

Nachtrag vom 03.07.2009

zur Fortschreibung der § 301-Vereinbarung vom 01.02.2008

mit Wirkung zum 01.01.2010

Nachträge zu Anlage 1**Nachtrag 1****Rechnungssatz Ambulante Operation***wird wie folgt geändert:*

Seg- ment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
...	...			
ENA	Segment Entgelt Ambulante OP	M	an3	'ENA' (300x möglich)
	Entgeltart	M	an5	EBM-Ziffern, Schlüssel 20
	Zusatzkennzeichen EBM	K	an3	Schlüssel 19
...	...			
...				

Gelöscht: 99

Nachträge zur Anlage 2

Nachtrag 2

Schlüssel 4: Entgeltarten

wird wie folgt ergänzt:

Schlüssel 4: Entgeltarten

...

3. Stelle: **Zusatzschlüssel für Fallpauschalen / Sonderentgelte** (§ 11 Abs. 1 und 2 BPflV*),
DRG-Fallpauschalen / Entgelte bei Überschreiten der oberen GVD (§ 7 Nr. 3
KHEntgG),
Abschläge bei Nichterreichen der unteren GVD (§ 1 Abs. 3 Satz 1 KFPV/FPV),
Abschläge bei Verlegung (§ 1 Abs. 1 Satz 3 KFPV/FPV),
Rückforderung eines Abschlages bei Nichterreichen der unteren GVD
(§ 8 Abs. 5 Satz 2 KHEntgG)

0 keine Fallpauschale / kein Sonderentgelt

... ..

7 Teilstationäre Versorgung (für teilstationäre DRG-Fallpauschalen)

8 Belegarzt mit Honorarvertrag

Hinweis:

...

...

Zuschläge nach GMG und sonstige Zuschläge

Hinweis: 4. – 8. Stelle: '00000' Zuschlag für gemeinsamen
Bundesausschuss (§ 91 Abs. 2
Satz 6 SGB V), teilstationär

....

'00016' Zuschlag für Kappungshaus nach
§ 4 Abs. 9 KHEntgG

'20001' Kostenpauschale für
Verwaltungsverfahren

'20002' Portokosten für erneute Zustellung
zwecks Beweissicherung

'20003' Vollstreckungskosten

'20004' Gerichtskosten

Abschläge nach GMG und sonstige Abschläge

Hinweis: 4. – 8. Stelle: '00000' intern reserviert

...

Nachtrag 3**Schlüssel 9: Verarbeitungskennzeichen***wird wie folgt ergänzt:***Schlüssel 9: Verarbeitungskennzeichen**

- 10 Normalfall
 - 11 Ambulante Abrechnung nach § 115b SGBV statt stationäre Abrechnung (durch Krankenhaus, nur für AMBO nach Fallstorno „35“)
 - 12 Ambulante Abrechnung nach § 116b SGBV statt stationäre Abrechnung (durch Krankenhaus, nur für AMBO nach Fallstorno „35“)
 - 16 Leistungen nach § 116b Abs. 2 SGB V (nur für AMBO)
- 20 Änderung
- ...

Nachtrag 4**Schlüssel 10: Prüfungsvermerk***wird wie folgt ergänzt:***Schlüssel 10: Prüfungsvermerk**

- 1. und 2. Stelle
 - 01 Rechnungsbetrag wird angewiesen
 - 02 Rechnung wird zur Zeit geprüft (Zahlung / Abweisung erfolgt unverzüglich)
 - 03 Rechnung wurde bereits bezahlt
 - 04 Krankenkasse ist nicht Kostenträger
 - 05 Rechnungsbetrag wird teilweise angewiesen
 - 06 Es handelt sich bei der Erkrankung um einen Arbeitsunfall bzw. um eine Berufskrankheit. Berufsgenossenschaft ist zuständig
 - 07 Es handelt sich um einen BVG-Fall, einen Grenzgänger oder einen Auslands-Versicherten oder einen sonstigen Regreßfall. Rechnung bitte zusätzlich in Papierform
 - 11 Rechnungsbetrag wird angewiesen, Vollstreckungsverfahren durch das Krankenhaus entfällt
 - 12 Rechnung wird zur Zeit geprüft (Zahlung / Abweisung erfolgt unverzüglich), Vollstreckungsverfahren durch das Krankenhaus entfällt
 - 13 Rechnung wurde bereits bezahlt, Vollstreckungsverfahren durch das Krankenhaus entfällt
 - 15 Rechnungsbetrag wird teilweise angewiesen, Vollstreckungsverfahren durch das Krankenhaus entfällt
 - 21 Rechnungsbetrag wird angewiesen, Vollstreckungsverfahren durch das Krankenhaus entfällt, Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen

- 22 Rechnung wird zur Zeit geprüft (Zahlung / Abweisung erfolgt unverzüglich), Vollstreckungsverfahren durch das Krankenhaus entfällt, Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 23 Rechnung wurde bereits bezahlt, Vollstreckungsverfahren durch das Krankenhaus entfällt, Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 25 Rechnungsbetrag wird teilweise angewiesen, Vollstreckungsverfahren durch das Krankenhaus entfällt, Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 31 Rechnungsbetrag wird angewiesen, Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 32 Rechnung wird zur Zeit geprüft (Zahlung / Abweisung erfolgt unverzüglich), Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 33 Rechnung wurde bereits bezahlt, Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 35 Rechnungsbetrag wird teilweise angewiesen, Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 41 Rechnungsbetrag wird angewiesen, Belege über entstandene Kosten sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 42 Rechnung wird zur Zeit geprüft (Zahlung / Abweisung erfolgt unverzüglich), Belege über entstandene Kosten sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 43 Rechnung wurde bereits bezahlt, Belege über entstandene Kosten sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 45 Rechnungsbetrag wird teilweise angewiesen, Belege über entstandene Kosten sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 51 Rechnungsbetrag wird angewiesen, Belege über entstandene Kosten und Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 52 Rechnung wird zur Zeit geprüft (Zahlung / Abweisung erfolgt unverzüglich), Belege über entstandene Kosten und Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 53 Rechnung wurde bereits bezahlt, Belege über entstandene Kosten und Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 55 Rechnungsbetrag wird teilweise angewiesen, Belege über entstandene Kosten und Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 61 Rechnungsbetrag wird angewiesen, Beleg über Unzustellbarkeit ist gesondert zur Verfügung zu stellen
- 62 Rechnung wird zur Zeit geprüft (Zahlung / Abweisung erfolgt unverzüglich), Beleg über Unzustellbarkeit ist gesondert zur Verfügung zu stellen
- 65 Rechnungsbetrag wird teilweise angewiesen, Beleg über Unzustellbarkeit ist gesondert zur Verfügung zu stellen

<i>Hinweise:</i>	<u>04, 06</u>	Gelangt für Fälle zur Anwendung, bei denen ohne vorhergehenden Aufnahmesatz oder Kostenübernahmesatz eine Rechnung übermittelt wird.
	<u>05, 15, 25, 35, 45, 55, 65</u>	Gelangt für Fälle zur Anwendung, bei denen die Krankenkasse im Rahmen der Gesetzeslage, des Landesvertrages und aktueller Rechtsprechung eine vom Rechnungsbetrag abweichende Zahlung vornimmt, sowie für Fälle, in denen die Rechnung anerkannt wird und eine Kürzung auf Grund eines Abschlages erfolgt.

