

Nachtrag vom 14.03.2023

mit Wirkung zum 01.07.2023

zur Fortschreibung der § 301 – Vereinbarung

Hinweis:

Für die Geltendmachung des Aufschlags gemäß § 275c Abs. 3 SGB V haben der GKV-Spitzenverband und die DKG das Nähere in der `Vereinbarung über die Geltendmachung des Aufschlages gemäß § 275c Abs. 3 SGB V im Wege elektronischer Datenübertragung (AUF-VB) vom 14.03.2023` vereinbart. Der Nachtrag regelt die Übermittlung auf elektronischem Weg ab dem 01.07.2023.

Erläuterungen zu einzelnen Nachträgen

Nachtrag 1 bis 4:

Gemäß § 275c Absatz 3 SGB V haben Krankenhäuser neben der Rückzahlung der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag einen Aufschlag an die Krankenkasse zu zahlen. Infolge der Änderung des o.g. Paragraphen im KHPfIEG erfolgt die Geltendmachung des Aufschlages im Wege elektronischer Datenübertragung.

Nachträge zur Anlage 2

Nachtrag 1 Schlüssel 30:

Schlüssel 30: Information PrüfvV

...

Entscheidung der Krankenkasse nach MD-Gutachten (§ 8 PrüfvV) – nur KAIN

- MDK01 Leistungsrechtliche Entscheidung hat keine Beanstandung der Abrechnung (ohne Minderung des Abrechnungsbetrages) als Ergebnis (KAIN)
- MDK02 Leistungsrechtliche Entscheidung hat Beanstandung der Abrechnung (mit Minderung des Abrechnungsbetrages) als Ergebnis (KAIN)
- MDK04 Festlegung des Aufschlages gemäß § 275c Abs. 3 SGB V durch die Krankenkasse (KAIN)
- MDK06 Reaktion zu evtl. Einwänden des Krankenhauses (KAIN)
- MDK07 Mitteilung über einen unveränderten Aufschlagsbetrag (KAIN)
- MDK08 Mitteilung über einen veränderten Aufschlagsbetrag (KAIN)
- MDK09 Mitteilung des Aufschlages mit Grundlage der Berechnung (KAIN)
- MDK11 Rücknahme des Aufschlages, keine weitere Geltendmachung (KAIN)
- MDK14 Endgültige Anpassung eines bereits geltend gemachten Aufschlages (KAIN)
- MDK31 Diese vom MD konkret benannten angeforderten Unterlagen wurden nicht fristgemäß vorgelegt und können nicht im Erörterungsverfahren vorgelegt werden gemäß § 7 Abs. 2 Satz 11 PrüfvV (KAIN)

Mitteilung des Krankenhauses – nur INKA

- MDI04 Einwände gegen Grund oder Höhe des Aufschlages durch das Krankenhaus (INKA)

...

Nachträge zu Anlage 2, Anhang C: Fehlercodes

Nachtrag 2:

34228	Hash-String unzulässig
34229	Angabe Produktzuordnung entspricht nicht `0` oder `1`
34230	OPS gemäß OPS Trigger Liste des IRD enthalten aber Segment IBE fehlt
34231	Vertragsnummer unzulässig
<u>34232</u>	<u>MDI04/MDK06 darf nur nach MDK09 folgen</u>
<u>34233</u>	<u>Bei MDI04 muss mindestens ein PVT-Segment angegeben sein</u>
<u>34234</u>	<u>MDI04 darf nach Abschluss mit MDK07 bis MDK14 nicht mehr zur Anwendung kommen</u>
...	...
34999	Noch nicht spezifizierter Fehler

Nachtrag 3:**Anhang B Teil I und III:***wird wie folgt ergänzt:*

Entgeltschlüssel	Entgeltbezeichnung	gueltigab	gueltigbis
<u>47100048</u>	<u>Erstattungen von bereits geltend gemachten Aufschlägen (nur bei MDK14 durch Krankenkassen zu verwenden)</u>	<u>01.01.2020</u>	<u>31.12.9999</u>
<u>A6300048</u>	<u>Erstattungen von bereits geltend gemachten Aufschlägen (nur bei MDK14 durch Krankenkassen zu verwenden)</u>	<u>01.01.2020</u>	<u>31.12.9999</u>
<u>47200033</u>	<u>Forderungen bei bereits geltend gemachten Aufschlägen (nur bei MDK04/MDK14 durch Krankenkassen zu verwenden)</u>	<u>01.01.2020</u>	<u>31.12.9999</u>
<u>A7300033</u>	<u>Forderungen bei bereits geltend gemachten Aufschlägen (nur bei MDK04/MDK14 durch Krankenkassen zu verwenden)</u>	<u>01.01.2020</u>	<u>31.12.9999</u>

