

Nachtrag vom 6.12.2019

mit Wirkung zum 1.1.2020

zur

Fortschreibung vom 20. September 2013

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

Nachtrag 1 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 krankenhausesindividuellen 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 Entgeltschlüssel 47100030 vereinbart. Der Nachtragsentwurf enthält für diesen Zuschlag auch Hinweise zur Berechnung.

Nachtrag 2: Zuschlag ländliche Krankenhäuser:

Die Vereinbarung nach § 5 Absatz 2a KHEntgG (Liste der ländlichen Krankenhäuser) sieht eine zusätzliche Finanzierung durch das Versicherungsunternehmen 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 3 Zuschlag im Bereich Pflegepersonal (GKV-FKG):

Der Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz-GKV-FKG) sieht vor, dass für das Jahr 2020 ein Zuschlag in Höhe von 0,3 Prozent des Rechnungsbetrages zu berechnen und gesondert in der Rechnung auszuweisen ist. Der Nachtrag weist den hierfür zu verwendenden Entgeltschlüssel bereits aus. Da die Abrechnung jedoch an eine entsprechende gesetzliche Regelung gebunden ist, die im Detail noch nicht feststeht, werden weitere Hinweise zur Abrechnung dieses Zuschlags nach Bekanntwerden der finalen gesetzlichen Regelung gesondert veröffentlicht.

Nachtrag 4 Abschlag für Korrekturen (Zentren und Schwerpunkte):

Es wird für die Korrektur von Zuschlägen für Zentren und Schwerpunkte ein entsprechender Abschlag vereinbart.

Nachtrag 5 Abrechnung Pflegeerlöskatalog (MDK Reformgesetz):

Die mit Nachtrag 2 des Nachtrages vom 16.7.2019 auf Basis des zu diesem Zeitpunkt verfügbaren Gesetzentwurfes des MDK-Reformgesetzes vereinbarten Entgeltschlüssel kommen aufgrund von Anpassungen der gesetzlichen Regelungen in §15 Abs. 2a KHEntgG nicht zu Anwendung und werden daher gestrichen.

Nachtrag 6 gesonderte Abbildung Pflegeentgelte bei fallbezogenen Entgelten:

Ab dem Jahr 2020 werden Pflegeentgelte durch den neuen Entgeltbereich 84ff. 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 85ff. bzw. 86ff. 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 85ff. und 86ff. mit den gleichen Stellen 5-8, aber unterschiedlicher Bezeichnung auch künftig durch eine `50` an der Stelle 3-4 unterschieden werden können.

Nachtrag 7 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. Redaktionell wird die Reihenfolge der angegebenen Entgelte (Position des Ausbildungszuschlages nach § 17a Abs. 6 oder 9 KHG) angepasst.

Nachtrag 8 Erweiterung Entgelte Ausbildungszuschläge:

Zur Ermittlung der Ausbildungskosten ist nach § 33 Absatz 3 PfIBG und § 17a Absatz 5 KHG separat vorzunehmen. Zur Abrechnung der Krankenhäuser gegenüber den Versicherungsunternehmen werden separate Entgeltbereiche vorgesehen. Die Reihenfolge der dargestellten Entgelte wird redaktionell korrigiert. Es werden ebenfalls Entgelte für den Abrechnungsbereich der BPfIV / § 17d KHG (voll- und teilstationär) aufgenommen.

Nachtrag 9 Aufnahme neuer Verlegungsgründe nach DKR:

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 10 neue Fachabteilung:

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

Nachtrag 11 neue Rechnungsart:

Bei Rechnungskorrekturen in Folge von Prüfungen wird im Falle von resultierend primären Fehlbelegungen eine neue Rechnungsart eingeführt, um reguläre vorstationäre Abrechnungen von Rechnungen separieren zu können, die in Folge einer Prüfung gemindert gestellt werden.

Nachtrag 12 Durchführungshinweise zur Abrechnung von Pflegeerlösen

Die Durchführungshinweise zur Abrechnung von Pflegeerlösen und das Vorgehen bei Rechnungsänderungen werden erläutert.

Nachtrag 13 Klarstellung zum Vorgehen Standortnummer

Die bisher übermittelte Registernummer dient im Jahr 2020 übergangsweise als standortäquivalente Angabe. Die Vereinbarungspartner werden sich im Rahmen einer Fortschreibung zum 1.1.2021 zum weiteren Vorgehen verständigen.

Nachtrag 14 Anhang A zu Anlage 2 - Entgeltarten

Die sich aus der Logik der Anlage 2 ergebenden endstelligen Entgeltschlüssel werden in Anhang A Teil I und III zu Anlage 2 dargestellt.

