

Nachtrag vom 26.10.2018

mit Wirkung zum 1.1.2019

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:

Der Entgeltschlüssel 47XXXXXX wird zur ausschließlichen Verwendung in der Datenübermittlung mit Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung reserviert.

Nachtrag 2:

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung.

Nachträge 3, 4:

Der Gesetzentwurf zum Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) sieht eine verpflichtende Mitteilung eines ggf. bestehenden Pflegegrads sowie etwaige Änderungen während des Krankenhausaufenthaltes durch den Versicherungsträger an das Krankenhaus vor. Diese Information wird künftig mit der Kostenübernahme an das Krankenhaus übermittelt, wenn seitens des Krankenhauses die Ermittlung des Pflegegrades als relevant eingeschätzt wird (Mitteilung in der Aufnahmeanzeige). Das Nähere zum Verfahren wird in Anlage 5 geregelt.

Die Nachträge 3 und 4 werden unter dem Vorbehalt des Inkrafttretens der Regelungen im PpSG vereinbart, nach denen das Versicherungsunternehmen zur Ermittlung des Pflegegrades und dessen Mitteilung an das Krankenhaus verpflichtet ist (§ 17c Abs. 5 KHEntgG).

Nachtrag 5:

Für die Übermittlung von OPS-Codes, die den Pflegegrad enthalten (im aktuellen OPS-Katalog handelt es sich um den Bereich 9-984.* Pflegebedürftigkeit), wird grundsätzlich das Aufnahmedatum im Feld Operationstag verwendet.

Nachträge zur Anlage 2

Nachtrag 1:

Schlüssel 4 Teil I: Entgeltarten stationär

wird wie folgt geändert

....

460 Zuschlag für Qualitätssicherung nach § 137 oder § 112 Abs. 1 SGB V

Hinweis: 4.-5. Stelle: 00 (bundesweit)
01 ff. (Länderschlüssel)
6. Stelle: 0 allgemeiner Zuschlag (ab 2004)
7.-8. Stelle 00 allgemeiner Zuschlag (ab 2004)
02 Behandlung von Schlaganfallpatienten

Hinweis:

Die drei Bestandteile des Qualitätssicherungszuschlags, Zuschlagsanteil Krankenhaus, Zuschlagsanteil Land (länderindividuell) und Zuschlagsanteil Bund, sind nicht einzeln zu deklarieren. Unter dem Entgeltschlüssel darf nur einmal die Summe der drei Bestandteile in einem ENT-Segment in Rechnung gestellt werden.
Für die Zuschlagserhebung und die Zuschlagshöhe ist der Aufnahmetag maßgeblich.

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

...

Nachtrag 2:

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

wird wie folgt geändert

...

2. Stelle: Entgeltbereich

- 1 Bewertete Entgelte nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog § 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV [E1]
- 2 Zuschlag nach Überschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten § 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV [E1]
- 3 Abschlag nach Unterschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten § 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV [E1]
- 4 Ergänzende Tagesentgelte nach bundesweit vereinbarten Entgeltkatalog § 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV
- 5 Zusatzentgelte nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog § 7 Satz 1 Nr. 2 BPfIV [E2]
- 6 Zuschläge [u.a. gemäß KHG]
- 7 Abschläge [u.a. gemäß KHG]
- 8 krankenhausindividuell vereinbarte Entgelte [E3.1|E3.3.]
- 9 krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte [E3.2]

...

