

ENTWURF Nachtrag vom 09.04.2024

mit Wirkung zum 01.05.2024

bzw. 01.07.2024

zur Fortschreibung der § 301-Vereinbarung

Erläuterungen zu einzelnen Nachträgen

Nachtrag 1a:

In Einzelfällen werden bei Erprobungsstudien Sachkosten abgerechnet. Diese kommen aktuell regelhaft per Papier. Um für die Zukunft eine technische Lösung zu erhalten, wird die Notwendigkeit gesehen Schlüssel 3 um den §137e (für Erprobungsstudien) SGB V zu erweitern.

Nachtrag 1b und Anhänge 1 und 2:

Die Vereinbarungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 5 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) und § 9 Absatz 1 Nummer 6 der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) zur Unterlagenübermittlung für die Budgetverhandlungen und zur Abrechnung des Rechnungsabschlags vom 25.09.2023 sehen einen Abschlag bei Nichtlieferung von Unterlagen und Daten im Rahmen von Budgetunterlagen vor. Es sind dann künftig die Entgeltschlüssel 47200048, A7200048 oder B7200048 zu verwenden. Dazu ist das Nähere für das Entgelt und die Berechnung (Anhänge 1 und 2 Berechnungsschemen) zu regeln.

Nachtrag 2:

Der G-BA hat vier weitere Leistungsbereiche zu denen Qualitätsverträge nach § 110a SGB V erprobt werden sollen festgelegt, dafür sind entsprechende Entgeltzuordnungen zu ermöglichen.

Nachtrag 3:

In Hochschulambulanzen wurden erste prozentuale Abschläge vereinbart. Diese Logik ist in den Entgeltartenschlüssel einzubauen. Dafür werden entsprechend an der 3. Stelle mit der Ziffer 3 künftig diese Zu- bzw. Abschläge näher abgebildet.

Nachtrag 4

„Schlüssel 6: Fachabteilungen“ wird um die Ausprägung „3760 Palliativmedizin Kinder“ erweitert.

Nachtrag 5a:

Die Erprobungsstudie CAMOped des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) wurde durch die Studienleitung im Jahr 2023 abgebrochen, weil ein Nachweis der Überlegenheit der Anwendung der CAM-Schiene im Rahmen der Studie nicht mehr zu erreichen war. Kürzlich wurde der Abschlussbericht zur Studie veröffentlicht. Eine weitere Erbringung von Erprobungsleistungen und ihre Abrechnung ist nach Abbruch der Studie nicht mehr zu erwarten. Weitere Studientitel sind vorzusehen.

Nachtrag 5b:

Die Übermittlung von Pflegeentgelten bei besonderen Einrichtungen kann bei Vorliegen der Voraussetzungen auch bei Zwischenabrechnungen erfolgen, sofern landesvertragliche Regelungen keine anderweitige Lösung vorsehen.

Nachtrag 6a:

Wird ein stationärer Fall im Rahmen einer Einzelfallprüfung zu einem Hybrid-DRG-Fall ist der stationäre Fall analog der bisherigen Vorgehensweise zu stornieren, das VKZ 35 wird um Hybrid-DRG-Fälle ergänzt.

Nachtrag 6b:

Im Nachtrag vom 29.03.2023 wurde der Schlüssel `MDK20` zur Mitteilung des Datums der LE durch die Krankenkassen an die Krankenhäuser vereinbart und das dazugehörige strukturierte PVT Segment definiert. Hier wird festgelegt, dass die Mitteilung als nachfolgendes PVV-Segment in einer Nachricht zusammen mit der leistungsrechtlichen Entscheidung (MDK01, MDK02) erfolgt.

Nachtrag 7 und 9:

Mit den Nachträgen vom 27.04.2021 und 17.03. 2022 wurde klargestellt, dass bei fallbezogenen Zu- und Abschlägen einheitlich der Aufnahmetag im ENT Segment `in den Feldern `Abrechnung von´ und `Abrechnung bis´ zu verwenden ist. Dies wird in den Erläuterungen in Anlage 5 bezüglich der Abrechnung der dem Krankenhaus im Rahmen des Zuzahlungseinzugsverfahrens entstandenen Kosten angeglichen.