Nachtrag 15 Anhang B zu Anlage 2: Fehlercodes

Zur Sicherstellung der fachlichen Vorgaben werden Fehlercodes vereinbart.

Nachträge zu Anlage 2: Schlüsselverzeichnis

Nachtrag 1 Zuschlag Mehrkosten G-BA (ohne Pflege):

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

Sonderfall 47XXXXXX reserviert (extern)

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

...

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](#)

...

Nachtrag 2: Zuschlag ländliche Krankenhäuser:

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

Sonderfall 47XXXXXX reserviert (extern)

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

...

[00032 Zuschlag für zusätzliche Finanzierung nach § 5 Absatz 2a KHEntgG \(Liste der ländlichen Krankenhäuser\)](#)

...

Nachtrag 3 Zuschlag im Bereich Pflegepersonal (GKV-FKG):

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

Sonderfall 47XXXXXX reserviert (extern)

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

...

[00031 Zuschlag für nachträglichen pauschalen und abschließenden Ausgleich etwaiger nicht refinanzierter Tarifsteigerungen im Bereich des Pflegepersonals](#)

...

Nachtrag 4 Abschlag für Korrekturen (Zentren und Schwerpunkte)::

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 \(§ 5 Abs. 3
KHEntgG\) \(für Korrekturen\)](#)
00010 Abschlag nach § 15 Abs. 2 KHEntgG
...
00026 Fixkostendegressionsabschlag nach § 4 Abs. ~~2b~~ 2a
KHEntgG
00027 Abschlag für Nichtteilnahme am Notfallstufensystem
nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG
00029 Abschlag bei Nichteinhaltung der Pflegepersonal-
untergrenzen (§ 137i Abs. 5 SGB V)
...

Nachtrag 5 Abrechnung Pflegeerlöskatalog (MDK Reformgesetz):

...

71[1-8,A-H] Entgelte bei Überschreiten der oberen GVD nach § 7 Nr. 3 KHEntgG oder tagesbezogene teilstationäre DRG-Fallpauschale ab 2. Tag

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

Sonderfall: 71999999 Entgelt bei Überschreiten der GVD im Rahmen der Zusammenarbeit nach § 3 Abs. 2 KFPV (150,00 EUR)

72[1-8,A-H] Abschläge bei Verlegungen nach § 1 Abs. 1 Satz 3 KFPV/FPV

73[1-8,A-H] Abschläge bei Nichterreichen der unteren GVD nach § 1 Abs. 3 Satz 1 KFPV/FPV

74[1-8,A-H] Entgelt für Pflegeerlös / Tag **Hinweis:** 4. Stelle: 0
5.-8. Stelle: ADDS DRG (siehe G-DRG Definitions-Handbuch)

Sonderfälle: 74000000 reserviert

~~74YYYYY Pflegeentgelte bei fehlender Vereinbarung, vollstationär, je Tag~~

~~74ZZZZZ Pflegeentgelte bei fehlender Vereinbarung, teilstationär, je Tag~~

...

Nachtrag 6: gesonderte Abbildung Pflegeentgelte bei fallbezogenen Entgelten:

83[00-16] Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG

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

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

Hinweis: 3.-4. Stelle:00 bundesweit, [bei 84* Verwendung für Pflegeanteil tagesbezogener Entgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG](#)
50 [Pflegeanteil nur fallbezogene Entgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG, \(nur für 84*\)](#)

5.-8. Stelle:A01Aff. nicht kalkulierte DRG

85[00-16] Tagesbezogene Entgelte nach § 7 Nr. 5 KHEntgG (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)

Hinweis: 3.-4. Stelle:00 [bundesweit bei 84* Verwendung für Pflegeanteil tagesbezogener Entgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG](#)
01 ff. [Länderschlüssel](#)

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 A01Z ff.
bundesweit, alphanumerisch für nicht kalkulierte DRG Siehe Anhang A

86[00-16] Fallbezogene Entgelte nach § 7 Nr. 5 KHEntgG (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)

Hinweis: 3.-4. Stelle:00 [bundesweit bei 84* Verwendung für Pflegeanteil tagesbezogener Entgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG](#)
01 ff. [Länderschlüssel](#)

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
A01Z ff. bundesweit, alphanumerisch für nicht kalkulierte DRG Siehe Anhang A

Nachtrag 7 länderspezifische Abbildung Sicherstellungszuschläge:

751 Zuschläge nach § 7 Nr. 4 KHEntgG

<u>Hinweis:</u>	4.-8. Stelle:00001	Sicherungszuschlag nach § 17b Abs. 1 Satz 7 KHG, Festbetrag
	00002	Sicherungszuschlag auf den Basisfallwert nach § 17b Abs. 1 Satz 7 KHG
	[01-16]002	Ausbildungszuschlag nach § 17a Abs. 6 oder 9 KHG (4.-5. Stelle: Länderschlüssel, siehe Anhang A)
	00003	Zuschlag für Begleitperson nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG
	00004	Zuschlag Mitaufnahme Pflegekraft nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG i.V.m. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3, 2. Halbsatz KHEntgG
	00005	Zuschlag Mitaufnahme je neugeborenem Geschwisterkind (§ 1 Abs. 5 Satz 9 FPV)
	4.-5. Stelle 01ff.	Länderschlüssel
	6.-8. Stelle	001 Sicherstellungszuschlag nach § 17b Abs. 1a Nr. 6 KHG (landesspezifische Regelung)
	[01-16]002	Ausbildungszuschlag nach § 17a Abs. 6 oder 9 KHG (4.-5. Stelle: Länderschlüssel, siehe Anhang A)...

Hinweis:

Der Sicherstellungszuschlag auf den Basisfallwert berechnet sich analog dem Abrechnungsschema für den Abschlag vom Landesbasisfallwert für Mehrleistungen nach § 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG im Hinweis des § 301-Nachtrages vom 27.3.2009

Nachtrag 8 Erweiterung Entgelte Ausbildungszuschläge:

Schlüssel 4 Teil I: Entgeltarten stationär

751 Zuschläge nach § 7 Nr. 4 KHEntgG

<u>Hinweis:</u>	4.-8. Stelle:00001	Sicherstellungszuschlag nach § 17b Abs. 1 Satz 7 KHG, Festbetrag
	00002	Sicherstellungszuschlag auf den Basisfallwert nach § 17b Abs. 1 Satz 7 KHG
	00003	Zuschlag für Begleitperson nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG
	00004	Zuschlag Mitaufnahme Pflegekraft nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG i.V.m. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3, 2. Halbsatz KHEntgG
	00005	Zuschlag Mitaufnahme je neugeborenem Geschwisterkind (§ 1 Abs. 5 Satz 9 FPV)

[01-16]002 Ausbildungszuschlag nach § 17a Abs. 6 oder 9 KHG (4.-5. Stelle: Länderschlüssel, siehe Anhang A)

[01-16]003 [Ausbildungszuschlag nach § 33 Abs. 3 Satz 1 PflBG\(4.-5. Stelle: Länderschlüssel, siehe Anhang A\)](#)

[01-16]004 [kombinierter Ausbildungszuschlag nach §§ 17a Abs. 6 bzw. 9 KHG und 33 Abs. 3 Satz 1 PflBG\(4.-5. Stelle: Länderschlüssel, siehe Anhang A\)](#)

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

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

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 [§ 291a Abs. 7a SGB V]
	00009	Zuschlag für die Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen [§ 17b Absatz 1a Nummer 4 KHG]
	00010	Ausbildungszuschlag nach § 33 Abs. 3 Satz 1 PflBG
	00011	kombinierter Ausbildungszuschlag nach §§ 17a Abs. 6 bzw. 9 KHG und 33 Abs. 3 Satz PflBG

Nachtrag 9 Aufnahme neuer Entlassungs-/Verlegungsgründe nach DKR:

Schlüssel 5: Entlassungs-/Verlegungsgrund

1. und 2. Stelle: 01 Behandlung regulär beendet
02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
...
27 Beendigung eines Zeitraumes ohne direkten Patientenkontakt
(stationsäquivalente Behandlung – für Pseudofachabteilung 0004)
[28 Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen](#)
[29 Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt](#)
3. Stelle: 9 keine Angabe

Hinweis:

Die Ziffer 06 bezieht sich auf externe Verlegungen in Krankenhäuser, sofern nicht in eine psychiatrische oder psychosomatische Abteilung verlegt wird (Ziffer 13).

Die Angaben '16' und '18' bis '21' in der 1. und 2. Stelle sind nur bei Neueinstufung in Verbindung mit Rückverlegung oder Wiederaufnahme zu verwenden (siehe Anlage 5, Abschnitt 1.4.4) oder '16' und '18' in Verbindung mit Rückverlegung bei Fortführung im BPfIV-Bereich (siehe Anlage 5, Abschnitt 1.4.5).

Für den Bereich der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (Aufnahmegrund `10`) gelten auch die Schlüssel 21x/22x (siehe Anlage 5 Textziffern 1.4.11).