Nachtrag 3:**Schlüssel 8: Merkmal Kostenübernahme***wird wie folgt geändert*

1. und 2. Stelle:	01	Kostenübernahme, <u>kein Pflegegrad vorhanden*</u>
	A1	<u>Kostenübernahme, kein Pflegegrad vorhanden, Einstufung beantragt</u>
	B1	<u>Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 1</u>
	C1	<u>Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 1, Antrag auf Neueinstufung</u>
	D1	<u>Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 2</u>
	E1	<u>Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 2, Antrag auf Neueinstufung</u>
	F1	<u>Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 3</u>
	G1	<u>Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 3, Antrag auf Neueinstufung</u>
	H1	<u>Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 4</u>
	K1	<u>Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 4, Antrag auf Neueinstufung</u>
	L1	<u>Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 5</u>
	M1	<u>Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 5, Antrag auf Neueinstufung</u>
	02	Änderung der Kostenübernahme (Zuständigkeitswechsel)
	03	Ablehnung, kein Leistungsanspruch
	04	Kostenübernahme, Rechnung zusätzlich in Papierform (Auslands-Versicherter / Auftragsleistung)
	05	Ablehnung, Unfallversicherungsträger zuständig
	06	Ablehnung, Rentenversicherungsträger zuständig
	07	Ablehnung, Krankenversicherungsträger nicht zuständig
	08	Bestätigung des Versichertenverhältnisses, <u>kein Pflegegrad vorhanden*</u>
	A8	<u>Bestätigung des Versichertenverhältnisses, kein Pflegegrad vorhanden, Einstufung beantragt</u>
	B8	<u>Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 1</u>
	C8	<u>Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 1, Antrag auf Neueinstufung</u>
	D8	<u>Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 2</u>
	E8	<u>Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 2, Antrag auf Neueinstufung</u>
	F8	<u>Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 3</u>
	G8	<u>Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 3, Antrag auf Neueinstufung</u>
	H8	<u>Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 4</u>
	K8	<u>Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 4, Antrag auf Neueinstufung</u>
	L8	<u>Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 5</u>
	M8	<u>Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 5, Antrag auf Neueinstufung</u>

3. und 4. Stelle: leer

* Die Angaben zum Pflegegrad sind nur in den Fällen relevant, in denen das Krankenhaus zuvor durch Übermittlung einer zusätzlichen Aufnahmediagnose Z74.9 die Erhebung dieser Angabe angefordert hat.

Nachtrag zu Anlage 5

Nachtrag 4:

1.3 Übertragung von Versicherungsunternehmen an Krankenhaus

wird wie folgt geändert

1.3.1 Bestätigung des Versichertenstatus

Mit der Bestätigung des Versichertenstatus teilt das Versicherungsunternehmen dem Krankenhaus die Bestätigung des Versichertenverhältnisses, die Kostenübernahme oder ggf. ihre Ablehnung sowie einen ggf. bestehenden Pflegegrad mit. Das Merkmal Kostenübernahme (Schlüssel 8) enthält hierzu die erforderlichen Angaben. Bei Änderungen des Versichertenstatus PKV erfolgt die zeitliche Abgrenzung über die Datenelemente „Kostenübernahme ab“ und „Kostenübernahme bis“. Ansonsten kann das Datenelement „Kostenübernahme bis“ leer bleiben.

Bei Bedarf teilt das Krankenhaus dem Versicherungsunternehmen die Notwendigkeit zur Erhebung eines ggf. bestehenden Pflegegrades mit der Aufnahmeanzeige durch Übermittlung einer weiteren (zusätzlichen) Aufnahmediagnose (ICD Z74.9 „Problem mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit, nicht näher bezeichnet“) mit.

Das Versicherungsunternehmen ermittelt in diesen Fällen den ggf. bestehenden Pflegegrad des Patienten und teilt diesen dem Krankenhaus im Wege einer Bestätigung des Versichertenstatus (Nachricht PKOS) innerhalb der für die Nachricht PKOS vorgesehenen Frist von 3 Arbeitstagen nach Übermittlung der Aufnahmeanzeige unter Verwendung von Schlüssel 8 (Merkmal Kostenübernahme) mit. Sollte die Ermittlung des Pflegegrades im Ausnahmefall länger als die zulässige Frist dauern, ist fristgerecht eine Nachricht PKOS mit Schlüssel ,01‘ oder ,08‘ als „Vorgabewert“ zu übermitteln und der dann ermittelte Pflegegrad unverzüglich mit einer geänderten Nachricht PKOS an das Krankenhaus zu übermitteln.

