

**Nachtrag vom 24.4.2024
mit Wirkung zum 1.5.2024 und 1.7.2024**

zur

4. Fortschreibung vom 12.8.2022

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 den einzelnen Nachträgen

Nachträge 1, 6 und 7: Anforderung KVNR bei implantatebezogenen Eingriffen

(ab Aufnahmedatum 1.7.2024)

Bei nicht vorhandener KVNR zum Zwecke der Meldungen implantatebezogener Eingriffe kann die behandelte Person das Krankenhaus beauftragen, die Erstellung einer KVNR bei dem Versicherungsunternehmen zu beauftragen.

Wird in der Nachricht PAUF hilfsweise im Feld „Vertragskennzeichen“ eine Ortsbezeichnung (Geburtsort der behandelten Person), ggf. ein Länderkennzeichen und „X“ bei Mehrlingsgeburten übermittelt, bestätigt das Krankenhaus damit, von der behandelten Person beauftragt zu sein, eine KVNR zu beantragen.

In diesem Fall stößt das Versicherungsunternehmen unverzüglich die Erstellung einer KVNR an und teilt diese dem Krankenhaus im Wege einer – ggf. geänderten - PKOS-Nachricht mit.

Nachträge 2 und 4 und Anhänge 1 und 2

(ab Aufnahmedatum 1.5.2024)

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

(ab Aufnahmedatum 1.5.2024)

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

Nachtrag 5:

(ab Aufnahmedatum 1.5.2024)

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.

Es werden Anpassungen zu vereinbarten Codes zur Übermittlung des Segmentes IBE vereinbart, ein redundanter Fehlercode wird gestrichen.

Nachtrag 8:

§ 4a Abs. 4 KHEntgG regelt den Zuschlag zur Sicherstellung und Förderung der Kinder- und Jugendmedizin. Im Nachtrag vom 11.01.2023 wurde zwischen der DKG und dem PKV-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. Auf jedes 85er- und 86er-Entgelt wird 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 PKV-Spitzenverband zum Zeitpunkt IBE-Segment

Mit dem Nachtrag vom 19.02.2024 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 wurden 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 1

Nachtrag 1: Hinweis zu Standardsegmenten (Ab Aufnahmedatum 1.7.2024):

Standardsegmente (FKT, PNV, NAD)

wird wie folgt ergänzt:

...

Hinweise:

PNV **Entweder** PNV01 (Versicherungsnummer) Muss-Datenelement
oder sofern PNV01 zum Zeitpunkt der Nachricht im Krankenhaus noch nicht vorliegt, NAD04 (Geburtsdatum des Versicherten) + NAD05 (Straße und Haus-Nr., sofern vorhanden) + NAD06|NAD09 (Postleitzahl | Internationales Länderkennzeichen) + NAD07 (Wohnort) Muss-Datenelemente
PNV09 (Name) und PNV10 (Vorname)

Bei Aufnahme eines gesunden Neugeborenen sollen der Name und der Vorname der Mutter, bei Aufnahme von Lebendspendern zur Organentnahme sollen der Name und Vorname des Organempfängers in der Aufnahmeanzeige und in allen nachfolgenden Nachrichten angegeben werden.

Wird das Feld „Vertragskennzeichen“ (PNV08) mit einem Doppelkreuz („#“) und einem nachfolgenden Ortsnamen (Geburtsort der behandelten Person) und ggf. einem Länderkennzeichen und „X“ bei Mehrlingsgeburten befüllt, so wird damit, abweichend vom ursprünglichen Verwendungszweck des Feldes, im Auftrag des Patienten dem Versicherungsunternehmen die Anforderung einer KVNR mitgeteilt.

NAD [NAD04 (Geburtsdatum des Versicherten) + NAD05 (Straße und Haus-Nr., sofern vorhanden) + NAD06|NAD09 (Postleitzahl | Internationales Länderkennzeichen) + NAD07 (Wohnort)] Muss-Datenelemente, wenn keine Angabe zu [PNV01 (Versicherungsnummer) + PNV02 (Personennummer) + PNV03 (Gültigkeit der Card für Privatversicherte)] vorliegt.

...

