

Nachtrag vom 09.04.2024

mit Wirkung zum 01.05.2024 | 01.07.2024
und 01.10.2024

zur Fortschreibung der § 301 – Vereinbarung

Erläuterungen zu einzelnen Nachträgen

Nachtrag 1:

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 2, Nachtrag 7 und Anhänge 1 und 2:

Die Vereinbarungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 5 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) und § 9 Absatz 1 Nummer 6 der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) 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 3:

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 4:

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 5:

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

Nachtrag 6:

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 8:

Die Übermittlung von Pflegeentgelten bei besonderen Einrichtungen kann bei Vorliegen der Voraussetzungen auch bei Zwischenabrechnungen erfolgen, sofern landesvertragliche Regelungen keine anderweitige Lösung vorsehen. Somit werden die entsprechenden Fehlercodes angepasst.

Nachtrag 9:

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 10 und 14:

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 11:

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.

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. Die Angabe aller Beträge erfolgt als reine Zahlen im Format \$\$\$\$\$,\$\$ ohne weiteren zusätzlichen Text.

Nachtrag 12:

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 MDK04 Schlüssel zu übermitteln.

Nachtrag 13:

Wird ein stationärer Fall im Rahmen einer Einzelfallprüfung zu einem Hybrid-DRG-Fall ist das Vorgehen im Rahmen der technischen Übermittlung klarzustellen.

Nachtrag 15:

§ 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 erfolgt. Auf jedes 85er- und 86er-Entgelt wurde teilweise 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 Implantatregisters wurden die Softwarehersteller darüber informiert, dass für den Start der Übermittlung das Leistungsdatum (Tag der OP) heranzuziehen ist und nicht das Aufnahmedatum. Die Spezifikationen würden 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 1: 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 2: 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 3: 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 4: Vergabe prozentualer Zu- und Abschläge im ambulanten Entgeltbereich für
Aufnahmen ab dem 01.05.2024**

Schlüssel 4 Teil II: Entgeltart ambulant

1. Stelle	Einrichtungstyp		
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
	3. Stelle	3	prozentualer Zuschlag¹
	4. Stelle	0	keine Differenzierung
	5. – 8. Stelle	0001 ff.	Konkretisierungen
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
	3. Stelle	3	prozentualer Abschlag³
	4. Stelle	0	keine Differenzierung
	5. – 8. Stelle	0001 ff.	Konkretisierungen

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 5: Ergänzung Fachabteilungsschlüssel für Aufnahmen am dem 01.05.2024**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	Weaningseinheit	
	3759	Schmerztherapie/Tagesklinik	
	3760	Palliativmedizin Kinder	

Nachtrag 6: Beendigung einer Abrechnungsmöglichkeit für Studie CAMOped und Etablierung neuer Studientitel für Aufnahmen ab dem 01.05.2024

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 Kreuzbandsreserviert
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
<u>S10</u>	<u>HOT-AAMI: Mikrovaskuläre Reperfusion von Myokardgewebe mittels intrakoronar applizierter, hyperoxämischer Therapie nach primärer perkutaner Koronarintervention bei akutem Vorderwandinfarkt (SSO2-Therapie)</u>
<u>S11</u>	<u>ISAR-WAVE: Koronare Lithoplastie bei koronarer Herzkrankheit</u>
<u>S12</u>	<u>POSA: Schlafpositionstherapie bei leichter bis mittelgradiger lageabhängiger obstruktiver Schlafapnoe</u>
<u>S13</u>	<u>CAM-P-OS: Selbstanwendung einer aktiven Bewegungsschiene im Rahmen der Behandlung von Sprunggelenkfrakturen</u>

Nachträge zur Anlage 2, Anhang B

Nachtrag 7: Neues Abschlagsentgelt für Aufnahmen ab dem 1.5.2024

Teil 1 Schlüssel 4 Teil I: Entgeltart stationär

Entgeltschlüssel	Entgeltbezeichnung	gueltigab	gueltigbis
47200048	Abschlag bei Nichtlieferung von Unterlagen und Daten für die Budgetverhandlungen (§ 11 Absatz 4 Satz 6 KHEntgG)	1.5.2024	31.12.9999

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

Entgeltschlüssel	Entgeltbezeichnung	gueltigab	gueltigbis
A7200048	Abschlag bei Nichtlieferung von Unterlagen und Daten (§ 11 Abs. 4 Satz 5 BPfIV), vollstationär	1.5.2024	31.12.9999
B7200048	Abschlag bei Nichtlieferung von Unterlagen und Daten (§ 11 Abs. 4 Satz 5 BPfIV), teilstationär	1.5.2024	31.12.9999

Anhang C – Fehlercodes

Nachtrag 8: 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 9: Übermittlung von MDK20 für Übermittlungen ab dem 01.07.2024

...

