

Nachtrag vom 17.03.2022

mit Wirkung zum 01.04.2022, 01.07.2022

bzw. 01.10.2022

zur Fortschreibung der § 301-Vereinbarung

Inhalt

1. Nachträge zur Anlage 1	5
Nachtrag 1 Ergänzung Leistungsart für Aufnahmen ab dem 01.10.2022	5
2. Nachträge zur Anlage 2	6
Nachtrag 2 Entgelte für Aufnahmen ab dem 01.10.2022:	6
Nachtrag 3 Entgelte für Aufnahmen ab dem 01.04.2022:	7
Nachtrag 4 und 5 Entgelte für Aufnahmen ab dem 01.07.2022:	8
Nachtrag 6 Entgelte für Aufnahmen ab dem 01.04.2022:	9
Nachtrag 7 Neue Fachabteilung für Aufnahmen ab dem 01.04.2022:	10
Nachtrag 8 Anpassung Verarbeitungskennzeichen für Aufnahmen ab dem 01.10.2022:	11
Nachtrag 9 Ergänzung Leistungsbereich §116b für Aufnahmen ab dem 01.04.2022: 12	
Nachtrag 10 Ergänzung Leistungsart für Aufnahmen ab dem 01.10.2022:	13
Nachtrag 11 neuer Schlüssel 32 (Abbildung Studentitel) für Aufnahmen ab dem 01.10.2022:	14
Nachtrag 12 Ausprägung Entgeltartenschlüssel in Anhängen:	15
3. Nachträge zur Anhang C Anlage 2 Fehlercodes	16
Nachtrag 13 Ergänzung Fehlercodes für Aufnahmen ab dem 01.07.2022	16
4. Nachträge zur Anlage 4	17
Nachtrag 14 Redaktionelle Anpassung:	17
5. Nachträge zur Anlage 5	18
Nachtrag 15 Anpassung Rechnungssatz Ambulante Operation für Aufnahmen ab dem 01.10.2022:	18
Nachtrag 16 redaktionelle Anpassung:	19
Nachtrag 17 Klarstellungen zur Übergangspflege für die Abrechnung von Krankenhausfällen mit Aufnahmen in die Übergangspflege ab 01.07.2022:	20
6. Anhang 1 Berechnungsschema für die Rechnungslegung ab 01.04.2022	22
7. Korrektur Anhang 2 Berechnungsschema für die Rechnungslegung v. Nachtrag 01.12.2021	23

Erläuterungen zu einzelnen Nachträgen

Nachtrag 1–2, 8, 10–11, 15 für Aufnahmen ab dem 01.10.2022:

Die von den Leistungserbringern nach § 137e Absatz 3 im Rahmen der Erprobung erbrachten und verordneten Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Bei Methoden, die auch ambulant angewandt werden können, wird die Höhe der Vergütung für die ambulante Leistungserbringung durch den ergänzten Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten des Beschlusses über die Erprobungsrichtlinie geregelt. Für die Abrechnung dieser Leistungen wird es den Leistungserbringern ermöglicht über ein gesondertes Verarbeitungskennzeichen und entsprechende Entgelte diese abzurechnen.

Nachtrag 3, 6, 12 und Anhang 1 für Aufnahmen ab dem 01.04.2022:

Die Vereinbarung nach § 9 Absatz 1a Nummer 9 KHEntgG (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 4 und 5 für Aufnahmen ab dem 01.07.2022:

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.

Nachtrag 7 für Aufnahmen ab dem 01.04.2022:

Der Fachabteilungsschlüssel wird ergänzt.

Nachtrag 9 für Aufnahmen ab dem 01.04.2022:

Der G-BA hat die Angebote einer ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) um die Bereiche der Tumore des Gehirns und der peripheren Nerven bzw. der chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen erweitert. Der entsprechende Schlüssel 22 für die Leistungsbereiche §116b werden entsprechend ergänzt.

Nachtrag 12, 14, 16:

Es handelt sich um notwendige redaktionelle Anpassungen.

Nachtrag 17 für Aufnahmen ab dem 01.07.2022:

Im Rahmen der Abrechnung von Fällen zur Übergangspflege sind einige Anpassungen und Klarstellungen vorzunehmen. Es wird darauf hingewiesen, dass die Übermittlung des Kostenübernahmesatzes durch die Krankenkassen dem Zweck der Kommunikation von Zuzahlungstagen dient.

