

Nachtrag vom 07.07.2025

mit Wirkung zum 01.10.2025

zur Fortschreibung der § 301 – Vereinbarung

Erläuterungen zu einzelnen Nachträgen

Nachtrag 1:

Es erfolgt eine nachträgliche Anpassung zum „Tag der Wundheilung“ im Zahlungssatz, die schon bereits im Rechnungssatz vorgenommen wurde.

Nachtrag 2:

In „Schlüssel 3: Einzelvergütung, Erläuterung“ wird die Ausprägung `15` an den AOP-Vertrag vom 18.12.2024 mit Gültigkeit zum 01.01.2025 angepasst.

Nachtrag 3:

Die Entgeltarten für die Abbildung tagesgleicher Pflegesätze in der Psychiatrie sind nun, nach dem Umstieg aller Krankenhäuser auf den PEPP-Bereich, nicht mehr notwendig und können entfallen.

Hinweis: Sollte es vereinzelt Vereinbarungen geben, die trotz wegfallendem Entgeltbereich Schlüssel daraus verwenden, sind diese vor Ort umzuschlüsseln.

Nachtrag 4 und Anhänge 1–2:

Es werden der Digitalisierungsabschlag bei der Nichtbereitstellung digitaler Dienste und der Abschlag gemäß QSFFx-RL in der entsprechenden Entgeltsystematik geregelt.

§ 7 Absatz 7 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung zur Versorgung von Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur gemäß

§ 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur/QSFFx-RL) sieht vor, dass bei erbrachten Leistungen nach Anlage 1 ein Abschlag in Höhe von 75% zu leisten ist. Liefert ein Krankenhaus trotz zweimaliger Aufforderung mit jeweils vierwöchiger Fristsetzung erforderliche Daten des Nachweisverfahrens nach § 6 für einen bestimmten Zeitraum nicht, stellt Krankenhaus dies im Rahmen seiner Abrechnung nach § 301 Absatz 1 SGB V als Abzugsbetrag in Rechnung. Erfolgt dies nicht, ist die Krankenkasse berechtigt, den Abschlagsbetrag durch Übermittlung in einem Zahlungssatz umzusetzen. Das Berechnungsschema aus Anhang 1 stellt die Berechnungsweise dar.

Nachtrag 5 und 6:

Es erfolgen redaktionelle Anpassungen in den Nachträgen.

Nachtrag 7:

Der gemäß Nachtrag vom 12.12.2024 vorgesehene Entgeltschlüssel „0001“ war bereits in einigen Bereichen vergeben, deshalb ist dieser zu korrigieren auf „0003“.

Nachtrag 8:

§ 11 Absatz 3 Satz 3 SGB V regelt, dass in den Fällen, in denen bei stationärer Behandlung die Anwesenheit einer Begleitperson aus medizinischen Gründen notwendig, eine Mitaufnahme in die stationäre Einrichtung jedoch nicht möglich ist, die Unterbringung der Begleitperson auch außerhalb des Krankenhauses oder der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung erfolgen kann. Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art und Dauer der Leistungen für eine Unterbringung nach Satz 2 nach pflichtgemäßem Ermessen; die Kosten dieser Leistungen dürfen nicht höher sein, als die für eine Mitaufnahme der Begleitperson in die stationäre Einrichtung nach Satz 1 anfallenden Kosten.

Da dies auch für den Bereich BpFIV gilt, wird ein Schlüssel für diesen Zuschlag wird auch in Schlüssel 4 Teil III: Entgeltarten BpFIV aufgenommen.

Nachtrag 9:

Es gibt weitere Leistungsbereiche im Rahmen der ASV, diese werden entsprechend fortgeschrieben.

Nachtrag 10:

Es gibt weitere Studien, in diesem Zusammenhang sind die entsprechenden Studientitel fortzuschreiben.

Nachtrag 11:

Die ausmultiplizierten Entgeltschlüssel werden dargestellt.

