

ENTWURF

**Nachtrag vom 16.3.2022
mit Wirkung zum 1.4.2022**

zur

**3. Fortschreibung vom 10. Juli 2020
mit Wirkung zum 1.1.2021**

der

**Rahmenvereinbarung
zur Datenübertragung von Abrechnungsdaten
bei Krankenhausleistungen
in Verbindung mit §17c KHG**

zwischen

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG), Berlin

und

dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-
Verband), Köln

Erläuterungen zu einzelnen Nachträgen

Nachträge 1,2,3,4 und 5:

Die Vereinbarung über eine einheitliche und nachprüfbar dokumentierte Dokumentation zum Vorliegen der Voraussetzungen der Übergangspflege gemäß § 39e Absatz 1 SGB V (Dokumentations-Vereinbarung Übergangspflege) sieht vor, dass für die Abrechnung des Krankenhauses mit der für die Übergangspflege zuständigen Krankenversicherung die Datenübermittlung nach § 17c Absatz 5 KHG zu verwenden ist.

Der vereinbarte Entgeltsschlüsselbereich `91` (Nachtrag 2) enthält bislang nur zwei Entgeltarten und wird in Abhängigkeit der auf Landesebene getroffenen Vereinbarungen ggf. durch Schlüsselfortschreibungen um geeignete Entgeltarten erweitert.

Dieser Nachtrag sieht die Abrechnung dieser Fälle ab dem 01.04.2022 vor (Eingang Aufnahmeanzeige) und ermöglicht ab dann Abrechnungen für Patienten die zur Übergangspflege ab dem 01.11.2021 aufgenommen wurden. Dies gilt für alle Einzelregelungen dieses Nachtrages. Die Verwendung von Entlassgrund 30 für vorangehende stationäre Fälle bezieht sich ausschließlich auf Fälle ab Aufnahme datum 1.4.2022

Gemäß § 2 Abs. 4 der Dokumentations-Vereinbarung Übergangspflege soll umgehend die Krankenversicherung der Patientin bzw. des Patienten einbezogen werden, sobald absehbar ist, dass eine Übergangspflege erforderlich wird. Die Dokumentation erfolgt bis auf weiteres auf Basis des vereinbarten Dokumentationsbogens in Papierform.

Nachtrag 2a und b:

Zu Abbildung etwaiger Überzahlungen nutzen Leistungserbringer und Krankenkassen vor Ort sogenannte Korrektorentgelte und vereinbaren eine Abfinanzierung in Folgejahren. Dafür werden entsprechende Korrektorentgelte zur Verfügung gestellt. Die Vereinbarung nach § 9 Absatz 1a Nummer 9 KHEntG (Corona-Mehrkosten-Vereinbarung) vom 21.12.2021 sieht in den §5 Absätze 3 und 4 gesonderte Zu- oder Abschläge die gesondert in Rechnung gestellt werden und zur Abgeltung coronabedingter Mehrkosten dienen. Zur Umsetzung werden entsprechende Entgelte und ein zugehöriges Berechnungsschema vereinbart (Anhang 1).

Nachtrag 3a:

Der Fachabteilungsschlüssel 3415 wird ergänzt.

Anhang 2:

Im PEPP-Berechnungsschema (Nachtrag vom 1.12.2021) sind weitere Entgelte zur Berechnung heranzuziehen. Neben des tagesbezogenen PEPP Entgelten sind zusätzlich die fallbezogenen PEPP Entgelte vereinbart. Dies betrifft unter 20 Krankenhäuser deutschlandweit, eine Abrechnung fand bisher nicht statt. Insofern wird das Berechnungsschema rückwirkend korrigiert. Sollte es somit bei diesen

Rahmenvereinbarung zur Datenübertragung von Abrechnungsdaten bei
Krankenhausleistungen in Verbindung mit §17c KHG **Nachtrag vom 16.3.2022**

Krankenhäusern zu Abrechnung des Abschlages kommen sind die fallbezogenen Entgelte unmittelbar zu berücksichtigen.

Klarstellung

Im Nachtrag vom 29.04.2021 wurde geregelt, dass bei fallbezogenen Zu- oder Abschlägen einheitlich der Aufnahmetag zu verwenden ist. In der Präambel wurden einige Entgeltarten aufgezählt. Hiermit wird klargestellt, dass diese Aufzählung nicht abschließend war. Auch die Zuschläge zur Qualitätssicherung (46*), der DRG Systemzuschlag (48*) als auch die Zuschläge für Sicherstellung und Ausbildung (ohne die Entgelte 75100003 bis 75100006 für Begleitpersonen) sind selbstverständlich fallbezogene Zuschläge und von der Regelung gleichermaßen betroffen.

