

Gemeinsame Absprachen 2010

Gemeinsame Absprache für die Leistungsbereiche der BPflV

Die Gemeinsame Absprache VI für die Leistungsbereiche der BPflV vom 01.01.2003 gilt im Jahre 2010 fort, soweit sie nicht die Abrechnung nach Fallpauschalen und Sonderentgelten betrifft.

Gemeinsame Absprache VIII

für die Abrechnung nach dem DRG-Entgeltsystem im Jahr 2010

Inhalt

A. Grundsätze

B. Abrechnungsregeln

- | | |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anlage 1 | Übersicht zur Laufzeit der Entgelte 2010 |
| Anlage 2 | Klarstellungen der Vertragsparteien nach § 17 b Abs. 2 Satz 1 KHG zur Fallpauschalenvereinbarung 2010 (FPV 2010) |
| Anlage 3 | Hinweise zur Erläuterung der Regelung nach § 3 Abs. 3 Sätze 2 bis 4 FPV 2010 „Kombinierte Fallzusammenführungen“ |
| Anlage 4 | Klarstellungen zur Nichtanwendung der Regelungen zur Fallzusammenführung 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 2010

Gemeinsame Absprache VIII

für die Abrechnung nach dem DRG-Entgeltsystem im Jahr 2010

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 VIII

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 2010 nach § 11 KHEntgG. Dementsprechend folgt auch die Abrechnung der zu Grunde liegenden Kalkulation.
3. Die Abrechnungsempfehlungen sollten während des Kalenderjahres 2010 beibehalten werden. Eine unterjährige Anpassung erfolgt daher nur bei gesetzlichen Änderungen oder neuer höchstrichterlicher Rechtsprechung. In diesen Fällen ist zu prüfen, ob eine Neuvereinbarung des Gesamtbetrages gemäß § 3 Absatz 8 KHEntgG notwendig ist.
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 2011 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 2010	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 2010	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 2010.</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 2010	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 2010	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 2010	Aufnahme der Mutter in 2009; Geburt des Kindes in 2010	Abrechnung der Mutter nach Katalog 2009 und des Kindes, soweit nach der Versorgung im Kreißsaal eine Weiterversorgung im Krankenhaus erfolgt, nach Katalog 2010.
6	Belegarzt	§ 1 Abs. 4 FPV 2010	In einer Belegabteilung mit Belegoperator und Beleganästhesist wird eine medizinische DRG erbracht. Muss das – im Vergleich zur Behandlung in der Belegabteilung mit (nur) Belegoperator 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 2010 § 3 FPV 2010	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 2010 die Verlegungsregelung des § 3 FPV 2010 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 2010).
8	Verlegungsfallpauschalen	§ 1 Abs. 1 Satz 3 i.V.m. Abs. 3 FPV 2010	Kann bei der Abrechnung einer Verlegungsfallpauschale ein Abschlag bei Nichterreichen der unteren Grenzverweildauer gelten?	Ja. Die Abschlagsregelung nach § 1 Abs. 3 FPV 2010 gilt entsprechend bei Abrechnung von Verlegungsfallpauschalen für das <u>verlegende</u> Krankenhaus.
9	Verlegung in Reha/ AHB	§ 3 FPV 2010	Gilt die Verlegungsregelung nach § 3 FPV 2010 bei einer „Verlegung“ in eine Rehaklinik?	Die Verlegungsregelung (§ 3 FPV 2010) gilt nur bei Verlegung in Betten nach § 109 SGB V. Bei „Verlegung“ in Betten nach § 111 SGB V ist § 3 FPV 2010 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 2010	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 2010 (Anlage 2) verwiesen.
11	Kodierung/ Dokumentation	ICD, OPS, DKR	Welche Regelungen gelten für die Kodierung der Entlassfälle in 2010?	Für Aufnahmen ab 1.1.2010 gilt die ICD-10 GM Version 2010, der OPS 301 Version 2010 und die DKR 2010. Für Überlieger 2009/2010 gilt die ICD-10 GM Version 2009, der OPS-301 Version 2009 und die DKR 2009.

