

TEIL 1 des Nachtrags vom 03.12.2019

zur Fortschreibung der § 301 – Vereinbarung
vom 17.04.2018

mit Wirkung zum 01.01.2020

Inhalt

TEIL 1 des Nachtrags vom 03.12.2019	1
<i>Nachtrag 01 Umsetzung Institutsambulanzen:</i>	6
<i>Nachtrag 02 redaktionelle Änderung:</i>	7
<i>Nachtrag 03 Zuschlag Mehrkosten G–BA (ohne Pflege):</i>	8
<i>Nachtrag 04 Zuschlag ländliche Krankenhäuser:</i>	9
<i>Nachtrag 05 Abschlag für Korrekturen (Zentren und Schwerpunkte):</i>	10
<i>Nachtrag 06 gesonderte Abbildung Pflegeentgelte bei fallbezogenen Entgelten:</i>	11
<i>Nachtrag 07 Zuschlag Begleitpersonen (Unterbringung außerhalb):</i>	12
<i>Nachtrag 08 länderspezifische Abbildung Sicherstellungszuschläge</i>	13
<i>Nachtrag 09a Erweiterung Entgelte Ausbildungszuschläge:</i>	14
<i>Nachtrag 09b Erweiterung Entgelte Ausbildungszuschläge:</i>	15
<i>Nachtrag 10 Etablierung neue Entlassungs- und Verlegungsgründe:</i>	16
<i>Nachtrag 11 neue Fachabteilung:</i>	17
<i>Nachtrag 12 Umsetzung Institutsambulanzen:</i>	18
<i>Nachtrag 13 Entgeltschlüssel Anhang B:</i>	19
<i>Nachtrag 14 Fehlercodes:</i>	20
<i>Nachtrag 15 redaktionelle Änderung:</i>	22
<i>Nachtrag 16 Umsetzung Institutsambulanzen:</i>	23
<i>Nachtrag 17 Standortnummer:</i>	24
<i>Nachtrag 18 Standortnummer:</i>	25
<i>Nachtrag 19 Standortnummer:</i>	26
<i>Hinweis zur Abrechnung der neuen Zuschläge</i>	27
TEIL 2 des Nachtrags vom 03.12.2019	28
<i>Nachtrag 01 Zuschlag im Bereich Pflegepersonal (GKV–FKG):</i>	31
<i>Nachtrag 02 Abrechnung Pflegeerlöskatalog (MDK Reformgesetz):</i>	32
<i>Nachtrag 03 neue Rechnungsart – Ersatzabrechnung vorstationär (MDK Reformgesetz):</i>	33
<i>Nachtrag 04 neue Schlüssel 30 Ausprägungen:</i>	34
<i>Nachtrag 05 Entgeltschlüssel Anhang B (GKV–FKG):</i>	35
<i>Nachtrag 06 Abrechnung Pflegeerlöskatalog (MDK Reformgesetz):</i>	36
<i>Nachtrag 07 Aufschläge (MDK Reformgesetz):</i>	40

Erläuterungen zu einzelnen Nachträgen

Teil 1 des Nachtrages

Nachtrag 01, 12, 16 Umsetzung Institutsambulanzen:

Gemäß § 4 Absatz 1 der Anlage 2 der Änderungsvereinbarung zur Vereinbarung zu den Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Absatz 2 SGB V dokumentieren die Institutsambulanzen nach § 118 Abs. 3 SGB V ab dem 01.01.2020 die führende Behandlungsdiagnose und die damit begleitenden pathogenetisch verbundenen somatischen Diagnosen. Darüber hinaus sind die Institutsambulanzen nach § 118 Abs. 3 SGB V verpflichtet, ihre erbrachten Leistungen entsprechend der PIA-Doku-Vereinbarung zu dokumentieren. Neben den allgemeinen Basis- und Zusatzschlüsseln gemäß Anlage 1 der Vereinbarung gelten für die Institutsambulanzen nach § 118 Abs. 3 SGB V zusätzlich die Leistungsschlüssel PIA-91Z bis PIA-93Z.

Nachtrag 02, 15 redaktionelle Änderung:

Es handelt sich um rein redaktionelle Änderungen.

Nachtrag 03 Zuschlag Mehrkosten G-BA (ohne Pflege):

Die Vereinbarung zur Anpassung der Anlage 1 der G-BA-Mehrkostenzuschlagsvereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2020 sieht die Abrechnung eines krankenhausindividuellen Zuschlags vor. Dieser prozentuale Zuschlag wird auf die abgerechnete Höhe der DRG Fallpauschalen (ohne Pflege), Zusatzentgelte sowie der sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG erhoben und gilt ab dem Vereinbarungszeitraum 2020. Es wird dafür der neue Entgeltsschlüssel 47100030 vereinbart.

Nachtrag 04 Zuschlag ländliche Krankenhäuser

Die Vereinbarung nach § 5 Absatz 2a KHEntgG (Liste der ländlichen Krankenhäuser) sieht eine zusätzliche Finanzierung durch die Krankenkassen vor. Dazu wird der Zuschlag 47100032 vereinbart. Dieser Jahresbetrag wird jedem in der Anlage der Vereinbarung aufgeführten Krankenhausstandort gewährt und gemäß § 3 als Zuschlag je voll- und teilstationären Fall gezahlt (Eurowert).

Nachtrag 05 Abschlag für Korrekturen

Es wird für die Korrektur von Zuschlägen für Zentren und Schwerpunkte ein entsprechender Abschlag vereinbart. Dieser dient als Korrekturposten zum Zuschlag für Zentren und Schwerpunkte (§5 Abs. 3 KHEntgG).

Nachtrag 06 gesonderte Abbildung Pflegeentgelte bei fallbezogenen Entgelten

Ab dem Jahr 2020 werden Pflegeentgelte durch den neuen Entgeltbereich 84* abgebildet. Um bei den tagesbezogenen Entgelte 85* und 86* den Pflegeanteil gesondert abzubilden, werden derzeit die Stellen 1-2 mit 84 belegt, die Stellen 3-4 lauten 00 und an den Stellen 5-8 wird der gleiche Wert wie bei dem 85* bzw. 86* Entgelt verwendet. Um Überschneidungen zu verhindern, wird nun an der Stelle 3-4 zwischen den fall- und tagesbezogenen Entgelten unterschieden. So wird

beispielsweise sichergestellt, dass Entgelte aus dem Bereich 85* und 86* mit den gleichen Stellen 5–8, aber unterschiedlicher Bezeichnung auch künftig durch eine `50` an der Stelle 3–4 unterschieden werden können.

Nachtrag 07 Zuschlag Begleitperson (Unterbringung außerhalb)

§ 11 Absatz 3 Satz 3 SGB V regelt, dass in den Fällen, in denen bei stationärer Behandlung die Anwesenheit einer Begleitperson aus medizinischen Gründen notwendig, eine Mitaufnahme in die stationäre Einrichtung jedoch nicht möglich ist, die Unterbringung der Begleitperson auch außerhalb des Krankenhauses oder der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung erfolgen kann. Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art und Dauer der Leistungen für eine Unterbringung nach Satz 2 nach pflichtgemäßem Ermessen; die Kosten dieser Leistungen dürfen nicht höher sein, als die für eine Mitaufnahme der Begleitperson in die stationäre Einrichtung nach Satz 1 anfallenden Kosten. Dafür wird der Entgeltschlüssel 75100006 vorgesehen. Das zugehörige Berechnungsschema ist im Anhang beigefügt.

Nachtrag 08 länderspezifische Abbildung Sicherstellungszuschläge

Es ist vorgesehen, dass Budgetvereinbarungen in einigen Bundesländern explizit Sicherstellungszuschläge ausweisen, die nicht auf Basis der G–BA RL vereinbart sind, sondern auf Grund länderspezifischer Verordnungen. Dafür ist es notwendig einen eigenen Entgeltbereich vorzusehen.

Nachtrag 09 Erweiterung Entgelte Ausbildungszuschläge

Zur Ermittlung der Ausbildungskosten ist nach § 33 Absatz 3 PflBG und § 17a Absatz 5 KHG separat vorzunehmen. Zur Abrechnung der Krankenhäuser gegenüber den Krankenkassen werden separate Entgeltbereiche vorgesehen. Die Zuschläge sind je nach Vereinbarung vor Ort als Festbeträge oder prozentual zu ermitteln.

Nachtrag 10 neuer Entlass-/Verlegungsgrund

Infolge von Änderungen in den Deutschen Kodierrichtlinien werden zwei neue Entlassungs-/Verlegungsgründe für die reguläre Entlassung in eine organisierte Wohneinheit bzw. Weaning–Einheit aufgenommen (bei Beatmung > 95 Stunden).

Nachtrag 11 neue Fachabteilung

Es wird ein neuer Fachabteilungsschlüssel für die Fachabteilung Neurologie mit dem Schwerpunkt der neurologischen Frührehabilitation vereinbart.

Nachtrag 13 Entgeltschlüssel Anhang B

Die sich aus der Logik der Anlage 2 ergebenden endstelligen Entgeltschlüssel werden in Anhang B Teil 1 zu Anlage 2 dargestellt.