Anhang 2:

Im PEPP-Berechnungsschema (Nachtrag vom 01.12.2021) sind weitere Entgelte zur Berechnung heranzuzuziehen. 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 Krankenhäusern zu Abrechnung des Abschlages kommen sind die fallbezogenen Entgelte unmittelbar zu berücksichtigen.

Klarstellung

Im Nachtrag vom 27.04.2021 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.

1. Nachträge zur Anlage 1

Nachtrag 1 Ergänzung Leistungsart für Aufnahmen ab dem 01.10.2022

Rechnungssatz Ambulante Operation

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
FKT	Segment Funktion	M	an3	siehe Anlage 4 (7.2.4)
	Verarbeitungskennzeichen	M	an2	Schlüssel 9
	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	M	an2	'01', ...
	IK des Absenders	M	an9	IK des Krankenhauses

LEI	Segment Leistungsdokumentation	K	an3	'LEI' (999x möglich)
	Leistungsart	M	an2	Schlüssel 24
	Leistungsschlüssel	M	an..20	Schlüssel 22 bei § 116b Fällen oder Schlüssel 23 bei PIA Doku oder `9999`, Schlüssel 28 bei § 116b (neu), Schlüssel 32 bei Erprobungsleistung
	Leistungstag	K	an8	JJJJMMTT

2. Nachträge zur Anlage 2

Nachtrag 2 Entgelte für Aufnahmen ab dem 01.10.2022:

Schlüssel 1: Aufnahmegrund

1. u. 2. Stelle	01	Krankenhausbehandlung, vollstationär
	02	Krankenhausbehandlung vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung

3. u. 4. Stelle	01	Normalfall
	02	Arbeitsunfall / Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V)
	03	Verkehrsunfall / Sportunfall / Sonstiger Unfall (z. B. § 116 SGB X)
	04	Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt
	05	– frei –
	06	Kriegsbeschädigten–Leiden / BVG–Leiden
	07	Notfall

08 Erprobungsleistungen nach § 137e SGB V

Bei Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers:

21 bis 27 anstelle 01 bis 07

Bei Behandlungen im Rahmen von Verträgen zur integrierten Versorgung:

41 bis 47 anstelle 01 bis 07

Im Falle eines Zuständigkeitswechsels des Kostenträgers während einer Behandlung im Rahmen von Verträgen zur integrierten Versorgung ist die Behandlung im Rahmen von Verträgen zur integrierten Versorgung vorrangig anzugeben, wenn der Versicherte seine Teilnahme auch gegenüber der neu zuständigen Krankenkasse erklärt hat.

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, Unfallversicherung 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.

Bei voll- und teilstationären Krankenhausleistungen wird im Rahmen von Erprobungsleistungen an der Stelle 3.–4. die Ausprägung `08` verwendet.

Nachtrag 3 Entgelte für Aufnahmen ab dem 01.04.2022:

Schlüssel 4 Teil I: Entgeltarten 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

	00009	Telematikzuschlag, vollstationär (§ 291a Abs. 7a i.V. mit Abs. 7 Satz 4 377 Abs. 1 und 2 SGB V)
	00010	Zuschlag nach § 15 Abs. 2 KHEntgG
	00011	Zuschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG
	00012	Zuschlag Pflegestellen-Förderprogramm nach § 4 Abs. 10 KHEntgG bzw. § 4 Abs. 8 KHEntgG (Neu)
	00013	Telematikzuschlag, teilstationär (§ 291a Abs. 7a i.V. mit Abs. 7 Satz 4 377 Abs. 1 und 2 SGB V)

		reserviert
	00038	Zuschlag zur Konvergenzangleichung des Landesbasisfallwertes zur maßgeblichen Korridorgrenze (je Bundesland)
	00039	Zuschlag zur Durchführung von Abschlagszahlungen (prozentual, COVID-19-Abschlagszahlungsvereinbarung)
	<u>00043</u>	<u>Zuschlag nach § 5 Absatz 3i KHEntgG zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten als Ausgleich gemäß § 5 Abs. 3 der Corona-Mehrkosten-Vereinbarung, prozentual</u>

Nachtrag 4 und 5 Entgelte für Aufnahmen ab dem 01.07.2022:

Schlüssel 4 Teil I: Entgeltarten 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