Nachträge zu Anlage 2

Nachtrag 1

Schlüssel 1: Aufnahmegrund *wird wie folgt geändert*

1. und 2. Stelle

- 01 Krankenhausbehandlung, vollstationär
- 02 Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung
- 03 Krankenhausbehandlung, teilstationär
- 04 vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung
- 05 Stationäre Entbindung
- 06 Geburt (siehe Anlage 5, Abschnitt 1.4.1)
- 07 Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003
- 08 Stationäre Aufnahme zur Organentnahme
- 09 frei
- 10 Stationsäquivalente Behandlung
- 11 Übergangspflege

3. und 4. Stelle

- 01 Normalfall

...

Bei Aufnahme von Patienten in Verbindung mit einem Arbeitsunfall (einschließlich „Wegeunfall“) ist der Aufnahmegrund 3.-4. Stelle „02“ zu verwenden. Wird stattdessen „07“ (Notfall) verwendet, ist eine Ablehnung der Leistungspflicht über den Kostenübernahmesatz mit dem Merkmal Kostenübernahme „05“ (Ablehnung, Unfallversicherungsträger zuständig) möglich. Die Angabe, ob es sich im Aufnahmesatz um den Aufnahmegrund „Notfall“ (3.-4. Stelle „07“) handelt, erfolgt durch das Krankenhaus. Die Angabe kann in diesem Fall von der des einweisenden Vertragsarztes auf dem Einweisungsschein abweichen.

Der Aufnahmegrund `05` (Stationäre Entbindung) ist ebenfalls bei Totgeburten (totgeborenes Kind) zu verwenden.

Im Rahmen der Übergangspflege ist der Aufnahmegrund `11` (1.-2. Stelle) und `01` (3.-4. Stelle) zu verwenden.

Nachtrag 2

Schlüssel 4 Teil I: Entgeltarten stationär *wird wie folgt geändert*

1.-2. Stelle: Entgeltschlüssel

- 01 Tagesgleicher Pflegesatz
- ...
- 90 reserviert
Rückforderung eines Abschlags bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntG nach § 8 Abs. 5 Satz 2 KHEntG (für Aufnahmen in 2003)
- 91 Übergangspflege
Entgelt für Überschreiten der oberen GVD für teilstationäre DRG-Fallpauschalen aus 2003 nach § 9 Abs. 2 KFPV 2004 oder § 10 Abs. 2 FPV
- 92 reserviert
Abschlag bei Verlegungen für teilstationäre DRG-Fallpauschalen aus 2003 nach § 9 Abs. 2 KFPV 2004 oder § 10 Abs. 2 FPV
- 93 reserviert
- 94 reserviert

471 Zuschläge nach GMG und sonstige Zuschläge

- Hinweis:** 4.-8. Stelle: 00000 Zuschlag für Gemeinsamen Bundesausschuss (§ 91 Abs. 3 SGB V), teilstationär
- 00001 Zuschlag für Gemeinsamen Bundesausschuss (§ 91 Abs.3 SGB V), vollstationär
 - ...
 - 00009 Telematikzuschlag, vollstationär (§377 Abs. 1 und 2 SGB V)(§ 291a Abs. 7a i.V.m. Abs. 7 Satz 4 SGB V)
 - 00010 Zuschlag nach § 15 Abs. 2 KHEntG
 - 00011 Zuschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntG
 - 00012 Zuschlag Pflegestellenförderprogramm nach § 4 Abs. 10 KHEntG bzw. § 4 Abs. 8 KHEntG (Neu)
 - 00013 Telematikzuschlag, teilstationär (§377 Abs. 1 und 2 SGB V)
 - ...
 - 00039 Zuschlag zur Durchführung von Abschlagszahlungen (prozentual, COVID-19-Abschlagszahlungsvereinbarung)
 - 00043 Zuschlag nach § 5 Absatz 3i KHEntG zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten als Ausgleich gemäß § 5 Abs. 3 der Corona-Mehrkosten-Vereinbarung

Formatiert: Schriftart: Arial

Formatiert: Schriftart: Arial

Formatiert: Schriftart: (Standard) Arial, 12 Pt.