Nachträge zu Anlage 2

Nachtrag 2: Abschlag Budgetunterlagen für Aufnahmen ab dem 01.05.2024

Schlüssel 4 Teil I: Entgeltarten stationär

wird wie folgt ergänzt

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

...

472 Abschlüsse nach GMG und sonstige Abschlüsse

Hinweis: 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)

Schlüssel 4 Teil II: Entgeltarten BPfIV (bei Anwendung §17d) *wird wie folgt ergänzt*

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 7 [Abschlüsse u.a. gemäß KHG]

Entgeltbezug

3. Stelle: 1 Tagesbezogene Abschlüsse
4.-8. Stelle: 00000ff.

3. Stelle: 2 Fallbezogene Abschlüsse
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: Ergänzung Fachabteilungsschlüssel für Aufnahmen ab dem 01.05.2024

Schlüssel 6: Fachabteilungen (BPfIV)

wird wie folgt ergänzt

...

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 vereinbart wurde, können die Fachabteilungen wie folgt verschlüsselt werden:

0102 Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie

...

3758 Weaningeinheit

3759 Schmerztherapie/Tagesklinik

3760 Palliativmedizin Kinder

...

Nachträge zu Anhang A zur Anlage 2 - Entgeltarten

Nachtrag 4: Neues Abschlagsentgelt für Aufnahmen ab dem 1.5.2024

Teil 1 Schlüssel 4 Teil I: Entgeltart stationär

Entgeltschlüssel	Entgeltbezeichnung	gueltigab	gueltigbis
<u>47200048</u>	<u>Abschlag bei Nichtlieferung von Unterlagen und Daten für die Budgetverhandlungen (§ 11 Abs. 4 Satz 6 KHEntgG - fallbezogen)</u>	<u>1.5.2024</u>	<u>31.12.9999</u>

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

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

Nachträge zu Anhang B zur Anlage 2 - Fehlercodes

Nachtrag 5 Fehlercodes zur Übermittlung IBE-Segment und zur Handhabung von Pflegeentgelten für Besondere Einrichtungen (Ab Aufnahmedatum 1.5.2024):

Anhang B zur Anlage 2 - Fehlercodes

wird wie folgt ergänzt:

...

Spezifische Fehler der Prüfstufe 2

Fehlercode	Fehlertext
------------	------------

...

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
-------	--------------------------------------

24043	Nach IBE folgt nicht IBE, <u>ENA</u> oder UNT
-------	---

24999	Noch nicht spezifizierter Fehler
-------	----------------------------------

...

Spezifische Fehler der Prüfstufe 3

Fehlercode	Fehlertext
------------	------------

...

34220	Pflegeentgelte (74*, 84*) nur in einer Schlussrechnung (Rechnungsart 02/52, Zahlungserinnerungen und Mahnungen (Rechnungsart 55/57/58/05/07 oder 08) oder Gutschrift/Stornierung (Rechnungsart 04) zulässig
-------	---

...

Nachtrag 6 Vorgaben für besondere Fallkonstellationen (Ab Aufnahmedatum 1.7.2024)

1.4 Vorgaben für besondere Fallkonstellationen

wird wie folgt ergänzt:

...

1.4.16 Anforderung und Übermittlung einer KVNR im Auftrag der behandelten Person

Bei implantatbezogenen Eingriffen im Sinne des Implantatregistergesetzes und der Implantatregister-Betriebsverordnung ist das Krankenhaus zu einer Meldung nach §16 und §17 IRegG verpflichtet. Diese Meldung ist u.a. für die Abrechnung des Aufenthaltes erforderlich und erfordert die Angabe des unveränderlichen Teils der Krankenversicherungsnummer (KVNR).

Sofern die behandelte Person noch keine KVNR von dem Versicherungsunternehmen erhalten hat, kann sie das Krankenhaus mit der Anforderung einer solchen Nummer bei der Krankenversicherung beauftragen.

In diesem Fall nutzt das Krankenhaus in der Nachricht PAUF hilfsweise das Feld „Vertragskennzeichen“ zur Übermittlung des Geburtsortes und ggf. ein Länderkennzeichen und „X“ bei Mehrlingsgeburten. .

