aufenthalt) als auch eine Wiederaufnahme (3. Aufenthalt) innerhalb der Prüffrist der Rückverlegung („Prüffrist des ersten Falles, der die Fallzusammenführung auslöst“) vorliegt. Weitere Voraussetzung für die Einbeziehung des 3. Aufenthalts ist die Erfüllung des entsprechenden Kriteriums aus § 2 Abs. 1 (Basis-DRG), Abs. 2 (Partitionswechsel innerhalb der MDC) oder Abs. 3 (Komplikationen). Für eine Fallzusammenführung ist die DRG-Fallpauschale des 3. Aufenthalts gegenüber der DRG-Fallpauschale, die sich aus der Zusammenfassung der beiden vorherigen Aufenthalte ergibt, zu prüfen.

Fallkonstellation 2: Erst Wiederaufnahme nach § 2 Abs. 1 oder 3, dann Rückverlegung innerhalb Prüffrist



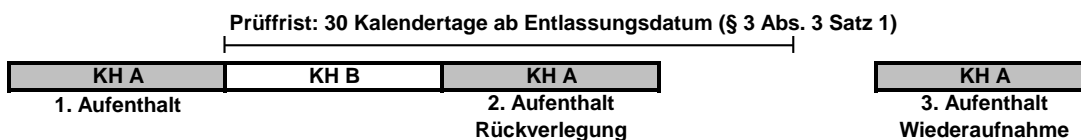
Alle drei Aufenthalte werden zusammengefasst, da sowohl eine Wiederaufnahme im Sinne von § 2 Abs. 1 oder Abs. 3 (1. und 2. Aufenthalt) als auch eine Rückverlegung (3. Aufenthalt) innerhalb der Prüffrist der Wiederaufnahme („Prüffrist des ersten Falles, der die Fallzusammenführung auslöst“) vorliegt. Die in diesem Zusammenhang maßgebliche obere Grenzverweildauer ergibt sich aus der Eingruppierung des 1. Aufenthalts in eine DRG-Fallpauschale. Bei der Ermittlung zusätzlich abrechenbarer Belegungstage nach § 1 Abs. 2 ist die obere Grenzverweildauer maßgeblich, die sich aus der Zusammenführung aller drei Aufenthalte ergibt.

Fallkonstellation 3: Erst Wiederaufnahme nach § 2 Abs. 2, dann Rückverlegung innerhalb Prüffrist



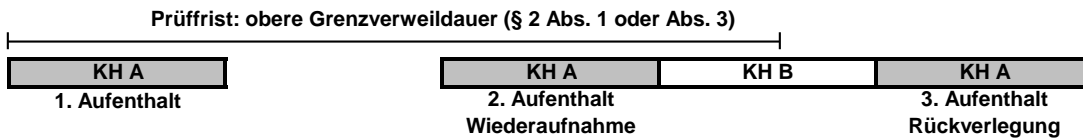
Alle drei Aufenthalte werden zusammengefasst, da sowohl eine Wiederaufnahme im Sinne von § 2 Abs. 2 (1. und 2. Aufenthalt) als auch eine Rückverlegung (3. Aufenthalt) innerhalb der Prüffrist der Wiederaufnahme („Prüffrist des ersten Falles, der die Fallzusammenführung auslöst“) vorliegt.

Fallkonstellation 4: Erst Rückverlegung nach § 3 Abs. 3 Satz 1, dann Wiederaufnahme außerhalb Prüffrist



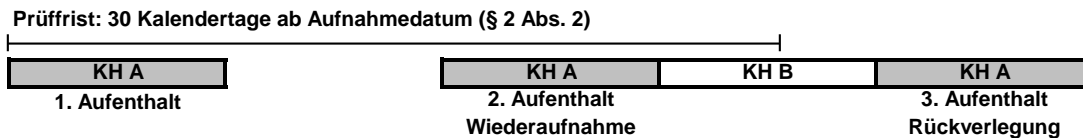
Die ersten beiden Aufenthalte werden lediglich zusammengefasst, da aufgrund der chronologischen Prüfung zunächst eine Rückverlegung im Sinne von § 3 Abs. 3 Satz 1 (1. und 2. Aufenthalt) vorliegt und die Wiederaufnahme (3. Aufenthalt) außerhalb der Prüffrist der Rückverlegung („Prüffrist des ersten Falles, der die Fallzusammenführung auslöst“) erfolgt.