Formatiert: Schriftart: Arial

Formatiert: Schriftart: (Standard) Arial, 12 Pt.

Formatiert: Schriftart: Arial

472 **Abschläge nach GMG und sonstige Abschläge**

Formatiert: Schriftart: Arial

- Hinweis:** 4.-8. Stelle:
- 00000 intern reserviert
 - 00001 Abzug nach § 140d SGB V für
Anschubfinanzierung integrierte Versorgung
 - 00002 Abschlag nach § 8 Abs. 9 KHEntgG
 - 00007 Abschlag für Zentren und Schwerpunkte (§ 5
Abs. 3 KHEntgG) (für Korrekturen)
 - 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
 - 00013 Abschlag zu Tarifierhöhung nach § 4 Abs.
2a Satz 2 KHEntgG
 - 00014 Abschlag wegen Konvergenzverlängerung
nach § 5 Abs. 6 KHEntgG
 - 00015 Abschlag für besondere Einrichtungen nach
§ 4 Abs. 7 KHEntgG
 - 00026 Fixkostendegressionsabschlag nach § 4 Abs.
2b KHEntgG
 - 00027 Abschlag für Nichtteilnahme am
Notfallstufensystem nach § 9 Abs. 1a Nr. 5
KHEntgG
 - 00029 Abschlag bei Nichteinhaltung der
Pflegepersonaluntergrenzen (§ 137i Abs. 5
SGB V)
 - 00038 Abschlag zur Konvergenzangleichung des
Landesbasisfallwertes zur maßgeblichen
Korridorgrenze (je Bundesland)
 - 00040 Abschlag gemäß § 2 Abs. 8 und 9 B-BEP-
Abschlagsvereinbarung (pro Fall)
 - 00041 Abschlag bei Unterlassen der Verordnung
einer erforderlichen Anschlussversorgung
gemäß § 3 Abs. 4 B-BEP-
Abschlagsvereinbarung)
 - 00043 Abschlag nach § 5 Absatz 3i KHEntgG zur
Finanzierung von nicht anderweitig
finanzierten Mehrkosten als Ausgleich
gemäß § 5 Abs. 4 der Corona-Mehrkosten-
Vereinbarung

...

90[00-16] **reserviert**
**~~Rückforderungen von Abschlägen bei Nichterreichen der unteren
GVD für fallbezogene Entgelte nach § 7 Nr. 5 KHEntgG (§ 6 Abs. 1
KHEntgG) (für Aufnahmen in 2003)~~**

Hinweis: 5.-8. Stelle: 0001 ff. fortlaufend je Länderschlüssel Siehe
Anhang A

91[1-6] Übergangspflege
~~Entgelte bei Überschreiten der oberen GVD für teilstationäre DRG-~~
~~Fallpauschalen aus 2003 nach § 9 Abs. 2 KFPV 2004 oder § 10 Abs. 2~~
~~FPV~~

_____	Hinweis:	3. Stelle: 0	Vergütung je Tag
_____	4. Stelle:	0	keine weitere Differenzierung
_____	5.-8. Stelle	0001	Vergütung je Tag,
_____			undifferenziert
_____		0002	Vergütung je Tag, weitere
_____			Differenzierung

92[1-6] reserviert
~~Abschläge bei Verlegungen für teilstationäre DRG-Fallpauschalen~~
~~aus 2003~~
~~nach § 9 Abs. 2 KFPV 2004 oder § 10 Abs. 2 FPV~~

93[1-6] reserviert
~~Abschläge für Nichterreichen der unteren GVD für teilstationäre~~
~~DRG-Fallpauschalen aus 2003 nach § 9 Abs. 2 KFPV 2004 oder § 10~~
~~Abs. 2 FPV~~

94[1-6] reserviert
~~Rückforderungen von Abschlägen bei Nichterreichen der unteren~~
~~GVD für teilstationäre DRG-Fallpauschalen aus 2003 nach § 9 Abs. 2~~
~~KFPV 2004 oder § 10 Abs. 2 FPV~~

_____	Hinweis:	4. Stelle: 0
_____	5.-8. Stelle:	ADDS (DRG 2003, siehe G-DRG-Definitions-
_____		Handbuch)

...