Nachtrag 12:

Bestehende Fehlercodes sind nach Hinweisen aus der Praxis anzupassen und ein neuer Fehlercode im Umgang mit dem Hash-string einzuführen. Der Fehlercode 34242 wird gestrichen. Dies wird notwendig, weil es möglich ist, dass die Meldebestätigung weitere OPS-Kodes enthält, für die keine Leistungen abgerechnet werden. Hintergrund ist z.B. die Explantation eines Brustimplantates aus medizinischen Gründen und die gleichzeitige Implantation eines neuen Implantates auf Wunsch der Patientin als Selbstzahlerleistung. Diese Leistung ist dann zwar in der Meldebestätigung, wird jedoch nicht gegenüber der Krankenkasse in der Entlassungsanzeige abgerechnet. Somit muss diese Prüfung entfallen.

Nachtrag 13:

Das Freigabezeichen Fragezeichen „?“ unmittelbar vor einem Trennzeichen wird verwendet, um dieses als Textzeichen zu maskieren. Es wird klargestellt, dass das Freigabezeichen nicht zur Länge des Wertes eines Datenelements mitgezählt wird.

Nachtrag 14:

Nicht in jedem Fall werden 2 IBE-Segmente im Rahmen des Modellvorhabens übermittelt. Es wird klargestellt, wann nur 1 IBE-Segment erwartet wird.

Nachtrag 15:

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) vom 11.12.2024 wurde der Aufschlagsbetrag für Fälle mit leistungsrechtlicher Entscheidung ab dem 12.12.2024 auf 400 Euro festgelegt. Die Bereitstellung der Prüfquote im PVT-Segment der Nachricht KAIN ist an die neue Regelung anzupassen. Weitere Regelungen zur Datenübermittlung sind künftig vorzunehmen. Da derzeit noch Fälle mit alter und neuer Rechtsgrundlage möglich sind, haben sich DKG und GKV-Spitzenverband darauf verständigt an der bisherigen Verfahrensweise nichts zu ändern. Dieses Thema wird zu gegebener Zeit erneut aufgegriffen und entsprechend geregelt, wenn es nur noch Aufschläge in Höhe von 400 Euro gibt und damit Informationen wie Aufschlagsquote etc. entfallen können. Bis dahin wird wie bisher vorgegangen. Es wird außerdem klargestellt, dass ein Doppelpunkt aufzuführen ist, dies war im Beispiel bisher bereits vorhanden, fehlte jedoch im Text.

Nachtrag 16:

Es erfolgt eine Klarstellung zur Angabe der Verweildauer, wenn sich ein Krankenhaus mit dem Kostenträger nach einer Einzelfallprüfung darauf einigt, dass ein Fall als Hybrid-DRG-Fall hätte durchgeführt werden müssen.

Nachtrag 17:

Es wurde im Bereich der Gennummern der Wertebereich auf die Gensymbole gemäß HGNC geändert. Die bestehenden Datenfelder können weiterhin genutzt werden, jedoch die Inhalte sind gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 738. Sitzung angepasst anzuwenden.

Nachtrag 18:

Das BfArM hat die Spezifizierung der Meldebestätigung im Rahmen der Genomsequenzierung veröffentlicht. Hier ist in dem Beispiel der §301–Regelung (Überschrift) der Kostenträger zu ergänzen. Gleichzeitig wird auf die offizielle Spezifikation verwiesen.

Nachtrag 19:

Mit der Angabe „Mitwirkung an AbD“ im Feld Vertragskennzeichen weist das Krankenhaus die Mitwirkung an der geforderten anwendungsbegleitenden Datenerhebung gemäß § 35a Abs. 3b Satz 2 SGB V bzw. dem jeweiligen G–BA Beschluss nach.

Nachtrag 20:

Bereits jetzt weisen Einrichtungen im Rahmen der STÄB die Standortnummer des entsendenden Personals aus, dahingehend wird die Verwendung der Pseudostandortnummer für STÄB für Fälle, in denen das Personal von einem einzelnen Standort entsandt wird, aufgehoben.