11 - 65 Gelangt nur bei vollstationären Fällen zur Anwendung.

Nachtrag 5

Schlüssel 15: Zuzahlungskennzeichen

wird wie folgt geändert:

Schlüssel 15: Zuzahlungskennzeichen

- 1 keine Zuzahlungspflicht
- 2 Zuzahlung verrechnet und vom Versicherten vollständig geleistet
- 4 keine Zuzahlungspflicht auf Grund gültiger Bescheinigung nach § 62 SGB V
- 5 keine Zuzahlungspflicht auf Grund gültiger Quittung nach § 61 SGB V
- 6 geringere Zuzahlung auf Grund gültiger Quittung nach § 61 SGB V verrechnet und vom Versicherten vollständig geleistet
- 7 geringere Zuzahlung auf Grund gültiger Quittung nach § 61 SGB V verrechnet und vom Versicherten nicht oder nur teilweise geleistet
- 8 Zuzahlung verrechnet und vom Versicherten nicht oder nur teilweise geleistet

Gelöscht: sbetrag ist mit Teilabrechnung/Endabrechnung intern

Gelöscht: 3

Gelöscht: bisher keine/keine vollständige Zuzahlung, gesonderte Information erfolgt schriftlich oder durch Zuzahlungsgutschrift

Gelöscht: Der Versicherte hat trotz schriftlicher Aufforderung keine Zuzahlung geleistet.¶ Zahlungseinzug durch Krankenkasse (§ 43 b SGB V)

Nachträge zum Anhang B zur Anlage 2

Nachtrag 6

...

Zu- und Abschläge nach GMG und sonstige Zu- und Abschläge**Zuschläge**

47100000 Zuschlag für gemeinsamen Bundesausschuss (§ 91 Abs. 2 Satz 6 SGB V),
teilstationär

...

47100016 Zuschlag für Kappungshaus nach § 4 Abs. 9 KHEntgG

47120001 Kostenpauschale für Verwaltungsverfahren

47120002 Portokosten für erneute Zustellung zwecks Beweissicherung

47120003 Vollstreckungskosten

47120004 Gerichtskosten

Abschläge

47200000 intern reserviert

...

...

DRG-Fallpauschalen nach § 7 Nr. 1 KHEntgG (§ 1 Abs. 1 Satz 1 KFPV/FPV)

70000000 intern reserviert

70[1-8]0A01A ff. DRG-Fallpauschalen nach Anlage 1 KFPV/FPV

70888888 Teilzahlung nach § 11 Abs. 1 Satz 4 KHEntgG

70999999 im Rahmen der Zusammenarbeit nach § 3 Abs. 2 KFPV (0,00 €) oder bei
Wiederaufnahme wegen Komplikationen innerhalb der GVD nach § 8 Abs. 5
KHEntgG (0,00 €)

...

Gelöscht: 7

Nachträge zur Anlage 4

Nachtrag 7

Kap. 9.1, Annahmestellen bei den Krankenkassen

wird wie folgt geändert:

9.1 Annahmestellen bei den Krankenkassen

...

Ersatzkassen:

Gelöscht: Angestellten-Krankenkassen, Arbeiter-

2 Annahmestellen: T-Systems ITS GmbH (ohne Entschlüsselungsberechtigung)
 BKK Bundesverband (mit Entschlüsselungsberechtigung)

Im Bereich des vdek gibt es unterschiedliche Verfahren, wo die übermittelten Daten entschlüsselt werden.

Gelöscht: VdAK/AEV

7 Vorprüfstellen (BKK BV und selbstprüfende Kassen):

Kürzel	Ersatzkasse	Vorprüfung
BARMER	Barmer Ersatzkasse	selbst
▼	▼	▼
TK	Techniker Krankenkasse	selbst
DAK	Deutsche Angestellten-Krankenkasse	selbst
KKH-Allianz	KKH-Allianz	selbst
GEK	Gmünder Ersatzkasse	selbst
HEK	Hanseatische Krankenkasse	selbst
HMK	Hamburg-Münchener Krankenkasse	beim BKK BV
hkk	Handelskrankenkasse	beim BKK BV
▼	▼	▼

Gelöscht: DAK

Gelöscht: Deutsche Angestellten-Krankenkasse

Gelöscht: selbst

Gelöscht: Kaufmännische Krankenkasse

Gelöscht: HZK

Gelöscht: HZK – Die Profikrankenkasse

Gelöscht: beim BKK BV

Gelöscht: Angestellten-Ersatzkassen und Arbeiter-

Annahmestelle der selbstprüfenden Ersatzkassen:

T-Systems ITS GmbH
 für Datenträgerannahme 71027 Böblingen
 für DFÜ 0800 / 3324785 (DAV-Hotline)
 - dort wird die aktuelle DFÜ-Telefonnummer bekanntgegeben -

...

Annahme- und Vorprüfstelle der Betriebskrankenkassen, der HMK und der hkk

Gelöscht: ,

Gelöscht: und der HZK

BKK Bundesverband
 Kronprinzenstr. 6
 45128 Essen

...

Nachträge zur Anlage 5

Nachtrag 8

Kap. 1.2.4, Rechnungssatz

wird wie folgt geändert:

1.2.4 Rechnungssatz

Mit dem Rechnungssatz stellt das Krankenhaus der Krankenkasse die Entgelte nach der Bundespflegesatzverordnung, dem Krankenhausentgeltgesetz und nach § 115 a SGB V in Rechnung. Die abgerechneten Entgelte sind nach Schlüssel 4 anzugeben. Entsprechend Schlüssel 6 sind korrespondierend zu den berechneten Entgelten die behandelnden Fachabteilungen auszuweisen.

Die von einem Patienten zu leistende Zuzahlung ist entsprechend der Angabe im Zuzahlungskennzeichen vollständig im Rechnungsbetrag zu berücksichtigen.

Bei Zwischenrechnungen werden Rechnungssätze jeweils für zeitlich aufeinanderfolgende, abgegrenzte Abrechnungszeiträume übermittelt. Die Beträge von prozentualen Zu- oder Abschlägen sind hierbei auf die je Zwischen- oder Schlussrechnung angegebenen Entgelte zu beziehen. Der gesamte Abrechnungsbetrag ergibt sich aus der Summe aller in Rechnungssätzen (Zwischenrechnungen und Schlussrechnung) berechneten Entgelte. Die Rechnungsnummer ist hierbei für jede Einzelrechnung (Zwischen-, Schluss-, Nachtragsrechnung oder auch Zuzahlungsgutschrift) eindeutig zu vergeben, insbesondere um eine eindeutige Identifikation in einer Sammelrechnung zu ermöglichen. Einmal vergebene Rechnungsnummern dürfen auch nach Rechnungs- oder Fallstornierungen nicht wiederverwendet werden.

