

**Nachtrag vom 23.5.2023
mit Wirkung zum 1.7.2023 bzw. 1.8.2023**

zur

**4. Fortschreibung vom 12.8.2022
mit Wirkung zum 1.4.2023**

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

Nachträge 2-8, 10:

Die Nachträge setzen eine Abrechnung und Dokumentation der tagesstationären Behandlung gemäß der Vereinbarung über eine Dokumentation zur tagesstationären Behandlung im Krankenhaus gemäß §115e Abs. 4 SGB V (Dokumentations-Vereinbarung Tagesstationäre Behandlung) vom 22.02.2023 und der Vereinbarung zur Berechnung der Entgelte bei tagesstationärer Behandlung gemäß § 115e Absatz 3 Satz 4 SGB V (Abrechnungsvereinbarung Tagesstationäre Behandlung) vom 5.6.2023 (derzeit im Unterschriftenverfahren) um. Zum einen wird die Abrechnung des Abschlages bei nicht anfallender Übernachtung beschrieben, zum anderen werden die Dokumentationsanforderungen geregelt. Es sind dabei die Zeiten der Abwesenheiten aus dem Krankenhaus im Rahmen der tagesstationären Behandlungen an die Krankenversicherung zu übermitteln.

Nachtrag 1, 9:

Es wird klargestellt, wie rein teilstationäre Standorte abrechnen sollen, wenn in der Feldbeschreibung von STA für die Standortnummer eine Beschränkung auf reine stationäre Standorte vorliegt (Endung: `000`) und mittlerweile im Standortverzeichnis auch Standorte ohne stationäre Einrichtung erfasst werden (Endung: `001`).

Nachtrag 6a:

Im Zuge der Umsetzung der Vorgaben der 4. Fortschreibung (ab Aufnahmedatum 1.4.2023) wurde der Fehlercode „24089 Segment OKN fehlt“ vereinbart. Da das Feld „Alpha-ID-SE Version“ im DPV-Segment auch dann von den Abrechnungssystemen mit der Versionsnummer befüllt werden könnte, wenn keine Kodierungen für Seltene Erkrankungen (sogenannte Orpha-Kennnummern im Segment OKN) übermittelt werden, wird nach Abstimmung zwischen den Vereinbarungspartnern der Fehlercode 24089 nun für Aufnahmen ab 1.7.2023 wie folgt geändert:

24089: Segment OKN fehlt, obwohl `Alpha-ID-SE` Version im DPV Segment angegeben wurde.

Damit wird klargestellt, dass eine Versionsangabe der Alpha-ID-SE im DPV-Segment nur noch erfolgen darf, wenn auch Orpha-Kodierungen übermittelt werden. Um den Systemherstellern genügend Zeit für die Anpassung einzuräumen, werden bis zum 30.6.2023 die entsprechenden Fehlermeldungen zu 24089 bei allen Krankenversicherungen deaktiviert.

Nachträge zur Anlage 1

**Nachtrag 1 Aktualisierung der Nachricht PREC und PENT (für Übermittlungen ab dem 01.07.2023):
wird beim Einpflegen der Anlagen redaktionell eingearbeitet**

PREC PKV-Rechnungssatz

Segment / Inhalt	Status	Darstellung	Inhalt / Bemerkungen
FKT Segment Funktion	M		s. Standardsegmente
PNV Segment Information Privatversicherter	M		s. Standardsegmente
NAD Segment Name/Adresse	M		s. Standardsegmente
STA Segment Standort	M	an3	'STA' (99x möglich)
Standortnummer	M	an9	Standortnummer (77+Standort-ID+000 <u>oder 001</u>)
Standort Ende	M	an8	JJJJMMTT
Standort Ende Uhrzeit	M	an4	HH(00-23)MM(00-59)
CUX Segment Währung	M	an3	'CUX'
Währungskennzeichen	M	an3	Schlüssel 18

...