Nachträge zu Anlage 1

Nachtrag 1: Zahlungssatz

...
ENT	Segment Entgelt	K	an3	'ENT' (400x möglich)
1	Entgeltart	M	an8	Schlüssel 4
2	Entgeltbetrag	M	n..10	99999999,99 (Einzelbetrag)
3	Abrechnung von	M	an8	JJJJMMTT
4	Abrechnung bis	M	an8	JJJJMMTT
5	Entgeltanzahl	M	n..5	
6	Tage ohne Berechnung/Behandlung	K	n..3	
7	Tag der Wundheilung	K	an8	Angabe entfällt JJJJMMTT (bei A-Fallpauschale)

Nachträge zu Anlage 2

Nachtrag 2: 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
	06	teilweise honorarsummenrelevante Pauschalvergütung
	07	diagnostische und interventionelle Katheter einschl. Führungsdraht, Gefäßschleuse, Einführungsbesteck und Verschlussysteme im Zusammenhang mit angiologisch-diagnostischen und -therapeutischen, gefäßchirurgischen und phlebologischen Leistungen (siehe Hinweis)
	08	Iris-Reraktoren, Kapselspannringe und Injektionshalterungen bei ophthalmochirurgischen Eingriffen (siehe Hinweis)
	09	Ophthalmica (Viskoelastika, Perfluordecaline, Silikonöl, C3F8-Gas) bei ophthalmochirurgischen Leistungen (siehe Hinweis)
	10	Narkosegase, Sauerstoff (siehe Hinweis)
	12	Erstattung für Arzneimittel (75 % des Apotheken-Einkaufspreises nach Lauertaxe zuzüglich Mehrwertsteuer)
	13	Erstattung für Photonensensibilisatoren bei der Photodynamischen Therapie und Hormonpräparate bei Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung (80% des Apotheken-Einkaufspreises nach Lauertaxe zuzüglich Mehrwertsteuer)
	14	Nahtmaterial (siehe Hinweis)
	15	Diagnostische und interventionelle Katheter einschl. Führungsdraht im Zusammenhang mit gastrokopischen Leistungen (inkl. Leistungen an den Gallenwegen) (siehe Hinweis) <u>und/oder koloskopischen Leistungen</u>

Nachtrag 3: 4 Teil I: Entgeltart stationär

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	01	Tagesgleicher Pflegesatz für Allgemeine Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, und Psychosomatik/Psychotherapie reserviert
	02	Ermäßigter Abteilungspflegesatz für Allgemeine Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, und Psychosomatik/Psychotherapie nach § 14 Abs. 2 Satz 3 oder Abs. 7 Satz 2 BpflV+ reserviert
	03-28	reserviert
	40	Zuschlag nach § 8 Abs. 3 BpflV bzw. § 8 Abs. 3 KHEntG (Investitionszuschlag) reserviert

...

01* Tagesgleicher Pflegesatz für Allgemeine Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, und Psychosomatik/Psychotherapie

02* Ermäßigter Abteilungspflegesatz für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Allgemeine Psychiatrie und Psychosomatik/Psychotherapie

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	01	Tagesgleicher Pflegesatz für Allgemeine Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, und Psychosomatik/Psychotherapie
	02	Ermäßigter Abteilungspflegesatz für Allgemeine Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, und Psychosomatik/Psychotherapie
	3. Stelle	
	0	keine weitere Differenzierung
	4. Stelle	
	0	keine weitere Differenzierung
	5.-8. Stelle	
	0001	Basispflegesatz, vollstationär
	0002	Basispflegesatz, teilstationär
	4. Stelle	
	+	Abteilungspflegesätze
	5.-8. Stelle	
	XXXX	Fachabteilungsschlüssel der Allgemeinen Psychiatrie (29*), der Kinder- und Jugendpsychiatrie (30*) und der Psychosomatik/Psychotherapie (31*) (siehe Schlüssel 6) ohne somatische Fachabteilungen
	4. Stelle	
	3	Teilstationäre Pflegesätze
	5.-8. Stelle	
	XXXX	Fachabteilungsschlüssel der Allgemeinen Psychiatrie (29*), der Kinder- und Jugendpsychiatrie (30*) und der Psychosomatik/Psychotherapie (31*) (siehe Schlüssel 6) ohne somatische Fachabteilungen
	4. Stelle	

1. und 2. Stelle		Entgeltschlüssel	
		4	Pflegesätze für Belegpatienten
			5.–8. Stelle
		XXXX	Fachabteilungsschlüssel der Allgemeinen Psychiatrie (29*), der Kinder- und Jugendpsychiatrie (30*) und der Psychosomatik/Psychotherapie (31*) (siehe Schlüssel 6) ohne somatische Fachabteilungen
			4. Stelle
		5	Teilstationäre Pflegesätze für Belegpatienten
			5.–8. Stelle
		XXXX	Fachabteilungsschlüssel der Allgemeinen Psychiatrie (29*), der Kinder- und Jugendpsychiatrie (30*) und der Psychosomatik/Psychotherapie (31*) (siehe Schlüssel 6) ohne somatische Fachabteilungen