Nachtrag 8:

Infolge höchstrichterlicher Rechtsprechung (z.B. BSG B1 KR 8/23 R) kann es in Einzelfällen notwendig sein, bereits final gestellte Aufschläge anzupassen. Deshalb kann es in diesen Fällen vorkommen, dass eine weitere Meldung durch die Krankenkassen erfolgen muss. Dies wird klargestellt.

In den Fällen, in denen SAMU nicht für die Geltendmachung verwendet wird, und die Krankenkasse das Krankenhaus zu Begleichung der Forderung auffordert, sind die Informationen zum Zahlungsverkehr in einem separaten PVT Segment mit dem entsprechenden MDK14 Schlüssel zu übermitteln.

Die Krankenkasse teilt dem Krankenhaus den sich aus den Regelungen des § 275c Abs. 3 SGB V ergebenden Aufschlag mit einer Nachricht `Krankenkasseninformation (KAIN)` und dem Schlüssel 30 mit der Ausprägung „MDK09“ mit und informiert das Krankenhaus mit dem Schlüssel `MDK04` (Festlegung des Aufschlages gemäß § 275c Abs. 3 SGB V durch die Krankenkasse) über den Aufschlagsbetrag. In den Nachrichten `MDK04` und `MDK09` wird in einem zugehörigen PVT-Segment strukturierter Text dargestellt. Wenn noch zusätzlicher Freitext zu diesen Nachrichten übermittelt werden soll, hat dies in einem separaten PVT-Segment zu erfolgen, das in der Abfolge nach dem Segment folgt, in dem die strukturierte Angabe erfolgt. Dies gilt ebenso für die Übermittlung von zusätzlichem Freitext bei der Übermittlung der Nachricht `MDK14`. Die Angabe aller Beträge erfolgt als reine Zahlen im Format \$\$\$\$,\$\$ ohne weiteren zusätzlichen Text.

Nachtrag 10:

§ 4a Abs. 4 KHEntgG regelt den Zuschlag zur Sicherstellung und Förderung der Kinder- und Jugendmedizin. Im Nachtrag vom 06.01.2023 wurde zwischen der DKG und dem GKV-

Spitzenverband in Form eines Berechnungsschemas die Umsetzung dieser gesetzlichen Vorschrift sichergestellt. Anhand der Überschriften im Schema war ersichtlich, was für Besondere Einrichtungen und im Falle einer DRG Abrechnung heranzuziehen ist. Die tatsächliche Umsetzung einiger Softwaresysteme ist jedoch unabhängig von der Überschrift. Auf jedes 85er- und 86er-Entgelt wird der Zuschlag berechnet. Dies widerspricht der bisherigen Regelung und dem Gesetz. Aus diesem Grund wird bei dem Berechnungsschema klargestellt, dass es sich wie der Überschrift zu entnehmen ist, um Entgelte der Besonderen Einrichtungen handeln muss.

Klarstellung von DKG und GKV-Spitzenverband zum Zeitpunkt IBE-Segment

Mit dem Nachtrag vom 24.01.2024 wurde die Befüllung des IBE Segmentes für die Übermittlung der Meldebestätigung vereinbart. Diese regelt die Übermittlung für Aufnahmen ab dem 01.07.2024. Im Rahmen einer Sprechstunde des Implantateregisters wurden die Softwarehersteller darüber informiert, dass für den Start der Übermittlung das Leistungsdatum (Tag der OP) heranzuziehen ist und nicht das Aufnahmedatum. Die Spezifikationen wurden derzeit angepasst. Um die Beteiligten rechtzeitig darauf aufmerksam zu machen, wird hiermit klargestellt, dass das IBE Segment für Operationstage (FAB Segment) ab dem 01.07.2024 bei entsprechenden auslösenden OPS Codes anzuwenden ist. Dies kann somit bereits vor dem 01.07.2024 aufgenommene Fälle betreffen.

Nachträge zu Anlage 2

Nachtrag 1a: Ergänzungen zur Pauschalvergütung für Sachmittel dem 01.05.2024

Schlüssel 3: Einzelvergütung, Erläuterung

1. u. 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	01	Im Körper verbleibende Implantate in Summe (siehe Hinweis)
	02	Röntgenkontrastmittel (siehe Hinweis)
	03	Pauschalvergütung Qualitätssicherung
	04	Pauschalvergütung Sachmittel (auch für §§ 116b, 117, 118, 119, § 137e Abs. 4 Satz 4 SGB V)
	05	honorarsummenrelevante Pauschalvergütung

...