Fallkonstellation 5: Erst Wiederaufnahme nach § 2 Abs. 1 oder Abs. 3, dann Rückverlegung außerhalb Prüfrist



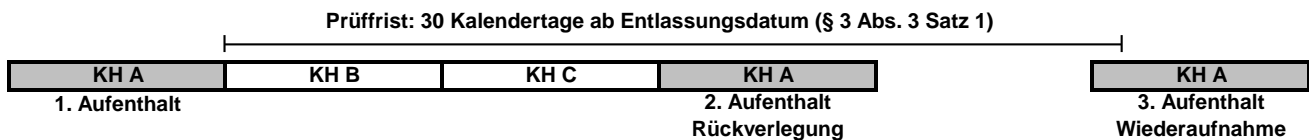
Die ersten beiden Aufenthalte werden lediglich zusammengefasst, da aufgrund der chronologischen Prüfung zunächst eine Wiederaufnahme im Sinne von § 2 Abs. 1 oder Abs. 3 (1. und 2. Aufenthalt) vorliegt und die Rückverlegung (3. Aufenthalt) außerhalb der Prüfrist der Wiederaufnahme („Prüfrist des ersten Falles, der die Fallzusammenführung auslöst“) erfolgt.

Fallkonstellation 6: Erst Wiederaufnahme nach § 2 Abs. 2, dann Rückverlegung außerhalb Prüfrist



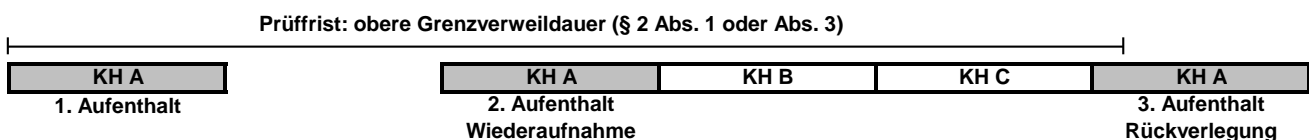
Die ersten beiden Aufenthalte werden lediglich zusammengefasst, da aufgrund der chronologischen Prüfung zunächst eine Wiederaufnahme im Sinne von § 2 Abs. 2 (1. und 2. Aufenthalt) vorliegt und die Rückverlegung (3. Aufenthalt) außerhalb der Prüfrist der Wiederaufnahme („Prüfrist des ersten Falles, der die Fallzusammenführung auslöst“) erfolgt.

Fallkonstellation 7: Erst Rückverlegung nach § 3 Abs. 3 Satz 1, dann Wiederaufnahme innerhalb Prüfrist



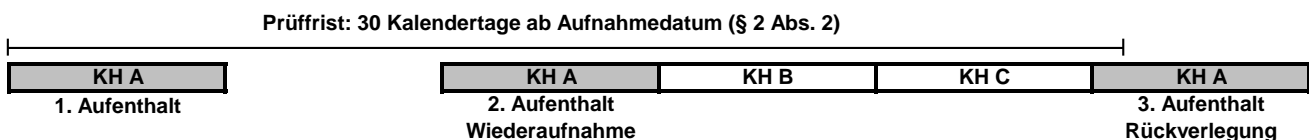
Alle drei Aufenthalte werden zusammengefasst, da sowohl eine Rückverlegung im Sinne von § 3 Abs. 3 Satz 1 (1. und 2. Aufenthalt) als auch eine Wiederaufnahme (3. Aufenthalt) innerhalb der Prüfrist der Rückverlegung („Prüfrist des ersten Falles, der die Fallzusammenführung auslöst“) vorliegt. Weitere Voraussetzung für die Einbeziehung des 3. Aufenthalts ist die Erfüllung des entsprechenden Kriteriums aus § 2 Abs. 1 (Basis-DRG), Abs. 2 (Partitionswechsel innerhalb der MDC) oder Abs. 3 (Komplikationen). Für eine Fallzusammenführung ist die DRG-Fallpauschale des 3. Aufenthalts gegenüber der DRG-Fallpauschale, die sich aus der Zusammenfassung der beiden vorherigen Aufenthalte ergibt, zu prüfen.