Nachtrag 4: Schlüssel 4 Teil I: Entgeltart stationär & Teil III: Entgeltarten BPfIV (bei Anwendung § 17d KHG)

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	
	
		3. Stelle	
	2	Abschlag	
		4. –8. Stelle	
	
		00040	Abschlag gemäß § 2 Abs. 8 und 9 B-BEP-Abschlagsvereinbarung (pro Fall)
		00041	Abschlag bei Unterlassen der Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung gemäß § 3 Abs. 4 B-BEP-Abschlagsvereinbarung)
		00042	Abschlag bei Nichtteilnahme an der Telematikinfrastruktur
		00043	Abschlag nach § 5 Absatz 3i KHEntgG zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten als Ausgleich gemäß § 5 Abs. 4 der Corona-Mehrkosten-Vereinbarung, prozentual
		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)
		00050	Abschlag bei fehlender Datenübermittlung an das Implantateregister Deutschland (§ 23a IRegBV – 100€ fester Betrag)
		<u>00051</u>	<u>Abschlag in Höhe von 75% gemäß § 7 Absatz 7 gemäß QSFFx-RL</u>
		<u>00052</u>	<u>Digitalisierungsabschlag bei Nichtbereitstellung digitaler Dienste (§ 5 Absatz 3h KHEntgG und § 5 Absatz 7 BPfIV)</u>

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 7 [Abschläge u.a. gemäß KHG]				
Entgeltbezug				
	
	3. Stelle	4	prozentuale Abschläge	
		4.–8. Stelle	CORON	Abschlag für den Ausgleich eines aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandenen Erlösanstiegs (prozentual, Corona-Ausgleichsvereinbarung)
		<u>4.–8. Stelle</u>	<u>00052</u>	<u>Digitalisierungsabschlag bei Nichtbereitstellung digitaler Dienste (§ 5 Absatz 3h KHEntgG und § 5 Absatz 7 BPfIV)</u>

Nachtrag 5: Schlüssel 4 Teil I: Entgeltart stationär & Schlüssel 4 Teil III: Entgeltarten BPfIV (bei Anwendung § 17d KHG)

...

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	
	00001	Systemzuschlag Gemeinsamer Bundesausschuss [§ 91 Abs. 3 Satz 1 SGB V i.V.m. § 139c Satz 1 SGB V], vollstationär	
	00005	Zuschlag für Vorhaltekosten von besonderen Einrichtungen (§3 Abs. 2 Satz 2 VBE)	
	00007	Zuschlag für Zentren und Schwerpunkte (§ 5 Abs. 3 KHEntgG)	
	00008	Aufwandspauschale bei erfolgloser MDK-Prüfung (§ 275c Abs.1€ SGB V)	
	00009	Telematikzuschlag, vollstationär (§377 Abs. 1 und 2 SGB V)	
	00010	Zuschlag nach § 15 Abs. 2 KHEntgG	

...

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 6 [Zuschläge u.a. gemäß KHG]				
Entgeltbezug				

	3. Stelle	3	Sonstige Zuschläge	
		4.-8. Stelle	00000	Kostenpauschale für Verwaltungsverfahren
			00001	Aufwandspauschale bei erfolgloser MDK-Prüfung (§ 275c Abs.1€ SGB V)

Nachtrag 6: Schlüssel 4 Teil I: Entgeltart stationär**75* – Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG**

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	75	Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntG
		3. Stelle
	1	Zuschlag
		4.–8. Stelle
	00001	Sicherstellungszuschlag nach § 17b Abs. 1 Satz 7 KHG (Festbetrag)
	00002	Sicherstellungszuschlag auf den Basisfallwert § 17b Abs. 1 Satz 7 KHG ²
	00003	Zuschlag für Begleitperson nach § 17b Abs. 1 a Satz 4 <u>Nr. 7</u> KHG i.V.m. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3, 1. HS KHEntgG
	00004	Zuschlag Mitaufnahme Pflegekraft nach § 17b Abs. 1 a Satz 4 <u>Nr. 7</u> KHG i.V.m. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3, 2. HS KHEntgG
	00005	Zuschlag Mitaufnahme je neugeborenem Geschwisterkind (§ 1 Abs. 5 Satz 9 FPV)
	00006	Zuschlag für Begleitpersonen nach § 11 Abs. 3 Satz 2 SGB V (Unterbringung außerhalb des Krankenhauses)

² Der Sicherstellungszuschlag auf den Basisfallwert berechnet sich analog des Abrechnungsschemas für den Abschlag vom Landesbasisfallwert für Mehrleistungen nach § 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG im Hinweis des Nachtrages vom 27.03.2009.