Hinweis:

Materialien, soweit sie 6,25 € je aufgeführter Sachmittelposition übersteigen (§ 11 Abs. 5 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V) §116b neu: EZV-Schlüssel `04` (Pauschalvergütung Sachmittel) ohne Kosten für Kontrastmittel, Kosten für Kontrastmittel sind mit `52` in Rechnung zu stellen.

Bei der Abrechnung nach § 137e SGB V werden mit den Ausprägungen „04“ die gesondert berechnungsfähigen Sachkosten gemäß Bereich VIII EBM, Nr.60.1.2.2 in Rechnung gestellt. Die Abrechnung erfolgt in diesem Fall nicht pauschal; es werden die tatsächlich realisierten Preise in Rechnung gestellt.

Nachtrag 1b: Abschlag Budgetunterlagen für Aufnahmen ab dem 01.05.2024

Teil 1 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
		...	...
		3. Stelle	
	2	Abschlag	
		4. –8. Stelle	
		00000	intern reserviert
		...	...
		00047	Abschlag bei nicht anfallender Übernachtung im Rahmen tagesstationärer Behandlung (§ 115e Abs. 3 SGB V – fallbezogen)
		00048	Abschlag bei Nichtlieferung von Unterlagen und Daten für die Budgetverhandlungen (§ 11 Abs. 4 Satz 6 KHEntgG – fallbezogen)

Teil 2 Schlüssel 4 Teil III: Entgeltarten BPfIV (bei Anwendung § 17d KHG)

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 7 [Abschläge u.a. gemäß KHG]				
Entgeltbezug				
	3. Stelle	1	Tagesbezogene Abschläge	
		4.–8. Stelle	00000ff.	
	3. Stelle	2	Fallbezogene Abschläge	
		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)
			00048	Abschlag bei Nichtlieferung von Unterlagen und Daten für die Budgetverhandlungen (§ 11 Abs. 4 Satz 5 BPfIV – fallbezogen)

Nachtrag 2: Erweiterung der Entgelte für Qualitätsverträge für Aufnahmen ab dem 01.05.2024

Schlüssel 4 Teil I: Entgeltart stationär

90* – Qualitätsverträge nach § 110a SGB V

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel		
	90	Qualitätsverträge nach § 110a SGB V	
		3. Stelle	
		1	Ortskrankenkassen
		2 und 3	Ersatzkassen
		4	Betriebskrankenkassen
		5	Innungskrankenkassen
		6	Knappschaft
		7	Landwirtschaftliche Krankenkassen
		4.–5. Stelle	
		01ff.	individuelle Krankenkassenaufteilung der Verbände (z.B. 01 Barmer, 02 DAK, ... und 01 AOK Nordost, 02 AOK Rheinland/Hamburg, ...)
		6. Stelle	
		1	Endoprothetische Gelenkversorgung
		2	Prävention des postoperativen Delirs bei der Versorgung von älteren Patientinnen und Patienten
		3	Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten
		4	Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus
		5	Diagnostik, Therapie und Prävention von Mangelernährung
		6	Multimodale Schmerztherapie
		7	Geburten/Entbindung
		8	Stationäre Behandlung der Tabakabhängigkeit
		7.–8. Stelle	
		zur freien Verfügung der in Stelle 4.–5. bezeichneten Krankenkasse (alphanumerisch)	

Nachtrag 3: Vergabe prozentualer Zu- und Abschläge im ambulanten Entgeltbereich für Aufnahmen ab dem 01.05.2024