Fallkonstellation 8: Erst Wiederaufnahme nach § 2 Abs. 1 oder 3, dann Rückverlegung innerhalb Prüfrist



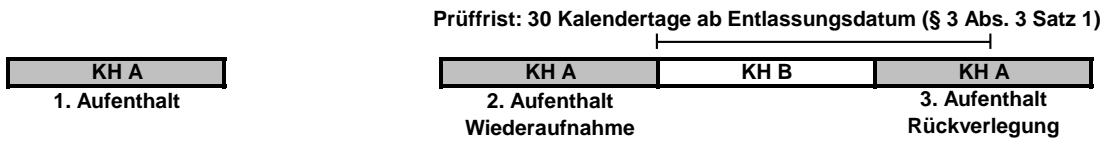
Alle drei Aufenthalte werden zusammengefasst, da sowohl eine Wiederaufnahme im Sinne von § 2 Abs. 1 oder 3 (1. und 2. Aufenthalt) als auch eine Rückverlegung (3. Aufenthalt) innerhalb der Prüfrist der Wiederaufnahme („Prüfrist des ersten Falles, der die Fallzusammenführung auslöst“) vorliegt. Die in diesem Zusammenhang maßgebliche obere Grenzverweildauer ergibt sich aus der Eingruppierung des 1. Aufenthalts in eine DRG-Fallpauschale. Bei der Ermittlung zusätzlich abrechenbarer Belegungstage nach § 1 Abs. 2 ist die obere Grenzverweildauer maßgeblich, die sich aus der Zusammenführung aller drei Aufenthalte ergibt.

Fallkonstellation 9: Erst Wiederaufnahme nach § 2 Abs. 2, dann Rückverlegung innerhalb Prüfrist



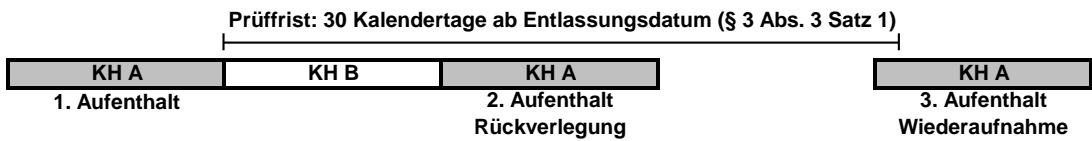
Alle drei Aufenthalte werden zusammengefasst, da sowohl eine Wiederaufnahme im Sinne von § 2 Abs. 2 (1. und 2. Aufenthalt) als auch eine Rückverlegung (3. Aufenthalt) innerhalb der Prüfrist der Wiederaufnahme („Prüfrist des ersten Falles, der die Fallzusammenführung auslöst“) vorliegt.

Fallkonstellation 10: Wiederaufnahme mit in Spalte 13 des Fallpauschalenkatalogs für Hauptabteilungen bzw. Spalte 15 des Fallpauschalenkatalogs für Belegabteilungen gekennzeichnete Fallpauschale mit anschließender Rückverlegung



Die ersten beiden Aufenthalte werden nicht zusammengefasst, da eine der beiden bzw. beide aus einer Einzelfallgruppierung resultierenden Fallpauschalen in Spalte 13 des Fallpauschalenkatalogs für Hauptabteilungen bzw. 15 des Fallpauschalenkatalogs für Belegabteilungen gekennzeichnet ist bzw. sind, lediglich der 2. und 3. Aufenthalt werden aufgrund der Rückverlegung (§ 3 Abs. 3 Satz 1) zusammengefasst.