PENT PKV-Entlassungsanzeige

Segment / Inhalt	Status	Darstellung	Inhalt / Bemerkungen
FKT Segment Funktion	M		s. Standardsegmente
PNV Segment Information Privatversicherter	M		s. Standardsegmente
NAD Segment Name/Adresse	M		s. Standardsegmente
STA Segment Standort	M	an3	'STA' (99x möglich)
Standortnummer	M	an9	Standortnummer (77+Standort-ID+000 <u>oder 001</u>)
Standort Ende	M	an8	JJJJMMTT Standort Ende Uhrzeit M an4 HH(00-23)MM(00-59)

Nachträge zur Anlage 2

Nachtrag 2 Neues Abschlagsentgelt (für Übermittlungen ab dem 01.08.2023):

Schlüssel 4 Teil I: Entgeltart stationär

wird wie folgt ergänzt:

...

472 Abschlüsse nach GMG und sonstige Abschlüsse

Hinweis: 4.-8. Stelle: 00000 intern reserviert

...

00041 Abschlag bei Unterlassen der Verordnung einer
erforderlichen Anschlussversorgung gemäß § 3
Abs. 4 B-BEP-Abschlagsvereinbarung)

00043 Abschlag nach § 5 Absatz 3i KHEntgG zur
Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten
Mehrkosten als Ausgleich gemäß § 5 Abs. 4 der
Corona-Mehrkosten-Vereinbarung

00047 Abschlag bei nicht anfallender Übernachtung im
Rahmen tagesstationärer Behandlung
(§ 115e Abs. 3 SGB V - fallbezogen)

...

Nachtrag 3 (Entlassungs- und Verlegungsgrund) für Übermittlungen ab dem 01.08.2023:

Schlüssel 5: Entlassungs-/Verlegungsgrund

1. und 2. Stelle:
- 01 Behandlung regulär beendet
 - 02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
 - 03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
 - 04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
 - 05 Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
 - ...
 - 31 Beginn eines externen Aufenthalts (tagesstationäre Behandlung)
 - 32 Reguläre Beendigung eines externen Aufenthalts { bei tagesstationärer Behandlung}
 - 33 Ungeplante Beendigung eines externen Aufenthalts bei tagesstationärer Behandlung - Notfall
 - 34 Ungeplante Beendigung eines externen Aufenthalts bei tagesstationärer Behandlung – medizinischer Behandlungsbedarf
 - 35 Ungeplante Beendigung eines externen Aufenthalts bei tagesstationärer Behandlung – Wunsch des Patienten

Nachtrag 4 (Fachabteilungen) für Übermittlungen ab dem 01.08.2023:

Schlüssel 6: Fachabteilungen

wird wie folgt ergänzt:

...

**Sonderregelung für Pseudo-Fachabteilungen im ETL-Segment der
Entlassungsanzeige**

- 0000 Pseudo-Fachabteilung für den Krankenhausbezug (relevante
"Fachabteilung" für die DRG-Gruppierung) bei internen
Verlegungen und/oder Rückverlegungen und/oder
Wiederaufnahme und/oder ab 1.7.2013 bei externem Aufenthalt
mit Abwesenheit über Mitternacht (siehe Anlage 5)
- 0001 Pseudo-Fachabteilung für den Aufenthalt bei Rückverlegung
- 0002 Pseudo-Fachabteilung für den externen Aufenthalt bei
Wiederaufnahme
(siehe Anlage 5, Abschnitt 1.4.4 und 1.4.5, nur Verwendung in
ENTL.ETL)
- 0003 Pseudo-Fachabteilung für den externen Aufenthalt mit
Abwesenheit über Mitternacht im BPfIV-Bereich (ab 1.7.2013)
- 0004 Pseudofachabteilung für Zeitraum ohne direkten Patientenkontakt
(bei stationsäquivalenter Behandlung)
- 0005 reserviert
- 0006 Pseudo-Fachabteilung für Rückkehr in das Krankenhaus bei
tagesstationärer Behandlung

...

