

Gemeinsame Absprachen 2007

**Gemeinsame Absprache für die
Leistungsbereiche der BPflV**

Die Gemeinsame Absprache VI für die Leistungsbereiche der BPflV vom 01.01.2003 gilt im Jahre 2007 fort, soweit sie nicht die Abrechnung nach Fallpauschalen und Sonderentgelten betrifft.

Gemeinsame Absprache V
für die Abrechnung nach dem DRG-Entgeltsystem im Jahr 2007

Inhalt

A. Grundsätze

B. Abrechnungsregeln

- Anlage 1 Übersicht zur Überleitung und Laufzeit der Entgelte 2007
- Anlage 2 Klarstellungen der Vertragsparteien nach § 17 b Abs. 2 Satz 1 KHG zur Fallpauschalenvereinbarung 2007 (FPV 2007)
- Anlage 3 Hinweise zur Erläuterung der Regelung nach § 3 Abs. 3 Sätze 2 bis 4 FPV 2007 „Kombinierte Fallzusammenführungen“
- Anlage 4 Klarstellungen zur Nichtanwendung der Regelungen zur Fallzusammenführung bei Fallkonstellationen über den Jahreswechsel
- Anlage 5 Weitergeltung von Zusatzentgelten für Dialyseleistungen bei OPS-Änderung
- Anlage 6 Abwicklung der Zuzahlung im maschinellen Abrechnungsv erfahren nach § 301 SGB V
- Anlage 7 Auszug aus Anhang B zur Anlage 2 der Datenübermittlungsvereinbarung nach § 301 SGB V

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

C. Schematische Darstellung der
Dialysebehandlung im Krankenhaus

D. Schematische Darstellung der
Wiederaufnahmeregelung nach § 2 FPV 2007

Gemeinsame Absprache IV
für die Abrechnung nach dem DRG-Entgeltsystem im Jahr 2007

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 IV

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 2007 nach § 11 KHEntgG. Dementsprechend folgt auch die Abrechnung der zu Grunde liegenden Kalkulation.
3. Die Abrechnungsempfehlungen sollten während des Kalenderjahres 2007 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 2008 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 2007	Patient geht auf eigene Verantwortung und kommt mit Komplikation zurück.	§ 2 FPV 2007 ist anzuwenden.
2	Vorstationäre Behandlung mit <u>anschließender vollstationärer Aufnahme</u>	§ 115 a SGB V, § 8 Abs. 2 Nr. 4 KHEntgG, § 1 Abs. 6 FPV 2007	Ist die vorstationäre Behandlung neben der Fallpauschale gesondert abrechenbar?	Vorstationäre Behandlungen im Sinne des § 115 a SGB V (innerhalb von 5 Tagen vor Beginn der stationären Behandlung), an die sich eine Aufnahme zur stationären Behandlung anschließt, können neben der DRG-Fallpauschale nicht zusätzlich abgerechnet werden (§ 8 Abs. 2 Nr. 4 KHEntgG). Sie sind mit der DRG-Fallpauschale für den sich anschließenden stationären Krankenhausaufenthalt abgegolten. Die Prozeduren der vorstationären Behandlung sind bei der Gruppierung und Abrechnung der zugehörigen vollstationären Behandlung zu berücksichtigen. Dies gilt allerdings nicht für Prozeduren, die im Rahmen einer belegärztlichen Behandlung erbracht werden (§ 1 Abs. 6 Satz 5 FPV 2007).
3	Vor- und nachstationäre Behandlung/Anzahl der Belegungstage Ermittlung der Verweildauer	§ 1 Abs. 7 FPV 2007	Zählen vor- und nachstationäre <u>Behandlungstage</u> als <u>Belegungstag</u> ?	Nein. 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 2007. „Ausnahme“ (§ 8 Abs. 2 Nr. 4 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.