Gelöscht: -

...

Einigt sich ein Krankenhaus mit dem Kostenträger nach einer Einzelfallprüfung durch den MDK darauf, dass ein Krankenhausfall nach einer kürzeren Behandlungszeit hätte abgeschlossen sein müssen, so dass die letzten Behandlungstage nicht mehr vergütet werden, werden diese Tage bei der Abrechnung der Hauptleistung oder Zuschlägen nach Überschreiten der oberen Grenzverweildauer als Tage ohne Berechnung ausgewiesen. Ergibt die Einigung, dass ein Fall hätte ambulant durchgeführt werden müssen, so dass die Rechnungslegung nicht als stationärer Krankenhausfall erfolgt, ist der stationäre Fall mit dem Verarbeitungskennzeichen „35“ (Ambulante Abrechnung nach stationärer Aufnahme) zu stornieren. Die Abrechnung erfolgt dann mit dem Verarbeitungskennzeichen „11“ als ambulante Operation nach § 115b SGB V oder mit dem Verarbeitungskennzeichen „12“ als ambulante Behandlung nach § 116b SGB V, sofern eine entsprechende Zulassung besteht.

...

Nachtragsrechnung

Wurde bei einer bereits übermittelten Rechnung für einen bestimmten Zeitraum ein Entgelt versehentlich nicht berechnet, so kann dieses Entgelt über eine Nachtragsrechnung mit dem Verarbeitungskennzeichen in FKT: '10' (Normalfall) und der Rechnungsart in REC: '03' (Nachtragsrechnung) nachträglich berechnet werden.

Ein Krankenhaus ist nach § 275 Abs. 1c SGB V nach erfolgloser MDK-Prüfung berechtigt, der Krankenkasse eine Aufwandspauschale in Höhe von 300,00 Euro in Rechnung zu stellen. Dies erfolgt ebenfalls fallbezogen in einer Nachtragsrechnung mit Verarbeitungskennzeichen ,10', Rechnungsart ,03' und eigener Rechnungsnummer für die Entgeltart ,47100008' (Aufwandspauschale bei erfolgloser MDK-Prüfung). Diese Nachtragsrechnung enthält ausschließlich dieses eine ENT-Segment.

Gelöscht: 100

Kosten, die dem Krankenhaus entsprechend der „Vereinbarung zur Umsetzung der Kostenerstattung nach § 43b Absatz 3 Satz 8 SGB V“ erstattet werden, sind über Nachtragsrechnungen in Rechnung zu stellen (siehe Abschnitt 1.4.8).

Nachtrag 9

Kap. 1.2.8 (neu 1.2.7), Rechnungssatz Ambulante Operation

wird wie folgt geändert:

1.2.8 Rechnungssatz Ambulante Operation

Mit dem Rechnungssatz Ambulante Operation stellt das Krankenhaus der Krankenkasse die Vergütung für eine ambulante Operation in Rechnung. Die Entgelte sind entsprechend EBM-Katalog Schlüssel 20 (zuzüglich Pauschale und ggf. Einzelvergütung) zu berechnen. Die behandelnde Fachabteilung ist nach Schlüssel 6 anzugeben. Die belegärztliche Leistung ist im Rechnungssatz Ambulante Operation im ENA-Segment als gesonderter Rechnungsposten mit Entgeltanzahl „0“ auszuweisen. Über das Zuzahlungs-kennzeichen (Schlüssel 15: „1“, „2“, „4“, „5“ oder „6“) im ZLG-Segment informiert das Krankenhaus die Krankenkasse über die Zuzahlungspflicht, die Leistung des Zuzahlungsbetrages durch den Versicherten oder eine vom Versicherten vorgelegte Quittung über die Verringerung oder den Wegfall der Zuzahlungspflicht oder eine vorgelegte gültige Bescheinigung über die Befreiung von der Zuzahlungspflicht.

...

Nachtrag 10

Kap. 1.3.4, Zahlungssatz

wird wie folgt geändert:

1.3.4 Zahlungssatz

Mit dem Zahlungssatz teilt die Krankenkasse dem Krankenhaus mit, ob der in Rechnung gestellte Abrechnungsbetrag zur Zahlung angewiesen ist, ob noch eine Prüfung erfolgt, oder aus welchem Grund die Rechnung abgelehnt wird (Schlüssel 10). Der Zahlungssatz **muss** übermittelt werden, wenn der Zahlungsbetrag vom Rechnungsbetrag abweicht (2. Stelle Schlüssel 10 = '5'), eine Rechnung in Papierform angefordert wird (Schlüssel 10 = '07') oder im Fall einer Ablehnung (Schlüssel 10 = '04' oder '06'). Ansonsten kann er vom Krankenhaus im Rechnungssatz angefordert werden (Schlüssel 11, 1. Stelle = '5'). Zur Verwendung im Zuzahlungseinzugsverfahren siehe Abschnitt 1.4.8.

Gelöscht: 0

Stellt eine Krankenkasse bei der Rechnungsprüfung im Rahmen der Gesetzeslage, des Landesvertrages und der aktuellen Rechtsprechung Fehler in der Rechnungslegung fest, kann sie von einem Fehlerverfahren absehen und mit der 2. Stelle im Prüfungsvermerk gleich '5' den vom Rechnungsbetrag abweichenden Zahlungsbetrag übermitteln. Wird die Rechnung prinzipiell anerkannt und erfolgt eine Kürzung des Rechnungsbetrages auf Grund eines Abschlages, so übermitteln die Krankenkasse ebenfalls mit der 2. Stelle im Prüfungsvermerk gleich '5' den vom Rechnungsbetrag abweichenden Zahlungsbetrag. In diesen Fällen übermitteln die Krankenkasse alle Entgeltsegmente mit den Dateninhalten, die dem zur Zahlung angewiesenen Betrag zugrundeliegen, sofern dieser ungleich Null ist.