Nachtrag 5 (neues Abschlagsentgelt) für Übermittlungen ab dem 01.08.2023:

Anhang B Teil I:

wird wie folgt ergänzt:

Entgeltschlüssel	Entgeltbezeichnung	gueltigab	gueltigbis
<u>47200047</u>	<u>Abschlag bei nicht anfallender Übernachtung im Rahmen tagesstationärer Behandlung (§ 115e Abs. 3 SGB V - fallbezogen)</u>	<u>28.01.2023</u>	<u>31.12.9999</u>

Nachträge zu Anlage 2, Anhang C: Fehlercodes

Nachtrag 6 Anpassung Fehlercodes für Übermittlungen ab dem 01.08.2023:

34100	Es wurde nur FAB = 0000, 0001, 0002, oder 0003, <u>0004 oder 0006</u> übermittelt
34101	Entlassungs-/Verlegungsgrund gleich '12x', '16x', '18x' - bis , <u>'21x'</u> , '23x' oder , '24x', <u>31x' bis 35x'</u> im (zeitlich) letzten ETL-Segment unzulässig
34102	Entlassungs-/Verlegungsgrund ungleich '12x', '16x', '18x' bis , <u>'21x'</u> , '23x' oder , '24x', <u>31x bis 35x</u> in einem (zeitlich) nicht letzten ETL-Segment –unzulässig
34103	Veranlassende Stelle bei Notfallaufnahme bei Aufnahmegrund xxx1 unzulässig
34104	Aufnahmediagnose im ersten EAD-Segment ist obligatorisch
34105	Angabe Qualifizierung unzulässig
34106	Verarbeitungskennzeichen ungleich 20 unzulässig bei Rechnungsart 05
34107	Gültigkeit der Card für Privatversicherte nicht JJMM
34108	entfällt
34109	Angabe von Nebendiagnosen für Pseudo-Fachabteilung 0001, 0002, und 0003, <u>0004 oder 0006</u> nicht zulässig

...

<u>34236</u>	<u>Die Angabe des Verlegungs-/Entlassungsgrundes 32x – 35x ist nur in Zusammenhang mit der Pseudo-Fachabteilung 0006 zulässig</u>
--------------	---

...

Nachtrag 6a Anpassung Fehlercodes für Aufnahmen ab dem 01.07.2023:

24089	Segment OKN fehlt, <u>obwohl `Alpha-ID-SE` Version im DPV Segment angegeben wurde</u>
-------	---

Nachträge zur Anlage 5

Nachtrag 7 (tagesstationäre Behandlung) für Übermittlungen ab dem 01.08.2023:

1.2.5 Entlassungsanzeige

...

Erfolgt eine interne Verlegung, Rückverlegung, tagesstationäre Behandlung oder Wiederaufnahme [oder bei Versicherten in Krankenhäusern, die gemäß BPfIV vergütet werden, eine Unterbrechung des stationären Aufenthalts durch einen externen Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht], muss zusätzlich zu den ETL-Segmenten für die behandelnden Fachabteilungen (und deren Daten) die für den gesamten Krankenhausfall maßgebliche Hauptdiagnose bei Anwendung des Vergütungssystems nach § 17d KHG: Hauptdiagnose gemäß § 2 PEPPV 2013, (ggf. mit Nebendiagnosen) durch eine weitere (letzte!) Segmentgruppe SG1 übertragen werden, die im Segment ETL den Pseudo-Fachabteilungscode „0000“ für den Krankenhausbezug sowie die Daten der Entlassung/Verlegung enthält. Für die Gruppierung in eine DRG bzw. PEPP werden nur die Diagnoseangaben dieser letzten Segmentgruppe SG1 verwendet.