Nachtrag 14 Fehlercodes

Zur Sicherstellung der fachlichen Vorgaben werden Fehlercodes vereinbart.

Nachtrag 17–19 Standorte

Ab dem 01.01.2020 ist die Verwendung der Standortnummer gemäß des Standortverzeichnisses nach § 293 Abs. 6 SGB V vom InEK eine Pflichtangabe im Datenaustausch. Bei der Abrechnung von stationsäquivalenter Behandlung wird ein Pseudowert für die Standortnummer verwendet. Des Weiteren werden Festlegungen getroffen, wie in Fällen von vor- und nachstationärer Behandlung bei der Verwendung der Standortnummer vorzugehen ist.

Nachträge zur Anlage 1

Nachtrag 01 Umsetzung Institutsambulanzen:

...

Rechnungssatz Ambulante Operation

FKT	Segment Funktion	M	an3	siehe Anlage 4 (7.2.4)
	Verarbeitungskennzeichen	M	an2	Schlüssel 9
	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	M	an2	'01', ...
	IK des Absenders	M	an9	IK des Krankenhauses
	IK des Empfängers	M	an9	IK der Krankenkasse
...	...			
BDG	Segment Behandlungsdiagnose	M	an3	'BDG' (99x möglich)
	Behandlungsdiagnose	M		(Datenelementgruppe)
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
	Diagnosensicherheit	K	a1	Schlüssel 17
	Sekundär-Diagnose	K		(Datenelementgruppe)
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
	Diagnosensicherheit	K	a1	Schlüssel 17
	Diagnoseart	M	a1	1 = Behandlungsdiagnose /Ambulanzdiagnose, 2 = bei § 116b (neu): Diagnose der Überweisung innerhalb der ASV, 3 = mitbehandelte Diagnosen bei § 117 Abs. 1 und 2 SGB V, <u>4 = begleitende pathogenetisch verbundene somatische Diagnose bei §118 Abs. 3 SGB V</u>
	Teammitgliedsidentifikation	K	an9	Muss angegeben werden bei § 116b (neu): bei Diagnoseart '2', bei KH: Fachgruppennummer
	Standortnummer/Betriebsstättennummer	K	an9	bei §§ 116b-120 Abs. 1a SGB V: Standortnummer oder Betriebsstättennummer
...

Nachtrag 02 redaktionelle Änderung:

...

Hinweise:

INV **Entweder** INV-1 Muss-Datenelement

oder sofern INV-1 zum Zeitpunkt der Nachricht im Krankenhaus noch nicht vorliegt NAD-4 + NAD-5
(sofern vorhanden) + NAD-6/NAD-9 + NAD-7 Muss-Datenelemente

~~INV-2 bis auf weiteres '99999' bei Auslandsversicherten, wenn keine KV-Karte vorhanden~~

...

Nachträge zur Anlage 2

Nachtrag 03 Zuschlag Mehrkosten G-BA (ohne Pflege):

Schlüssel 4 Teil I: Entgeltart stationär

47*- Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG bzw. § 7 Satz 1 Nr. 3 und Satz 2 BPfIV und sonstiger Zu- und Abschlag

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	47	Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG bzw. § 7 Satz 1 Nr. 3 und Satz 2 BPfIV und sonstiger Zu- und Abschlag
	47XXXXXX	reserviert (extern)
		3. Stelle
	1	Zuschlag
		4. -8. Stelle
	00000	Systemzuschlag Gemeinsamer Bundesausschuss [§ 91 Abs. 3 Satz 1 SGB V i.V.m. § 139c Satz 1 SGB V], teilstationär

	00028	Zuschlag zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf nach § 4 Abs. 8a KHEntgG

	<u>00030</u>	<u>Zuschlag Mehrkosten G-BA nach § 5 Abs. 3c KHEntgG (prozentual) - ohne Pflegekosten</u>

Nachtrag 04 Zuschlag ländliche Krankenhäuser:**Schlüssel 4 Teil I: Entgeltart stationär**

47*- Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG bzw. § 7 Satz 1 Nr. 3 und Satz 2 BPfIV und sonstiger Zu- und Abschlag

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	47	Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG bzw. § 7 Satz 1 Nr. 3 und Satz 2 BPfIV und sonstiger Zu- und Abschlag
	47XXXXXX	reserviert (extern)
		3. Stelle
	1	Zuschlag
		4. -8. Stelle
	00000	Systemzuschlag Gemeinsamer Bundesausschuss [§ 91 Abs. 3 Satz 1 SGB V i.V.m. § 139c Satz 1 SGB V], teilstationär

	00028	Zuschlag zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf nach § 4 Abs. 8a KHEntgG

	<u>00032</u>	<u>Zuschlag für zusätzliche Finanzierung nach § 5 Absatz 2a KHEntgG (Liste der ländlichen Krankenhäuser)</u>

Nachtrag 05 Abschlag für Korrekturen (Zentren und Schwerpunkte):**Schlüssel 4 Teil I: Entgeltart stationär**

47*- Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG bzw. § 7 Satz 1 Nr. 3 und Satz 2 BPfIV und sonstiger Zu- und Abschlag

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	47	Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG bzw. § 7 Satz 1 Nr. 3 und Satz 2 BPfIV und sonstiger Zu- und Abschlag
	47XXXXXX	reserviert (extern)

		3. Stelle
	2	Abschlag
		4. -8. Stelle
	00000	intern reserviert
	<u>00007</u>	<u>Abschlag für Zentren und Schwerpunkte (§ 5 Abs. 3 KHEntgG) (für Korrekturen)</u>
	00010	Abschlag nach § 15 Abs. 2 KHEntgG
	00011	Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG
	00012	Abschlag für Mehrleistungen nach § 4 Abs. 2a Satz 4 KHEntgG
	00008	Abschlag Fortsetzungspauschale PrüfvV (KHEntgG, BPfIV_alt)
	00015	Abschlag für besondere Einrichtungen nach § 4 Abs. 7 KHEntgG
	00020	Abschlag Hygiene-Förderprogramm nach § 4 Abs. 11 KHEntgG (für Korrekturen)
	00026	Fixkostendegressionsabschlag nach § 4 Abs. 2 b a KHEntgG

Nachtrag 06 gesonderte Abbildung Pflegeentgelte bei fallbezogenen Entgelten:**Schlüssel 4 Teil I: Entgeltart stationär**

84* – Pflegeanteil für tages- oder fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG

85* – Tagesbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG

86* – Fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs.1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	84	Pflegeanteil für tages- oder fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
	85	Tagesbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
	86	Fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
	3.-8. Stelle	
	00000	Tagespauschale nach § 7 Abs. 4 FPV, bundesweit
	3.-4. Stelle	
	00	Bundesweit, <u>bei 84* Verwendung für Pflegeanteil tagesbezogener Entgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG</u>
	01 ff.	Länderschlüssel, nicht bei 84*
	30	Belegabteilung, nicht bei 84*
	<u>50</u>	<u>Pflegeanteil nur fallbezogene Entgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG, (nur für 84*)</u>
	5.-8. Stelle	
	0001 ff.	fortlaufend je Länderschlüssel, teilstationär
	3001 ff.	fortlaufend je Länderschlüssel, teilstationär in besonderen Einrichtungen
	4001 ff.	fortlaufend je Länderschlüssel, vollstationär in besonderen Einrichtungen
	A01Aff.	bundesweit, alphanumerisch für nicht kalkulierte DRG
	Siehe Anhang B	

Nachtrag 07 Zuschlag Begleitpersonen (Unterbringung außerhalb):**Schlüssel 4 Teil I: Entgeltart stationär**

75* – Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	75	Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG
		3. Stelle
	1	Zuschlag
		4.–8. Stelle
	00001	Sicherstellungszuschlag nach § 17b Abs. 1 Satz 7 KHG (Festbetrag)
	00002	Sicherstellungszuschlag auf den Basisfallwert § 17b Abs. 1 Satz 7 KHG ¹
	00003	Zuschlag für Begleitperson nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG i.V.m. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3, 1. HS KHEntgG
	00004	Zuschlag Mitaufnahme Pflegekraft nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG i.V.m. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3, 2. HS KHEntgG
	00005	Zuschlag Mitaufnahme je neugeborenem Geschwisterkind (§ 1 Abs. 5 Satz 9 FPV)
	00006	<u>Zuschlag für Begleitpersonen nach § 11 Abs. 3 Satz 2 SGB V (Unterbringung außerhalb des Krankenhauses)</u>
		4.–5. Stelle
	01ff.	Länderschlüssel
		6.–8. Stelle
	002	Ausbildungszuschlag nach § 17 a Abs. 6 bzw. 9 KHG
		3. Stelle
	2	Abschlag
		4.–8. Stelle
	00001	Abschlag für Nichtbeteiligung an der Notfallversorgung nach § 17 b Abs. 1 Satz 4 KHG
	05002	Ausbildungsabschlag (für Korrekturen)

¹ Der Sicherstellungszuschlag auf den Basisfallwert berechnet sich analog des Abrechnungsschemas für den Abschlag vom Landesbasisfallwert für Mehrleistungen nach § 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG im Hinweis des Nachtrages vom 27.03.2009.