Nr.	Schlagwort	Regelung	Fragestellung	Antwort
4	Neugeborene	§ 1 Abs. 5 FPV 2007	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.
5	Neugeborene	§ 1 Abs. 5 FPV 2007	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.
6	Neugeborene/ Jahreswechsel	§ 1 Abs. 5 FPV 2007	Aufnahme der Mutter in 2006; Geburt des Kindes in 2007	Abrechnung der Mutter nach Katalog 2006 und des Kindes, soweit nach der Versorgung im Kreißsaal eine Weiterversorgung im Krankenhaus erfolgt, nach Katalog 2007.

Nr.	Schlagwort	Regelung	Fragestellung	Antwort
7	Belegarzt	§ 1 Abs. 4 FPV 2007	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.
8	Aufnahmeverlegung/ 24 Std. Regelung	§ 1 Abs. 1 Satz 4 FPV 2007 § 3 FPV 2007	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 2007 die Verlegungsregelung des § 3 FPV 2007 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 2007).
9	Verlegungsfallpauschalen	§ 1 Abs. 1 Satz 3 i.V.m. Abs. 3 FPV 2007	Kann bei der Abrechnung einer Verlegungsfallpauschale ein Abschlag bei Nichterreichen der unteren Grenzverweildauer gelten?	Ja. Die Abschlagsregelung nach § 1 Abs. 3 FPV 2007 gilt entsprechend bei Abrechnung von Verlegungsfallpauschalen für das <u>verlegende</u> Krankenhaus.
10	Verlegung in Reha/ AHB	§ 3 FPV 2007	Gilt Verlegungsregelung nach § 3 FPV 2007 bei einer „Verlegung“ in eine Rehaklinik?	Die Verlegungsregelung (§ 3 FPV 2007) gilt nur bei Verlegung in Betten nach § 109 SGB V. Bei „Verlegung“ in Betten nach § 111 SGB V ist § 3 FPV 2007 nicht anzuwenden. Beim Übergang eines Patienten von der Krankenhausbehandlung zur Reha/AHB wird der Patient aus dem Krankenhausbereich entlassen.

Nr.	Schlagwort	Regelung	Fragestellung	Antwort
11	Beurlaubung	§ 1 Abs. 7 FPV 2007	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 2007 (Anlage 2) verwiesen.
12	Gültigkeit Kodierrichtlinien	DKR 2007	Gelten die DKR auch im BPfIV-Bereich?	Ja.
13	Kodierung/ Dokumentation	ICD, OPS, DKR	Welche Regelungen gelten für die Kodierung der Entlassfälle in 2007?	Für Aufnahmen ab 1.1.2007 gilt die ICD -10 GM Version 2007, der OPS 301 Version 2007 und die DKR 2007. Für Überlieger 2006/2007 gilt die ICD -10 GM Version 2006, der OPS-301 Version 2006 und die DKR 2006.
14	Kostenträgerwechsel während des stationären Aufenthaltes	§ 9 Alt.1 FPV 2007	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.
15	Kostenträgerwechsel und Zuschläge	§ 9 Alt. 2 FPV 2007	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.
16	Abrechnung bei Jahresüberliegern	§ 1 Abs. 6 Satz 2 und 3 FPV 2007	Wie ist bei Jahresüberliegern 2006/2007 abzurechnen?	Fälle mit Aufnahme im Jahr 2006 sind insgesamt nach der FPV 2006 abzurechnen, auch wenn Leistungen erbracht werden, die mit krankenhausindividuellen, tagesbezogenen Entgelten zu vergüten sind. § 1 Abs. 6 Satz 3 FPV 2006 findet in diesen Fällen keine Anwendung (Beachte: § 1 Abs. 6 Satz 3 wurde in der FPV 2007 neu formuliert!).