Fallkonstellation 11: Rückverlegung mit anschließender Wiederaufnahme bei in Spalte 13 des Fallpauschalenkatalogs für Hauptabteilungen bzw. Spalte 15 des Fallpauschalenkatalogs für Belegabteilungen gekennzeichnete Fallpauschale



Die ersten beiden Aufenthalte werden aufgrund der Rückverlegung (§ 3 Abs. 3 Satz 1) zusammengefasst, der dritte Aufenthalt ist gesondert abzurechnen, da die zuvor abgerechnete oder die sich aus der Einzelfallgruppierung des 3. Aufenthalts ergebende Fallpauschale in Spalte 13 des Fallpauschalenkatalogs für Hauptabteilungen bzw. Spalte 15 des Fallpauschalenkatalogs für Belegabteilungen gekennzeichnet ist.

**Klarstellungen zur Nichtanwendung der Regelungen zur Fallzusammenführung
bei Fallkonstellationen über den Jahreswechsel**

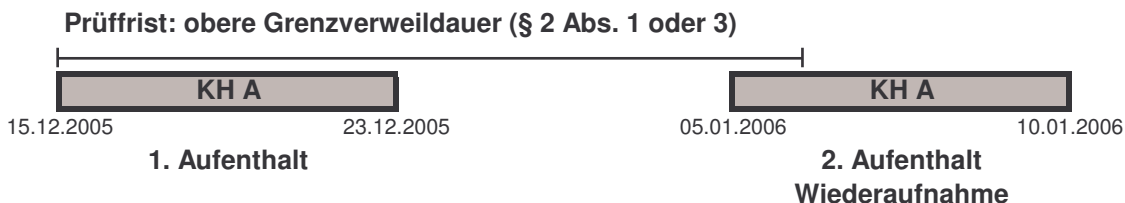
Nach § 2 Abs. 4 Satz 7 FPV 2006 sowie nach § 3 Abs. 3 Satz 6 FPV 2006 sind bei Wiederaufnahmen bzw. Rückverlegungen Fallzusammenführungen mit Krankenhausaufenthalten ausgeschlossen, deren Aufnahmedatum nicht innerhalb der Geltungsdauer der FPV 2006 (01.01. - 31.12.2006) liegt. Ebenso finden die Vorgaben nach der FPV 2005 für Krankenhausaufenthalte, deren Aufnahmedatum innerhalb der Geltungsdauer der FPV 2006 liegt, gemäß § 1 Abs. 1 Satz 1 i. V. m. § 11 FPV 2006 keine Anwendung.

Mit den folgenden Fallkonstellationen soll die Nichtanwendung der Regelungen zur Fallzusammenführung exemplarisch verdeutlicht werden. Bei den dargestellten Beispielen ist eine Fallzusammenführung nicht vorzunehmen, da das Aufnahmedatum des 1. Aufenthalts außerhalb der Geltungsdauer der FPV 2006 liegt. Beide Aufenthalte sind jeweils gesondert abzurechnen: der 1. Aufenthalt auf Grundlage der FPV 2005, der 2. Aufenthalt nach der FPV 2006.

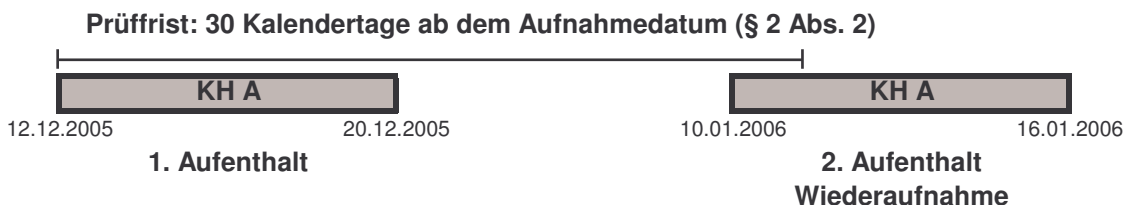
Aus dieser Neuregelung ggf. resultierende Veränderungen der Summe der effektiven Bewertungsrelationen auf Grund technischer bzw. statistischer Fallzahlerhöhungen können gemäß § 4 Abs. 4 Satz 3 KHEntgG für den Vereinbarungszeitraum 2006 nicht als Leistungsveränderung geltend gemacht werden und insofern nicht budgetsteigernd wirken.