Dazu wird in diesem Feld ein Doppelkreuz („##“), gefolgt von dem Ort der Geburt, ggf. dem Länderkennzeichen und einem „X“ bei Mehrlingsgeburten übermittelt. Sofern das Feld für seinen Ursprungszweck verwendet wird (z.B. der Angabe Vertragskennzeichen nach § 64b Abs. 3 SGB V „123456“), ist der Geburtsort der Angabe nachzustellen (Beispiel „123456#München“).

Sollte der Geburtsort sich im Ausland befinden, ist nach dem Geburtsort, mit einem Komma getrennt, das internationale Länderkennzeichen nach Schlüssel 7 anzugeben (Beispiel: „#Kopenhagen,DK“). Unnötige Leerzeichen zwischen den Angaben sind zu vermeiden. Die maximale Zeichenzahl von 25 Zeichen ist zu beachten und ggf. sind Abkürzungen zu verwenden (z.B. „#Llanfair,GB“).

Sofern die behandelte Person als Mehrling geboren wurde, ist, mit einem Komma getrennt, ein „X“ anzufügen (Beispiel „#Llanfair,GB,X“).

Die Vereinbarungspartner erkennen dies als rechtsverbindliche Anforderung einer KVNR im Auftrage der behandelten Person an. Im Falle einer irrtümlich oder falsch übermittelten Angabe übermittelt das Krankenhaus erneut eine Aufnahmenachricht mit zwei Doppelkreuzen („##“) und nachfolgend der korrekten Angabe, bzw. im Falle eines Stornos ohne weiteren Text. Im Falle der Übermittlung einer solchen Ortsangabe initiiert das Versicherungsunternehmen unverzüglich die Erstellung der KVNR, die in der Nachricht PKOS an das Krankenhaus rückübermittelt wird. Die Bestätigung des Versicherungsverhältnisses an sich wird dabei nicht verzögert, sondern ggf. wird die KVNR in Form einer geänderten PKOS-Nachricht nachgeliefert. Parallel stellt das Versicherungsunternehmen der behandelten Person die KVNR zur Verfügung.

Nachtrag 7 Beschreibung Datenelemente ab Aufnahmedatum 1.7.2024:

Hinweise zu Datenelementen (nach Segmenten)

wird wie folgt ergänzt:

PNVSegment Information Privatversicherter

...

8. Vertragskennzeichen

Als Vertragskennzeichen ist bei Behandlungen im Rahmen eines Modellversuchs nach § 64b Abs. 3 SGB V unter Beteiligung eines PKV-Unternehmens das vom DRG-Institut mitgeteilte Vertragskennzeichen für den Modellversuch anzugeben.

Hilfsweise kann das Feld im Auftrag des Patienten auch zur Anforderung einer KVNR genutzt werden (siehe Kapitel Vorgaben für besondere Fallkonstellationen 1.4.15)

Nachtrag 8: 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)

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) <u>ohne 7090*</u>
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 $[(\text{Entgeltbetrag}) \times (\text{Entgeltanzahl})]$.
- 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 BPfIV - fallbezogen)

Für die Berechnung des Abschlags 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 BPfIV [E1]
[A,B]2*	-	Zuschlag nach Überschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten, § 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV [E1]
[A,B]3*	-	Abschlag nach Unterschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten, § 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV [E1]
C4*	-	Ergänzende Tagesentgelte nach bundesweit vereinbarten Entgeltkatalog, § 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV
C5*	-	Zusatzentgelte nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog, § 7 Satz 1 Nr. 2 BPfIV [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 BPfIV
CC*	-	Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden [ab 2017], § 7 Satz 1 Nr. 5 BPfIV
[A,B]D*	-	Teilzahlungsentgelte § 11 Abs. 1 Satz 3 BPfIV
[A,B]E*	-	gesonderte Entgelte für Patientinnen/Patienten von Belegärzten, § 8 Abs. 2 BPfIV
 - b. Es wird eine auf 2 Nachkommastellen gerundete Summe über alle o.g. Entgeltarten (Abschläge sind dabei mit negativem Vorzeichen zu berücksichtigen) gebildet $[(\text{Entgeltbetrag}) \times (\text{Entgeltanzahl})]$.
 - c. Der unter b. errechnete Rechnungsbetrag wird mit 1 v. Hundert multipliziert und als Abschlagsbetrag in Rechnung gestellt.