Gelöscht: dem

Gelöscht: 0

Gelöscht: dem

Gelöscht: 0

Nachtrag 11

Kap. 1.4.8, Zuzahlungseinzugsverfahren

wird neu aufgenommen:

1.4.8 Zuzahlungseinzugsverfahren bei vollstationären Patienten

§ 43 b SGB V verpflichtet die Krankenhäuser zur Einziehung der Krankenhauszuzahlungen nach § 39 Absatz 4 SGB V im Auftrag der Krankenkassen. Die Krankenhäuser werden zur Durchführung des dazu erforderlichen Verwaltungsverfahrens beliehen. Bezüglich der den Krankenhäusern im Rahmen der Einziehung entstehenden Kosten für jedes durchgeführte Verwaltungsverfahren sieht § 43b Absatz 3 Satz 6 SGB V die Zahlung einer angemessenen Kostenpauschale durch die Krankenkassen an die Krankenhäuser vor. Gegebenenfalls entstehende Kosten der Vollstreckung sowie Kosten auf Grund von Klagen der Versicherten gegen den Verwaltungsakt werden den Krankenhäusern nach § 43b Absatz 3 Satz 7 SGB V von den Krankenkassen erstattet.

Zur Abwicklung der Verfahren gelten entsprechend der Vereinbarung zur Umsetzung der Kostenerstattung nach § 43b Absatz 3 Satz 8 SGB V die nachfolgenden Regelungen.

Keine Zuzahlungspflicht

Der Versicherte hat an das Krankenhaus keine Zuzahlung zu leisten, wenn der Kostenübernahmesatz der Krankenkasse bis zur Übermittlung der Entlassungsanzeige nicht vorliegt oder, wenn der Kostenübernahmesatz die Angabe enthält, dass die Anzahl der Zuzahlungstage „0“ beträgt. Legt der Versicherte eine von seiner Krankenkasse ausgestellte gültige Bescheinigung nach § 62 SGB V über seine Befreiung von der Zuzahlungspflicht oder eine gültige Quittung nach § 61 SGB V vor, die der im Kalenderjahr maximal zu entrichtenden Zuzahlung entspricht, ist auch abweichend von den mit dem Kostenübernahmesatz übermittelten Angaben über zuzahlungspflichtige Zuzahlungstage ebenfalls keine Zuzahlung zu leisten.

Besteht für den Versicherten keine Zuzahlungspflicht, entfällt die Verrechnung einer Zuzahlung. Im Rechnungssatz ist das Segment ZLG mit Zuzahlungsbetrag „0“ und Zuzahlungskennzeichen „1“, „4“ oder „5“ zu übermitteln.

Zuzahlung wurde geleistet

Hat der Versicherte die Zuzahlung an das Krankenhaus vollständig geleistet, wird sie mit dem Rechnungssatz verrechnet. Im Segment ZLG wird der Zuzahlungsbetrag mit Zuzahlungskennzeichen „2“ ausgewiesen.

Legt der Versicherte, in Folge z.B. einer vorangegangenen Verlegung, eine gültige Quittung nach § 61 SGB V vor, aus der sich gegenüber den von der Krankenkasse im Kostenübernahmesatz gemeldeten und vom Krankenhaus zu verrechnenden Zuzahlungstagen eine geringere Anzahl ergibt, verrechnet das Krankenhaus im Rechnungssatz als Zuzahlungsbetrag die aus der verringerten Anzahl ermittelte Zuzahlung mit Zuzahlungskennzeichen „6“.

- Formatiert: Schriftart: (Standard) Times New Roman, 11 pt
- Formatiert: Schriftart: (Standard) Times New Roman, 11 pt
- Formatiert: Standard, Block, Abstand Vor: 6 pt, Leerraum zwischen asiatischem und westlichem Text nicht anpassen, Leerraum zwischen asiatischem Text und Zahlen nicht anpassen
- Formatiert: Schriftart: Times New Roman, 11 pt
- Formatiert: Schriftart: Times New Roman, 11 pt
- Formatiert: Schriftart: (Standard) Times New Roman, 11 pt
- Formatiert ... [1]
- Formatiert ... [2]
- Formatiert ... [3]
- Formatiert ... [4]
- Formatiert ... [5]
- Formatiert ... [6]
- Formatiert ... [7]
- Formatiert ... [8]
- Formatiert ... [9]
- Formatiert ... [10]
- Formatiert ... [11]
- Formatiert ... [12]
- Formatiert ... [13]
- Formatiert ... [14]
- Formatiert ... [15]
- Formatiert ... [16]
- Formatiert ... [17]
- Formatiert ... [18]
- Formatiert ... [19]
- Formatiert ... [20]
- Formatiert: Schriftart: 11 pt
- Formatiert ... [21]
- Formatiert ... [22]
- Formatiert ... [23]
- Formatiert: Schriftart: 11 pt
- Formatiert: Schriftart: 11 pt
- Formatiert: Schriftart: 11 pt
- Formatiert: Schriftart: 11 pt
- Formatiert ... [24]
- Formatiert: Schriftart: 11 pt
- Formatiert: Schriftart: 11 pt
- Formatiert: Schriftart: 11 pt
- Formatiert: Schriftart: 11 pt

Zuzahlung wurde nicht oder nicht vollständig geleistet

Hat der Versicherte seine Zuzahlung nicht oder nicht vollständig geleistet, informiert das Krankenhaus im Rechnungssatz über das Zuzahlungskennzeichen „7“ oder „8“, dass es die Zuzahlung vollständig mit der Rechnung verrechnet hat und nun der Einzug der ausstehenden Zuzahlung des Versicherten durch das Krankenhaus ansteht.

Formatiert: Schriftart: 11 pt, Fett, Unterstrichen
Formatiert: Schriftart: 11 pt

Verzichtet die Krankenkasse auf das Vollstreckungsverfahren oder ist mit ihr vereinbart worden, dass sie den Einzug für ausstehende Zuzahlungen über das Vollstreckungsverfahren selbst übernimmt, kann die Krankenkasse bereits auf den Rechnungssatz, mit dem die Zuzahlung verrechnet und anhand Zuzahlungskennzeichen „7“ oder „8“ als vom Versicherten nur teilweise oder nicht geleistet gekennzeichnet wurde, einen Zahlungssatz, mit dem Prüfungsvermerk „11“, „12“, „13“ oder „15“ (siehe Schlüssel 10) übermitteln.

Formatiert: Schriftart: 11 pt
Formatiert: Schriftart: 11 pt
Formatiert: Schriftart: 11 pt
Formatiert: Schriftart: 11 pt

a) Nachträgliche Zahlung der Zuzahlung durch den Versicherten

Zahlt der Versicherte nach Rechnungsstellung seine Zuzahlung an das Krankenhaus, endet das Zuzahlungseinzugsverfahren. Eine gesonderte Information an die Krankenkasse erfolgt nicht.

Formatiert: Schriftart: 11 pt

b) Verwaltungsverfahren

Das Krankenhaus stellt für das durchgeführte Verwaltungsverfahren eine Nachtragsrechnung, in der es mit dem Entgelt „47120001“ die „Kostenpauschale für Verwaltungsverfahren“ und ggf. mit Entgelt „47120002“ die „Portokosten für erneute Zustellung zwecks Beweissicherung“ des Leistungsbescheids abrechnet. Das Segment ZLG enthält dann den Zuzahlungsbetrag „0,00“ und das Zuzahlungskennzeichen „2“ oder „6“, sofern die Zuzahlung im Rahmen des Verwaltungsverfahrens geleistet wurde, oder „7“ oder „8“, sofern die Zuzahlung im Rahmen des Verwaltungsverfahrens nicht geleistet wurde.