Nachtrag 2a und 2b Entgelte für Aufnahmen ab dem 01.07.2022:

2a Schlüssel 4 Teil I: Entgeltarten stationär *wird wie folgt geändert*

472 Abschlüsse nach GMG und sonstige Abschlüsse

- Hinweis:** 4.-8. Stelle: 00000 intern reserviert
- 00001 Abzug nach § 140d SGB V für
Anschubfinanzierung integrierte Versorgung
 - 00002 Abschlag nach § 8 Abs. 9 KHEntgG
 - 00007 Abschlag für Zentren und Schwerpunkte (§ 5
Abs. 3 KHEntgG) (für Korrekturen)
 - 00009 Telematikabschlag, vollstationär (§ 377 Abs.
1 und 2 SGB V) (für Korrekturen)
 - 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
 - 00013 Telematikabschlag, teilstationär (§ 377 Abs.
1 und 2 SGB V) (für Korrekturen)–Abschlag
zu Tarifierhöhung nach § 4 Abs. 2a Satz 2
KHEntgG
 - 00014 reserviert—Abschlag wegen
Konvergenzverlängerung nach § 5 Abs. 6
KHEntgG
 - 00015 Abschlag für besondere Einrichtungen nach
§ 4 Abs. 7 KHEntgG
 - ...

2b Schlüssel 4 Teil II: Entgeltarten BPfIV (bei Anwendung §17d KHG) *wird wie folgt geändert*

**Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 7 [Abschlüsse u.a. gemäß KHG]
Entgeltbezug**

- 3. Stelle: 1 Tagesbezogene Abschlüsse
- 4.-8. Stelle: 00000ff.

- 3. Stelle: 2 Fallbezogene Abschlüsse
- 4.-8. Stelle: 00000 Korrektur Ausbildungszuschlag
- 00001 Abschlag Nichtteilnahme Qualitätssicherung[§ 8
Abs. 4 BPfIV]
- 00002 Abschlag für Nichtbeteiligung an der
Notfallversorgung [§17b Abs. 1 Satz 4 KHG]
- 00008 Telematikabschlag [§ 377 Abs. 1 und 2 SGB V] (für
Korrekturen)

Formatiert: Tabstopps: Nicht an 6,25 cm

Nachtrag 3

Schlüssel 5: Entlassungs-/Verlegungsgrund *wird wie folgt geändert*

1. und 2. Stelle: 01 Behandlung regulär beendet
...
24 Beendigung eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über
Mitternacht (BPfIV-Bereich, für Pseudo-Fachabteilung 0003) ab
1.7.2013
25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für
Zwecke der Abrechnung, PEPP, § 4 PEPPV)
26 Beginn eines Zeitraumes ohne direkten Patientenkontakt
(stationsäquivalente Behandlung)
27 Beendigung eines Zeitraumes ohne direkten Patientenkontakt
(stationsäquivalente Behandlung – für Pseudofachabteilung
0004)
30 ~~Behandlung regulär beendet, Überleitung in die
Übergangspflege~~

...

Rahmenvereinbarung zur Datenübertragung von Abrechnungsdaten bei
Krankenhausleistungen in Verbindung mit §17c KHG **Nachtrag vom 16.3.2022**

Nachtrag 3a für Aufnahmen ab dem 01.04.2022:

Schlüssel 6: Fachabteilungen (BPfIV)

wird wie folgt ergänzt

...

Fachabteilungen mit Differenzierung nach Schwerpunkten

Sofern der Krankenhausplan des jeweiligen Landes eine Differenzierung von/nach Schwerpunkten vorsieht und ein entsprechender Schwerpunkt für das Krankenhaus ausgewiesen ist oder eine Differenzierung im Rahmen eines Vertrages nach § 109 SGB V vereinbart wurde, können die Fachabteilungen wie folgt verschlüsselt werden:

0102 Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie

0103 Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie

0104 Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie

0105 Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie

0106 Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie

...

3161 Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

3233 Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde

3305 Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie

3350 Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie

3415 Dermatologie/Chirurgie

3460 Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

3601 Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin

3603 Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie

3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie

3617 Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie

...

...