Nachtrag 7: 4 Teil II: Entgeltart ambulant – Korrektur**Schlüssel 4 Teil II: Entgeltart ambulant**

	9	Abschlag		
		3. Stelle	0	allgemeiner Abschlag
			1	Abschlag bei Mehrleistungen
			2	Prozentualer Abschlag bei Nichtumsetzung der Telematikinfrastruktur gemäß §291 Abs. 2b SGB V
		4. Stelle	0	keine Differenzierung
		5. – 8. Stelle	0000	keine Differenzierung
			0001 0003	Abschlag bei fehlender Datenübermittlung an das Implantateregister Deutschland (§ 23a IRegBV - 100€ fester Betrag)
			0100 ff.	Fachabteilung
	

Nachtrag 8: Aufnahme eines Zuschlages (für Aufnahmen ab dem 01.10.2025)**Schlüssel 4 Teil III: Entgeltarten BPfIV (bei Anwendung § 17d KHG)**

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 6 [Zuschläge u.a. gemäß KHG]				
Entgeltbezug				
3. Stelle	1	Tagesbezogene Zuschläge		
	4.-8. Stelle	00000	Zuschlag Begleitperson [§ 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 1. HS BPfIV]	
		00001	Zuschlag Mitaufnahme Pflegekraft [§ 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 2. HS BPfIV]	
		00002	Investitionszuschlag bis 2014 [§ 8 Abs. 3 BPfIV]	
		
		<u>00006</u>	<u>Zuschlag für Begleitpersonen nach § 11 Abs. 3 Satz 3 SGB V (Unterbringung außerhalb des Krankenhauses)</u>	

Nachtrag 9: Schlüssel 22 Leistungsbereich (§116b)**Schlüssel 22: Leistungsbereich (§116b)**

Leistungen nach §116b SGB V in seiner ab 01.01.2012 geltenden Fassung (wird entsprechend fortgeschrieben –§ 116b (neu))	
1[A–I]0100ff	Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen
1A0100	Onkologische Erkrankungen; Gastrointestinale Tumore und Tumore der Bauchhöhle
1A0200	Onkologische Erkrankungen; gynäkologische Tumore ohne Subspezialisierung
1A0201	Onkologische Erkrankungen: Mammakarzinom
1A0202	Onkologische Erkrankungen: Subspezialisierung andere gynäkologische Tumore
...	
1A0300	Urologische Tumore
1A0400	Hauttumore
1A0500	Tumore der Lunge und des Thorax
1A0600	Kopf- und Halstumore
1A0700	Tumore des Gehirns und der peripheren Nerven
1A0800	Knochen- und Weichteiltumore
1A0900	Tumore des Auges
<u>1A1000</u>	<u>Tumore des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung</u>
1B0100	Rheumatologische Erkrankungen; Erwachsene
1B0101	Rheumatologische Erkrankungen; Kinder
...	
1E0100	Multiple Sklerose
1F0100	Zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)
...	
1J0100	Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
...	
2[A–O]0100ff	Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen
2A0100	Tuberkulose; Tuberkulose und atypische Mykobakteriose
2B0100	Mukoviszidose
2C0100	Hämophilie
2D0100	Neuromuskuläre Erkrankungen
2E0100	Schwerwiegende immunologische Erkrankungen: Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose
...	
2H0100	Morbus – Wilson
2K0100	Marfan-Syndrom
2L0100	pulmonale Hypertonie
<u>2N0100</u>	<u>Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation</u>
2O0100	ausgewählte seltene Lebererkrankungen

Nachtrag 10: Schlüssel 32 Studientitel nach § 137e SGB V**Schlüssel 32: Studientitel nach § 137e SGB V**