Schlüssel 4 Teil II: Entgeltart ambulant

1. Stelle	Einrichtungsart		
0	Ambulantes Operieren nach § 115b SGB V, Ambulante Behandlung nach § 116b SGB V		
1	–		
...	...		
8	Medizinische Behandlungszentren (MBZ) nach § 119c SGB V		
2. Stelle	Abrechnungsart		
...	...		
8	Zuschlag		
	3. – 4. Stelle	00	allgemeiner Zuschlag
		01	Laborpauschale
		02	Heilmittelpauschale
		03	bildgebende Verfahren
		04	Verbrauchsmaterial
		05	besondere Krankheiten
	5. – 8. Stelle	0000	keine Differenzierung
		0001 ff.	Konkretisierungen
		0100 ff.	Fachabteilung
	<u>3. Stelle</u>	<u>3</u>	<u>prozentualer Zuschlag¹</u>
	<u>4. Stelle</u>	<u>0</u>	<u>keine Differenzierung</u>
	<u>5. – 8. Stelle</u>	<u>0001 ff.</u>	<u>Konkretisierungen</u>
9	Abschlag		
	3. Stelle	0	allgemeiner Abschlag
		1	Abschlag bei Mehrleistungen
		2	Prozentualer Abschlag bei Nichtumsetzung der Telematikinfrastruktur gemäß §291 Abs. 2b SGB V ²
	4. Stelle	0	keine Differenzierung
	5. – 8. Stelle	0000	keine Differenzierung
		0100 ff.	Fachabteilung
	<u>3. Stelle</u>	<u>3</u>	<u>prozentualer Abschlag³</u>
	<u>4. Stelle</u>	<u>0</u>	<u>keine Differenzierung</u>
	<u>5. – 8. Stelle</u>	<u>0001 ff.</u>	<u>Konkretisierungen</u>

Hinweise:

¹ Zur Ermittlung des Zahlbetrages wird der Prozentsatz gegen die Summe aller Entgelte innerhalb der Rechnung ohne andere Zu- und Abschläge (2. Stelle = 8 oder 9) gebildet und kaufmännisch auf 2 Nachkommastellen gerundet.

² Die Entgeltschlüssel werden entsprechend [0–8]9200000 gebildet.

³ Zur Ermittlung des Zahlbetrages wird der Prozentsatz gegen die Summe aller Entgelte innerhalb der Rechnung ohne andere Zu- und Abschläge (2. Stelle = 8 oder 9) gebildet und kaufmännisch auf 2 Nachkommastellen gerundet.

Nachtrag 4: Ergänzung Fachabteilungsschlüssel für Aufnahmen am dem 01.05.2025

Schlüssel 6: Fachabteilungen

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 zwischen den Vertragsparteien vereinbart wurde, können die Fachabteilungen wie folgt verschlüsselt werden:

1. bis 4. Stelle		Fachabteilungen	
	0102	Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie	
	...	...	
	3750	Angiologie	
	3751	Radiologie	
	3752	Palliativmedizin	
	3753	Schmerztherapie	
	3754	Heiltherapeutische Abteilung	
	3755	Wirbelsäulenchirurgie	
	3756	Suchtmedizin	
	3757	Visceralchirurgie	
	3758	Weaningeinheit	
	3759	Schmerztherapie/Tagesklinik	
	3760	Palliativmedizin Kinder	

Nachtrag 5a: Beendigung einer Abrechnungsmöglichkeit für Studie CAMOped und Etablierung neuer Studentitel für Aufnahmen ab dem 01.05.2024**Schlüssel 32: Studentitel nach § 137e SGB V**

S1	AlloRelapseMMStudy: Allogene Stammzelltransplantation bei Multiplen Myelom
S2	CAMOped: <u>Aktive-Bewegungsschiene-zur-häuslichen-Selbstanwendung-bei-Rupturen-des-vorderen-Kreuzbands</u> <u>reserviert</u>
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
S10	HOT-AAMI: <u>Mikrovaskuläre Reperfusion von Myokardgewebe mittels intrakoronar applizierter, hyperoxämischer Therapie nach primärer perkutaner Koronarintervention bei akutem Vorderwandinfarkt (SSO2-Therapie)</u>
S11	ISAR-WAVE: Koronare Lithoplastie bei koronarer Herzkrankheit
S12	POSA: <u>Schlafpositionstherapie bei leichter bis mittelgradiger lageabhängiger obstruktiver Schlafapnoe</u>
S13	CAM-P-OS: <u>Selbstanwendung einer aktiven Bewegungsschiene im Rahmen der Behandlung von Sprunggelenkfrakturen</u>