Formatiert: Schriftart: 11 pt
Formatiert: Schriftart: 11 pt
Formatiert: Schriftart: 11 pt

Die Krankenkasse kann auf eine Nachtragsrechnung mit dem Zuzahlungskennzeichen „7“ oder „8“, einen Zahlungssatz mit dem Prüfungsvermerk „11“, „12“, „13“, „15“, „21“, „22“, „23“ oder „25“ (siehe Schlüssel 10) übermitteln, damit das Vollstreckungsverfahren vom Krankenhaus nicht veranlasst wird und ggf. die Verfahrensunterlagen vom Krankenhaus angefordert werden. Ist die Übernahme des Vollstreckungsverfahrens durch die Krankenkasse oder der Verzicht auf das Vollstreckungsverfahren bereits geklärt, kann die Krankenkassen mit Prüfungsvermerk „31“, „32“, „33“, „35“ zusätzlich die Verfahrensunterlagen anfordern. Hat die Krankenkasse einen entsprechenden Zahlungssatz bereits mit dem Rechnungssatz über die Krankenhausleistung übermittelt, muss sie auf die Nachtragsrechnung einen Zahlungssatz übermitteln, wenn als Prüfungsvermerk „12“, „13“ oder „15“ verwendet wird. Ein Zahlungssatz mit dem Prüfungsvermerk „11“ ist auf die Nachtragsrechnung nur zu übermitteln, wenn die Krankenkasse nicht schon zu dem Rechnungssatz einen Zahlungssatz mit der Information übermittelt hat, dass das Vollstreckungsverfahren von Krankenhaus nicht durchgeführt werden soll. Der Zahlungssatz ist auch (nachrichtlich) zu übermitteln, wenn mit dem Krankenhaus eine allgemeine Vereinbarung besteht, dass die Krankenkasse das Vollstreckungsverfahren selbst übernimmt.

Formatiert: Schriftart: 11 pt
Formatiert: Schriftart: 11 pt
Formatiert: Schriftart: 11 pt
Formatiert: Schriftart: 11 pt
Formatiert: Schriftart: 11 pt
Formatiert: Schriftart: 11 pt
Formatiert: Schriftart: 11 pt
Formatiert: Schriftart: 11 pt
Formatiert: Schriftart: 11 pt
Formatiert: Schriftart: 11 pt
Formatiert: Nicht Hervorheben
Formatiert: Schriftart: 11 pt

Wurde die Zuzahlung im Rahmen des Verwaltungsverfahrens nicht geleistet, verzichtet die Krankenkasse aber auf die Durchführung des Vollstreckungsverfahrens oder ist mit ihr vereinbart worden, dass sie den Einzug für ausstehende Zuzahlungen im Vollstreckungsverfahren selbst übernimmt, fordert das Krankenhaus mit dem Nachrichtentyp „ZGUT“ (Zuzahlungsgutschrift/-rückforderung) die nicht geleistete Zuzahlung zurück. Im Falle einer Vereinbarung der Übernahme des Einzuges für ausstehende Zuzahlungen im Vollstreckungsverfahren durch die Krankenkasse oder auf Anforderung durch die Krankenkasse übersendet das Krankenhaus der Krankenkasse die Verfahrensunterlagen aus dem Verwaltungsverfahren.

Konnte das Verwaltungsverfahren wegen Unzustellbarkeit der Anhörung oder des Leistungsbescheides nicht abgeschlossen werden, fordert das Krankenhaus mit dem Nachrichtentyp „ZGUT“ (Zuzahlungsgutschrift/-rückforderung) nur die nicht geleistete Zuzahlung zurück. Die Krankenkasse kann dann durch eine Änderungsmeldung (Storno und Neumeldung) zum ursprünglichen Zahlungssatz mit dem korrigierten Prüfungsvermerk „61“, „62“ oder „65“ (siehe Schlüssel 10) den Beleg über die Unzustellbarkeit anfordern.

Formatiert: Block, Abstand Vor: 6 pt

c) Vollstreckungsverfahren

Hat das Krankenhaus das Vollstreckungsverfahren durchgeführt, stellt es über eine weitere Nachtragsrechnung mit dem Entgelt „47120003“ die Vollstreckungskosten in Rechnung. Sind darüber hinaus auf Grund einer Klage des Versicherten gegen den Verwaltungsakt Gerichtskosten angefallen, stellt es mit dem Entgelt „47120004“ die Gerichtskosten in Rechnung (zusammen mit den Vollstreckungskosten oder über eine weitere Nachtragsrechnung). Das Segment ZLG enthält den Zuzahlungsbetrag „0,00“ und das Zuzahlungskennzeichen „7“ oder „8“. Das Krankenhaus fordert mit dem Nachrichtentyp „ZGUT“ (Zuzahlungsgutschrift/-rückforderung) zusätzlich die nicht geleistete Zuzahlung zurück.

Die Krankenkasse kann das Krankenhaus zur Übersendung der Belege über die berechneten Kosten auffordern, indem es einen Zahlungssatz mit dem Prüfungsvermerk „41“, „42“, „43“ oder „45“ (siehe Schlüssel 10) übermittelt. Werden zusätzlich die Verfahrensunterlagen angefordert, erfolgt dies mit Prüfungsvermerk „51“, „52“, „53“ oder „55“ (siehe Schlüssel 10).

Datumsangaben in den ENT-Segmenten der Rechnungssätze

Für die Abrechnung der dem Krankenhaus im Rahmen des Zuzahlungseinzugsverfahrens entstandenen Kosten ist im Datenfeld „Abrechnung von“ der Aufnahmetag und im Datenfeld „Abrechnung bis“ der Tag vor der Entlassung des zugehörigen Krankenhauses anzugeben.

Formatiert: Schriftart: 11 pt

Formatiert: Schriftart: 11 pt

Formatiert: Schriftart: 11 pt

Formatiert: Schriftart: 11 pt

Formatiert: Schriftart: 11 pt

Formatiert: Schriftart: 11 pt

Formatiert: Schriftart: 11 pt

Formatiert: Schriftart: 11 pt

Formatiert: Schriftart: 11 pt

Formatiert: Schriftart: 11 pt

Formatiert: Schriftart: 11 pt

Formatiert: Einzug: Links: 0 cm

Formatiert: Schriftart: 11 pt

Formatiert: Block, Abstand Vor: 6 pt

Formatiert: Standard, Block, Abstand Vor: 6 pt, Leerraum zwischen asiatischem und westlichem Text nicht anpassen, Leerraum zwischen asiatischem Text und Zahlen nicht anpassen

Nachtrag 12

Kap. 2.8 ENA, Segment Entgelt Ambulante Operation (99 x möglich)

wird wie folgt geändert:

2.8 ENA Segment Entgelt Ambulante Operation (~~300~~ x möglich)

Gelöscht: 99

...