Nr.	Schlagwort	Regelung	Fragestellung	Antwort
12	Kostenträgerwechsel während des stationären Aufenthaltes	§ 9 Alt.1 FPV 2010	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 2010	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 2010	a) Wie ist bei Jahresüberliegern 2009/2010 abzurechnen? b) Wie erfolgt die Abrechnung von Überliegern, die über das Inkrafttreten der neuen Entgeltvereinbarung im Krankenhaus liegen?	a) Fälle mit Aufnahme im Jahr 2009 sind insgesamt nach der FPV 2009 abzurechnen, auch wenn Leistungen erbracht werden, die mit krankenhausindividuellen, tagesbezogenen Entgelten zu vergüten 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 2010	Sind die Wiederaufnahme-/ Rückverlegungsregelungen anzuwenden, wenn ein erster Aufenthalt unter die FPV 2009 (erste Aufnahme <u>vor</u> dem 1.1.2010), ein weiterer Aufenthalt aber wegen Aufnahme ab dem 1.1.2010 unter die FPV 2010 fällt?	Eine Fallzusammenführung findet <u>nicht</u> statt, wenn der Tag der Aufnahme für einen Krankenhausaufenthalt außerhalb der Geltungsdauer der FPV 2010 liegt (§ 2 Abs. 4 Satz 8 und § 3 Abs. 3 Satz 6 FPV 2010). 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 2010	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 2010 „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 2010	Die Berücksichtigung von nachstationären Diagnosen und Prozeduren gemäß § 1 Abs. 6 Satz 5 FPV 2010 (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	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.
19	Zusatzentgelte für Dialysen	§ 5 Abs. 3 FPV 2010	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 2010 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 L90C und die krankenhausindividuell zu vereinbarenden Entgelte L61, L90A und L90B. Neben allen anderen Fallpauschalen ist das Zusatzentgelt abrechenbar.