Nachtrag 08 länderspezifische Abbildung Sicherstellungszuschläge**Schlüssel 4 Teil I: Entgeltart stationär**

75* – Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	75	Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG
		3. Stelle
	1	Zuschlag
		4.–8. Stelle
	00001	Sicherstellungszuschlag nach § 17b Abs. 1 Satz 7 KHG (Festbetrag)
	00002	Sicherstellungszuschlag auf den Basisfallwert § 17b Abs. 1 Satz 7 KHG ²
	00003	Zuschlag für Begleitperson nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG i.V.m. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3, 1. HS KHEntgG
	00004	Zuschlag Mitaufnahme Pflegekraft nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG i.V.m. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3, 2. HS KHEntgG
	00005	Zuschlag Mitaufnahme je neugeborenem Geschwisterkind (§ 1 Abs. 5 Satz 9 FPV)
	00006	Zuschlag für Begleitperson nach § 11 Abs. 3 Satz 2 SGB V (Unterbringung außerhalb des Krankenhauses)
		4.–5. Stelle
	01ff.	Länderschlüssel
		6.–8. Stelle
		<u>001</u> <u>Sicherstellungszuschlag nach §5 Abs. 2 Satz 2 KHEntgG (landesspezifische Regelung)</u>
		002 Ausbildungszuschlag nach § 17 a Abs. 6 bzw. 9 KHG
		3. Stelle
	2	Abschlag
		4.–8. Stelle
	00001	Abschlag für Nichtbeteiligung an der Notfallversorgung nach § 17 b Abs. 1 Satz 4 KHG
	05002	Ausbildungsabschlag (für Korrekturen)

² Der Sicherstellungszuschlag auf den Basisfallwert berechnet sich analog des Abrechnungsschemas für den Abschlag vom Landesbasisfallwert für Mehrleistungen nach § 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG im Hinweis des Nachtrages vom 27.03.2009.

Nachtrag 09a Erweiterung Entgelte Ausbildungszuschläge:**Schlüssel 4 Teil I: Entgeltart stationär**

75* – Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	75	Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG
		3. Stelle
	1	Zuschlag
		4.–8. Stelle
	00001	Sicherstellungszuschlag nach § 17b Abs. 1 Satz 7 KHG (Festbetrag)
	00002	Sicherstellungszuschlag auf den Basisfallwert § 17b Abs. 1 Satz 7 KHG ³
	00003	Zuschlag für Begleitperson nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG i.V.m. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3, 1. HS KHEntgG
	00004	Zuschlag Mitaufnahme Pflegekraft nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG i.V.m. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3, 2. HS KHEntgG
	00005	Zuschlag Mitaufnahme je neugeborenem Geschwisterkind (§ 1 Abs. 5 Satz 9 FPV)
	00006	Zuschlag für Begleitperson nach § 11 Abs. 3 Satz 2 SGB V (Unterbringung außerhalb des Krankenhauses)
		4.–5. Stelle
	01ff.	Länderschlüssel
		6.–8. Stelle
	002	Ausbildungszuschlag nach § 17 a Abs. 6 bzw. 9 KHG
	<u>003</u>	<u>Ausbildungszuschlag nach § 33 Abs. 3 Satz 1 PflBG</u>
	<u>004</u>	<u>kombinierter Ausbildungszuschlag nach §§ 17a Abs. 6 bzw. 9 KHG und 33 Abs. 3 Satz PflBG</u>
		3. Stelle
	2	Abschlag
		4.–8. Stelle
	00001	Abschlag für Nichtbeteiligung an der Notfallversorgung nach § 17 b Abs. 1 Satz 4 KHG
	05002	Ausbildungsabschlag (für Korrekturen)

³ Der Sicherstellungszuschlag auf den Basisfallwert berechnet sich analog des Abrechnungsschemas für den Abschlag vom Landesbasisfallwert für Mehrleistungen nach § 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG im Hinweis des Nachtrages vom 27.03.2009.

Nachtrag 09b Erweiterung Entgelte Ausbildungszuschläge:**Schlüssel 4 Teil III: Entgeltarten BPfIV (bei Anwendung §17d KHG)**

...

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 6 [Zuschläge u.a. gemäß KHG]**Entgeltbezug**

3. Stelle	1	Tagesbezogene Zuschläge	
	4.–8. Stelle	00000	Zuschlag Begleitperson [§ 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 1. HS BPfIV]
		00001	Zuschlag Mitaufnahme Pflegekraft [§ 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 2. HS BPfIV]
		00002	Investitionszuschlag bis 2014 [§8 Abs. 3 BPfIV]
3. Stelle	2	Fallbezogene Zuschläge	
	4.–8. Stelle	00000	Ausbildungszuschlag [§17a Abs. 6 KHG]
		00001	Zuschlag Teilnahme an der regionalen Versorgungsverpflichtung
		00002	reserviert
		00003	Zuschlag Qualitätssicherung [§17b Abs. 1 Satz 5 KHG]
		00004	Zuschlag Sicherstellung [§17b Abs. 1 Sätze 6–9 KHG]
		00005	DRG–Systemzuschlag [§17b Abs. 5 KHG]
		00006	Systemzuschlag Gemeinsamer Bundesausschuss [§ 91 Abs. 3 Satz 1 SGB V i.V.m. §139 c Satz 1 SGB V]
		00008	Telematikzuschlag [§ 291 a Abs. 7a SGB V]
		00009	Zuschlag für die Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen [§ 17b Absatz 1a Nummer 4 KHG]
		<u>00010</u>	<u>Ausbildungszuschlag nach § 33 Abs. 3 Satz 1 PflBG</u>
		<u>00011</u>	<u>kombinierter Ausbildungszuschlag nach §§ 17a Abs. 6 bzw. 9 KHG und 33 Abs. 3 Satz PflBG</u>

Nachtrag 10 Etablierung neue Entlassungs- und Verlegungsgründe:**Schlüssel 5: Entlassungs-/Verlegungsgrund**

1.u. 2. Stelle	01	Behandlung regulär beendet
	02	Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
	03	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet

	25	Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)
	26	Beginn eines Zeitraumes ohne direkten Patientenkontakt (stationsäquivalente Behandlung)
	27	Beendigung eines Zeitraumes ohne direkten Patientenkontakt (stationsäquivalente Behandlung - für Pseudofachabteilung 0004)
	<u>28</u>	<u>Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen</u>
	<u>29</u>	<u>Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt</u>

3. Stelle	1	arbeitsfähig entlassen
	2	arbeitsunfähig entlassen
	9	keine Angabe

Hinweis: Bei Verwendung der Werte 28 und 29 an den Stellen 1-2 ist standardmäßig der Wert `9` (keine Angabe) an der 3. Stelle zu verwenden und wird bei Patienten verwendet, die länger als 95 Stunden beatmet werden.

Nachtrag 11 neue Fachabteilung:

Schlüssel 6: Fachabteilungen

Fachabteilungen gemäß Anhang 1 der BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

...

- 2405 Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
- 2406 Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie
- 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 2851 Neurologie/Schwerpunkt Gerontologie
- 2852 Neurologie/Schwerpunkt Neurologische Frührehabilitation
- 2856 Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten
- 2928 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie

Nachtrag 12 Umsetzung Institutsambulanzen:**Schlüssel 23: PIA-Leistung**

...

Zusatzleistungsschlüssel

PIA-81Z	Medikamentöse Ein- und Umstellung
PIA-82Z	Krisenintervention
PIA-83Z	Psychotherapie
PIA-86Z	Aufsuchende Behandlung ohne Fahrzeit

Ergänzende Zusatzleistungsschlüssel (nur für Institutsambulanzen gemäß §118 Absatz 3 SGB V)PIA-91Z Behandlungsbeginn mit ÜberweisungPIA-92Z Behandlungsbeginn als Anschlussbehandlung nach stationärer BehandlungPIA-93Z Übergang in die vertragsärztliche Versorgung

Nachtrag 13 Entgeltschlüssel Anhang B:**Anhang B Teil I:***wird wie folgt ergänzt:*

Entgeltschlüssel	Entgeltbezeichnung	gueltigab	gueltigbis
47100012	Zuschlag Pflegestellen–Förderprogramm nach § 4 Abs. 10 KHEntgG bzw. § 4 Abs. 8 KHEntgG (Neu)	01.01.2017	31.12.2020
47100024	Pflegezuschlag nach § 8 Abs. 10 KHEntgG	01.01.2017	31.12.2019
47100025	Erhöhter Pflegezuschlag nach § 8 Abs. 10 Satz 5 KHEntgG	01.01.2017	31.12.2019
...
47200029	Abschlag bei Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen (§ 137i Abs. 5 SGB V	01.04.2019	31.12.9999
<u>47100030</u>	<u>Zuschlag Mehrkosten G–BA nach § 5 Abs. 3c KHEntgG (prozentual) – ohne Pflegekosten</u>	<u>01.01.2020</u>	<u>31.12.9999</u>
<u>47100032</u>	<u>Zuschlag für zusätzliche Finanzierung nach § 5 Absatz 2a KHEntgG (Liste der ländlichen Krankenhäuser)</u>	<u>01.01.2020</u>	<u>31.12.9999</u>
<u>47200007</u>	<u>Abschlag für Zentren und Schwerpunkte (§ 5 Abs. 3 KHEntgG) (für Korrekturen)</u>	<u>01.01.2020</u>	<u>31.12.9999</u>
...
<u>75100006</u>	<u>Zuschlag für Begleitperson nach § 11 Abs. 3 Satz 2 SGB V (Unterbringung außerhalb des Krankenhauses)</u>	<u>01.01.2020</u>	<u>31.12.9999</u>