[Für die Ausprägungen 28 und 29 an den Stellen 1-2 ist an der 3. Stelle der Wert `9` \(keine Angabe\) als Vorgabewert zu verwenden. Diese Werte kommen nur zur Anwendung bei Patienten, die länger als 95 Stunden beatmet werden.](#)

Nachtrag 10 neue Fachabteilung:

Schlüssel 6: Fachabteilungen (BPfIV)

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

1. bis 4. Stelle: 0100 Innere Medizin

...

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 11 neue Rechnungsart:

Schlüssel 11: Rechnungsart

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

Nachtrag 12: Durchführungshinweise

1.4 Vorgaben für besondere Fallkonstellationen

wird wie folgt ergänzt:

...

1.4.12 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 Pflegeerlös / Pflegerlös/Tag“ ausweisen aus. 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) werdensind 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:

- 47100007 (Zuschlag für Zentren und Schwerpunkte nach § 5 Abs. 3 KHEntgG)
- 47100011 (Zuschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG)
- 47100015 (Zuschlag für besondere Einrichtungen nach § 4 Abs. 7 KHEntgG)

- 47100020 (Zuschlag Hygiene-Förderprogramm nach § 4 Abs. 11 KHEntgG bzw. § 4 Abs. 9 KHEntgG (Neu))
47100022 (Zuschlag Mehrkosten G-BA nach § 5 Abs. 3c KHEntgG)
47100030 Zuschlag Mehrkosten G-BA nach § 5 Abs. 3c KHEntgG – ohne Pflegekosten
47200007 Abschlag für Zentren und Schwerpunkte (für Korrekturen)
47200011 (Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 3 KHEntgG)
47200015 (Abschlag für besondere Einrichtungen nach § 4 Abs. 7 KHEntgG)
47200026 (Fixkostendegressionsabschlag nach § 4 Abs. 2b KHEntgG)
491[1-6][0001-0006] (Zuschlag für Zentren und Schwerpunkte)
492[1-6][0001-0006] (Abschlag für Zentren und Schwerpunkte)
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 krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert berechnet werden, sind gemäß § 15 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG für jeden vollstationären Belegungstag 130 Euro mit die Bewertungsrelationen aus dem Entgeltschlüssel 74YYYYYY (Pflegeentgelte bei fehlender Vereinbarung, vollstationär, je Tag) und für jeden teilstationären Belegungstag 65 Euro Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des KHG mit dem Entgeltschlüssel 74ZZZZZZ (Pflegeentgelte bei fehlender Vereinbarung, teilstationär, je Tag) abzurechnen in § 15 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG ausgewiesenen Eurowert zu multiplizieren. 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 Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen (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). 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

Schlüsselfortschreibungen 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 der Ergebnisse von Rechnungsprüfungen auf die Abrechnung von Pflegeentgelten

§ 6a Abs. 2 Satz 5 KHEntgG sieht in Verbindung mit §275 Abs. 6 Nr. 1 SGB V vor, dass Prüfergebnisse aus Rechnungskorrekturen 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 der bestehenden Schlussrechnung, keiner anderen Rechnungsart in Rechnung gestellt werden.
3. Wenn durch anderweitige Prüfanlässe, unabhängig von Pflegeentgelten, Korrekturen notwendig werden (z.B. Umsetzung nach Rechnungsprüfung, rechtskräftige Feststellung), 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) an das Versicherungsunternehmen 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 das Versicherungsunternehmen zu verarbeiten.
6. Sollte die Korrektur einer Entlassungsanzeige notwendig sein, bleiben Aufnahme- und Entlassungstag unverändert.
7. Tage ohne Berechnung sind im Rahmen einer Beurlaubung bei Pflegeentgelten gleichermaßen anzuwenden (diese Tage reduzieren den Pflegeerlös im Fall). Tage ohne Berechnung die auf Grund einer Rechnungsprüfung 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 KHEntgG

Gemäß § 8 Absatz 3 KHEntgG haben die Versicherungsunternehmen -bei nicht vorgelegener vollstationärer Behandlungsbedürftigkeit als Ergebnis einer Rechnungsprüfung 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 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, übermittelt das Krankenhaus zur Abrechnung einer dafür vorstationären Vergütung eine neue Rechnung mit der Rechnungsart `22` [Schlussrechnung, Vergütung nach vorstationärer Höhe (Ersatzabrechnung)] diesen Fall mit den entsprechenden vorstationären Entgelten. Diese Rechnung enthält keine Pflegeentgelte 74* bzw. 84*. Die Aufnahmeanzeige und die Entlassungsanzeige bleiben unverändert.

Nachtrag 13 Klarstellung zum Vorgehen Standortnummer

PVA Segment Aufnahmeinformation PKV

...