Formatiert: Schriftart: Arial

Nachtrag 4

Schlüssel 11: Rechnungsart *wird wie folgt angepasst*

1. Stelle: 0 Zahlungssatz wird nicht angefordert
 2 Vergütung nach vorstationärer Höhe (Ersatzabrechnung;
 2.Stelle = 2)
 5 Zahlungssatz wird angefordert (nicht bei 2. Stelle '4' bis '8')
2. Stelle: 1 Zwischenrechnung
 2 Schlussrechnung
 3 Nachtragsrechnung
 4 Gutschrift/Stornierung
 5 Rechnung Übergangspflege
 6 Zahlungserinnerung
 9 Vorausberechnung nach § 14 Abs. 4 BPfIV oder § 14 Abs. 9
 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

...

Anhang B zu Anlage 2

Nachtrag 5 Ergänzung Fehlercodes für Aufnahmen ab dem 01.04.2022:

Spezifische Fehler der Prüfstufe 3

wird wie folgt geändert

Fehlercode Fehlertext

Fehlercode	Fehlertext
...	
34219	Datum und Uhrzeit zum Ende des Standorts [\$\$\$\$\$\$] bereits in anderem STA-Segment vorhanden
34220	Pflegeentgelte (74*, 84*) nur in einer Schlussrechnung (Rechnungsart 02/52), <u>Zahlungserinnerungen und Mahnungen (Rechnungsart 55/57/58/05/07 oder 08)</u> oder Gutschrift/Stornierung (Rechnungsart 04) zulässig
34221	Rechnungsart `22` darf nur vorstationäre Entgelte enthalten
34999	Noch nicht spezifizierter Fehler
...	

Formatiert: Schriftart: (Standard) Arial

Formatiert: Schriftart: (Standard) Arial

Formatiert: Schriftart: (Standard) Arial

Formatiert: Schriftart: (Standard) Arial, 12 Pt.

Formatiert: Schriftart: (Standard) Arial

Nachträge zu Anlage 5 Durchführungshinweise

Nachtrag 5

1.4 Vorgaben für besondere Fallkonstellationen *wird wie folgt ergänzt*

...

1.4.12 Abrechnung der Übergangspflege

Grundsätze der Abrechnung

Für die Abrechnung der Leistungen im Rahmen der Übergangspflege regelt die Vereinbarung über eine einheitliche und nachprüfbare Dokumentation zum Vorliegen der Voraussetzungen der Übergangspflege gemäß § 39e Absatz 1 SGB V, dass die Übergangspflege als ein eigenständiger, von der Krankenhausbehandlung abgegrenzter Fall abzurechnen ist. Für die Abrechnung der Übergangspflege finden nur die Nachrichtentypen 'Aufnahmesatz', 'Rechnungssatz' und 'Entlassungsanzeige', 'Kostenübernahmesatz', 'Zahlungssatz', Anwendung.

Im vorgelagerten Krankenhausfall wird der Übergang in die Übergangspflege durch einen entsprechenden Entlassungs-/Verlegungsgrund '30' dokumentiert.

Formatiert: Schriftart: 12 Pt.

Formatiert: Schriftart: (Standard) Arial, 12 Pt.

Formatiert: Schriftart: (Standard) Arial, 12 Pt.

Formatiert: Schriftart: 12 Pt.

Umsetzung in ausgewählten Nachrichtentypen:

Aufnahmedatensatz:

Für die Aufnahme eines Patienten im Rahmen der Übergangspflege ist ein Aufnahmesatz mit dem Aufnahmegrund '1101' Übergangspflege vom Krankenhaus an die Krankenversicherung zu übermitteln. Der Aufnahmetag entspricht dem Entlassungstag des vorangegangenen stationären Falls.

Im Datenfeld 'Fachabteilung' ist die Fachabteilung des Standortes anzugeben, in der sich der Patient befindet. Es muss sich nicht um die gleiche Fachabteilung oder den Standort des unmittelbar vorangegangenen stationären Krankenhausfalles handeln.

Im Feld 'voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung' ist der Tag der geplanten Dauer der Übergangspflege anzugeben. Insofern dieser nicht bekannt ist, ist der 10. Tag nach der Aufnahme in die Übergangspflege anzugeben. Alle anderen Kennfelder des Segmentes 'AUF' werden nicht übermittelt. Im Segment 'EAD' wird im Feld 'Aufnahmediagnose' die Diagnose angegeben, mit der der Patient in die Übergangspflege übergeben wurde.

Formatiert: Schriftart: 12 Pt., Fett

Formatiert: Schriftart: 12 Pt.