Nr.	Schlagwort	Regelung	Fragestellung	Antwort
17	Jahreswechsel und Wiederaufnahme/ Rückverlegung	§§ 2, 3 FPV 2007	Sind die Wiederaufnahme -/ Rückverlegungsregelungen anzuwenden, wenn ein erster Aufenthalt unter die FPV 2006 (erste Aufnahme <u>vor</u> dem 1.1.2007), ein weiterer Aufenthalt aber wegen Aufnahme ab dem 1.1.2007 unter die FPV 2007 fällt?	Eine Fallzusammenführung findet <u>nicht</u> statt, wenn der Tag der Aufnahme für einen Krankenhausaufenthalt außerhalb der Geltungsdauer der FPV 2007 liegt (§ 2 Abs. 4 Satz 7 und § 3 Abs. 3 Satz 6 FPV 2007). Ergänzend wird auf die Klarstellungen zur Nichtanwendung der Regelungen zur Fallzusammenführung bei Fallkonstellationen über den Jahreswechsel (Anlage 4) verwiesen.
18	Kombinierte Fallzusammenführungen wegen Rückverlegung in Verbindung mit Wiederaufnahmen	§ 3 Abs. 3 FPV 2007	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 2007 „Kombinierte Fallzusammenführungen“ (Anlage 3, dort insbesondere die Fallkonstellationen 1 und 7)
19	Berücksichtigung nachstationärer Prozeduren (Neugruppierung)	§ 1 Abs. 6 Satz 5 und 6 FPV 2007	Die Berücksichtigung von nachstationären Prozeduren gemäß § 1 Abs. 6 Satz 5 FPV 2007 (Neugruppierung) kann die Zuordnung einer anderen Fallpauschale mit höherer OGVd auslösen. Erfolgt dann eine erneute Prüfung der Voraussetzungen des § 8 Abs. 2 Nr. 4 KHEntgG?	Ja. Ergibt sich aus der Neugruppierung eine andere Fallpauschale, ist diese für die Abrechnung, sowie für weitere Prüfungen maßgeblich.
20	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.