1.3.7.5 Entscheidung der Krankenkasse nach MD–Gutachten

Die Krankenkasse hat gem. § 8 PrüfV 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 PrüfV 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.

...

**Nachtrag 10: 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 Krankenhausfalles anzugeben.

...

Nachtrag 11: Korrektur eines bereits geltend gemachten Aufschlags und Klarstellungen 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 `MKD04` 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.

...

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 12: Klarstellung zur Übermittlung von Zahlungsmodalitäten in MDK04 für Übermittlungen ab dem 01.10.2024

1.4.13 Aufschläge gemäß § 275c Abs. 3 SGB V

wird wie folgt aktualisiert:

...

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 \(z.B. Kontoverbindung nach dem Format: IBAN#Verwendungszweck\) mit.](#) Ist die Verwendung der Nachricht Sammelüberweisung (SAMU) vereinbart, ist diese Rechnungsnummer ebenfalls zu verwenden.

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

Für den Bereich der Entgeltarten BpflV (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.

...

Nachtrag 13: Änderung einer Abrechnung als Hybridfall

1.4.16 Abrechnung Spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG) nach § 115f SGB V

...

Rechnungssatz:

Als Rechnungsarten finden die gleichen Vorgaben wie im stationären Bereich Anwendung, es gibt keine gesonderten Rechnungsarten. Das Segment ZLG entfällt.

Im `ENT` Segment finden im Feld `Entgeltart` die Entgeltschlüssel aus dem Bereich der Hybrid-DRGs `7090####` Anwendung. An den Stellen 5.–8. wird die Hybrid-DRG (Spalte 1 der Anlage 2 Hybrid-DRG-V in seiner jeweils geltenden Fassung) mit der dort angegebenen Bewertung in Euro angegeben. Eine Abrechnung von weiteren Entgelten ist in Verbindung mit der Abrechnung der Hybrid-DRG gemäß Anlage 2 der Hybrid-DRG Verordnung ausgeschlossen. Nachtragsrechnungen sind nicht zulässig.

Hinweis: Bei den bestehenden prozentualen Zu- und Abschlägen, bei denen im jeweiligen Berechnungsschema Bezug auf die Entgelte 70xxxxxx bis 74xxxxxx gemäß KHEntgG und FPV genommen wird, sind die Entgelte für Hybrid-DRG (7090xxxx) bei der Ermittlung des Zu-/Abschlagsbetrages nicht zu berücksichtigen.

[Einigt sich ein Krankenhaus mit dem Kostenträger nach einer Einzelfallprüfung darauf, dass ein Fall als Hybrid-DRG-Fall hätte durchgeführt werden müssen, ist folgendermaßen vorzugehen:](#)

- [die Schlussrechnung ist mit der Rechnungsart ,04' \(Gutschrift / Stornierung\) zu stornieren.](#)
- [die Entlassungsanzeige ist mit dem Verarbeitungskennzeichen `40` zu stornieren.](#)
- [die Aufnahmeanzeige ist mit dem Verarbeitungskennzeichen `20` zu korrigieren und als Aufnahmegrund ist ,12' anzugeben.](#)

**Nachtrag 14: Datumsangaben für Zuschläge im Rahmen des Zuzahlungseinzugsverfahren
(Rechnungssatz, Zahlungssatz) für Aufnahmen ab dem 01.07.2024**

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 15: 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 BpflV – 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 BpflV [E1]
[A,B]2*	–	Zuschlag nach Überschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten, § 7 Satz 1 Nr. 1 BpflV [E1]
[A,B]3*		Abschlag nach Unterschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten, § 7 Satz 1 Nr. 1 BpflV [E1]
C4*		Ergänzende Tagesentgelte nach bundesweit vereinbarten Entgeltkatalog, § 7 Satz 1 Nr. 1 BpflV
C5*		Zusatzentgelte nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog, § 7 Satz 1 Nr. 2 BpflV [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 BpflV
CC*		Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden [ab 2017], § 7 Satz 1 Nr. 5 BpflV
[A,B]D*		Teilzahlungsentgelte § 11 Abs. 1 Satz 3 BpflV
[A,B]E*		gesonderte Entgelte für Patientinnen/Patienten von Belegärzten, § 8 Abs. 2 BpflV

- 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.