Anhang B Teil III:*wird wie folgt ergänzt:*

Entgeltschlüssel	Entgeltbezeichnung	gueltigab	gueltigbis
<u>A6200010</u>	<u>Ausbildungszuschlag nach § 33 Abs. 3 Satz 1 PflBG, vollstationär</u>	<u>01.01.2020</u>	<u>31.12.9999</u>
<u>B6200010</u>	<u>Ausbildungszuschlag nach § 33 Abs. 3 Satz 1 PflBG, teilstationär</u>	<u>01.01.2020</u>	<u>31.12.9999</u>
<u>A6200011</u>	<u>kombinierter Ausbildungszuschlag nach §§ 17a Abs. 6 bzw. 9 KHG und 33 Abs. 3 Satz PflBG, vollstationär</u>	<u>01.01.2020</u>	<u>31.12.9999</u>
<u>B6200011</u>	<u>kombinierter Ausbildungszuschlag nach §§ 17a Abs. 6 bzw. 9 KHG und 33 Abs. 3 Satz PflBG, teilstationär</u>	<u>01.01.2020</u>	<u>31.12.9999</u>

Nachtrag 14 Fehlercodes:

...

Anhang C: Fehlercodes*wird wie folgt ergänzt:*

...

Hinweis: Variablen, die in einer Fehlermeldung durch den tatsächlichen Wert des betroffenen Segmentes zu ersetzen sind, werden in eckigen Klammern mit dem \$-Symbol dargestellt, z. B. [\$\$\$].

...	...
10101	Auf Segment [\$\$\$] xxx darf Segment [\$\$\$] yyy nicht folgen
....	
20072	Segment [\$\$\$] xxx darf Segment [\$\$\$] yyy nicht folgen
...	...
34143	Entgelt [\$\$\$] xxxxxxxx darf nur einmal je Fall abgerechnet werden
....	
34013	Entgeltart [\$\$\$\$\$\$\$\$] entspricht nicht Schlüssel 4
....	
34015	Fachabteilung [\$\$\$\$] entspricht nicht Schlüssel 6
....	
34019	Rechnungsart [\$\$] entspricht nicht Schlüssel 11
....	
34026	Entgeltart [\$\$\$\$\$\$\$\$] entspricht nicht einer EBM-Ziffer
....	
34032	Datum bis [\$\$\$\$\$\$\$\$] < Datum von [\$\$\$\$\$\$\$\$]
....	
34058	Entgeltbetrag EBM [\$\$\$\$] entspricht nicht Produkt aus Punktzahl und Punktwert
....	
34059	Punktwert und/oder Punktzahl für EBM [\$\$\$\$] unzulässig gefüllt
....	
34069	Punktzahl für EBM [\$\$\$\$] entspricht nicht Punktzahl im EBM-Katalog
....	
34077	Doppeluntersuchung Entgeltart [\$\$\$\$\$\$\$\$] ungleich J oder leer unzulässig
...	
34208	`Standort Ende` bzw. `Standort Ende Uhrzeit` liegt vor Aufnahme tag <u>(Ausnahme Fälle mit vorstationärem Aufenthalt)</u>
34209	Letztes Segment `Standort Ende` bzw. `Standort Ende Uhrzeit` ungleich `Tag der Entlassung/Verlegung` bzw. `Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit` <u>(Ausnahme Fälle mit nachstationärem Aufenthalt)</u>
34210	Angabe im Feld Rechnungsnummer in Segment RED oder REL unbekannt
34211	Pflegeentgelt nur <u>im Zusammenhang</u> mit der Abrechnung eines korrespondierenden Basisentgeltes zulässig

34212	Höhe des -Pflegetwertes bei der Ermittlung des Pflegeerlöses nicht korrekt
<u>34213</u>	<u>`Erster Tag Mitbehandlung/Standort` muss Datum enthalten, wenn Feld</u> <u>`Standortnummer/Betriebsstättennummer` gefüllt ist</u>
34214	Standortnummer bzw. Standortnummer/Betriebsstättennummer fehlt
<u>34215</u>	<u>Standortnummer [\$\$\$\$\$\$\$] fehlerhaft (beginnt nicht mit 77 oder ist nicht neunstellig)</u>
<u>34216</u>	<u>Standortnummer [\$\$\$\$\$\$\$] lt. Standortverzeichnis für IK im FKT-Segment nicht</u> <u>vorhanden</u>
<u>34217</u>	<u>Datum zum Ende des Standort [\$\$\$\$\$\$\$] ist nicht korrekt (Pseudowert gemeldet)</u>
<u>34218</u>	<u>Uhrzeit zum Standort Ende fehlt</u>
<u>34219</u>	<u>Datum und Uhrzeit zum Ende des Standorts [\$\$\$\$\$\$\$] bereits in anderem STA-</u> <u>Segment vorhanden</u>
<u>34220</u>	<u>Pflegetgelte (74*, 84*) nur in Schlussrechnung (Rechnungsart 02/52) zulässig</u>
<u>34221</u>	<u>Rechnungsart `22` darf nur vorstationäre Entgelte enthalten</u>
...	

Nachträge zur Anlage 4

Nachtrag 15 redaktionelle Änderung:

...

9. Datenflüsse

Nach § 4 der Vereinbarung erfolgt die Datenübermittlung durch das Krankenhaus / die Krankenkasse oder die jeweils vom Krankenhaus benannten Stellen / von der Krankenkasse benannte Stelle (Entscheidung bei der örtlich zuständigen Kasse).

Das Krankenhaus wird durch sein Institutionskennzeichen (IK) oder eines dem Krankenhaus zugeordneten IK einer Betriebsstätte oder zusätzlichen Kontoverbindung in den Nachrichten im FKT-Segment als logischer Absender / Empfänger ausgewiesen. Die datenversendende / datenempfangende entschlüsselungsberechtigte Stelle wird im UNB-Segment als „Absender der Übertragungsdatei“ / „Empfänger der Übertragungsdatei“ durch ihr IK angegeben. Ist ein Krankenhaus selbst die datenversendende Stelle enthält das UNB-Segment das IK des Krankenhauses. Falls ein Rechenzentrum im Auftrag eines Krankenhauses die Datenübermittlung übernimmt, wird das IK dieses Rechenzentrums im UNB-Segment angegeben, sofern es entschlüsselungsberechtigt ist. Auch ein Krankenhaus kann hierbei als Rechenzentrum für andere Krankenhäuser tätig sein. Weiterhin gilt dies auch für Rechenzentren, die nur als Abrechnungsstelle für ambulante Operationen oder Behandlungen oder für Leistungen nach §§ 117 bis 119c, 120 Abs. 1a oder 140a SGB V im Auftrag des Krankenhauses / der Einrichtung tätig sind. In diesen Fällen sind die Rückmeldungen der Krankenkassen für den ambulanten (ZAAO, SAMU, FEHL sowie Fehlermeldungen zu AMBO) und den stationären (KOUB, ANFM, ZAHL, SAMU, KAIN, FEHL sowie Fehlermeldungen zu AUFN, VERL, MBEG, RECH, ZGUT, INKA und ENTL) Bereich jeweils an unterschiedliche Empfänger-IK im UNB-Segment zu richten. Dabei ist es nicht zulässig, dass Abrechnungen eines Leistungsbereichs (§ 115b, § 116b (alt), § 116b (neu)*, § 117, § 118, § 119 oder § 120 Abs. 1a SGB V oder im Rahmen von Verträgen nach 140a SGB V) durch mehr als eine datenversendende / datenempfangende entschlüsselungsberechtigte Stelle erfolgen.

Krankenhäuser, die Rechenzentren als Abrechnungsstelle für einen bestimmten Leistungsbereich (§ 115b, § 116b (alt), § 116b (neu)*, § 117, § 118, § 119, § 119c oder § 120 Abs. 1a SGB V oder im Rahmen von Verträgen nach 140a SGB V) beauftragt haben, können für den Datenaustausch ein gesondertes Institutionskennzeichen in den FKT-Segmenten als logischen Absender / Empfänger verwenden. Die Verwendung eines gesonderten Institutionskennzeichens ist mit dem jeweiligen Kostenträger bilateral abzustimmen.

Nachträge zur Anlage 5

Nachtrag 16 Umsetzung Institutsambulanzen:

1.2.8.5 bundeseinheitliche Dokumentation der Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 295 Abs. 1b Satz 4 SGB V

...

Das Nähere zur Dokumentation des Leistungsschlüssels ist in der PIA–Doku–Vereinbarung geregelt.