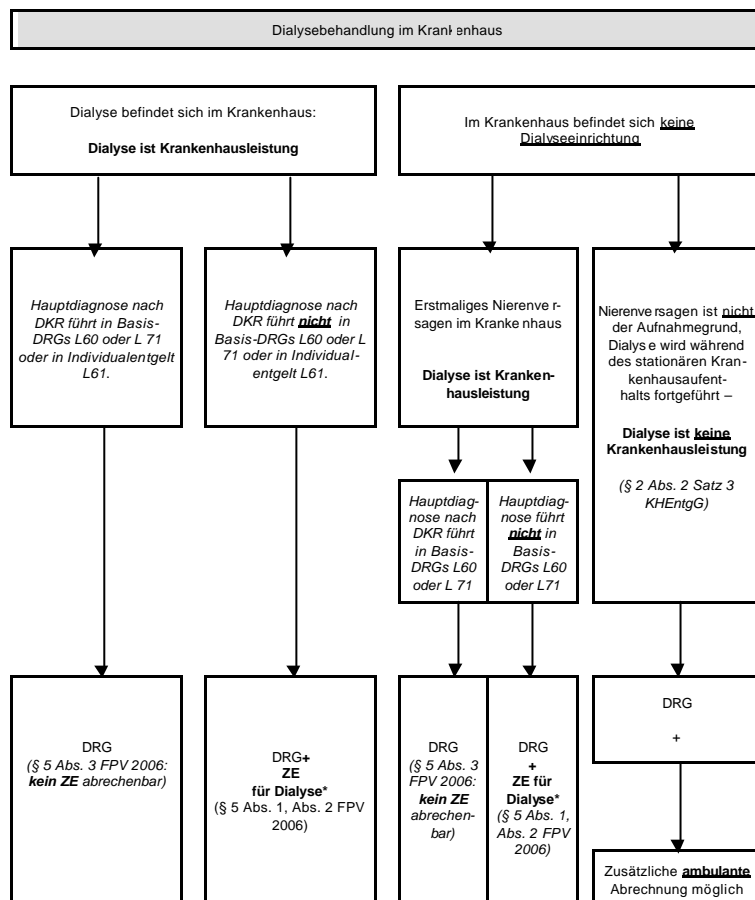
Nr.	Schlagwort	Regelung	Fragestellung	Antwort
21	Zusatzentgelte für Dialysen	§ 5 Abs. 3 FPV 2007	Ist ein Zusatzentgelt für Dialyse abrechenbar, wenn die Dialyse bei der Gruppierung bereits die Zuordnung einer höherwertigen DRG ausgelöst hat?	Ja. Gemäß § 5 Abs. 3 FPV 2007 sind die Zusatzentgelte für Dialysen 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 krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Entgelte L61, L90A und L90B. Neben allen anderen Fallpauschalen ist das Zusatzentgelt abrechenbar.
22	Wechsel von vollstationärer in die teilstationäre Behandlung in dem selben Krankenhaus	§ 6 Abs. 2 FPV 2007	a) Wonach richtet sich die Anwendung der Sonderregel des § 6 Abs. 2 Satz 4 FPV 2007 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 2007 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
23	Abrechnung der teilstationären, krankenhausindividuell zu vereinbarenden Entgelte (L90A, L90B, A90A, A90B)	Anlage 3 b zur FPV 2007	Welcher Preis wird für die Entgelte nach Anlage 3 b abgerechnet?	<p>Vom 1.1.2007 bis zum Inkrafttreten einer Entgeltvereinbarung für das Jahr 2007 können gemäß § 7 Abs. 4 Satz 1 FPV 2007 ersatzweise die im Jahr 2006 vereinbarten, krankenhausindividuellen Preise abgerechnet werden.</p> <p>Lag eine entsprechende Vereinbarung im Jahr 2006 noch nicht vor, können gemäß § 7 Abs. 4 Satz 3 ersatzweise 300 Euro je Berechnungstag abgerechnet werden.</p> <p>Ab Inkrafttreten der Entgeltvereinbarung für das Jahr 2007 ist das vereinbarte Entgelt maßgeblich. Entgelte nach Anlage 3 b, für die in der Entgeltvereinbarung 2007 nichts vereinbart wurde, können nach § 7 Abs. 4 FPV 2007 nicht abgerechnet werden.(vgl. hierzu auch die Überleitungstabelle, Anlage 1)</p>
24	<p>Zuschlag zur Finanzierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten (z.B. Geriatischer Schwerpunkt)</p> <p>sowie</p> <p>Zuschlag zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen und AiP-Zuschlag</p>	<p>§ 17 b Abs. 1 Satz 4 KHG</p> <p>§ 4 Abs. 13 und 14 KHEntgG</p>	Wie wird der Zuschlag berechnet?	<p>Die Berechnungsgrundlage für die genannten prozentualen Zuschläge bilden die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen (inklusive der Zu- und Abschläge gemäß § 1 Abs. 2 und 3 FPV 2007 sowie evtl. Verlegungsabschläge), die Zusatzentgelte und die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG (vgl. §§ 6 und 7 der Muster-Entgeltvereinbarung 2006).</p>

Nr.	Schlagwort	Regelung	Fragestellung	Antwort
25	Weitergeltung krankenhaushausindividueller Zusatzentgelte bei OPS-Änderung	§ 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2007	Können krankenhaushausindividuell vereinbarte Entgelte auch dann bis zum Inkrafttreten einer Budget- und Entgeltvereinbarung 2007 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. Bei Zusatzentgelten für Dialyseleistungen wird empfohlen, auf die beispielhafte Überleitung gemäß Anlage NN abzustellen.

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 2006 beruhenden Abrechnungsregeln für die Dialysebehandlung während eines vollstationären Krankenhausaufenthalts.



* je nach Dialyseart:

- ZE 01.01, ZE 02, ZE 62 (bundeseinheitlich bewertet)
- ZE 2007-08, ZE 2007-09, ZE 2007-55 (hausindividuell zu bewerten)

D FPV 2007 – Zusammenfassung mehrerer Aufenthalte