Ändert sich während der stationären Behandlung der Pflegegrad (Erst- bzw. Neueinstufung), hat das Versicherungsunternehmen einen ggf. höheren Pflegegrad in einer geänderten Nachricht PKOS (VKZ: 20) unverzüglich (ggf. auch nach Entlassung und Rechnungsstellung) an das Krankenhaus zu übermitteln. Die Übermittlung des Pflegegrades erfolgt auch im Falle eines geänderten Aufnahmesatzes, der den ICD-Code Z74.9 erstmals enthält.

Das Krankenhaus kann den Rechnungssatz stornieren/gutschreiben, um das abrechnungsfähige Zusatzentgelt erneut in Rechnung zu stellen. Weiterhin muss die Entlassungsanzeige storniert bzw. geändert werden, wenn eine Korrektur der OPS-Angaben zum Pflegegrad notwendig ist. Erfolgt eine solche Datenkorrektur oder –Ergänzung, ist zeitgleich mit dem Rechnungsstorno eine neue Rechnung zu übermitteln. Es ist lediglich ein Ausgleich der Differenz zwischen dem Zahlungsbetrag der vorhergehenden Rechnung und dem sich nach Abschluss der in dieser Vereinbarung festgelegten Kontrollen ergebenden neuen Rechnungsbetrag zulässig. Zeitgleich in diesem Sinne ist eine Übermittlung dann, wenn sie in einer Datenlieferung d.h. unter derselben Dateinummer (Datenaustauschreferenz) erfolgt.

Weder die Übermittlung einer zusätzlichen Aufnahmediagnose Z74.9 noch die Übermittlung eines Pflegegrades in der Nachricht PKOS sind Voraussetzung für die Abrechnung pflegegradbezogener Zusatzentgelte. Für die Abrechnung der Zusatzentgelte sind einzig die hierfür festgelegten Abrechnungsgrundsätze maßgeblich.

...

Eine Änderung der Kostenübernahme findet in Fällen Anwendung, in denen ein Aufnahmesatz bei Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers an das neu zuständige Versicherungsunternehmen erfolgt (Schlüssel 1: 3. + 4. Stelle „21“ bis „27“) oder seitens des Krankenhauses ein Pflegegrad angefragt wurde, der mit einer (ggf. geänderten) PKOS-Nachricht übermittelt wird.

...

Nachtrag 5:

2. Hinweise zu Datenelementen (nach Segmenten)

wird wie folgt geändert:

...

FAB Segment Fachabteilung (10x in PVER / 30x in PREC / 999 x in PENT möglich)

1. Fachabteilung

Die Fachabteilungen werden nach Schlüssel 6 angegeben.

In der Verlängerungsanzeige wird die behandelnde Fachabteilung, im Rechnungssatz und in der Entlassungsanzeige alle behandelnden Fachabteilungen angegeben.

Bei Behandlung in einer besonderen Einrichtung ist die Fachabteilung, der die besondere Einrichtung zuzuordnen ist, aufzuführen.

2. Diagnose

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement die für den Operationseingriff maßgebliche abrechnungsrelevante Diagnose nach dem amtlichen ICD-Schlüssel (linksbündig mit Sonderzeichen '.', '-' und '#' (Kreuzdiagnose) ohne Leerzeichen). In dem 2. Datenelement kann eine Lokalisation entsprechend der Spezifizierung des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Diagnose relevant ist. Bei Fallpauschalen und Sonderentgelten ist die Diagnose entsprechend den Festlegungen nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 BPfIV mit maximaler Stellenzahl anzugeben.

3. Sekundär-Diagnose (Angabe entfällt)

4. Zusatzschlüssel Diagnose (Angabe entfällt)

5. Sekundär-Diagnose Zusatzschlüssel (Angabe entfällt)

6. Operationstag

Es ist das Datum der Operation bzw. des Beginns der durchgeführten Prozedur anzugeben. Das Datum ist zwingend anzugeben, sofern eine Angabe im Datenelement Operation enthalten ist.

Für die Erfassung von OPS-Codes, die den Pflegegrad des Patienten enthalten, ist im Feld „Operationstag“ das Aufnahmedatum zu verwenden. Dies gilt auch in Fällen, in denen der Pflegegrad während des Krankenhausaufenthaltes angepasst wurde.

7. Operation

...