

ENTWURF

Nachtrag vom 21.04.2023

mit Wirkung zum

01.07.2023

zur Fortschreibung der § 301-Vereinbarung

Hinweis: Die Verhandlungen zwischen DKG und GKV-SV nach § 115e Abs. 3 S. 4 SGB V zur Abstimmung der zu berücksichtigenden Entgelte zur Kappungsberechnung (30% der Entgelte) dauern an. Insoweit ist das Berechnungsschema nicht geeint. Es soll jedoch den Beteiligten die anzupassenden Regelungen zur Umsetzung der tagesstationären Behandlung verdeutlichen. Dieser Nachtrag wird nach Abschluss der o.g. Vereinbarung getroffen.

Erläuterungen zu einzelnen Nachträgen

Nachträge 1.1 bis 1.3a und 1.4 bis 1.6:

Die Nachträge setzen eine Abrechnung und Dokumentation der tagesstationären Behandlung gemäß der Vereinbarung über eine Dokumentation zur tagesstationären Behandlung im Krankenhaus gemäß § 115e Abs. 4 SGB V (Dokumentations-Vereinbarung Tagesstationäre Behandlung) vom 22.02.2023 und der Vereinbarung zur Berechnung der Entgelte und der Prüfung der Notwendigkeit von Übernachtungen durch den Medizinischen Dienst bei tagesstationärer Behandlung gemäß § 115e Absatz 3 Satz 4 SGB V (Abrechnungsvereinbarung Tagesstationäre Behandlung) vom XX.XX.XXXX (noch nicht vereinbart) um. Zum einen wird die Abrechnung des Abschlags bei nicht anfallender Übernachtung beschrieben, zum anderen werden die Dokumentationsanforderungen geregelt. Es sind dabei die Zeiten der Abwesenheiten aus dem Krankenhaus im Rahmen der tagesstationären Behandlungen an die Krankenkassen zu übermitteln.

Nachträge 1.3b:

Es erfolgt eine redaktionelle Korrektur in Schlüssel 30 (PrüfvV).

Nachträge 1.3c:

Schlüssel 32 wird um einen neuen Studientitel nach § 137e SGB V ergänzt.

Nachtrag 2.0:

Es wird klargestellt, wie man mit Standorten umgeht, in denen z.B. rein nachstationäre Behandlungen stattfinden. Des Weiteren wird klargestellt, wie rein tagesstationäre Standorte abrechnen sollen, wenn in der Feldbeschreibung von STA für die Standortnummer eine Beschränkung auf reine stationäre Standorte vorliegt (Endung: `000`) und mittlerweile im Standortverzeichnis auch Standorte ohne stationärer Einrichtung erfasst werden (Endung: `001`).

Nachträge zur Anlage 2

Nachtrag 1.1 (neues Abschlagsentgelt) für Übermittlungen ab dem 01.07.2023:

Schlüssel 4 Teil I: Entgeltart stationär

wird wie folgt ergänzt:

47* – Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntg 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 KHEntg 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

	00037	Abschlag für den Ausgleich eines aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandenen Erlösanstiegs (prozentual, Corona-Ausgleichsvereinbarung)
	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)
	00042	Abschlag bei Nichtteilnahme an der Telematikinfrastruktur
	00043	Abschlag nach § 5 Absatz 3i KHEntg zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten als Ausgleich gemäß § 5 Abs. 4 der Corona-Mehrkosten-Vereinbarung, prozentual
	00047	<u>Abschlag bei nicht anfallender Übernachtung im Rahmen tagesstationärer Behandlung (§ 115e Abs. 3 SGB V – fallbezogen)</u>

Nachtrag 1.2 (Entlassungs- und Verlegungsgrund) für Übermittlungen ab dem 01.07.2023:**Schlüssel 5: Entlassungs-/Verlegungsgrund:***wird wie folgt ergänzt:*

1. u. 2. Stelle	01	Behandlung regulär beendet
	02	Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
	03	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
	04	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
	05	Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers

	31	<u>Beginn eines externen Aufenthalts (tagesstationäre Behandlung)</u>
	32	<u>Beendigung eines externen Aufenthalts (tagesstationäre Behandlung)</u>

Nachtrag 1.3a (Fachabteilungen) für Übermittlungen ab dem 01.07.2023:**Schlüssel 6: Fachabteilungen***wird wie folgt ergänzt:*

...