		3. Stelle	
		2	Abschlag
		4. –8. Stelle	
		00000	intern reserviert
		00007	Abschlag für Zentren und Schwerpunkte (§ 5 Abs. 3 KHEntgG) (für Korrekturen)
		<u>00009</u>	<u>Telematikabschlag, vollstationär (§ 377 Abs. 1 und 2 SGB V) (für Korrekturen)</u>
		00010	Abschlag nach § 15 Abs. 2 KHEntgG
		00011	Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG
		00012	Abschlag für Mehrleistungen nach § 4 Abs. 2a Satz 4 KHEntgG
		<u>00013</u>	<u>Telematikabschlag, teilstationär (§ 377 Abs. 1 und 2 SGB V) (für Korrekturen)</u>
		00008	Abschlag Fortsetzungspauschale PrüfV (KHEntgG, BPfIV_alt)

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]
		<u>00008</u> <u>Telematikabschlag [§ 377 Abs. 1 und 2 SGB V] (für Korrekturen)</u>

Nachtrag 6 Entgelte für Aufnahmen ab dem 01.04.2022:

Schlüssel 4 Teil I: Entgeltarten 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

		3. Stelle	
	2	Abschlag	
		4. –8. Stelle	
		00000	intern reserviert
		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
		00008	Abschlag Fortsetzungspauschale PrüfV (KHEntgG, BPfIV_alt)
		00015	Abschlag für besondere Einrichtungen nach § 4 Abs. 7 KHEntgG
		00020	Abschlag Hygiene-Förderprogramm nach § 4 Abs. 11 KHEntgG (für Korrekturen)
		00026	Fixkostendegressionsabschlag nach § 4 Abs. 2a 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)
		00042	Abschlag bei Nichtteilnahme an der Telematikinfrastruktur
		<u>00043</u>	<u>Abschlag nach § 5 Absatz 3i KHEntgG zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten als Ausgleich gemäß § 5 Abs. 4 der Corona-Mehrkosten-Vereinbarung, prozentual</u>

Nachtrag 7 Neue Fachabteilung für Aufnahmen ab dem 01.04.2022:

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
0103	Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie
0706	Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie
0710	Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0910	Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie
1004	Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie
1005	Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
1006	Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie
...	...
3161	Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
3233	Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
3305	Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
3350	Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie
<u>3415</u>	<u>Dermatologie/Schwerpunkt Chirurgie</u>
3460	Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
3601	Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin
3603	Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie
3610	Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
3617	Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie
...	...

Nachtrag 8 Anpassung Verarbeitungskennzeichen für Aufnahmen ab dem 01.10.2022:

Schlüssel 9: Verarbeitungskennzeichen

- ...
- 03 reserviert
- ...
- 07 Leistungen nach § 117 Abs. 3 SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO)
- 08 Leistungen nach § 117 Abs. 2 SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO)
- 09 ambulante Leistungen nach § 137e Abs. 4 Satz 4 SGB V (nur für AMBO)
- ...
- Fallstorno für Leistungen nach § 140a, § 116b, § 119c SGB V, § 120 Abs. 1a ~~und~~, § 117 Abs. 2 u. 3 SGB V und § 137e Abs. 4 Satz 4 SGB V
- 43 Stornierung Abrechnung spezialfachärztliche Leistungen § 116b SGB V (nur für AMBO)
- 44 Stornierung Abrechnung nach § 119c SGB V (nur für AMBO)
- 45 Stornierung Abrechnung nach § 140a SGB V (nur für AMBO)
- 46 Stornierung Abrechnung nach § 120 Abs.1a SGB V (nur für AMBO)
- 47 Stornierung Abrechnung nach § 117 Abs.3 SGB V (nur für AMBO)
- 48 Stornierung Abrechnung nach § 117 Abs. 2 SGB V (nur für AMBO)
- 49 Stornierung Abrechnung nach § 137e Abs. 4 Satz 4 SGB V (nur für AMBO)
- 75 Information gemäß PrüfvV (nur KAIN und INKA)
- 76 Stornierung einer Information gemäß PrüfvV (nur KAIN und INKA)

Nachtrag 9 Ergänzung Leistungsbereich §116b für Aufnahmen ab dem 01.04.2022:

Schlüssel 22: Leistungsbereich (116b)

...