Anhang C – Fehlercodes

Nachtrag 5b: Änderung Fehlercodes für Übermittlungen ab 01.05.2024)

24089	Segment OKN fehlt, obwohl `Alpha-ID-SE` Version im DPV Segment angegeben wurde
24090	Segment OKN darf nur 49mal vorkommen
24091	Segment IBE fehlt
24092	Segment IBE darf nur 10mal vorkommen
24093	Nach IBE folgt nicht IBE, <u>ENA</u> oder UNT
...	
34220	Pflegeentgelt (74*, 84[±]) nur in Schlussrechnung (Rechnungsart 02/52) und Zahlungserinnerungen und Mahnungen (Rechnungsart 57/58/07 oder 08) oder Gutschrift/Stornierung (Rechnungsart 04) zulässig
...	

Nachträge zu Anlage 5

Nachtrag 6a: Übermittlung von MDK20 für Übermittlungen ab dem 01.07.2024

1.2.4 Rechnungssatz

...

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

...

Kommentiert [KK1]: Gemeinsamer Kommentar DKG / GKV-SV

Redaktionell wird der Text des VKZ 35 noch wie folgt geändert, entsprechender Nachtrag erfolgt im Rahmen der Abstimmungsfrist.

„35 Ambulante Abrechnung oder Abrechnung als Hybrid-DRG (115f) nach stationärer Aufnahme (nur für AUFN)“

Nachtrag 6b: Übermittlung von MDK20 für Übermittlungen ab dem 01.07.2024

...

1.3.5.7 Entscheidung der Krankenkasse nach MD-Gutachten

Die Krankenkasse hat gem. § 8 PrüfvV dem Krankenhaus ihre abschließende Entscheidung zur Wirtschaftlichkeit der Leistung oder zur Korrektheit der Abrechnung mit den Schlüsseln `MDK01` und `MDK02` mitzuteilen. Entscheidet die Krankenkasse, dass nach MDK-Begutachtung die Abrechnung des Krankenhauses nicht zu beanstanden ist, teilt sie dies dem Krankenhaus mit, wobei die „Information“ den Inhalt „MDK01“ (Leistungsrechtliche Entscheidung hat keine Beanstandung der Abrechnung als Ergebnis (nur KAIN) hat.

Wenn gem. § 8 Satz 2 PrüfvV die Leistung aus Sicht der Krankenkasse nicht in vollem Umfang wirtschaftlich oder die Abrechnung nicht korrekt war, teilt sie dies dem Krankenhaus mit, wobei die „Information“ den Inhalt „MDK02“ (Leistungsrechtliche Entscheidung hat Beanstandung der Abrechnung als Ergebnis (nur KAIN) hat. Die wesentlichen Gründe sind im Segment PVT mitzuteilen.

Die Krankenkasse teilt dem Krankenhaus das Datum der leistungsrechtlichen Entscheidung mit dem Schlüssel `MDK20` mit. Das zugehörige PVT Segment enthält dann nur dieses Datum im Format JJJJMMTT. Diese Mitteilung ~~kann~~ ist als nachfolgendes PVV-Segment in einer Nachricht zusammen mit ~~z.B.~~ der leistungsrechtlichen Entscheidung (MDK01, MDK02) zu übermitteln ~~werden~~.

Mit „BEK20“ informiert die Krankenkasse das Krankenhaus darüber, dass im Vorverfahren ein Falldialog durchgeführt wurde, jedoch keine Einigung erzielt wurde, eine Prüfanzeige aber nicht mehr möglich ist, weil die maximal zulässige Prüfquote bereits erreicht ist.

...

Kommentiert [KK2]: Gemeinsamer Kommentar DKG / GKV-SV

GKV seitig Aufwand prüfen, ggf. ist diese Anforderung erst zum 01.10.2024 umzusetzen. Bitte gesonderte Rückmeldung zu diesem Datum.

**Nachtrag 7: Datumsangaben für Zuschläge im Rahmen des Zuzahlungseinzugsverfahren
(Rechnungssatz, Zahlungssatz) für Aufnahmen ab dem 01.07.2024**

1.4.8 Zuzahlungseinzugsverfahren bei vollstationären Patienten

...

Datumsangaben in den ENT-Segmenten der Rechnungssätze

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

...