Sonderregelung für Pseudo-Fachabteilungen im ETL-Segment der Entlassungsanzeige

0000	Pseudo-Fachabteilung für den Krankenhausbezug (relevante "Fachabteilung" für die DRG-Gruppierung) bei internen Verlegungen und/oder Rückverlegungen und/oder Wiederaufnahmen und/oder bei externem Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht, siehe Anlage 5, Kapitel 1.2.7
0001	Pseudo-Fachabteilung für den Aufenthalt bei Rückverlegung, siehe Anlage 5, Kapitel 1.4.4.2
0002	Pseudo-Fachabteilung für den externen Aufenthalt bei Wiederaufnahme
0003	Pseudofachabteilung für den externen Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht im BPFIV-Bereich*
0004	Pseudofachabteilung für Zeitraum ohne direkten Patientenkontakt (bei stationsäquivalenter Behandlung)
<u>0005</u>	<u>reserviert</u>
<u>0006</u>	<u>Pseudo-Fachabteilung für ungeplante Rückkehr in das Krankenhaus auf Grund eines Notfalls (tagesstationär)</u>
<u>0007</u>	<u>Pseudo-Fachabteilung für ungeplante Rückkehr in das Krankenhaus auf Grund eines Behandlungsbedarfs (tagesstationär)</u>
<u>0008</u>	<u>Pseudo-Fachabteilung für ungeplante Rückkehr in das Krankenhaus auf Grund eines Wunsches der Patientin oder des Patienten (tagesstationär)</u>
<u>0009</u>	<u>Pseudo-Fachabteilung für geplante Rückkehr in das Krankenhaus (tagesstationär)</u>

...

Nachtrag 1.3b redaktionelle Korrektur für Übermittlungen ab dem 01.07.2023

Schlüssel 30: Information PrüfvV

wird wie folgt ergänzt:

Entscheidung der Krankenkasse nach MD-Gutachten (§ 8 PrüfvV) – nur KAIN	
...	...
MDK02	Leistungsrechtliche Entscheidung hat Beanstandung der Abrechnung (mit Minderung des Abrechnungsbetrages) als Ergebnis (nur KAIN)
...	...

Nachtrag 1.3c Änderung des Studientitels nach § 137e SGB V für Übermittlungen ab dem 01.07.2023

Schlüssel 32: Studientitel nach § 137e SGB V

wird wie folgt ergänzt:

S1	AlloRelapseMMStudy: Allogene Stammzelltransplantation bei Multiplen Myelom
S2	CAMOped: Aktive Bewegungsschiene zur häuslichen Selbstanwendung bei Rupturen des vorderen Kreuzbands
S3	LIPLEG: Liposuktion bei Lipödem in den Stadien I, II oder III
S4	MARGI-T: Magnetresonanztomographie-gesteuerte hochfokussierte Ultraschalltherapie beim Uterusmyom
S5	PASSPORT-HF: Überwachung des pulmonalarteriellen Drucks bei Herzinsuffizienz
S6	TES-RP: Transkorneale Elektrostimulation bei Retinopathia Pigmentosa
S7	TOTO: Tonsillektomie versus Tonsillotomie bei rezidivierender akuter Tonsillitis
S8	ENABLE: Patienten- und Versorgungsbezogener Nutzen der Amyloid-PET-Bildgebung
S9	BENTO: Bronchoskopische Lungenvolumenreduktion beim schweren Lungenemphysem mittels Thermoablation

Nachtrag 1.4a (neues Abschlagsentgelt) für Übermittlungen ab dem 01.07.2023:

Anhang B Teil I:

wird wie folgt ergänzt:

Entgeltsschlüssel	Entgeltbezeichnung	gueltigab	gueltigbis
<u>47200047</u>	<u>Abschlag bei nicht anfallender Übernachtung im Rahmen tagesstationärer Behandlung (§ 115e Abs. 3 SGB V – fallbezogen)</u>	<u>28.01.2023</u>	<u>31.12.9999</u>

Nachträge zu Anlage 2, Anhang C: Fehlercodes

Nachtrag 1.4b Anpassung Fehlercodes (01.07.2023) für Übermittlungen ab dem 01.07.2023:

34100	Es wurde nur FAB = 0000, 0001, 0002, oder 0003, <u>0004 oder 0006-0009</u> übermittelt
34101	Entlassungs-/Verlegungsgrund gleich 12x, 16x, 18x, 19x, 20x, oder 21x, <u>31x und 32x</u> im (zeitlich) letzten ETL-Segment unzulässig
34102	Entlassungs-/Verlegungsgrund ungleich 12x, 16x, 18x, 19x, 20x, und 21x, <u>31x und 32x</u> in einem (zeitlich) nicht letzten ETL-Segment unzulässig
34103	Veranlassende Stelle bei Notfallaufnahme bei Aufnahmegrund xxx1 unzulässig
34104	Aufnahmediagnose im ersten EAD-Segment ist obligatorisch
34105	Angabe Qualifizierung unzulässig
34106	Verarbeitungskennzeichen ungleich 20 unzulässig bei Rechnungsart 05
34107	Gültigkeit der Versichertenkarte nicht JJMM
34108	Verarbeitungskennzeichen ungleich 10 unzulässig bei Nachrichtentyp ZGUT
34109	Angabe von Nebendiagnosen für Pseudo-Fachabteilung 0001, 0002, und 0003, <u>0004 oder 0006-0009</u> nicht zulässig
...	...
<u>34236</u>	<u>Die Angabe des Verlegungs-/Entlassungsgrundes 32x ist nur in Zusammenhang mit der Pseudo-Fachabteilung 0006 - 0009 zulässig</u>

Nachträge zur Anlage 5

Nachtrag 1.5 (tagesstationäre Behandlung) für Übermittlungen ab dem 01.07.2023:

1.4. Vorgaben für besondere Fallkonstellationen

...

1.4.15 Dokumentation und Abrechnung tagesstationärer Behandlung nach §115e SGB V

Die Vereinbarung über eine „Dokumentation zur tagesstationären Behandlung im Krankenhaus gemäß §115e Abs. 4 SGB V (Dokumentations-Vereinbarung Tagesstationäre Behandlung)“ in Verbindung mit der Abrechnungsvereinbarung regelt das Nähere zur Erbringung der tagesstationären Behandlung.

Die tagesstationäre Behandlung wird im Rahmen der Fallabwicklung des vollstationären Falles abgerechnet bzw. dokumentiert. Es ist kein gesonderter Aufnahmegrund geregelt. Im Rahmen der Abrechnung ist jeder tagesstationäre Behandlungstag anzugeben. Verlässt der Patient das Krankenhaus für eine tagesstationäre Behandlung werden die Abwesenheiten über Nacht jeweils als „fiktive Verlegung“ dokumentiert. In Abhängigkeit davon, ob eine Rückkehr des Patienten ungeplant vor 06:00 Uhr des Folgetags oder geplant erfolgt, ist dies folgendermaßen zu dokumentieren:

Als Tag der Entlassung/Verlegung und als Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit sind der Tag und die Uhrzeit des jeweiligen Beginns der Abwesenheit über Nacht mit der verlegenden Fachabteilung und dem Entlassungs-/Verlegungsgrund „319“ (Beginn eines externen Aufenthalts (tagesstationäre Behandlung) in einer SG1 Segmentgruppe im ETL Segment anzugeben. Als Hauptdiagnose ist die Hauptdiagnose der verlegenden Fachabteilung anzugeben. Die Angabe der Sekundärdiagnose, des IK der aufnehmenden Institution sowie von Nebendiagnosen (NDG-Segment) entfällt.

Bei der Rückkehr aus der Abwesenheit über Nacht sind als Tag der Entlassung/Verlegung und als Entlassungs-/ Verlegungsuhrzeit der Tag und die Uhrzeit der jeweiligen Beendigung der Abwesenheit über Nacht mit der Pseudo-Fachabteilung:

- „0006“ (Pseudo-Fachabteilung für ungeplante Rückkehr in das Krankenhaus auf Grund eines Notfalls)
- „0007“ (Pseudo-Fachabteilung für ungeplante Rückkehr in das Krankenhaus auf Grund eines Behandlungsbedarfs)
- „0008“ (Pseudo-Fachabteilung für ungeplante Rückkehr in das Krankenhaus auf Grund eines Wunsches der Patientin oder des Patienten)
- „0009“ Pseudo-Fachabteilung für geplante Rückkehr in das Krankenhaus (tagesstationär)

und dem Entlassungs-/Verlegungsgrund „329“ (Beendigung eines externen Aufenthalts (tagesstationäre Behandlung) anzugeben. Als Hauptdiagnose ist die Hauptdiagnose der verlegenden internen Fachabteilung zu übernehmen. Die Angabe der Sekundärdiagnose, des IK der aufnehmenden Institution sowie von Nebendiagnosen (NDG-Segment) entfällt.