Entlassungsanzeige:

Das Krankenhaus dokumentiert in der Entlassungsanzeige im Segment 'STA' den Standort, an dem sich der Patient im Rahmen der Übergangspflege befindet. Es muss sich nicht um den Standort des unmittelbar vorangegangenen stationären Krankenhausfalles handeln. Wechsel des Standortes sind entsprechend zu dokumentieren. Der Aufnahmetag entspricht dem Entlassungstag des vorangegangenen stationären Falls. Im ETL bzw. FAB Segment übermittelt das Krankenhaus die Fachabteilung, in der die Übergangspflege erbracht wird. Sofern die Übergangspflege in einer eigenständigen Organisationseinheit erbracht wird, die nicht einer Fachabteilung zugeordnet ist, ist der Fachabteilungsschlüssel für die Sonstige Fachabteilung '3700' zu verwenden. Es wird lediglich die Hauptdiagnose

Formatiert: Schriftart: 12 Pt., Fett

Formatiert: Schriftart: 12 Pt.

des vorangegangenen stationären Falles im Feld `Hauptdiagnose` angeben. Die Segmente NDG und EBG entfallen. Als Entlassungstag ist der tatsächliche Tag der Entlassung aus der Übergangspflege anzugeben. Dies gilt auch, wenn der Patient länger als die maximal zu vergütenden 10 Tage im Krankenhaus verbleibt.

Für die Abrechnung der Übergangspflege müssen der Krankenversicherung die Dokumentation gemäß Anlage 1 der Vereinbarung über eine einheitliche und nachprüfbar Dokumentation zum Vorliegen der Voraussetzungen der Übergangspflege gemäß § 39e Absatz 1 SGB V (Dokumentations-Vereinbarung Übergangspflege) und die vollständigen Abrechnungsunterlagen des unmittelbar vorherigen stationären Falles vorliegen.

Rechnungsdatensatz:

Das Krankenhaus dokumentiert im Rechnungssatz im Segment `STA` den Standort, an dem sich der Patient im Rahmen der Übergangspflege befindet. Es muss sich nicht um den Standort des unmittelbar vorangegangenen stationären Krankenhausfalles handeln. Wechsel des Standortes sind entsprechend zu dokumentieren. Zur eindeutigen Abgrenzung zum unmittelbar vorangegangenen stationären Falles wird eine eigene Rechnungsnummer für den Übergangspflegefall vergeben. Als Rechnungsart kann `05` (Rechnung Übergangspflege), 03 und 55 angegeben werden. Bei Korrektur einer Rechnung der Übergangspflege ist zunächst eine Stornierung mit Rechnungsart `04` und anschließend eine Neustellung mit Rechnungsart `05` bzw. `55` vorzusehen. Zwischenrechnungen (Rechnungsart `01` bzw. `51`) sind nicht zulässig.

Der Aufnahmetag entspricht dem Entlassungstag des vorangegangenen stationären Falls. Die Krankenversicherung übermittelt bereits für den vorangegangenen stationären Abrechnungsfall die Anzahl ggf. bestehender Tage mit Zuzahlung in der Nachricht „Kostenübernahme (KOU)“. Sollten nach Ende des vorangegangenen stationären Falles noch Zuzahlungstage verbleiben, sind diese gemäß § 39e Abs. 4 SGB V im Rahmen der Abrechnung der Übergangspflege zu berücksichtigen, sie werden im Feld `Zuzahlungsbetrag` im ZLG Segment angegeben. Eine gesonderte Übermittlung der Zuzahlungstage für die Übergangspflege durch die Krankenversicherung erfolgt nicht. Im Datenfeld `Fachabteilung` ist die Fachabteilung des Standortes anzugeben, in der sich der Patient befindet. Im `ENT` Segment finden im Feld `Entgeltart` Entgeltschlüssel aus dem Bereich der Übergangspflege `91` Anwendung. Eine Vergütung ist erst mit Vorliegen einer Vereinbarung auf Landesebene möglich.

...

- Formatiert: Schriftart: 12 Pt., Fett
- Formatiert: Schriftart: 12 Pt.