Nachtrag 8: Korrektur eines bereits geltend gemachten Aufschlags und Klarstellung zur Übermittlung von Zahlungsmodalitäten in MDK04 für Übermittlungen ab dem 01.05.2024

1.4.13 Aufschläge gemäß § 275c Abs. 3 SGB V

wird wie folgt aktualisiert:

Umsetzung Aufschläge gemäß § 275c Abs. 3 SGB V

Gemäß § 275c Abs. 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 folgende Verfahrensweise gilt für die elektronische Geltendmachung von Aufschlägen, die ab dem 29.12.2022 (Datum des Inkrafttretens des KHPfIEG) von der Krankenkasse gegenüber dem Krankenhaus geltend gemacht werden. Sie gilt nicht für vor dem 29.12.2022 durch Verwaltungsakt geltend gemachte Aufschläge. Die künftige Verfahrensweise unterscheidet zwischen dem `MDK09`, mit dem die Krankenkasse erstmalig den Aufschlag mitteilt, und dem `MDK04` mit dem die Krankenkasse die Informationen zur Umsetzung des Aufschlages im Zahlungsverkehr übermittelt. Für die folgenden Ausführungen gilt, dass die Angabe von zusätzlichem Freitext in weiteren separaten PVT-Segmenten zu erfolgen hat, das in der Abfolge nach dem Segment folgt, in dem die strukturierte Angabe erfolgt. Der Aufschlag wird wie folgt geltend gemacht:

...

1. Die Krankenkasse teilt dem Krankenhaus den sich aus den Regelungen des §275c Abs. 3 SGB V ergebenden Aufschlag mit einer Nachricht `Krankenkasseninformation (KAIN)` und dem Schlüssel 30 mit der Ausprägung „MDK09“ mit. Dem Krankenhaus wird dabei in einem zugehörigen PVT-Segment der ursprüngliche Abrechnungsbetrag, der geminderte Abrechnungsbetrag, die Aufschlagsquote ohne Prozentangabe, der Differenzbetrag sowie der Aufschlagsbetrag mitgeteilt. Dies erfolgt jeweils getrennt mit einer Raute im Format:

ursprünglicher Abrechnungsbetrag#geminderter
Abrechnungsbetrag#Aufschlagsquote#Differenzbetrag#Aufschlagsbetrag

Die Angabe von Abrechnungsbetrag, gemindertem Abrechnungsbetrag, Differenzbetrag und Aufschlagsbetrag erfolgt als reine Zahlen in der Form \$\$\$\$\$.,\$\$ ohne weiteren zusätzlichen Text. Dies kann gemeinsam mit der leistungsrechtlichen Entscheidung der Krankenkasse erfolgen, jedoch auch zu einem späteren Zeitpunkt.

...

Die Krankenkasse informiert das Krankenhaus mit dem `MDK04` (Festlegung des Aufschlages gemäß § 275c Abs. 3 SGB V durch die Krankenkasse) über den Aufschlagsbetrag. In einem zugehörigen PVT-Segment wird folgender strukturierter Text dargestellt: der Entgeltschlüssel, der Aufschlagsbetrag und eine Rechnungsnummer. 47200033 bzw. A7300033 stellen 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. In den Fällen, in denen die Krankenkasse das Krankenhaus zur Zahlung der offenen Forderung auffordert, teilt die Krankenkasse mit einem gesonderten PVT Segment die Information zum Zahlungsverkehr (z.B. Kontoverbindung) mit. Ist die Verwendung der Nachricht Sammelüberweisung (SAMU) vereinbart, ist diese Rechnungsnummer ebenfalls zu verwenden.

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

Für den Bereich der Entgeltarten BPfIV (bei Anwendung § 17d KHG) gilt der Entgeltschlüssel: A7300033.

Im Rahmen einer SAMU stellt die Krankenkasse zu einem ggf. späteren Zeitpunkt 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.