Nachträge zur Anlage 5

Nachtrag 4 Umsetzung der Aufschläge

1.4.13 Aufschläge gemäß §275c Absatz 3 SGB V

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. Dies betrifft vollstationäre Krankenhausfälle mit Datum der leistungsrechtlichen Entscheidungen der Krankenkasse ab dem 01.01.2022. Die folgende Verfahrensweise gilt für die elektronische Geltendmachung von Aufschlägen, die ab dem 29.12.2022 von der Krankenkasse gegenüber dem Krankenhaus geltend gemacht werden. Sie gilt nicht für vor dem 29.12.2022 durch Verwaltungsakt geltend gemachte Aufschläge. Der Aufschlag wird wie folgt geltend gemacht:

1. Die Krankenkasse teilt dem Krankenhaus diesen 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 `MDK04MDK09` 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 (Format: ursprünglicher Abrechnungsbetrag#geminderter Abrechnungsbetrag#Aufschlagsquote#Differenzbetrag#Aufschlagsbetrag). Dies kann gemeinsam mit der leistungsrechtlichen Entscheidung der Krankenkasse erfolgen, jedoch auch zu einem späteren Zeitpunkt.

2. Das Krankenhaus kann bei Bedarf Einwände gegen Grund oder Höhe des Aufschlages mitteilen. Dies erfolgt mit der Nachricht `Information Krankenhäuser` und der Schlüssel 30 Ausprägung `MDI04`. Das Krankenhaus hat in einem zugehörigen PVT-Segment seine Einwände mit einer entsprechenden Begründung zu übermitteln.

3. Die Krankenkasse kann mit dem Schlüssel `MDK06` (Reaktion zu evtl. Einwänden des Krankenhauses) abschließend reagieren. Ggf. erfolgt weiterer Austausch zwischen Krankenhaus und Krankenkasse jeweils mit `MDI04` oder `MDK06`.

4. Mit dem Schlüssel `MDK08` informiert die Krankenkasse über eine sich ggf. geänderte Aufschlagshöhe, mit Schlüssel `MDK11` erfolgt eine Information durch die Krankenkasse, wenn die Kommunikation zu einer Rücknahme des Aufschlages führt. In den Fällen, in denen die Kommunikation nicht zu einer Änderung des Aufschlagsbetrages führt, wird das Verfahren durch die Krankenkasse mit dem Schlüssel `MDK07` (Mitteilung über einen unveränderten Aufschlagsbetrag) beendet.

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 zu übermitteln, in dem wird folgender strukturierter Text dargestellt: ~~den~~ Entgeltschlüssel, ~~den~~ der Aufschlagsbetrag und eine Rechnungsnummer ~~enthält~~. 47200033 bzw. A7300033 ~~stellt~~ 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. Ist die Verwendung der Nachricht Sammelüberweisung (SAMU) vereinbart, ist diese Rechnungsnummer ebenfalls zu verwenden.

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

Für den Bereich der Entgeltarten BpFIV (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.

Mit dem Schlüssel `MDK14` passt eine Krankenkasse, wenn entsprechender Anpassungsbedarf besteht, einen bereits geltend gemachten Aufschlag z.B. infolge rechtskräftigen Gerichtsurteils endgültig an. 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. Der Aufschlag ist in Abhängigkeit davon, ob es sich um eine Forderung oder Erstattung handelt, folgendermaßen als strukturierter Text im PVT-Segment darzustellen:

- o Entgeltschlüssel (bei Erstattungen 47100048 bzw. A6300048, bei Forderungen 47200033 bzw. A7300033).
- o Höhe des erstatteten oder geforderten Aufschlags durch die Krankenkasse gefolgt von einer Raute (\$\$\$\$\$,\$\$#).
- o die letzten(!) 18 Stellen der ursprünglichen Rechnungsnummer des Krankenhauses mit dem Präfix „B-“ (B-\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$).

In der Nachricht SAMU wird der geforderte bzw. erstattete Aufschlag mit der ursprünglichen Rechnungsnummer (A-*) angegeben. Bei Forderungen ist als Rechnungsart 04, bei Erstattungen 03 zu verwenden.