Fand keine interne Verlegung, Rückverlegung, tagesstationäre Behandlung und keine Wiederaufnahme [oder bei Versicherten in Krankenhäusern, die gemäß BPfIV vergütet werden, keine Unterbrechung des stationären Aufenthaltes durch externen Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht] statt, darf keine Segmentgruppe SG1 für die Krankenhausfall-Hauptdiagnose mit der Pseudo-Fachabteilung „0000“ übertragen werden. Die Krankenhausfall-Hauptdiagnose und die zugehörigen Nebendiagnosen sind dann identisch mit der Hauptdiagnose und den Nebendiagnosen der einzigen behandelnden Fachabteilung.

Nachtrag 8 (tagesstationäre Behandlung) für Übermittlungen ab dem 01.08.2023:

1.4. Vorgaben für besondere Fallkonstellationen

...

1.4.14 Dokumentation und Abrechnung tagesstationärer Behandlung nach §115e SGB V

Die Vereinbarung über eine „Dokumentation zur tagesstationären Behandlung im Krankenhaus gemäß §115e Abs. 4 SGB V (Dokumentations-Vereinbarung Tagesstationäre Behandlung)“ in Verbindung mit der Abrechnungsvereinbarung regelt das Nähere zur Erbringung der tagesstationären Behandlung.

Die tagesstationäre Behandlung wird im Rahmen der Fallabwicklung des vollstationären Falles abgerechnet bzw. dokumentiert. Es ist kein gesonderter Aufnahmegrund geregelt. Im Rahmen der Abrechnung ist jeder tagesstationäre Behandlungstag anzugeben. Verlässt der Patient das Krankenhaus im Rahmen einer tagesstationären Behandlung werden die Abwesenheiten über Nacht jeweils als „fiktive Verlegung“ dokumentiert. In Abhängigkeit davon, ob eine Rückkehr des Patienten ungeplant vor 06:00 Uhr des Folgetags oder geplant erfolgt, ist dies folgendermaßen zu dokumentieren:

Als Tag der Entlassung/Verlegung und als Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit sind der Tag und die Uhrzeit des jeweiligen Beginns der Abwesenheit über Nacht mit der verlegenden Fachabteilung und dem Entlassungs-/Verlegungsgrund „319“ (Beginn eines externen Aufenthalts (tagesstationäre Behandlung) in einer SG1 Segmentgruppe im ETL Segment anzugeben. Als Hauptdiagnose ist die Hauptdiagnose der verlegenden Fachabteilung anzugeben. Die Angabe der Sekundärdiagnose, des IK der aufnehmenden Institution sowie von Nebendiagnosen (NDG-Segment) entfällt.

Bei der Rückkehr aus der Abwesenheit über Nacht sind als Tag der Entlassung/Verlegung und als Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit der Tag und die Uhrzeit der jeweiligen Beendigung der Abwesenheit über Nacht mit den Entlassungs-/Verlegungsgründen::

- 32 Reguläre Beendigung eines externen Aufenthalts bei tagesstationärer Behandlung
- 33 Ungeplante Beendigung eines externen Aufenthalts bei tagesstationärer Behandlung - Notfall
- 34 Ungeplante Beendigung eines externen Aufenthalts bei tagesstationärer Behandlung – medizinischer Behandlungsbedarf
- 35 Ungeplante Beendigung eines externen Aufenthalts bei tagesstationärer Behandlung – Wunsch des Patienten

und der Pseudo-Fachabteilung „0006“ (Pseudo-Fachabteilung für Rückkehr in das Krankenhaus) bei tagesstationärer Behandlung) anzugeben. Als Hauptdiagnose ist die Hauptdiagnose der verlegenden internen Fachabteilung zu übernehmen. Die Angabe der Sekundärdiagnose, des IK der aufnehmenden Institution sowie von Nebendiagnosen (NDG-Segment) entfällt.