S1	AlloRelapseMMStudy: Allogene Stammzelltransplantation bei Multiplen Myelom
S2	reserviert
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
S10	HOT-AAMI: Mikrovaskuläre Reperfusion von Myokardgewebe mittels intrakoronar applizierter, hyperoxämischer Therapie nach primärer perkutaner Koronarintervention bei akutem Vorderwandinfarkt (SSO2-Therapie)
S11	ISAR-WAVE: Koronare Lithoplastie bei koronarer Herzkrankheit
S12	POSA: Schlafpositionstherapie bei leichter bis mittelgradiger lageabhängiger obstruktiver Schlafapnoe
S13	CAM-P-OS: Selbstanwendung einer aktiven Bewegungsschiene im Rahmen der Behandlung von Sprunggelenkfrakturen
S14	PINGUin: Niedrigdosierter gepulster Ultraschall bei Pseudarthrosen
S15	HIPACO-1: High-Flow-Therapie bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) und chronisch respiratorischer Insuffizienz Typ 1
S16	HIPACO-2: High-Flow-Therapie bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) und chronisch respiratorischer Insuffizienz Typ 2
<u>S17</u>	<u>SMAART: Magnetische Ösophagus-Sphinkter-Augmentation bei Gastroösophagealer Refluxkrankheit</u>
<u>S18</u>	<u>EFeQT: Neuromuskuläre Feedbacktherapie bei Querschnittlähmung</u>
<u>S19</u>	<u>BALDIKA: Medikamentenbeschichteter Ballondilatationskatheter zur transurethralen Behandlung von Harnröhrenstrikturen</u>
<u>S20</u>	<u>TRAVAST: Transkutane Vagusnervstimulation bei pharmakoresistenter Epilepsie</u>

Nachträge zu Anlage 2 Anhang B

Nachtrag 11 Ausprägung der Entgeltartenschlüssel in Anhängen

Entgeltschlüssel	Entgeltbezeichnung	gueltigab	gueltigbis
<u>47200051</u>	<u>Abschlag in Höhe von 75% gemäß § 7 Absatz 7 gemäß QSFFx-RL</u>	<u>01.10.2025</u>	<u>31.12.9999</u>
<u>47200052</u>	<u>Digitalisierungsabschlag bei Nichtbereitstellung digitaler Dienste (§ 5 Absatz 3h KHEntgG und § 5 Absatz 7 BPfIV)</u>	<u>01.01.2026</u>	<u>31.12.9999</u>

Anhang B Teil III:

wird wie folgt ergänzt:

Entgeltschlüssel	Entgeltbezeichnung	gueltigab	gueltigbis
<u>A7400052</u>	<u>Digitalisierungsabschlag bei Nichtbereitstellung digitaler Dienste (§ 5 Absatz 3h KHEntgG und § 5 Absatz 7 BPfIV)</u>	<u>01.01.2026</u>	<u>31.12.9999</u>
<u>B7400052</u>	<u>Digitalisierungsabschlag bei Nichtbereitstellung digitaler Dienste (§ 5 Absatz 3h KHEntgG und § 5 Absatz 7 BPfIV)</u>	<u>01.01.2026</u>	<u>31.12.9999</u>
<u>A6100006</u>	<u>Zuschlag für Begleitpersonen nach § 11 Abs. 3 Satz 3 SGB V (Unterbringung außerhalb des Krankenhauses)</u>	<u>01.10.2025</u>	<u>31.12.9999</u>

Anhang C – Fehlercodes

Nachtrag 12: Änderung Fehlercodes

...	...
34036	Tag der Wundheilung ← Aufnahmetag
...	
34055	Tag der Wundheilung gefüllt, aber Entgeltart keine A-Fallpauschale
...	...
34186	Feld ` <u>Standortnummer</u> /Betriebsstättennummer` muss gefüllt sein bei VKZ `08`, `17`, ` <u>A5</u> `, `37` bzw. `48`, außer bei Ambulanzen die keine Standortnummer gemäß dem Verzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V erhalten
...	...
34228	Nicht alle auslösenden OPS-Codes in der Entlassungsanzeige sind in den OPS-Listen der Hash-Strings enthalten, <u>nur bei vorhandenem IBE Segment</u> , nicht bei VKZ A5 oder S5
...	...
34241	ID Meldebestätigung wurde bereits verwendet
34242	Nicht alle auslösende OPS-Codes der Hash-Strings sind in der Entlassungsanzeige enthalten
34243	Abrechnung weitere Entgelte bei Hybrid-DRG unzulässig
34244	Vertragskennzeichen HYB nur für Aufnahmesatz mit Aufnahmegrund 01 zulässig
34245	Angabe Produktzuordnung entspricht nicht `9`, nur bei VKZ A5 oder S5
34246	<u>IK des Leistungserbringers im Hash-String stimmt nicht mit dem übermittelten IK im FKT-Segment überein, nur bei VKZ A5 oder S5</u>