Mit dem Schlüssel `MDK14` passt eine Krankenkasse, wenn entsprechender Anpassungsbedarf besteht, einen bereits geltend gemachten Aufschlag z.B. infolge rechtskräftigen Gerichtsurteils ~~endgültig~~ an. Auch nach dem Versand des Schlüssels 'MDK14' ist eine weitere, einmalige Verwendung dieses Schlüssels möglich. Dabei kann es sich bei einer Erhöhung des Aufschlagsbetrags um den zusätzlichen Forderungsbetrag bzw. bei einer Verringerung um den teilweisen bzw. vollständigen Erstattungsbetrag handeln. Die Krankenkasse übermittelt den endgültigen Differenzbetrag und kann diesen in der Sammelüberweisung (SAMU) anwenden. ...

**Nachtrag 9: Datumsangaben für Zuschläge im Rahmen des Zuzahlungseinzugsverfahren
(Rechnungssatz, Zahlungssatz) für Aufnahmen ab dem 01.07.2024**

2.9 2.9 ENT Segment Entgelt (399 x / 400 x möglich)

...

4. Abrechnung bis:

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

Abrechnung von Fallpauschalen für Neugeborene:

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

Zuzahlungseinzugsverfahren bei vollstationären Patienten:

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

...

Nachtrag 10: Klarstellung zum Berechnungsschema für den Zuschlag zur Sicherstellung und Förderung der Kinder- und Jugendmedizin (wirksam ab 1.2.2023, anwendbar auf Fälle mit Aufnahmedatum ab 1.1.2023) (Nachtrag vom 06.01.2023)

Anhang 1 Berechnungsschema für den Zuschlag nach § 4a Abs. 4 KHEntgG zur Sicherstellung und Förderung der Kinder- und Jugendmedizin

...

Zuschlag bei Abrechnung einer Fallpauschale

70xxxxxx	DRG-Fallpauschale nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG (§ 1 Abs. 1 Satz 1 FPV) [ohne 7090*]
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

Zuschlag bei Abrechnung fall- oder tagesbezogener Entgelte für Besondere Einrichtungen

85 xxx 00[3-4]xxx	Tagesbezogenes Entgelt nach § 7 Nr. 5 KHEntgG (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)
86 xxx 00[3-4]xxx	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

...

Anhang 1 Berechnungsschema Abschlag bei Nichtlieferung von Unterlagen und Daten für die Budgetverhandlungen (§ 11 Abs. 4 Satz 6 KHEntgG – fallbezogen)

Für die Berechnung des Abschlages nach (§ 11 Abs. 4 Satz 6 KHEntgG wird der vom Krankenhaus in Rechnung gestellte Abschlagsbetrag wie folgt ermittelt:

47200048 ⇒ 01.05.2024 – 31.12.9999 (abrechenbar ab 01.05.2024 für Fälle mit Aufnahmedatum ab 01.05.2024)

1. Für den Abschlag wurde der Entgeltartenschlüssel „47200048“ festgelegt. Dieser wird als Abschlag auf die u.g. Entgeltarten in der Rechnung separat ausgewiesen.
2. Der vom Krankenhaus in Rechnung gestellte Abschlagsbetrag wird wie folgt ermittelt:
 - a. Von dem Brutto-Rechnungsbetrag des Krankenhauses werden, sofern darin enthalten, folgende Entgeltarten für die Bildung des vom Abschlag betroffenen Rechnungsbetrages herangezogen:
 - 46* – Zuschlag für Qualitätssicherung nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 7 KHEntgG
 - 471* –Zuschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG und sonstiger Zuschlag [ohne 47100000–47100001; 47100008; 47100009; 47100013; 4711* und 4712*]
 - 472* –Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG und sonstiger Abschlag [ohne 47200008–47200009; 47200013; 47200048]
 - 49* – Abrechnungsergänzungen
 - 70* – DRG-Fallpauschale nach § 7 Nr. 1 KHEntgG (§ 1 Abs. 1 Satz 1 KFPV/FPV) [ohne 7090*]
 - 71* – Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD nach § 7 Nr. 3 KHEntgG
 - 72* – Abschlag bei Verlegungen nach § 1 Abs. 1 Satz 3 KFPV/FPV
 - 73* – Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD nach § 1 Abs. 3 Satz 1 KFPV/FPV
 - 74* – Entgelt für Pflegeerlös/Tag
 - 75* – Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG
 - 76* – Zusatzentgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2, 3, 5 oder 6 KHEntgG
 - 78* – Teilstationäre Leistung nach § 6 Abs. 2 FPV
 - 80* – Entgelt für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Abs. 2 KHEntgG (fallbezogen)
 - 81* – Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD für fallbezogenes Entgelt nach § 6 Abs. 2 KHEntgG
 - 82* – Abschlag bei Verlegung für fallbezogenes Entgelt nach § 6 Abs. 2 KHEntgG
 - 83* – Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogenes Entgelt nach § 6