Hinweis der Vereinbarungspartner: Die neuen PIA–Dokumentationsschlüssel `PIA-11A` – `PIA86Z` sind gemäß PIA–Dokumentationsvereinbarung ab dem 01.07.2018 zu dokumentieren. Für den Übergangszeitraum vom 01.07.2018 – 31.12.2018 gelten die bisherigen Dokumentationsschlüssel `PIA-001 – PIA-004` insofern fort, dass PIAs, denen eine Übermittlung nach dem neuen Dokumentationsschema noch nicht möglich ist, die bisherigen Schlüssel für den o.g. Zeitraum weiter verwenden können. Bei einem Umstieg sind die bisherigen Schlüssel nicht mehr zu verwenden. Zum 31.12.2018 entfallen die bisherigen Schlüssel vollständig. Danach ist verpflichtend nach dem neuen Schema zu dokumentieren.

Leistungsdokumentation der Institutsambulanzen nach § 118 Abs. 3 SGB V

Gemäß § 4 Absatz 1 der Anlage 2 der Änderungsvereinbarung zur Vereinbarung zu den Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Absatz 2 SGB V dokumentieren die Institutsambulanzen nach § 118 Abs. 3 SGB V ab dem 01.01.2020 die führende Behandlungsdiagnose und die damit begleitenden pathogenetisch verbundenen somatischen Diagnosen wie folgt:

Die Angabe der führenden Behandlungsdiagnose (genau eine führende Behandlungsdiagnose) erfolgt im Segment BDG mit der Diagnoseart `1` und der Standortnummer der abrechnenden Institutsambulanz, welche der Standortnummer im Segment RZA entsprechen muss. In diesem Zusammenhang pathogenetisch verbundene somatische Diagnosen sind in weiteren BDG–Segmenten mit der Diagnoseart `4`, der Standortnummer der behandelnden Institutsambulanz sowie dem ersten Tag der Mitbehandlung im Quartal anzugeben. Mehrere Angaben (z.B. mehrere verbundene pathogenetisch somatische Diagnosen) sind durch Wiederholungen des BDG–Segmentes möglich, die sonst identischen Angaben entfallen nicht, sondern sind ebenfalls mit anzugeben.

Die psychiatrischen Institutsambulanzen sind verpflichtet, ihre erbrachten Leistungen entsprechend der PIA–Doku–Vereinbarung zu dokumentieren. Neben den allgemeinen Basis– und Zusatzschlüsseln gemäß Anlage 1 der Vereinbarung gelten für die Institutsambulanzen nach § 118 Abs. 3 SGB V zusätzlich die Leistungsschlüssel PIA–91Z bis PIA–93Z.

Nachtrag 17 Standortnummer:**1.2.11.1 Grundsätze**

...

Im Segment STA ist der für das Entlassmanagement relevante Standort zu übermitteln. Falls im Einzelfall notwendig (z. B. wenn der geplante entlassende Standort nicht dem Standort zum Zeitpunkt der Informationsübermittlung entspricht, dies für Zwecke des Entlassmanagements jedoch relevant ist), können auch mehrere Standorte übermittelt werden. Ein Anspruch auf Übermittlung aller im Behandlungsfall bisher beteiligten Standorte besteht für Zwecke des Entlassmanagements nicht. ~~Weicht der im Segment STA übermittelte, geplante entlassende Standort von dem im Rechnungssatz/Entlassungsanzeige übermittelten tatsächlichen entlassenden Standort ab, darf dies nicht zu einer Rückweisung der RECH / ENTL führen.~~

...

Nachtrag 18 Standortnummer:**2.28 STA Segment Standort**

...

Mit dem Segment STA werden alle an der Behandlung des Patienten beteiligten Standorte des Krankenhauses mit zeitlichem Bezug ausgewiesen. Bei jedem Wechsel des Behandlungsstandortes ist ein neues STA-Segment zu erzeugen.

1. Standortnummer

Das Feld enthält den Standort des Krankenhauses im jeweiligen Behandlungsfall. Zur Anwendung dürfen nur gültige Standortnummern aus dem Verzeichnis nach § 293 Absatz 6 SGB V kommen.

Bei der Abrechnung stationsäquivalenter Behandlungsfälle (Aufnahmegrund `10`) und Fällen im Rahmen der Integrierten Versorgung ist der Vorgabewert `77999999` zu verwenden.

~~Für Aufnahmen im Zeitraum 01.01.2019 – 31.12.2019 kann eine bereits vergebene Standortnummer verwendet werden oder aber der Vorgabewert `77999999`. Ein Anspruch der Krankenkasse auf Korrektheit der Standortnummer besteht in diesem Zusammenhang nicht. Nach bilateraler Absprache ist eine Prüfung auf Korrektheit der Standortnummern möglich.~~

Hinweis:

Bei unterbrochenen Behandlungen (z.B. Tage mit vollständiger Abwesenheit, Fallzusammenführungen) am selben Standort innerhalb eines Falles ist nur ein STA-Segment für den gesamten Zeitraum anzugeben.

Bei einer nachstationären Behandlung wird der Krankenkasse in einem STA Segment eine vom Entlassungsstandort abweichende Angabe übermittelt. Diese Übermittlung kann entfallen, wenn der Standort der nachstationären Behandlung dem entlassenden Standort entspricht. Dies gilt für vorstationäre Behandlung analog.

2. Standort Ende

Das Feld enthält das Datum des Endes der Behandlung an dem jeweiligen Standort im Behandlungsfall. ~~Für Aufnahmen im Zeitraum 01.01.2019 – 31.12.2019 kann der Vorgabewert `99991231` genutzt werden.~~

3. Standort Ende Uhrzeit

Das Feld enthält die Uhrzeit in Stunden (00–23) und Minuten (00–59), bis zu welcher der Patient an diesem Standort behandelt wurde. ~~Für Aufnahmen im Zeitraum 01.01.2019 – 31.12.2019 kann der Vorgabewert `2359` genutzt werden.~~

Nachtrag 19 Standortnummer:**2.29 RZA Segment Rechnungssatz Ambulante Operation**

...

9. Standortnummer/Betriebsstättennummer

Gleichartige Einrichtungsarten sind über die Fachabteilung im Segment RZA abzugrenzen. Die Standort- oder Betriebsstättennummer wird ergänzend zur Unterscheidung mehrerer gleichartiger Einrichtungsarten verwendet. In diesem Feld ist gemäß dem Verzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V die für Ambulanzen nach §§ 116b–120 SGB V gültige Standortnummer (77+Standort-ID+0[02-14]) anzugeben. Steht im Einzelfall Bei Ambulanzen, die keine Standortnummer gemäß dem Verzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V zur Verfügung erhalten, kann die Betriebsstättennummer angegeben werden. Das Krankenhaus informiert die Vertragsparteien nach § 120 Abs. 2 SGB V vorab über die verwendeten Standortnummern/Betriebsstättennummern.

Bei der Abrechnung von Hochschulambulanzen ist die Standort- oder Betriebsstättennummer zu übermitteln, welche die Ambulanzdiagnose nach § 3 Abs. 2 HSA–SV kodiert. Sonst bleibt das Feld leer.

...

Hinweis zur Abrechnung der neuen Zuschläge

1. Für die Zuschläge sind die folgenden Entgeltschlüssel zu verwenden:

a) 47100030 Zuschlag Mehrkosten G–BA nach § 5 Abs. 3c KHEntgG (prozentual) – ohne Pflegekosten

Zur Abrechnung dieses Zuschlages werden in der Rechnung des Krankenhauses für ab dem 1. Januar 2020 stationär aufgenommene Patienten, sofern im Rechnungssatz enthalten, die folgenden Entgeltarten zur Berechnung herangezogen:

70xxxxxx	DRG–Fallpauschale nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG
71xxxxxx	Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD (§ 1 Abs. 2 Satz 1 FPV) oder tagesbezogene teilstationäre DRG–Fallpauschalen ab 2. Tag
72xxxxxx	Abschlag bei Verlegungen (§ 1 Abs. 1 Satz 3 FPV)
73xxxxxx	Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD (§ 1 Abs. 3 Satz 1 FPV)
760xxxxx	Zusatzentgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 oder 5 KHEntgG
76ZExxxx	Zusatzentgelt bundesweit nach Anlage 5 FPV
762xxxxx	Zusatzentgelt nach § 6 Abs. 2a KHEntgG
85xxxxxx	Tagesbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
86xxxxxx	Fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
87xxxxxx	Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD für fallbezogene Entgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
88xxxxxx	Abschlag bei Verlegung für fallbezogene Entgelte nach 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
89xxxxxx	Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG

Der vom Krankenhaus in Rechnung gestellte Zuschlagsbetrag wird wie folgt ermittelt:

1. Summenbildung über die o.g. Entgeltarten, wobei Entgelte für Abschläge abzuziehen sind [(Entgeltbetrag) x (Entgeltanzahl)]
2. Multiplikation mit dem maßgeblichen Vomhundertwert
3. Division durch 100
4. kaufmännische Rundung auf 2 Nachkommastellen

TEIL 2 des Nachtrags vom 03.12.2019

zur Fortschreibung der § 301-Vereinbarung
vom 17.04.2018

mit Wirkung zum 01.01.2020

Dieser Nachtrag regelt Sachverhalte die sich im Gesetzgebungsverfahren befinden und beruhen auf Entwürfen von Gesetzen.

1. Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (Geszentwurf der Bundesregierung eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen [MDK-Reformgesetz], BT-Drucksache 19/14871 vom 06.11.2019)
2. Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz - GKV-FKG), BR-Drucksache 517/19 vom 18.10.2019)

Damit die kurzfristige Umsetzung für die Beteiligten trotzdem möglich ist, wird bereits auf dieser Grundlage ein technisches Verfahren beschrieben. Die nun folgenden Regelungen werden vorbehaltlich einer Veröffentlichung des jeweiligen Gesetzes im Bundesanzeiger vereinbart.

Teil 2 des Nachtrags vom XX.11.2019

Nachtrag 01 Zuschlag im Bereich Pflegepersonal

Der Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz-GKV-FKG) sieht vor, dass im Zeitraum vom 01.01.2020 bis zum 31.12.2020 ein Zuschlag in Höhe von 0,3 Prozent des Rechnungsbetrages zu berechnen und gesondert in der Rechnung auszuweisen ist. Für die Erstellung eines Berechnungsschemas sind die gesetzlichen Regelungen im Detail abzuwarten. Die Vereinbarungspartner verständigen sich in diesem Nachtrag darauf, das Berechnungsschema nach den entsprechenden gesetzlichen Regelungen kurzfristig zu vereinbaren/veröffentlichen.

Nachtrag 02, 04 Abrechnung Pflegeerlöskatalog

Das MDK Reformgesetz sieht vor, dass bei einer fehlenden Budgetvereinbarung der Pflegeerlöskatalog Anwendung findet und die Relativgewichte mit dem im Gesetz vorgesehenen Eurowert zu multiplizieren sind, die beiden festen Eurowerte bei fehlender Vereinbarung sind somit zu streichen.

Nachtrag 03, 06

§8 Absatz 3 KHEntgG sieht vor, dass Krankenkassen bei nicht vorgelegener vollstationärer Behandlungsbedürftigkeit als Ergebnis einer Prüfung nach §275c Absa.1 SGB V Prüfung die vom Krankenhaus erbachten Leistungen mit vorstationären Preisen zu vergüten ist. Hierfür wird eine neue Rechnungsart eingeführt. Diese Regelung betrifft Ergebnisse von Prüfungen nach § 275c Absatz 1 SGB V (neue Regelungen zu Prüfungen von Rechnungen ab 01.01.2020). Die Vereinbarungspartner gehen davon aus, dass eine technische Umsetzung von Seiten der jeweiligen Softwareanbieter der Krankenkassen und Krankenhäuser nicht vor dem 01.07.2020 zu realisieren ist (da diese auf von Rechnungen ab dem 01.01.2020 und auf abgeschlossene Prüfungen nach § 275c Absatz 1 SGB V abstellt).

Nachtrag 04

Zur Festlegung des Aufschlages nach § 275c Absatz 3 SGB V wird eine neue Ausprägung des Schlüssels 30 in Anlage 2 geschaffen.

Nachtrag 05 Entgeltschlüssel Anhang B

Die sich aus der Logik der Anlage 2/5 ergebenden endstelligen Entgeltschlüssel werden in Anhang B Teil 1 zu Anlage 2 dargestellt. Die Entgeltschlüssel 47200033 und B7300033 für die Aufschläge sind ausschließlich durch Krankenkassen zu verwenden.

Nachtrag 06

Das MDK Reformgesetz regelt unter anderem den Umgang mit zu korrigierenden Pflegeentgelten nach einer Prüfung nach § 275c Absatz 1 SGB V. Dies ist technisch abzubilden, dafür wird das notwendige Verfahren beschrieben.

Nachtrag 07

Gemäß § 275c Absatz 3 SGB V haben Krankenhäuser neben der Rückzahlung der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag einen Aufschlag an die

Krankenkasse zu zahlen. Die Vereinbarungspartner gehen davon aus, dass eine technische Umsetzung von Seiten der jeweilige Softwareanbieter der Krankenkassen und Krankenhäuser nicht vor dem 01.07.2020 zu realisieren ist (da diese auf von Rechnungen ab dem 01.01.2020 und auf abgeschlossene Prüfungen nach § 275c Absatz 1 SGB V abstellt).

Nachträge zur Anlage 2

Nachtrag 01 Zuschlag im Bereich Pflegepersonal (GKV-FKG):

Schlüssel 4 Teil I: Entgeltart stationär

47*- Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG bzw. § 7 Satz 1 Nr. 3 und Satz 2 BPfIV und sonstiger Zu- und Abschlag

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	47	Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG bzw. § 7 Satz 1 Nr. 3 und Satz 2 BPfIV und sonstiger Zu- und Abschlag
	47XXXXXX	reserviert (extern)
		3. Stelle
	1	Zuschlag
		4. -8. Stelle
	00000	Systemzuschlag Gemeinsamer Bundesausschuss [§ 91 Abs. 3 Satz 1 SGB V i.V.m. § 139c Satz 1 SGB V], teilstationär

	00028	Zuschlag zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf nach § 4 Abs. 8a KHEntgG

	00030	Zuschlag Mehrkosten G-BA nach § 5 Abs. 3c KHEntgG (prozentual) - ohne Pflegekosten
	<u>00031</u>	<u>Zuschlag für nachträglichen pauschalen und abschließenden Ausgleich etwaiger nicht refinanzierter Tarifsteigerungen im Bereich des Pflegepersonals</u>

Nachtrag 02 Abrechnung Pflegeerlöskatalog (MDK Reformgesetz):**Schlüssel 4 Teil I: Entgeltart stationär**

70* – DRG–Fallpauschale nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG

71* – Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD nach § 1 Abs. 2 Satz 1 FPV oder tagesbezogene teilstationäre DRG–Fallpauschale ab 2. Tag

72* – Abschlag bei Verlegungen nach § 1 Abs. 1 Satz 3 FPV

73* – Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD nach § 1 Abs. 3 Satz 1 FPV

74*– Entgelt für Pflegeerlös/ Tag

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	70	DRG–Fallpauschale nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG
	71	Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD nach § 1 Abs. 2 Satz 1 FPV oder tagesbezogene teilstationäre DRG–Fallpauschale ab 2. Tag
	72	Abschlag bei Verlegung nach § 1 Abs. 1 Satz 3 FPV
	73	Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD nach § 1 Abs. 3 Satz 1 FPV
	74	Entgelt für Pflegeerlös/Tag
	1.–8. Stelle–Sonderfälle für die Bereiche 70 und 74	
	70000000	intern reserviert
	70888888	Teilzahlung nach § 11 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG
	74000000	Intern reserviert (Pflegeentgeltwert)
	74YYYYYY	Pflegeentgelte bei fehlender Vereinbarung, vollstationär, je Tag
	74ZZZZZZ	Pflegeentgelte bei fehlender Vereinbarung, teilstationär, je Tag
		3. Stelle

Nachtrag 03 neue Rechnungsart – Ersatzabrechnung vorstationär (MDK Reformgesetz):**Schlüssel 11: Rechnungsart**

- | | | |
|-----------|----------|---|
| 1. Stelle | 0 | Zahlungssatz wird nicht angefordert |
| | 1 | Fortsetzungspauschale PrüfV (2. Stelle = 4) |
| | <u>2</u> | <u>Vergütung nach vorstationärer Höhe (Ersatzabrechnung; 2.Stelle = 2)</u> |
| | 5 | Zahlungssatz wird angefordert (nicht bei 2. Stelle 4 bis 8) |
| | 8 | Zuzahlungsgutschrift (nur für Zuzahlungsgutschrift / –rückforderung) |
| | 9 | Rückforderung von Zuzahlungen (nur für Zuzahlungsgutschrift / –rück–forderung) |
| 2. Stelle | 0 | (nur für Zuzahlungsgutschrift / –rückforderung) |
| | 1 | Zwischenrechnung |
| | 2 | Schlussrechnung |
| | 3 | Nachtragsrechnung |
| | 4 | Gutschrift / Stornierung |
| | 6 | Zahlungserinnerung |
| | 7 | 1. Mahnung |
| | 8 | 2. Mahnung |
| | 9 | Vorausberechnung nach § 14 Abs. 4 BpflV bzw. § 14 Abs. 9 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung |

Nachtrag 04 neue Schlüssel 30 Ausprägungen:**Schlüssel 30: Information PrüfvV**

...