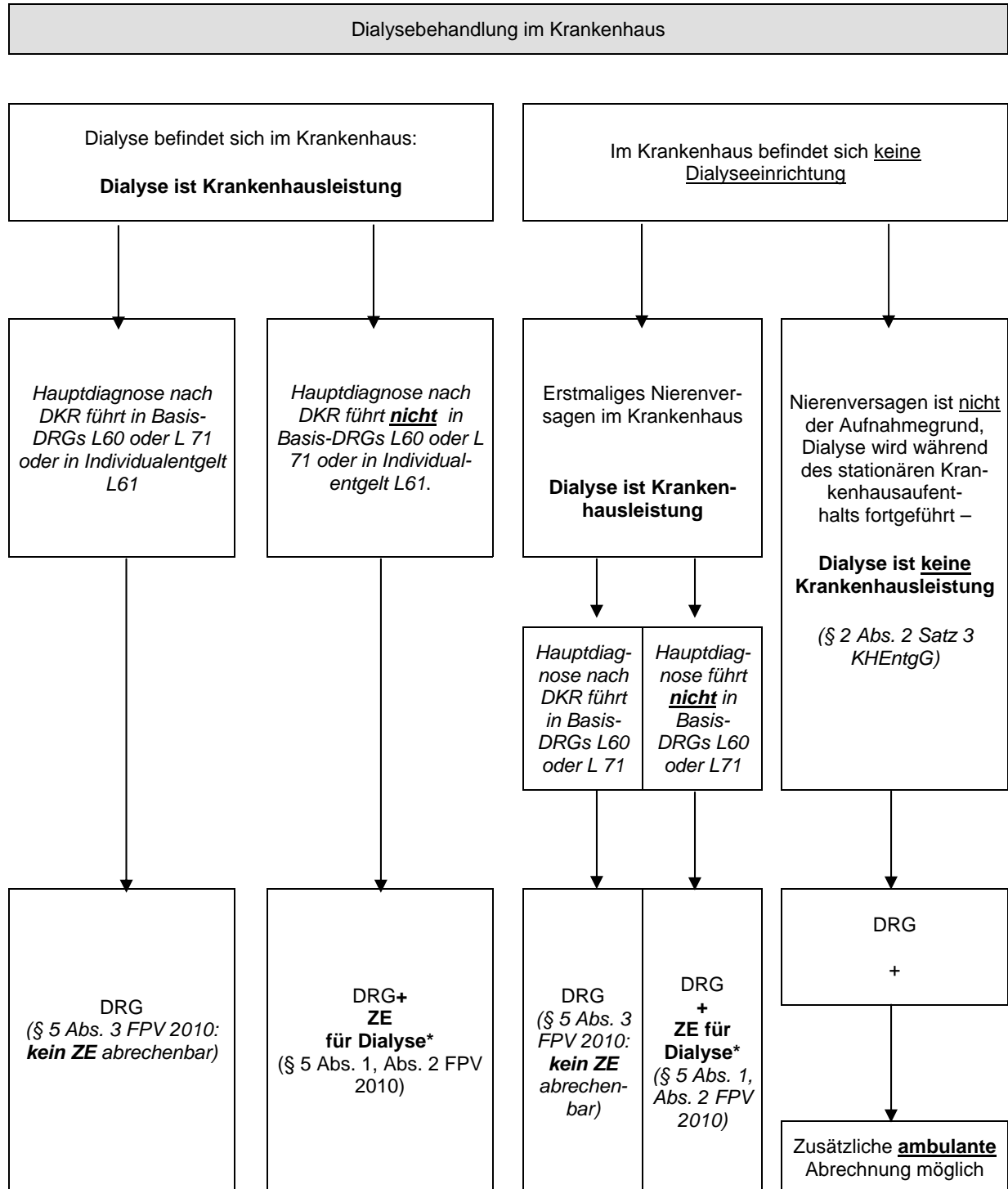
Nr.	Schlagwort	Regelung	Fragestellung	Antwort
20	Wechsel von vollstationärer in die teilstationäre Behandlung in demselben Krankenhaus	§ 6 Abs. 2 FPV 2010	<p>a) Wonach richtet sich die Anwendung der Sonderregel des § 6 Abs. 2 Satz 4 FPV 2010 für Leistungen der Onkologie, der Schmerztherapie, der HIV-Behandlung und für Dialysen?</p> <p>b) Ab welchem Zeitpunkt können die in § 6 Abs. 2 Satz 4 FPV 2010 genannten Leistungen abgerechnet werden?</p>	<p>a) Die Abrechnung richtet sich nach den vereinbarten teilstationären Pflegesätzen.</p> <p>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.</p>
21	Abrechnung der teilstationären, krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Entgelte (L90A, L90B, A90A, A90B)	Anlage 3 b zur FPV 2010	Welcher Preis wird für die Entgelte nach Anlage 3 b abgerechnet?	<p>Vom 1.1.2010 bis zum Inkrafttreten einer Entgeltvereinbarung für das Jahr 2010 können gemäß § 7 Abs. 4 Satz 1 FPV 2010 ersatzweise die im Jahr 2009 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 2010 ersatzweise 300 Euro je Berechnungstag abgerechnet werden.</p> <p>Ab dem ersten auf das Inkrafttreten der Entgeltvereinbarung für das Jahr 2010 folgenden Quartalsbeginn ist das vereinbarte Entgelt maßgeblich. Entgelte nach Anlage 3 b, für die in der Entgeltvereinbarung 2010 nichts vereinbart wurde, können nach § 7 Abs. 4 FPV 2010 nicht abgerechnet werden (vgl. hierzu auch die Übersicht, Anlage 1)</p>

Nr.	Schlagwort	Regelung	Fragestellung	Antwort
22	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 2010 sowie evtl. Verlegungsabschläge), die Zusatzentgelte und die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG (vgl. § 7 der Muster-Entgeltvereinbarung 2009).
23	Weitergeltung krankenhausindividueller Zusatzentgelte bei OPS-Änderung	§ 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2010	Können krankenhausindividuell vereinbarte Entgelte auch dann bis zum Inkrafttreten einer Budget- und Entgeltvereinbarung 2010 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.
24	MDK-Aufwandspauschale	§ 275 Abs. 1 c SGB V	Was sind die Voraussetzungen zur Abrechnung der MDK-Aufwandspauschale?	Die Abrechnung der Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c SGB V kommt in Betracht für alle Fälle, in denen der Krankenkasse die Rechnung nach dem 31.03.2007 zugegangen ist. Die Abrechnung der Aufwandspauschale setzt eine Rechnungsstellung durch das Krankenhaus und eine Einzelfallprüfung gemäß § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V voraus.