Leistungen nach §116b SGB V in seiner ab 01.01.2012 geltenden Fassung (wird entsprechend fortgeschrieben –§ 116b (neu))

1[A–I]0100ff	Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen
1A0100	Onkologische Erkrankungen; Gastrointestinale Tumore und Tumore der Bauchhöhle
1A0200	Onkologische Erkrankungen; gynäkologische Tumore ohne Subspezialisierung
1A0201	Onkologische Erkrankungen: Mammakarzinom
1A0202	Onkologische Erkrankungen: Subspezialisierung andere gynäkologische Tumore
...	
1A0300	Urologische Tumore
1A0400	Hauttumore
1A0500	Tumore der Lunge und des Thorax
1A0600	Kopf- und Halstumore
<u>1A0700</u>	<u>Tumore des Gehirns und der peripheren Nerven</u>
1B0100	Rheumatologische Erkrankungen; Erwachsene
1B0101	Rheumatologische Erkrankungen; Kinder
...	
<u>1J0100</u>	<u>Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen</u>
...	
2[A–O]0100ff	Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen
2A0100	Tuberkulose; Tuberkulose und atypische Mykobakteriose
2B0100	Mukoviszidose
2C0100	Hämophilie
2D0100	Neuromuskuläre Erkrankungen
2E0100	Schwerwiegende immunologische Erkrankungen: Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose
...	
2H0100	Morbus – Wilson
2K0100	Marfan-Syndrom
2L0100	pulmonale Hypertonie
2O0100	ausgewählte seltene Lebererkrankungen
...	
3[A–B]0100ff	Hochspezialisierte Leistungen
....	

Nachtrag 10 Ergänzung Leistungsart für Aufnahmen ab dem 01.10.2022:

Schlüssel 24: Leistungsart

- A1 PIA Leistungsdokumentation gemäß Schlüssel 23
- A2 Leistungsbereich der Behandlung nach §116b SGB V gemäß Schlüssel 22
- A3 geplante ambulante Operation ist nicht zustande gekommen
- A4 Dokumentation für Einrichtungen nach § 119, §119c SGB V (soweit vereinbart)*
- A5 Dokumentation schwerer Verlaufsformen nach § 116b (neu) gemäß Schlüssel 28
- A6 Dokumentation schwerer Verlaufsformen nach § 116b (neu) gemäß Schlüssel 29
- A7 Dokumentation für Einrichtungen nach § 117 SGB V (soweit individuell vereinbart)*
- A8 Besondere Leistungsangaben
- A9 [Studentitel nach § 137e SGB V](#)

Nachtrag 11 neuer Schlüssel 32 (Abbildung Studientitel) für Aufnahmen ab dem 01.10.2022:

Schlüssel 32: Studientitel nach § 137e SGB V

- 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**

Nachtrag 12 Ausprägung Entgeltartenschlüssel in Anhängen:

Anhang B Teil I:

wird wie folgt ergänzt:

Entgeltschlüssel	Entgeltbezeichnung	gueltigab	gueltigbis
<u>47100043</u>	<u>Zuschlag nach § 5 Absatz 3i KHEntgG zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten als Ausgleich gemäß § 5 Abs. 3 der Corona-Mehrkosten-Vereinbarung, prozentual</u>	<u>01.04.2022</u>	<u>31.12.9999</u>
<u>47200043</u>	<u>Abschlag nach § 5 Absatz 3i KHEntgG zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten als Ausgleich gemäß § 5 Abs. 4 der Corona-Mehrkosten-Vereinbarung, prozentual</u>	<u>01.04.2022</u>	<u>31.12.9999</u>
<u>47200009</u>	<u>Telematikabschlag, vollstationär (§ 377 Abs. 1 und 2 SGB V) (für Korrekturen)</u>	<u>01.07.2022</u>	<u>31.12.9999</u>
<u>47200013</u>	<u>Telematikabschlag, teilstationär (§377 Abs. 1 und 2 SGB V) (für Korrekturen)</u>	<u>01.07.2022</u>	<u>31.12.9999</u>
<u>A7200008</u>	<u>Telematikabschlag, vollstationär [§377 Abs. 1 und 2 SGB V] (für Korrekturen)</u>	<u>01.07.2022</u>	<u>31.12.9999</u>
<u>B7200008</u>	<u>Telematikabschlag, teilstationär [§377 Abs. 1 und 2 SGB V] (für Korrekturen)</u>	<u>01.07.2022</u>	<u>31.12.9999</u>