Sofern Patientinnen und Patienten zwischen ihrer Aufnahme in das Krankenhaus und ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus für eine tagesstationäre Behandlung für die Nacht das Krankenhaus verlassen, ist für die

nicht anfallenden Übernachtungskosten ein Abzug von den für den vollstationären Aufenthalt insgesamt berechneten Entgelten vorzunehmen, der 0,04 Bewertungsrelationen je betreffender Nacht entspricht, wobei der Abzug einen Anteil von 30 Prozent der Entgelte für den Aufenthalt insgesamt nicht überschreiten darf. Dafür wird der Entgeltschlüssel 47200047 verwendet.

Die Tage der tagesstationären Behandlung werden in einem zusammengefassten Entgelt-Segment abgebildet. Als Anzahl wird der Wert 1 angegeben.

Nachtrag 1.6 Berechnungsschema für Abschlag bei nicht anfallender Übernachtung im Rahmen tagesstationärer Behandlung (DIESES SCHEMA ist noch nicht geeint!)

Anhang 1 Berechnungsschema für den Abschlag bei nicht anfallender Übernachtung im Rahmen tagesstationärer Behandlung (§ 115e Abs. 3 SGB V)

Für die Berechnung des Abschlages nach § 115e Abs. 3 SGB V zum Abzug von nicht anfallender Übernachtung im Rahmen tagesstationärer Behandlung wird der vom Krankenhaus in Rechnung gestellte Abschlagsbetrag wie folgt ermittelt:

47200047 ⇒ XX.XX.2023 – 31.12.9999 (abrechenbar ab XX.XX.2023 für Fälle mit Aufnahmedatum ab XX.XX.2023)

1. Für den Abschlag nach § 115e Abs. 3 SGB V wurde der Entgeltartenschlüssel „47200047“ festgelegt. Dieser wird als prozentualer Abschlag 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 Abschlages herangezogen:
3. Der vom Krankenhaus in Rechnung gestellte Abschlagsbetrag wird wie folgt ermittelt:
 - a. Der Abschlagsbetrag ist durch Multiplikation der Anzahl der betreffenden Nächte mit dem Faktor 0,04 und dem maßgeblichen Landesbasisfallwert zu berechnen.
 - b. kaufmännische Rundung des nach Nr. a. errechneten Abschlagsbetrages auf 2 Nachkommastellen
 - c. **Noch nicht geeint: Vergleichsrechnung: Beträgt der unter b. errechnete Abschlagsbetrag weniger als 30 Prozent des kaufmännisch auf 2 Nachkommastellen gerundeten `Rechnungsbetrages` [Hinweis: enthält den aus den einzelnen Entgeltelementen (Segment Entgelte: Entgeltbetrag x Entgeltanzahl, bei Abschlägen zu subtrahieren) ohne Zuzahlung (Schlüssel 15 Zuzahlungskennzeichen) und Entgelten 45* errechneten Betrag], ist dieser Betrag zu verwenden, ansonsten wird der auf 30% gekürzte Betrag als Abschlagsbetrag in Rechnung gestellt.**

Hinweis: Die endgültige Formulierung wird aus der Abrechnungsvereinbarung übernommen.

Nachtrag 2.0 (tagesstationäre Behandlung) für Übermittlungen ab dem 01.07.2023:**2.30. 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 nur in Fällen im Rahmen der Integrierten Versorgung, in denen keine Standortnummer vorhanden ist, ist der Vorgabewert `779999999` zu verwenden. Bei rein tagesstationären Standorten ist bei der Standortnummer an den letzten 3 Stellen nicht die `000` sondern Angabe von `001` 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. Es ist die Angabe eines Pseudostandes 779999999 möglich, wenn die Behandlung an einem nicht im Standortverzeichnis zu registrierenden Standort stattfindet. Diese Übermittlung kann entfallen, wenn der Standort der nachstationären Behandlung dem entlassenden Standort entspricht. Dies gilt für vorstationäre Behandlung analog.

Im Rahmen von Zwischenrechnungen (Rechnungsart 2. Stelle = 1) wird bei einer Behandlung an nur einem Standort die tatsächliche Standortnummer übermittelt, ist ein Wechsel des Standortes bereits erfolgt, wird der tatsächliche Verlauf mit der Standortnummer (und korrektem Standort Ende und Standort Ende Uhrzeit) übermittelt, wobei der bislang letzte Standort die jeweilige Standortnummer mit den u. g. Vorgabewerten bei Standort Ende und Standort Ende Uhrzeit aufweist.

Kommentiert [A1]: Es ist noch die Feldbeschreibung in Anlage 1 anzupassen