Entscheidung der Krankenkasse nach MDK-Gutachten (§8 PrüfvV) - nur KAIN

MDK01 Leistungsrechtliche Entscheidung hat keine Beanstandung der Abrechnung als Ergebnis (nur KAIN)

MDK02 Leistungsrechtliche Entscheidung hat Beanstandung der Abrechnung als Ergebnis (nur KAIN)

MDK03 Leistungsrechtliche Entscheidung hat aufgrund Datensatzkorrektur (§7 Abs. 5 PrüfvV) im MDK-Verfahren keine Beanstandung der Abrechnung als Ergebnis (nur KAIN)

MDK04 Festlegung des Aufschlages gemäß §275c Abs. 3 SGB V durch die Krankenkasse (nur KAIN)

Nachtrag 05 Entgeltschlüssel Anhang B (GKV-FKG):

Anhang B Teil I:

wird wie folgt ergänzt:

Entgeltschlüssel	Entgeltbezeichnung	gueltigab	gueltigbis
47100012	Zuschlag Pflegestellen-Förderprogramm nach § 4 Abs. 10 KHEntgG bzw. § 4 Abs. 8 KHEntgG (Neu)	01.01.2017	31.12.2020
47100024	Pflegezuschlag nach § 8 Abs. 10 KHEntgG	01.01.2017	31.12.2019
47100025	Erhöhter Pflegezuschlag nach § 8 Abs. 10 Satz 5 KHEntgG	01.01.2017	31.12.2019
...
47200029	Abschlag bei Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen (§ 137i Abs. 5 SGB V	01.04.2019	31.12.9999
47100030	Zuschlag Mehrkosten G-BA nach § 5 Abs. 3c KHEntgG (prozentual) - ohne Pflegekosten	01.01.2020	31.12.9999
<u>47100031</u>	<u>Zuschlag für nachträglichen pauschalen und abschließenden Ausgleich etwaiger nicht refinanzierter Tarifsteigerungen im Bereich des Pflegepersonals</u>	<u>01.01.2020</u>	<u>31.12.2020</u>
<u>47200033</u>	<u>Aufschlag gemäß §275c Abs. 3 SGB V (nur für Krankenkassen)</u>	<u>01.01.2020</u>	<u>31.12.9999</u>

Anhang B Teil III:

wird wie folgt ergänzt:

A7300033	Aufschlag gemäß §275c Abs. 3 SGB V (nur für Krankenkassen)	01.01.2020	31.12.9999
----------	--	------------	------------

Nachträge zur Anlage 5

Nachtrag 06 Abrechnung Pflegeerlöskatalog (MDK Reformgesetz):

1.4.11 Abrechnung Pflegeerlöskatalog für Aufnahmen ab dem 01.01.2020

Grundsätze der Abrechnung

Die Falldefinition der FPV bleibt grundsätzlich erhalten (u.a. am Tag der Aufnahme geltender Katalog, Wiederaufnahme- und Verlegungsregeln). Die Zahl der abrechenbaren Belegungstage berechnen sich analog wie bei den DRG-Fallpauschalen nach § 1 Abs. 7 und § 7 Abs. 3 FPV.

Aufbau und Verwendung der Entgeltkataloge

Der Pflegeerlöskatalog wird über eine separate Spalte in der Anlage 1 und 3 zur FPV umgesetzt. Die Anlagen 1 Teil a, Teil b, Teil c und ~~soweit vorhanden~~-Teil d und e werden weisen eine „Bewertungsrelation Pflegerlös/Tag“ ausweisen. Dafür wird der neue Entgeltbereich „74 – Entgelt für Pflegeerlös/Tag“ etabliert. An der 3. Stelle des Entgeltschlüssels wird der gleiche Wert der entsprechend abgerechneten DRG verwendet. An der 4. Stelle folgt mit „0“ keine weitere Differenzierung. An den Stellen 5.–8. wird dann die jeweilige DRG unterschieden.

Beispiel: Es wird die DRG „O05B“ mit der Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Beleghebamme abgerechnet u.a. mit dem Entgeltschlüssel „7020O05B“. Der Pflegeanteil wird unter Verwendung der ersten beiden Stellen „74“, an der 3. Stelle „2“, 4. Stelle „0“ und die Stellen 5.–8. enthält die O05B wie folgt gebildet. = „7420O05B“.

Den Anlagen 3a (unbewertete vollstationäre DRG) und 3b (unbewertete teilstationäre DRG) werden sind vom InEK sofern möglich ebenfalls Relativgewichte für den Pflegeerlös zugeordnet. Dafür wird der neue Entgeltbereich „84 – Pflegeanteil für tages- oder fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG“ etabliert. Die Krankenhäuser stellen den Pflegeanteil somit entsprechend der Logik „8400[A01Z]ff.“ in Rechnung. ~~Bei Fallpauschalen, für die in Anlage 3a bzw. 3b keine Bewertungsrelation Pflegeerlös/Tag ausgewiesen wird ist eine Bewertungsrelation Pflege/Tag in Höhe von 1,0 zu verwenden (§ 5 Abs. 3 der Grundlagenvereinbarung).~~

Berechnungslogik

Im ENT-Segment wird im Datenfeld „Entgeltbetrag“ die Entgelthöhe für den Pflegeanteil je Tag angegeben. Sie wird ermittelt, indem die in den o.g. Anlagen ausgewiesene maßgebliche Bewertungsrelation jeweils mit dem krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert multipliziert und das Ergebnis kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen gerundet wird. Für die Rechnungsstellung wird der Entgeltbetrag mit der Anzahl der Berechnungstage je Entgelt multipliziert ~~und gesondert ausgewiesen~~.

Zu- und Abschläge

Die Berechnung der fallbezogenen Zu- und Abschläge bleibt unverändert. Bezugsgröße für fallbezogene Zu- und Abschläge ist der Gesamtfall.

Werden die folgenden Zu- und Abschläge prozentual vereinbart, bleiben die bisherigen Berechnungsschemen unverändert. Die Höhe der jeweiligen Beträge wird somit ohne die Entgeltbereiche 74*, bzw. 84* erhoben.

- | | | |
|----|----------|--|
| 1. | 47100007 | (Zuschlag für Zentren und Schwerpunkte nach § 5 Abs. 3 KHEntgG) |
| 2. | 47100011 | (Zuschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG) |
| 3. | 47100015 | (Zuschlag für besondere Einrichtungen nach § 4 Abs. 7 KHEntgG) |
| 4. | 47100020 | (Zuschlag Hygiene-Förderprogramm nach § 4 Abs. 11 KHEntgG bzw. § 4 |

	Abs. 9 KHEntgG (Neu)	
<u>5.</u> 47100022	(Zuschlag Mehrkosten G–BA nach § 5 Abs. 3c KHEntgG)	
<u>6.</u> 47100030	Zuschlag Mehrkosten G–BA nach § 5 Abs. 3c KHEntgG – ohne Pflegekosten	
<u>7.</u> 47200007	Abschlag für Zentren und Schwerpunkte (für Korrekturen)	
5-8. 47200011	(Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 3 KHEntgG)	
6-9. 47200015	(Abschlag für besondere Einrichtungen nach § 4 Abs. 7 KHEntgG)	
7-10. 47200026	(Fixkostendegressionsabschlag nach § 4 Abs. 2b KHEntgG)	
8-11. 491[1–6][0001–0006]	(Zuschlag für Zentren und Schwerpunkte)	
9-12. 492[1–6][0001–0006]	(Abschlag für Zentren und Schwerpunkte)	
<u>13.</u> 75100002	(Sicherstellungszuschlag auf BFW)	

Fehlende Budgetvereinbarung

Können die tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a KHEntgG aufgrund einer fehlenden Vereinbarung für das Jahr 2020 noch nicht bewertet durch einen krankhausindividuellen Pflegeentgeltwert berechnet werden, sind gemäß § 15 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG die Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des KHG mit dem in § 15 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG ausgewiesenen Eurowert zu multiplizieren. für jeden vollstationären Belegungstag 130 Euro mit dem Entgeltschlüssel 74YYYYYY (Pflegeentgelte bei fehlender Vereinbarung, vollstationär, je Tag) und für jeden teilstationären Belegungstag 65 Euro mit dem Entgeltschlüssel 74ZZZZZ (Pflegeentgelte bei fehlender Vereinbarung, teilstationär, je Tag) abzurechnen. Die Zahl der abrechenbaren Belegungstage berechnen sich nach § 1 Abs. 7 und § 7 Abs. 3 FPV. Liegen für das Entgelt Bewertungsrelationen im Pflegeerlöskatalog vor, ist der bisher vereinbarte Entgeltbetrag (85* bzw. 86*) täglich um die Entgelthöhe zu mindern, die sich ergibt, wenn der in § 15 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG ausgewiesene Euro-Betrag mit der Pflegebewertungsrelation multipliziert wird. Hierbei ist für 85er-Entgelte der Wert von dem vereinbarten Betrag je Tag abzuziehen. Bei 86er-Entgelten ist der mit der Entgeltanzahl des Pflegeentgeltes multiplizierte Betrag von dem Betrag der vereinbarten Fallkosten abzuziehen.