3. Nachträge zur Anhang C Anlage 2 Fehlercodes

Nachtrag 13 Ergänzung Fehlercodes für Aufnahmen ab dem 01.07.2022

24085	Nach NAD folgt nicht STA oder IFA
24086	Nach IFA folgt nicht IFA, IFT oder UNT
24087	Segment IFT fehlt bei Schlüssel 31 = `KONTA`, `KONKK`
<u>24088</u>	<u>Feld Leistungstag übermittelt bei VKZ `09` und `49`</u>
....	
24999	Noch nicht spezifizierter Fehler

34217	Datum zum Ende des Standorts [\$\$\$\$\$\$] ist nicht korrekt (Pseudowert gemeldet), nicht KHIN Nachrichten bzw. Zwischenrechnungen anzuwenden
34218	Uhrzeit zum Standort Ende fehlt
34219	Datum und Uhrzeit zum Ende des Standorts [\$\$\$\$\$\$] bereits in anderem STA-Segment vorhanden
34220	Pflegeentgelt (74*, 84*) nur in Schlussrechnung (Rechnungsart 02/52) <u>und Zahlungserinnerungen und Mahnungen (Rechnungsart 57/58/07 oder 08) oder Gutschrift/Stornierung (Rechnungsart 04) zulässig</u>
34221	Rechnungsart `22` darf nur vorstationäre Entgelte enthalten
<u>34222</u>	<u>EBM Ziffer bei VKZ `09` nicht zulässig</u>
<u>34223</u>	<u>Ausprägung Schlüssel 32 nicht zulässig</u>
...	...
34999	Noch nicht spezifizierter Fehler

4. Nachträge zur Anlage 4

Nachtrag 14 Redaktionelle Anpassung:

7.3.5 Nachtragsrechnung

Wurde in einem Abrechnungsfall eine Pauschale bei einer bereits übermittelten Rechnung für einen bestimmten Zeitraum ein Entgelt versehentlich für eine nachstationäre Behandlung noch nicht berechnet, so kann dieses über eine Nachtragsrechnung (Schlüssel 11, Rechnungsart '03' / '53') mit dem Verarbeitungskennzeichen '10' (Normalfall) nachträglich übermittelt werden, die laufende Nummer in FKT ist dabei um 1 zu erhöhen. Weitere Anwendungsfälle der Nachtragsrechnung sind in Anlage 5 geregelt.

5. Nachträge zur Anlage 5

Nachtrag 15 Anpassung Rechnungssatz Ambulante Operation für Aufnahmen ab dem 01.10.2022:

1.2.8.8. Abrechnung von Erprobungsleistungen nach §137e Abs. 4 SGB V

Gemäß § 137e Abs. 4 Satz 4 SGB V werden die von den Leistungserbringern im Rahmen der Erprobung erbrachten Leistungen unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Bei Methoden, die auch ambulant angewandt werden können, wird die Höhe der Vergütung für die ambulante Leistungserbringung durch den ergänzten Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen geregelt.

Diese Leistungserbringer nutzen somit für die Abrechnung der EBM Leistungen des Kapitel VIII die Entgelte wie folgt: An der ersten Stelle nutzt der Leistungserbringer seine entsprechende Einrichtungsart (z.B. `0` oder `2`), an der zweiten die `0` für EBM und an der 4.–8. Stelle den entsprechenden EBM.

Als Verarbeitungskennzeichen finden die Ausprägungen `09` und für den Fallstorno die Ausprägung `49` Anwendung. Zur Unterscheidung der Studien wird im `LEI` Segment im Feld Leistungsart die Ausprägung `A9` gemäß Schlüssel 24 angegeben und im Feld Leistungsschlüssel die Studie durch Angabe gemäß Schlüssel 32 unterschieden. Das Feld `Leistungstag` wird nicht übermittelt. Die Nachricht ZAAO ist optional zu verwenden bzw. bilateral abzustimmen.

Bei voll- und teilstationären Krankenhausleistungen werden die Leistungen durch Entgelte nach § 17b oder § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder nach der Bundespflegesatzverordnung vergütet. Für diese Fälle findet die Ausprägung `08` an der 3.–4. Stelle des Aufnahmegrundes Anwendung.