4. Punktzahl

Die Punktzahl ist nach EBM-Katalog anzugeben.

Für die postoperativen Behandlungskomplexe des Abschnitts 31.4 des EBM bei Erbringung der Leistung durch den Operateur ist die um 27,5 % gekürzte ganzstellig kaufmännisch gerundete Punktzahl anzugeben (§ 7 Abs. 2 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V).

Bei künstlichen Befruchtungen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ist ein Eigenanteil des Patienten von 50 % zu leisten (§ 27a Abs. 3 Satz 3 SGB V). Für diese Leistungen für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung nach den EBM-Ziffern 08510, 08530, 08531, 08540, 08541, 08542, 08550, 08551, 08552, 08560, 08561, 08570, 08571, 08572, 08573, 08574 sowie die damit zusammenhängenden ärztlichen Leistungen nach den EBM-Ziffern 01510, 01511, 01512, 02100, 02341, 05310, 05330, 05340, 05341, ~~05350~~, 11311, 11312, ~~11320, 11321, 11322~~ 31272, 31503, ~~31600~~ 31608, 31609, 31822, 33043, 33044, 33090, 32354, 32356, 32357, 32575, 32576, 32577, 32660, 32781, ~~36272, 36503, 36822~~ (siehe „Bundesempfehlung nach § 86 SGB V der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Zusammenhang mit der Neufassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zum 01. April 2005 zu den Leistungen der künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V zum 01. ~~Oktober 2007~~“) sind in der Regel die um 50 % gekürzten ganzstellig kaufmännisch gerundeten Punktzahlen anzugeben. Die Halbierung der Punktzahlen für die mit den Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung zusammenhängenden ärztlichen Leistungen, die ansonsten voll berechnet werden, ist für die Ermittlung des jeweiligen Entgeltbetrages für den Rechnungssatz Ambulante Operation vorzunehmen und im Datenfeld „Punktzahl“ auszuweisen. Sollte eine Kürzung der Punktzahlen durch die Krankenhaus-Software nicht möglich sein, ist der Eigenanteil im ZLG-Segment additiv zur Praxisgebühr auszuweisen.

Gelöscht: 32851, 32852, 32855, 32856, 32857

Gelöscht: Juli 2005

...

Nachtrag 13

Kap. 2.9 ENT, Segment Entgelt (98 x / 99 x möglich)

wird wie folgt geändert:

2.9 ENT Segment Entgelt (98 x / 99 x möglich)

...

3. Abrechnung von:

Das Feld enthält den ersten Tag, mit dem der Abrechnungszeitraum des Entgeltsegmentes beginnt.

Abrechnung von Fallpauschalen für Neugeborene (FP 16.01 und FP 16.02):

Es ist der erste Belegungstag auf der Säuglingsstation oder im Säulingszimmer anzugeben.

Zuzahlungseinzugsverfahren bei vollstationären Patienten:

Für die Abrechnung der dem Krankenhaus im Rahmen des Zuzahlungseinzugsverfahrens entstandenen Kosten ist der Aufnahmetag des zugehörigen Krankenhauses anzugeben.

4. Abrechnung bis:

Das Feld enthält den letzten Tag, mit dem der Abrechnungszeitraum des Entgeltsegmentes endet.

Abrechnung von Fallpauschalen für Neugeborene (FP 16.01 und FP 16.02):

Es ist der letzte Belegungstag auf der Säuglingsstation oder im Säulingszimmer anzugeben.

Zuzahlungseinzugsverfahren bei vollstationären Patienten:

Für die Abrechnung der dem Krankenhaus im Rahmen des Zuzahlungseinzugsverfahrens entstandenen Kosten ist der Tag vor der Entlassung des zugehörigen Krankenhauses anzugeben.

Gelöscht: Bei einer Schlussrechnung ist
<#>bei vollstationärer Behandlung der Tag vor der Entlassung oder Verlegung
<#>bei teilstationärer Behandlung der Tag der Entlassung oder der Tag vor der Verlegung
<#>bei vor- oder nachstationärer Behandlung der letzte Tag der Krankenhausbehandlung
<#>bei Wechsel des Kostenträgers (Entlassungsgrund '05') der letzte Tag der Leistungspflicht/Abrechnung anzugeben.

Nachtrag 14

Kap. 2.26, ZLG Segment Zuzahlung

wird wie folgt geändert:

2.26 ZLG Segment Zuzahlung

1. Zuzahlungsbetrag

In der Zwischen- oder Schlussrechnung ist der vollständige Betrag (mit zwei Nachkommastellen) anzugeben, der vom Versicherten an das Krankenhaus zu leisten ist, oder „0,00“, wenn keine Zuzahlungspflicht besteht. Im Rechnungssatz Ambulante Operation ist der Betrag anzugeben, der vom Versicherten an das Krankenhaus gezahlt wurde, oder „0,00“, wenn keine Zuzahlungspflicht besteht.

Gelöscht: sowie im Rechnungssatz Ambulante Operation

Gelöscht: gezahlt wurde

Gelöscht: Über die Verrechnung des Betrages ist die Krankenkasse anhand des Feldes Zuzahlungskennzeichen zu informieren.

Auch der Entlassungstag fällt unter die Zuzahlungspflicht.

Im Falle von ambulanten Operationen entspricht der Zuzahlungsbetrag der ggf. zu leistenden Praxisgebühr. Durch Vor- und Nachbehandlungen kann sich eine ambulante Behandlung auf zwei Quartale erstrecken, so dass die Praxisgebühr von 10,00 EUR zweimal anfallen kann. Bei künstlichen Befruchtungen ist ein Eigenanteil des Patienten von 50 % zu leisten (§ 27a Abs. 3 Satz 3 SGB V). Sollte die hierzu vorgesehene Kürzung der Punktzahlen in den ENA-Segmenten durch die Krankenhaus-Software nicht möglich sein, ist der Eigenanteil im ZLG-Segment als zusätzliche Zuzahlung zu addieren.

2. Zuzahlungskennzeichen

Schlüssel: 15

Über das Zuzahlungskennzeichen informiert das Krankenhaus die Krankenkasse über die Zuzahlungspflicht, die Leistung des Zuzahlungsbetrages durch den Versicherten oder eine vom Versicherten vorgelegte Quittung über die Verringerung oder den Wegfall der Zuzahlungspflicht oder eine vorgelegte gültige Bescheinigung über die Befreiung von der Zuzahlungspflicht.