Die folgenden Fallkonstellationen stellen keine abschließende Aufstellung dar. Sie gelten jedoch für vergleichbare Fallkonstellationen (z. B. bei kombinierten Fallzusammenführungen) entsprechend.

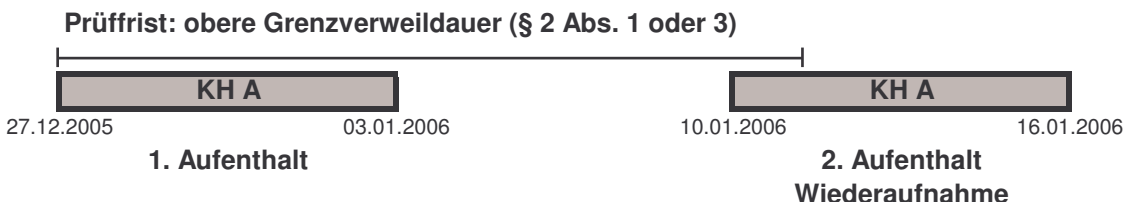
Fallkonstellation 1: Wiederaufnahme gem. § 2 Abs. 1 oder 3 nach Jahreswechsel



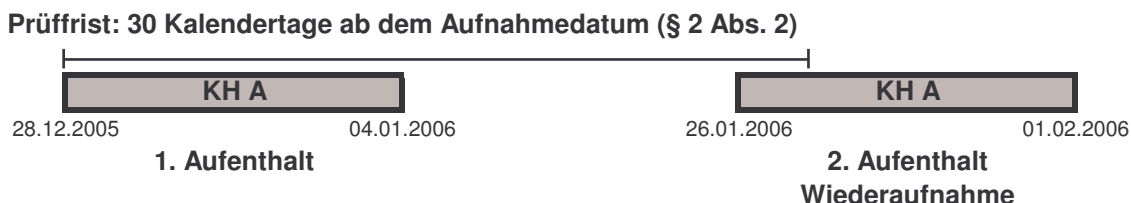
Fallkonstellation 2: Wiederaufnahme gem. § 2 Abs. 2 nach Jahreswechsel



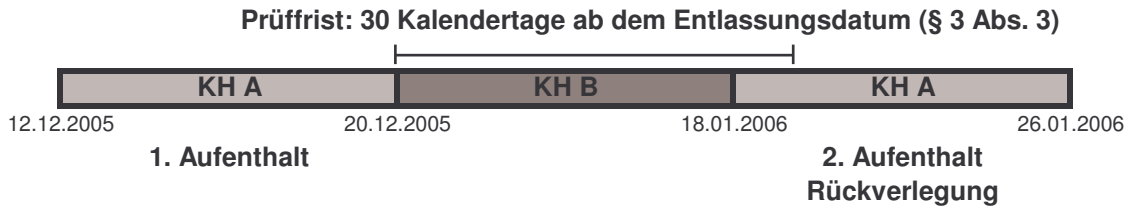
Fallkonstellation 3: Überlieger und Wiederaufnahme gem. § 2 Abs. 1 oder 3 nach Jahreswechsel



Fallkonstellation 4: Überlieger und Wiederaufnahme gem. § 2 Abs. 2 nach Jahreswechsel



Fallkonstellation 5: Rückverlegung gem. § 3 Abs. 3 nach Jahreswechsel



Fallkonstellation 6: Überlieger und Rückverlegung gem. § 3 Abs. 3 nach Jahreswechsel