Nachtrag 16 redaktionelle Anpassung:

1.3.7.6 Erörterungsverfahren gemäß § 9 PrüfvV

Sofern die Krankenkasse sich der vorgetragenen Begründung des Krankenhauses gemäß § 9 Abs. 3 PrüfvV anschließt, teilt sie dies dem Krankenhaus mit den Schlüsseln `EKK01` (ohne eingeleitetem EV des Krankenhauses) oder EKK02` (KH hat das EV bereits eingeleitet) mit. Schließt sich die Krankenkasse der vorgetragenen Begründung des Krankenhauses nicht an, nutzt Sie dafür die Ausprägungen `EKK03` (mit eingeleitetem EV des Krankenhauses) oder `EKK04` (ohne eingeleitetem EV des Krankenhauses).

Die Krankenkasse teilt mit ~~diesen Schlüsseln~~ dem Schlüssel `MDK31` dem Krankenhaus die gemäß § 7 Absatz 2 Satz 11 PrüfvV vom MD konkret benannten angeforderten Unterlagen mit, die nicht fristgemäß vorgelegt wurden und im Erörterungsverfahren nicht mehr vorgelegt werden können. In den entsprechenden PVT Segmenten sind genau die vom MD angeforderten Unterlagen aufzuführen.

...

Nachtrag 17 Klarstellungen zur Übergangspflege für die Abrechnung von Krankenhausfällen mit Aufnahmen in die Übergangspflege ab 01.07.2022:

1.4.14 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`, Zahlungssatz, Krankenhausinformation, Krankenkassenantwort, Kostenübernahmesatz und Zuzahlungsgutschrift-/Rückforderung Anwendung.

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 Krankenkasse 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 Kann-Felder 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.

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 des vorangegangenen stationären Falles im Feld `Hauptdiagnose` angegeben. 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 Krankenkasse die Dokumentation gemäß Anlage 1 der Vereinbarung über eine einheitliche und nachprüfbare 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 Rechnungsarten wird können `05` oder `55` (Rechnung Übergangspflege) sowie `03` und `53` (Nachtragsrechnung) angegeben werden. Nur in den Fällen, in denen durchgeführte Verwaltungskosten mit den Entgelten `47120001` oder `47120004` in Rechnung gestellt werden, ist die Übermittlung einer Nachtragsrechnung (Rechnungsart `03`) zulässig. Die Rechnungsart `53` ist in diesem Zusammenhang ebenfalls zulässig.

Der Aufnahmetag entspricht dem Entlassungstag des vorangegangenen stationären Falls. 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.

~~Die Krankenkasse übermittelt bereits für den vorangegangenen stationären Abrechnungsfall die Anzahl ggf. bestehender Tage mit Zuzahlung in der Nachricht „Kostenübernahme (KOUB)“. 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 Krankenkasse erfolgt nicht. Mit der Kostenübernahme werden von der Krankenkasse die Zuzahlungstage (max. 28 Tage im Kalenderjahr) bzw. die restlichen Zuzahlungstage an das Krankenhaus gemeldet. Bei Befreiungstatbeständen oder bereits ausgeschöpfter Zuzahlung im Kalenderjahr bleibt das Datenfeld "Zuzahlungstage" leer oder es werden "0" Zuzahlungstage gemeldet. Bei einer Ablehnung der Kostenübernahme bleiben die Felder "Kostenübernahme ab", "Kostenübernahme bis" und "Zuzahlungstage" leer. –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.~~

6. Anhang 1 Berechnungsschema für die Rechnungslegung ab 01.04.2022

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 ⇒ 01.04.2022 – 31.12.9999

47200043 ⇒ 01.04.2022 – 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

7. Korrektur Anhang 2 Berechnungsschema für die Rechnungslegung v. Nachtrag 01.12.2021

zur Abrechnung des Abschlags gemäß § 11 Abs. 2 Punkt b der Vereinbarung gemäß § 377 Abs. 3 SGB V (ab Aufnahmedatum 01.01.2022)

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
<u>A88 <PEPP></u>	<u>krankenhausindividuell vereinbarte fallbezogene PEPP-Entgelte</u>
B8 <PEPP>x	krankenhausindividuell vereinbarte teilstationäre PEPP-Entgelte
<u>B88 <PEPP></u>	<u>krankenhausindividuell vereinbarte fallbezogene teilstationäre PEPP-Entgelte</u>
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]