Sofern Patientinnen und Patienten zwischen ihrer Aufnahme in das Krankenhaus und ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus im Rahmen einer tagesstationären Behandlung für die Nacht das Krankenhaus verlassen, ist für die nicht anfallenden Übernachtungskosten ein Abzug von den für den vollstationären Aufenthalt insgesamt berechneten Entgelten vorzunehmen, der 0,04 Bewertungsrelationen je betreffender Nacht entspricht, wobei der Abzug einen Anteil von 30 Prozent der Entgelte für den Aufenthalt insgesamt nicht überschreiten darf. Dafür wird der Entgeltschlüssel 47200047 verwendet.

Die Abschläge der tagesstationären Behandlung werden in einem zusammengefassten Entgelt-Segment abgebildet. Als Anzahl wird der Wert 1 angegeben.

Nachtrag 9 Standortangaben für Übermittlungen ab dem 01.07.2023:

2. Hinweise zu Datenelementen (nach Segmenten)

wird wie folgt angepasst

....

STA Segment Standort

Mit dem Segment STA werden alle an der Behandlung des Patienten beteiligten Standorte des Krankenhauses mit zeitlichem Bezug ausgewiesen. Bei jedem Wechsel des Behandlungsstandortes ist ein neues STA-Segment zu erzeugen.

1. Standortnummer

Das Feld enthält den Standort des Krankenhauses im jeweiligen Behandlungsfall. Zur Anwendung dürfen nur gültige Standortnummern aus dem Verzeichnis nach § 293 Absatz 6 SGB V kommen.

Bei der Abrechnung stationsäquivalenter Behandlungsfälle (Aufnahmegrund `10`) ist der Vorgabewert `779999999` zu verwenden. Bei reinen Tageskliniken (teilstationäre Fälle) ist bei der Standortnummer an den letzten 3 Stellen nicht nur die `000` sondern die Angabe von `001` möglich.

...

Nachtrag 10 Berechnungsschema für Abschlag bei nicht anfallender Übernachtung im Rahmen tagesstationärer Behandlung

Anhang 1

Berechnungsschema für den Abschlag bei nicht anfallender Übernachtung im Rahmen tagesstationärer Behandlung (§ 115e Abs. 3 SGB V)

Für die Berechnung des Abschlages nach § 115e Abs. 3 SGB V zum Abzug von nicht anfallender Übernachtung im Rahmen tagesstationärer Behandlung wird der vom Krankenhaus in Rechnung gestellte Abschlagsbetrag wie folgt ermittelt:

47200047 ⇒ 28.01.2023 – 31.12.9999
(abrechenbar ab 01.08.2023 für Fälle mit Aufnahmedatum ab 28.01.2023)

1. Für den Abschlag nach § 115e Abs. 3 SGB V wurde der Entgeltartenschlüssel „47200047“ 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. Der Abschlagsbetrag ist durch Multiplikation der Anzahl der betreffenden Nächte mit dem Faktor 0,04 und dem maßgeblichen Landesbasisfallwert zu berechnen.
 - b. kaufmännische Rundung des nach Nr. a. errechneten Abschlagsbetrages auf 2 Nachkommastellen
 - c. Vergleichsrechnung: Von dem Brutto-Rechnungsbetrag des Krankenhauses werden, sofern darin enthalten, folgende Entgeltarten für eine Vergleichsrechnung 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]
 - 49* - Abrechnungsergänzungen
 - 70* - DRG-Fallpauschale nach § 7 Nr. 1 KHEntgG (§ 1 Abs. 1 Satz 1 KFPV/FPV)
 - 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

Es wird eine auf 2 Nachkommastellen gerundete Summe über alle o.g. Entgeltarten (Abschläge
sind dabei mit negativem Vorzeichen zu berücksichtigen) gebildet $[(\text{Entgeltbetrag}) \times$
 $(\text{Entgeltanzahl})]$.

- d. Beträgt der unter b. errechnete Abschlagsbetrag weniger als 30 Prozent, der unter c.
berechneten Summe, ist dieser Betrag zu verwenden, ansonsten wird der auf 30% gekürzte
Betrag als Abschlagsbetrag in Rechnung gestellt.