7. Register-Nummer

Die Register-Nummer für den Standort/Bereich (Betriebsstätte des Krankenhauses) der Wahlleistung Unterkunft muss angegeben werden, wenn bei der Aufnahme eine Wahlleistung Unterkunft in Anspruch genommen wird.

Verfügt das Krankenhaus über mehrere Standorte/Bereiche mit eigenen Register-Nummern, ist die Register-Nummer des jeweils abrechnenden Standortes unabhängig von der Inanspruchnahme der Wahlleistung Unterkunft immer anzugeben.

Sind in Folge von Verlegungen des Privatversicherten mehrere Standorte/Bereiche mit eigenen Register-Nummern chronologisch in die Behandlung einbezogen, ist die Angabe einer weiteren Register-Nummer nicht möglich, eine Abweisung der Rechnung aus diesem Grund ist nicht zulässig.

Die Register-Nummer wird dem Krankenhaus in Verbindung mit der Vereinbarung zur Wahlleistung Unterkunft durch den PKV-Verband mitgeteilt.“

Hinweis:

Im Jahr 2020 wird übergangsweise weiter die Registernummer anstelle des Kennzeichens nach § 293 Absatz 6 SGB V („Standortnummer“) verwendet. Zur künftigen Vorgehensweise und Übermittlungsform verständigen sich die Vereinbarungspartner im Rahmen einer Fortschreibung zum 1.1.2021.

Nachtrag 14 Anhang A zu Anlage 2:

Anhang A zu Anlage 2 wird um die folgenden Entgelte ergänzt:

Teil I (Entgeltarten stationär)

...			
47100030	Zuschlag Mehrkosten G-BA nach § 5 Abs. 3c KHEntgG (prozentual) – ohne Pflegekosten	01.01.2020	31.12.9999
47100031	Zuschlag für nachträglichen pauschalen und abschließenden Ausgleich etwaiger nicht refinanzierter Tarifsteigerungen im Bereich des Pflegepersonals	01.01.2020	31.12.2020
47100032	Zuschlag für zusätzliche Finanzierung nach § 5 Absatz 2a KHEntgG (Liste der ländlichen Krankenhäuser)	01.01.2020	31.12.9999
...
47200007	Abschlag für Zentren und Schwerpunkte (§ 5 Abs. 3 KHEntgG) (für Korrekturen)	01.01.2020	31.12.9999
...
75100006	Zuschlag für Begleitperson nach § 11 Abs. 3 Satz 2 SGB V (Unterbringung außerhalb des Krankenhauses)	01.01.2020	31.12.9999

Teil III (Entgeltarten BPfIV / § 17d KHG)

A6200010	Ausbildungszuschlag nach § 33 Abs. 3 Satz 1 PflBG, vollstationär	01.01.2020	31.12.9999
B6200010	Ausbildungszuschlag nach § 33 Abs. 3 Satz 1 PflBG, teilstationär	01.01.2020	31.12.9999
A6200011	kombinierter Ausbildungszuschlag nach §§ 17a Abs. 6 bzw. 9 KHG und 33 Abs. 3 Satz PflBG, vollstationär	01.01.2020	31.12.9999
B6200011	kombinierter Ausbildungszuschlag nach §§ 17a Abs. 6 bzw. 9 KHG und 33 Abs. 3 Satz PflBG, teilstationär	01.01.2020	31.12.9999

Nachträge zu Anhang C zur Anlage 2 - Fehlerkodes

Nachtrag 15: Fehlercodes

Anhang B zur Anlage 2 - Fehlerkodes

wird wie folgt ergänzt:

...

34177 lfd. Nummer des Geschäftsvorfalles unzulässig

34212 Höhe ~~des~~Pflegeentgeltwertes bei der Ermittlung des Pflegeerlöses nicht korrekt

34211 Pflegeentgelt nur mit der Abrechnung eines korrespondierenden Basisentgeltes
zulässig

34212 Höhe des Pflegeentgeltwertes bei der Ermittlung des Pflegeerlöses nicht korrekt

34220 Pflegeentgelte (74*, 84*) nur in einer Schlussrechnung (Rechnungsart 02/52)
zulässig

34221 Rechnungsart `22´ darf nur vorstationäre Entgelte enthalten

...

Hinweis zur Abrechnung des neuen Zuschlags Mehrkosten-G-BA:

Für den Zuschlag ist der folgende Entgeltschlüssel zu verwenden:

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 $[(\text{Entgeltbetrag}) \times (\text{Entgeltanzahl})]$
2. Multiplikation mit dem maßgeblichen Vomhundertwert
3. Division durch 100
4. kaufmännische Rundung auf 2 Nachkommastellen