Anhang 1 Berechnungsschema für die Rechnungslegung ab 01.07.2022

zur Abrechnung des Ab- bzw. Zuschlages nach § 5 Absatz 3i KHEntgG zur Finanzierung von nicht
anderweitig finanzierten Mehrkosten als Ausgleich gemäß § 5 Abs. 3 der Corona-Mehrkosten-Vereinbarung

47100043 ⇒ 01.07.2022 – 31.12.9999

47200043 ⇒ 01.07.2022 – 31.12.9999

1. Für den Ab/Zuschlag nach § 5 Absatz 3i KHEntgG wurde der Entgeltartenschlüssel „47100043“ bzw. „47200043“ festgelegt. Dieser wird als prozentualer Zuschlag auf die u.g. Entgeltarten in der Rechnung separat ausgewiesen.
2. Von dem Brutto-Rechnungsbetrag des Krankenhauses werden, sofern darin enthalten, folgende Entgeltarten zur Berechnung des Zuschlages herangezogen:

70xxxxxx	DRG-Fallpauschale nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG (§ 1 Abs. 1 Satz 1 FPV)
71xxxxxx	Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD nach § 1 Abs. 2 Satz 1 FPV
72xxxxxx	Abschlag bei Verlegungen nach § 1 Abs. 1 Satz 3 FPV
73xxxxxx	Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD nach § 1 Abs. 3 Satz 1 FPV
760xxxxx	Zusatzentgelt nach § 6 Abs. 1 bzw. § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG –Anlage 4 bzw. 6 FPV
762xxxxx	Zusatzentgelt nach § 6 Abs. 2a KHEntgG
76ZExxxx	Zusatzentgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG nach Anlage 2 bzw. 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. Die vom Krankenhaus in Rechnung gestellten Zu-/Abschlagsbeträge werden wie folgt ermittelt (Abschläge sind mit negativem Vorzeichen zu berücksichtigen):

Summe über alle Entgeltarten [(Entgeltbetrag) x (Entgeltanzahl)] x maßgeblicher von Hundertwert / 100

4. kaufmännische Rundung des nach Nr. 3 errechneten Zu-/Abschlagsbetrages auf 2 Nachkommastellen

Korrektur Anhang 2 Berechnungsschema für die Rechnungslegung v. Nachtrag 1.12.2021

zur Abrechnung des Abschlags gemäß § 11 Abs. 2 Punkt b der Vereinbarung gemäß § 377 Abs. 3 SGB V (ab
Aufnahmedatum 1.1.2022)

A7300009 ⇒ 01.01.2022 – 31.12.9999

B7300009 ⇒ 01.01.2022 – 31.12.9999

1. Der Abschlagsbetrag ist vom Krankenhaus in der Rechnung mindernd auszuweisen oder wenn keine Rechnungsminderung durch das Krankenhaus erfolgt, von der Krankenkasse einzubehalten.
2. Für die Abrechnung des Abschlages ist der Entgeltschlüssel A7300009 bzw. B7300009 zu verwenden.
3. In der Rechnung des Krankenhauses werden für ab dem 01.01.2022 stationär aufgenommene Patienten, sofern im Rechnungssatz enthalten, die folgenden Entgeltarten zur Umsetzung des Abschlages herangezogen:

A1<PEPP>x	bewertetes PEPP-Entgelt nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog
B1<PEPP>x	bewertetes teilstationäres PEPP-Entgelt nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog
A2<PEPP>x	Zuschlag nach Überschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten
A3<PEPP>x	Abschlag nach Unterschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten
A8<PEPP>x	krankenhausindividuell vereinbarte PEPP-Entgelte
A88<PEPP>	krankenhausindividuell vereinbarte fallbezogene PEPP-Entgelte
B8<PEPP>x	krankenhausindividuell vereinbarte teilstationäre PEPP-Entgelte
B88<PEPP>	krankenhausindividuell vereinbarte fallbezogene PEPP-Entgelte
C4Exxxxx	Ergänzende Tagesentgelte nach bundesweit vereinbarten Entgeltkatalog
C5Zxxxxx	Zusatzentgelt nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog
C9xxxxxx	krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte
CBxxxxxx	Entgelte für regionale und strukturelle Besonderheiten (RSB)

4. Der vom Krankenhaus in Rechnung gestellte Abschlagsbetrag wird wie folgt ermittelt (Abschläge sind mit negativem Vorzeichen zu berücksichtigen):
gerundete Summe über alle Entgeltarten mit Zu-/Abschlag [(Entgeltbetrag) x (Entgeltanzahl) x (auf 2 Nachkommastellen gerundeter Prozentsatz des Zu-/Abschlages) / 100]