Besondere Einrichtungen und teilstationäre Leistungen

Für Leistungen, die unter die Regelung nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und Nr. 3 (teilstationäre Leistungen, die nicht in Anlage 3b aufgeführt sind und besondere Einrichtungen) KHEntgG fallen, gilt eine Pflegebewertungsrelation von 1,0 für vollstationäre Fälle und 0,5 für teilstationäre Fälle, sofern die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG keine abweichenden Festlegungen treffen. Krankenhäuser oder Teile von Krankenhäusern können weiterhin als besondere Einrichtungen eingestuft werden. Unabhängig von der Einstufung als besondere Einrichtung ist in den Budgetverhandlungen das Pflegebudget zu bestimmen. Die Regelungen der VBE gelten für den Bereich der aG–DRG. Die VBE ist noch entsprechend anzupassen. Die Abrechnung des Pflegebudgets erfolgt je Berechnungstag (Pflegebudget / Berechnungstage x 1,0 bzw. Pflegebudget / Berechnungstage x 0,5 bei teilstationären Fällen). Der Pflegeanteil wird gesondert in Rechnung gestellt. Dazu geben die Krankenhäuser für den Pflegeanteil den entsprechenden Entgeltschlüssel unter Verwendung der ersten beiden Stellen = „84“ an. Die Stellen 3. bis 4. enthalten die Werte „00“ für den Pflegeanteil tagesbezogener vollstationärer Entgelte oder „50“ für den Pflegeanteil bei fallbezogenen

vollstationären Entgelte („01ff.“ für Länderwerte und „30“ für Belegabteilung sind nicht zulässig). An den Stellen 5.–8. verwendet das Krankenhaus analog des abgerechneten Entgeltes „85*“ bzw. „86*“ die gleichen Ziffern. Eine individuelle Vergabe über www.gkv-clavisdb.de erfolgt nicht. Dies findet ebenfalls für teilstationäre Leistungen nach § 7 Abs. 1 Nr. 2 FPV Anwendung. In den Fällen, in denen aufgrund einer fehlenden Vereinbarung für das Jahr 2020 die bisherigen tages- oder fallbezogenen Entgelte (85* bzw. 86*) noch nicht um den Pflegeanteil bereinigt wurde, ist wie folgt vorzugehen:

Entgelte für besondere Einrichtungen und teilstationäre Behandlungen, die nicht in Anlage 3b ausgewiesen sind, sind bis zu einer Neuvereinbarung unverändert der Höhe nach weiter zu erheben.

Umsetzung von Prüfergebnissen des MD auf die Abrechnung von Pflegeentgelten

§275 Abs. 6 Nr. 1 SGB V sieht vor, dass Prüfergebnisse nur insoweit umgesetzt werden, dass für die Ermittlung der tagesbezogenen Pflegeentgelte eine geänderte Eingruppierung, die zu einem geänderten stationären Entgelt führt umzusetzen ist, die ursprünglich berücksichtigten Belegungstage jedoch beibehalten werden. Die Entgelthöhe für den Pflegeanteil je Tag hängt somit auch nach einer Prüfung unmittelbar mit der zugehörigen DRG bzw. den Stellen 5.–8. bei den Besonderen Einrichtungen bzw. teilstationären Leistungen zusammen. Bei einer Rechnungskorrektur sind jedoch die ursprünglichen Belegungstage zu Grunde zu legen. Dies wird wie folgt abgebildet:

1. In der bestehenden Schlussrechnung wurden die entsprechenden Pflegeentgelte in Rechnung gestellt (74*, 84*). In dieser Schlussrechnung muss das Pflegeentgelt mit der dortigen DRG bzw. bei den besonderen Einrichtungen und teilstationäre Leistungen mit den Stellen 5–8 des zugehörigen Entgeltes 85* bzw. 86* (ohne Pflege) korrespondieren.
2. Pflegeentgelte dürfen ausschließlich in einer Schlussrechnung und keiner anderen Rechnungsart in Rechnung gestellt werden.
3. Wenn durch anderweitige Prüfanlässe, unabhängig von Pflegeentgelten, Korrekturen notwendig werden (z.B. Umsetzung nach einem MD Ergebnis, rechtskräftige Feststellung oder evtl. weitere künftige PrüfV Regelungen), ist eine Gutschrift/Rechnungsstorno (Rechnungsart `04`) der bestehenden Schlussrechnung notwendig. Infolge dessen ist in derselben (neuen) Datenlieferung (d.h. unter derselben Dateinummer–Datenaustauschreferenz) eine neue Schlussrechnung, welche die neuen Pflegeentgelte (Pflegeentgelt mit der geänderten DRG identisch) enthält, an die Krankenkasse zu übermitteln.
4. Bei der Berechnung der Entgelthöhe für den Pflegeanteil je Tag sind jedoch die ursprünglichen Belegungstage der bestehenden Schlussrechnung anzuwenden. Die Datenfelder `Abrechnung von` und `Abrechnung bis` im ENT Segment enthalten die Belegungstage der ursprünglichen Schlussrechnung. Der `Entgeltbetrag` ergibt sich damit aus Multiplikation der ursprünglichen Belegungstage und der neuen Entgelthöhe für den Pflegeanteil je Tag.
5. Die Gutschrift/Rechnungsstorno Rechnungsart 04 (und ggf. geänderte Entlassungsanzeige) und die neue Schlussrechnung sind gemeinsam durch die Krankenkasse zu verarbeiten.
6. Sollte die Korrektur einer Entlassungsanzeige notwendig sein, bleiben Aufnahme- und Entlassungstag unverändert.
7. Tage ohne Berechnung im Rahmen einer Beurlaubung bei Pflegeentgelten gleichermaßen anzuwenden (diese Tage reduzieren den Pflegeerlös im Fall). Tage ohne Berechnung die auf Grund einer MD-Korrektur zu berücksichtigen sind, reduzieren den Pflegeerlös im Fall nicht. Bei der Rechnungskorrektur durch das Krankenhaus ist sicher zu stellen, dass die Anzahl der berechneten Pflegeentgelte und Tage ohne Berechnung der Ursprungsrechnung entsprechen. Für den Fall, dass Beurlaubungstage zu korrigieren sind, trifft das auch auf die Pflegeentgelte zu.

Ersatzabrechnung bei nicht vorgelegener vollstationärer Behandlungsbedürftigkeit § 8 Absatz 3 KHEntgC

Gemäß § 8 Absatz 3 KHEntgG haben Krankenkassen bei nicht vorgelegener vollstationärer Behandlungsbedürftigkeit als Ergebnis einer Prüfung nach §275c Absatz 1 SGB V die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen nach den für vorstationären Behandlungen nach §115a SGB V getroffenen Vereinbarungen zu vergüten, soweit keine andere Möglichkeit zur Abrechnung der erbrachten Leistung besteht. Hinweis: Diese Regelung betrifft Ergebnisse von Prüfungen nach § 275c Absatz 1 SGB V (neue Regelungen zu Prüfungen von Rechnungen ab 01.01.2020).

In diesem Fall hat das Krankenhaus die bestehende Rechnung durch eine Gutschrift/Rechnungsstorno (Rechnungsart `04`) gutzuschreiben. Soweit keine andere Möglichkeit zur Abrechnung der erbrachten Leistung besteht (z.B. im Rahmen einer ambulanten Operation nach §115b SGB V, ASVneu §116b SGB V o.ä.) übermittelt das Krankenhaus zur Abrechnung einer dafür vorstationären Vergütung eine neue Rechnung mit der Rechnungsart `22` [Schlussrechnung, Vergütung nach vorstationärer Höhe (Ersatzabrechnung)] und mit den entsprechenden vorstationären Entgelten. Diese Rechnung enthält keine Pflegeentgelte 74* bzw. 84*. Die Aufnahmeanzeige und Entlassungsanzeige bleibt unverändert.

Nachtrag 07 Aufschläge (MDK Reformgesetz):**1.4.13 Aufschläge gemäß §275c Absatz 3 SGB V**Umsetzung Aufschläge gemäß §275c Absatz 3 SGB V

Gemäß § 275c Absatz 3 SGB V haben Krankenhäuser neben der Rückzahlung der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag einen Aufschlag an die Krankenkasse zu zahlen. Dies betrifft vollstationäre Krankenhausfälle mit einem Eingang der Schlussrechnung ab dem 01.01.2020.

Die Krankenkasse teilt dem Krankenhaus diesen Aufschlag mit einer Nachricht `Krankenkasseninformation (KAIN)` und dem Schlüssel 30 mit der Ausprägung „MDK04“ mit. Dies kann gemeinsam mit der leistungsrechtlichen Entscheidung der Krankenkasse erfolgen.

Zum PVV-Segment mit dem Schlüssel MDK04 ist zwingend ein PVT-Segment zu übermitteln, in dem folgender strukturierter Text den Entgeltschlüssel, den Aufschlagsbetrag und eine Rechnungsnummer enthält. 47200033 bzw. B7300033 stellt den Entgeltschlüssel dar, danach folgt mit \$\$\$\$\$,\$\$ die Höhe des Aufschlags durch die Krankenkasse, gefolgt von einer Raute mit dem Präfix „A-“ und den letzten(!) 18 Stellen der ursprünglichen Rechnungsnummer des Krankenhauses.

47200033: \$\$\$\$\$,\$\$#A-\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$

Für den Bereich der Entgeltarten BpFIV (bei Anwendung §17d KHG) gilt der Entgeltschlüssel: B7300033.

Im Rahmen einer SAMU stellt die Krankenkasse den Aufschlag gemäß §275c Abs. 3 SGB V mit o.g. Rechnungsnummer ein. Diese beginnt mit dem Präfix „A-“ und enthält danach die letzten(!) 18 Stellen der ursprünglichen Rechnungsnummer des Krankenhauses. Nach bereits erfolgter Zahlung führt das Einstellen des Aufschlages in KAIN zu einer Gutschrift (Rechnungsart 04) des Betrages in der Sammelüberweisung.

Hinweis:

DKG und GKV-Spitzenverband haben infolge des MDK-Reformgesetzes weitere Anpassungen der Prüfverfahrensvereinbarung vorzunehmen. Diese sind für die §301-Vereinbarung entsprechend zu bewerten und dann mögliche technische Abbildungen (z.B. neue Segmente o.ä.) zu vereinbaren.