Abs. 2 KHEntgG

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

KHEntgG

85* – Tagesbezogenes Entgelt nach § 7 Nr. 5 KHEntgG (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)

86* – Fallbezogenes Entgelt nach § 7 Nr. 5 KHEntgG (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)

87* – Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1

KHEntgG

88* – Abschlag bei Verlegung für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG

89* – Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs.

1 KHEntgG

- b. Es wird eine auf 2 Nachkommastellen gerundete Summe über alle o.g. Entgeltarten (Abschläge sind dabei mit negativem Vorzeichen zu berücksichtigen) gebildet [(Entgeltbetrag) x (Entgeltanzahl)].
- c. Der unter b. errechnete Rechnungsbetrag wird mit 1 v. Hundert multipliziert und als Abschlagsbetrag in Rechnung gestellt.

Anhang 2 Berechnungsschema Abschlag bei Nichtlieferung von Unterlagen und Daten für die Budgetverhandlungen (§ 11 Abs. 4 Satz 5 BPfIV – fallbezogen)

Für die Berechnung des Abschlages nach (§ 11 Abs. 4 Satz 6 KHEntgG wird der vom Krankenhaus in Rechnung gestellte Abschlagsbetrag wie folgt ermittelt:

[A,B]7200048 ⇒ 01.05.2024 – 31.12.9999 (abrechenbar ab 01.05.2024 für Fälle mit Aufnahmedatum ab 01.05.2024)

3. Für den Abschlag wurde der Entgeltartenschlüssel „A7200048“ und B7200048 „festgelegt“. Dieser wird als Abschlag auf die u.g. Entgeltarten in der Rechnung separat ausgewiesen.

4. Der vom Krankenhaus in Rechnung gestellte Abschlagsbetrag wird wie folgt ermittelt:

- a. Von dem Brutto-Rechnungsbetrag des Krankenhauses werden, sofern darin enthalten, folgende Entgeltarten für die Bildung des vom Abschlag betroffenen Rechnungsbetrages herangezogen:

[A,B]1*	Bewertete Entgelte nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog, § 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV [E1]
[A,B]2*	Zuschlag nach Überschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten, § 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV [E1]
[A,B]3*	Abschlag nach Unterschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten, § 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV [E1]
C4*	Ergänzende Tagesentgelte nach bundesweit vereinbarten Entgeltkatalog, § 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV
C5*	Zusatzentgelte nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog, § 7 Satz 1 Nr. 2 BPfIV [E2]
[A,B]6*	Zuschläge [u.a. gemäß KHG] ohne [A,B]620000[5–8], ohne [A,B]6300001
[A,B]7*	Abschläge [u.a. gemäß KHG] ohne [A,B]7200008, ohne [A,B]7200048, ohne [A,B]730000[8–9]
[A,B]8*	krankenhausindividuell vereinbarte Entgelte [E3.1 E3.3.]
C9*	krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte [E3.2]
CB*	Entgelte für regionale und strukturelle Besonderheiten (RSB) nach § 7 Satz 1 Nr. 4 2. HS BPfIV
CC*	Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden [ab 2017], § 7 Satz 1 Nr. 5 BPfIV
[A,B]D*	Teilzahlungsentgelte § 11 Abs. 1 Satz 3 BPfIV
[A,B]E*	gesonderte Entgelte für Patientinnen/Patienten von Belegärzten, § 8 Abs. 2 BPfIV

- b. Es wird eine auf 2 Nachkommastellen gerundete Summe über alle o.g. Entgeltarten (Abschläge sind dabei mit negativem Vorzeichen zu berücksichtigen) gebildet $[(\text{Entgeltbetrag}) \times (\text{Entgeltanzahl})]$.
- c. Der unter b. errechnete Rechnungsbetrag wird mit 1 v. Hundert multipliziert und als Abschlagsbetrag in Rechnung gestellt.