Gelöscht: , ob der Versicherte im Fall einer Zuzahlungspflicht seine Zuzahlung geleistet oder (noch) nicht geleistet hat

Nachtrag 15

Kap. 2.27, ZPR Segment Zahlung/Prüfung

wird wie folgt geändert:

2.27 ZPR Segment Zahlung/Prüfung

1. Rechnungsbetrag, angewiesen

Das Feld enthält die Information, welcher Betrag der Rechnung des Krankenhauses von der Krankenkasse zur Zahlung angewiesen wurde.

2. Prüfungsvermerk

Schlüssel: **10**

Der Prüfungsvermerk enthält die Information der Krankenkasse, ob die Rechnung beglichen oder aus welchem Grund noch nicht beglichen wird.

Im Rahmen des Zuzahlungseinzugsverfahrens kann die Krankenkasse über den Prüfungsvermerk Belege über die entstandenen Kosten oder die Unzustellbarkeit im Verwaltungsverfahren anfordern und den Verzicht des Vollstreckungsverfahrens durch das Krankenhaus bestimmen.

Formatiert: Einzug: Links: 1 cm, Erste Zeile: 0 cm

3. Honorarsumme, neu berechnet (nur bei Zahlungssatz Ambulante Operation)

4. Pauschale, neu berechnet (nur bei Zahlungssatz Ambulante Operation)

Seite 11: [1] Formatiert	ElssnerTh	11.05.2009 09:21:00
Schriftart: Times New Roman, 11 pt		
Seite 11: [2] Formatiert	ElssnerTh	11.05.2009 09:21:00
Schriftart: (Standard) Times New Roman, 11 pt		
Seite 11: [3] Formatiert	ElssnerTh	11.05.2009 09:21:00
Schriftart: Times New Roman, 11 pt		
Seite 11: [4] Formatiert	ElssnerTh	11.05.2009 09:21:00
Schriftart: (Standard) Times New Roman, 11 pt		
Seite 11: [5] Formatiert	ElssnerTh	11.05.2009 09:21:00
Schriftart: Times New Roman, 11 pt		
Seite 11: [6] Formatiert	ElssnerTh	11.05.2009 09:21:00
Schriftart: (Standard) Times New Roman, 11 pt		
Seite 11: [7] Formatiert	ElssnerTh	11.05.2009 09:21:00
Schriftart: Times New Roman, 11 pt		
Seite 11: [8] Formatiert	ElssnerTh	11.05.2009 09:21:00
Schriftart: (Standard) Times New Roman, 11 pt		
Seite 11: [9] Formatiert	ElssnerTh	11.05.2009 09:21:00
Schriftart: Times New Roman, 11 pt		
Seite 11: [10] Formatiert	ElssnerTh	11.05.2009 09:21:00
Schriftart: (Standard) Times New Roman, 11 pt		
Seite 11: [11] Formatiert	ElssnerTh	11.05.2009 09:21:00
Schriftart: Times New Roman, 11 pt		
Seite 11: [12] Formatiert	ElssnerTh	11.05.2009 09:21:00
Schriftart: (Standard) Times New Roman, 11 pt		
Seite 11: [13] Formatiert	ElssnerTh	11.05.2009 09:21:00
Schriftart: Times New Roman, 11 pt		
Seite 11: [14] Formatiert	ElssnerTh	11.05.2009 09:21:00
Schriftart: (Standard) Times New Roman, 11 pt		
Seite 11: [15] Formatiert	ElssnerTh	11.05.2009 09:21:00
Schriftart: Times New Roman, 11 pt		
Seite 11: [16] Formatiert	ElssnerTh	11.05.2009 09:21:00
Schriftart: (Standard) Times New Roman, 11 pt		
Seite 11: [17] Formatiert	ElssnerTh	11.05.2009 09:21:00
Schriftart: (Standard) Times New Roman, 11 pt		
Seite 11: [18] Formatiert	ElssnerTh	11.05.2009 09:21:00
Schriftart: Times New Roman, 11 pt		
Seite 11: [19] Formatiert	ElssnerTh	11.05.2009 09:21:00
Schriftart: (Standard) Times New Roman, 11 pt		
Seite 11: [20] Formatiert	ElssnerTh	11.05.2009 09:21:00
Schriftart: Times New Roman, 11 pt		
Seite 11: [21] Formatiert	ElssnerTh	11.05.2009 09:21:00
Schriftart: Times New Roman, 11 pt		
Seite 11: [22] Formatiert	ElssnerTh	11.05.2009 09:21:00
Block, Abstand Vor: 6 pt		
Seite 11: [23] Formatiert	ElssnerTh	11.05.2009 10:33:00
Schriftart: 11 pt, Fett, Unterstrichen		

Schriftart: 11 pt, Fett, Unterstrichen

Nachtrag vom 27.03.2009

zur Fortschreibung der § 301-Vereinbarung vom 01.02.2008

mit Wirkung zum 01.04.2009

Nachträge zur Anlage 2**Nachtrag 1****Schlüssel 4: Entgeltarten***wird wie folgt ergänzt:***Schlüssel 4: Entgeltarten**

...

Zuschläge nach GMG und sonstige Zuschläge

<i>Hinweis:</i> 4. – 8. Stelle:	‘00000’	Zuschlag für gemeinsamen Bundesausschuss (§ 91 Abs. 2 Satz 6 SGB V), teilstationär
	...	
	‘00013’	Telematikzuschlag, teilstationär (§ 291a Abs. 7a i.V. mit Abs. 7 Satz 4 SGB V)
	‘00014’	<u>Zuschlag wegen Konvergenzver- längerung nach § 5 Abs. 6 KHEntgG</u>
	‘00015’	<u>Zuschlag für besondere Einrichtungen nach § 4 Abs. 7 KHEntgG</u>
	‘00016’	<u>Zuschlag für Kappungshaus nach § 4 Abs. 9 KHEntgG</u>

Abschläge nach GMG und sonstige Abschläge

<i>Hinweis:</i> 4. – 8. Stelle:	‘00000’	intern reserviert
	...	
	‘00011’	Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG
	‘00012’	<u>Abschlag für Mehrleistungen nach § 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG</u>
	‘00013’	<u>Abschlag zu Tarifierhöhung nach § 4 Abs. 2a Satz 2 KHEntgG</u>
	‘00014’	<u>Abschlag wegen Konvergenzver- längerung nach § 5 Abs. 6 KHEntgG</u>
	‘00015’	<u>Abschlag für besondere Einrichtungen nach § 4 Abs. 7 KHEntgG</u>

...

Hinweis:

Der Zu- oder Abschlag wegen Konvergenzverlängerung wird anhand der Vorgaben des § 5 Abs. 6 Satz 2 KHEntgG ermittelt. Er kann nur und erst für Rechnungen, die auf Grundlage des genehmigten Landesbasisfallwerts 2009 erstellt werden, in Rechnung gestellt werden. Zu- oder Abschläge wegen Konvergenzverlängerung für Patienten, die vor Beginn der Abrechnung auf Grundlage des genehmigten Landesbasisfallwerts 2009 im Jahr 2009 entlassen wurden, werden gemäß § 5 Abs. 6 Satz 4 KHEntgG ausgeglichen.