Nr.	Schlagwort	Regelung	Fragestellung	Antwort
25	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

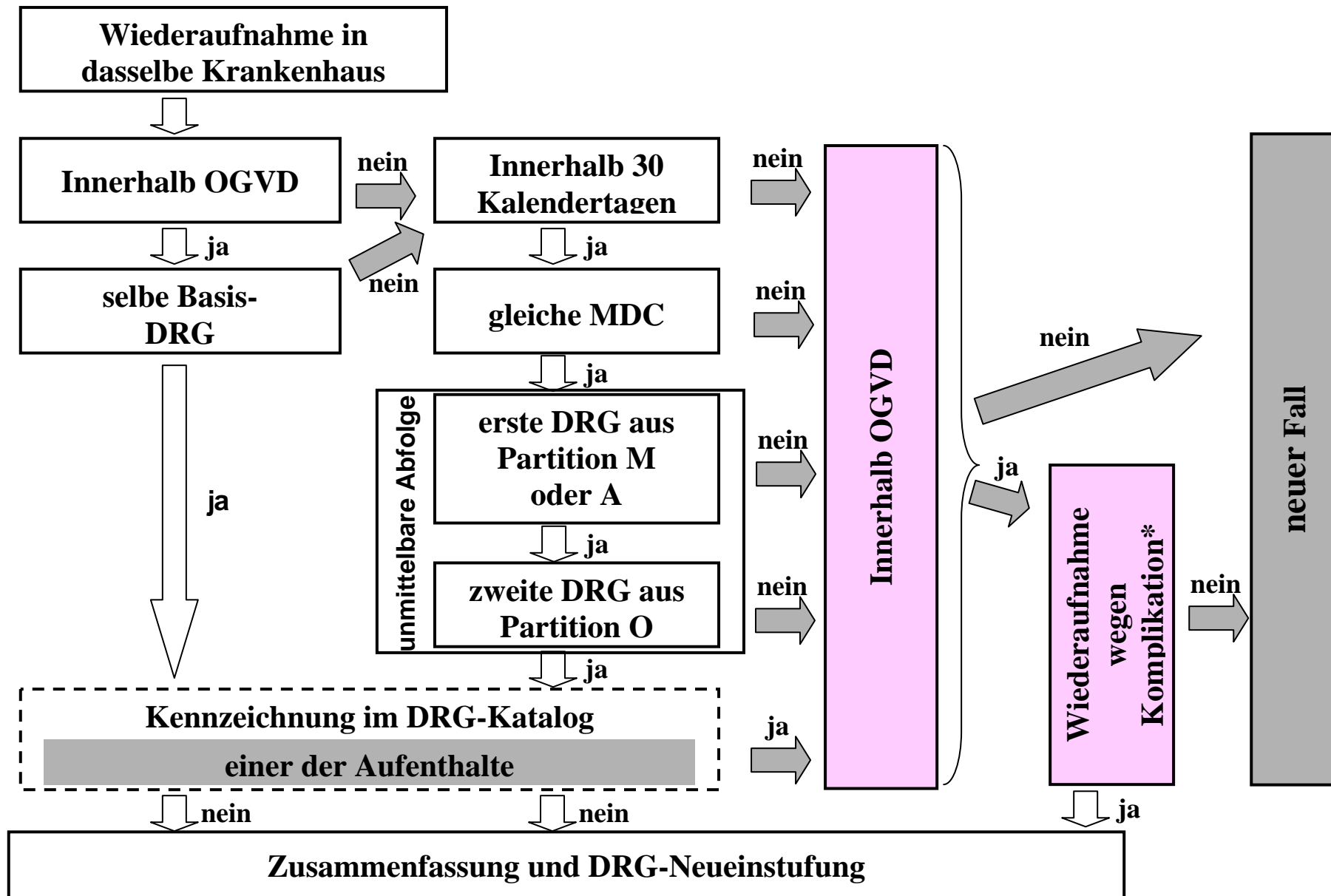
Das nachfolgende Schema zur Abrechnung der Dialysebehandlung verdeutlicht die auf § 2 Abs. 2 Satz 3 und § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 1 KHEntgG sowie § 5 FPV 2010 beruhenden Abrechnungsregeln für die Dialysebehandlung während eines vollstationären Krankenhausaufenthalts.



* je nach Dialyseart:

- ZE 01.01, ZE 01.02, ZE 02; ZE 62, ZE 119 bis ZE 123 (bundeseinheitlich bewertet)
- ZE 2010-08, ZE 2010-82 (hausindividuell zu bewerten)

D *FPV 2010 – Zusammenfassung mehrerer Aufenthalte*



*im Verantwortungsbereich des Krankenhauses