Steht zur Ermittlung des Zu- bzw. Abschlages wegen Konvergenzverlängerung der krankenhausindividuelle Basisfallwert 2008 noch nicht fest, wird im Rahmen der Weitergeltung der Entgelte ersatzweise der krankenhausindividuelle Basisfallwert 2007 verwendet. Der Abweichungsbetrag wird gemäß § 5 Abs. 6 Satz 4 KHEntgG ausgeglichen.

Nachträge zum Anhang B zur Anlage 2

Nachtrag 2

Zu- und Abschläge nach GMG und sonstige Zu- und Abschläge

Zuschläge

47100013 Telematikzuschlag, teilstationär (§ 291a Abs. 7a i.V. mit Abs. 7 Satz 4 SGB V)
47100014 Zuschlag wegen Konvergenzverlängerung nach § 5 Abs. 6 KHEntgG
47100015 Zuschlag für besondere Einrichtungen nach § 4 Abs. 7 KHEntgG
47100016 Zuschlag für Kappungshaus nach § 4 Abs. 9 KHEntgG

Abschläge

47200011 Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG
47200012 Abschlag für Mehrleistungen nach § 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG
47200013 Abschlag zu Tarifierhöhung nach § 4 Abs. 2a Satz 2 KHEntgG
47200014 Abschlag wegen Konvergenzverlängerung nach § 5 Abs. 6 KHEntgG
47200015 Abschlag für besondere Einrichtungen nach § 4 Abs. 7 KHEntgG

Formatiert: Schriftart: Nicht
Fett

Formatiert: Abstand Vor: 0 pt

Hinweis zur Abrechnung der prozentualen Zu- und Abschläge für besondere Einrichtungen nach § 4 Abs. 7 KHEntgG und des Zuschlages für Kappungshäuser nach § 4 Abs. 9 KHEntgG

1. Für die Zu- und Abschläge für besondere Einrichtungen nach § 4 Abs. 7 KHEntgG und für den Zuschlag für Kappungshäuser nach § 4 Abs. 9 KHEntgG wurden die Entgeltartenschlüssel „47100015“, „47200015“ und „47100016“ festgelegt.

2. Von dem Brutto-Rechnungsbetrag des Krankenhauses werden, sofern darin enthalten, folgende Entgeltarten zur Berechnung der Zu- und Abschläge herangezogen:

70xxxxxx	DRG-Fallpauschale nach § 7 Nr. 1 KHEntgG (§ 1 Abs. 1 Satz 1 KFPV/FPV)
71xxxxxx	Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD nach § 7 Nr. 3 KHEntgG
72xxxxxx	Abschlag bei Verlegungen nach § 1 Abs. 1 Satz 3 KFPV/FPV
73xxxxxx	Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD nach § 1 Abs. 3 Satz 1 KFPV/FPV
760xxxxx	Zusatzentgelt nach § 7 Nr. 2 KHEntgG – Arzneimittel oder nach Anlage 2 oder Anlage 4 KFPV 2004 bzw. nach Anlage 6 FPV
762xxxxx	Zusatzentgelt nach § 6 Abs. 2a KHEntgG
76Zxxxxx	Zusatzentgelt nach § 7 Nr. 2 KHEntgG – nach Anlage 5 FPV
85xxxxxx	Tagesbezogenes Entgelt nach § 7 Nr. 5 KHEntgG (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)
86xxxxxx	Fallbezogenes Entgelt nach § 7 Nr. 5 KHEntgG (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)
87xxxxxx	Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG
88xxxxxx	Abschlag bei Verlegung für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG
89xxxxxx	Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG

3. Der vom Krankenhaus in Rechnung gestellte Zu-/Abschlagsbetrag wird wie folgt ermittelt (Abschläge sind mit negativem Vorzeichen zu berücksichtigen):

gerundete Summe über alle Entgeltarten mit Zu-/Abschlag $[(\text{Entgeltbetrag}) \times (\text{Entgeltanzahl}) \times (\text{auf 2 Nachkommastellen gerundeter Prozentsatz des Zu-/Abschlages}) / 100]$

Hinweis zur Abrechnung der Abschläge vom Landesbasisfallwert für Mehrleistungen nach § 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG und zu Tarifierhöhungen nach § 4 Abs. 2a Satz 2 KHEntgG sowie für Zu- und Abschläge vom Landesbasisfallwert wegen Konvergenzverlängerung nach § 5 Abs. 6 KHEntgG

1. Für die Abschläge für Mehrleistungen nach § 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG und zu Tarifierhöhungen nach § 4 Abs. 2a Satz 2 KHEntgG sowie für Zu- und Abschläge wegen Konvergenzverlängerung nach § 5 Abs. 6 KHEntgG wurden die Entgeltartenschlüssel „47200012“, „47200013“, „47100014“ und „47200014“ festgelegt.

2. Zur Berechnung der Zu- und Abschläge werden die Relativgewichte folgender Entgeltarten, sofern in der Rechnung enthalten, herangezogen:

70xxxxxx	DRG-Fallpauschale nach § 7 Nr. 1 KHEntgG (§ 1 Abs. 1 Satz 1 KFPV/FPV)
71xxxxxx	Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD nach § 7 Nr. 3 KHEntgG
72xxxxxx	Abschlag bei Verlegungen nach § 1 Abs. 1 Satz 3 KFPV/FPV
73xxxxxx	Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD nach § 1 Abs. 3 Satz 1 KFPV/FPV

3. Der vom Krankenhaus in Rechnung gestellte Zu-/Abschlagsbetrag wird wie folgt ermittelt (Abschläge sind mit negativem Vorzeichen zu berücksichtigen):

gerundete Summe über alle Entgeltarten mit Zu-/Abschlag [(Relativgewicht der Entgeltart) x (Entgeltanzahl) x (auf 2 Nachkommastellen gerundeter Zu-/Abschlags-Betrag vom Landesbasisfallwert)]

Beispiel:

Es gelten folgende Relativgewichte: DRGx: 2,561
Zuschlag oGVD: 0,333

Es gelten folgende Vereinbarungen: LBFW (70000000): 2900,75 €
0,64 % Abschlag (47200012): 18,56 €

Der Wert für den Abschlagsbetrag (18,56 €) wird durch kaufmännische Rundung anhand der dritten Nachkommastelle ermittelt.

Rechnungslegung bei 2 Tagen Überschreitung oGVD (ohne Berücksichtigung weiterer Rechnungsbeträge):

7010DRGx : 2,561 x 2900,75 € =	7428,82 €
7110DRGx : 0,333 x 2 x 2900,75 € =	1931,90 €
47200012 : (2,561 + 0,333 x 2) x 18,56 € =	59,89 €

Rechnungszwischenbetrag :	9300,83 €