Nachträge zu Anlage 4

Nachtrag 13: Stufe 2–Prüfung der Syntax

6.2 Stufe 2 – Prüfung der Syntax

Je Nachricht wird die Reihenfolge der Segmente geprüft, innerhalb eines Segmentes erfolgen die Prüfungen auf Feldebene in Bezug auf Typ, Länge und Vorkommen (Kann– oder Muss–Feld).

Wenn die Syntax verletzt ist, z. B. bei falschen Segmenten, zu großer Feldlänge oder alphanumerischen Inhalten in numerisch definierten Datenelementen, ist die gesamte Nachricht von UNH bis UNT zurückzuweisen. Freigabezeichen werden nicht zur Länge des Wertes eines Datenelements mitgezählt.

Es wird dann eine Fehlernachricht mit dem Nachrichtentyp 'FEHL' (Segmentfolge UNH, FKT, FHL, UNT) erzeugt und an den Absender übermittelt.

Nachträge zu Anlage 5

Nachtrag 14: Klarstellung Abrechnung Modellvorhaben Genomsequenzierung

1.2.8.10 Abrechnung von Leistungen nach § 64 e SGB V Modellvorhaben Genomsequenzierung

...

Gemäß § 9 Abs. 10 des 64e Vertrages besteht nur dann ein Vergütungsanspruch, wenn die Meldebestätigungen des Plattformträgers für die klinischen Daten und Genomdaten in der Datenübermittlung an die Krankenkasse übermittelt wurden. Die Meldebestätigungen werden in zwei IBE-Segmenten übermittelt-, davon abweichend ist bei der Abrechnung

- der Pauschale für die Versorgung durch Entscheidung ZSE-Board bei Aufnahme (Entgeltschlüssel G603SE01) oder
- der Pauschale für die Versorgung durch Entscheidung MTB bei Aufnahme (Entgeltschlüssel G603ON01)

jeweils lediglich die Meldebestätigung für die klinischen Daten in einem IBE-Segment zu übermitteln.

...

Nachtrag 15: Aufschläge gemäß § 275c Absatz 3 SGB V

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. Die folgende Verfahrensweise gilt für die elektronische Geltendmachung von Aufschlägen, die ~~ab dem 29.12.2022 (Datum des Inkrafttretens des KHPfEG)~~ 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 Fälle mit leistungsrechtlicher Entscheidung ab dem 12.12.2024 wird der Aufschlag infolge des KHVVG auf 400 Euro festgelegt. 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. In den Fällen, in denen der Aufschlag fest 400 Euro beträgt, wird als Aufschlagsquote `400` übermittelt. Dies erfolgt jeweils getrennt mit einer Raute im Format:

```
ursprünglicher Abrechnungsbetrag#geminderter Abrechnungsbetrag#
Aufschlagsquote#Differenzbetrag#Aufschlagsbetrag
```

...

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, gefolgt von einem Doppelpunkt, 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. Folgt dem Verwendungszweck eine feste Zahl, ist dies die mitgeteilte Zahlungsfrist in Kalendertagen der Krankenkasse an das Krankenhaus (z.B.: IBAN#Verwendungszweck#14). Ist die Verwendung der Nachricht Sammelüberweisung (SAMU) vereinbart, ist diese Rechnungsnummer ebenfalls zu verwenden.

Nachtrag 16: Hybrid DRG nach §115f SGB V

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 `709#####` 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 KHEntG und FPV genommen wird, sind die Entgelte für Hybrid-DRG (709xxxxx) 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.
- es werden in der Entlassungsanzeige Aufnahme- und Entlassungstag des ursprünglichen vollstationären Falles angegeben. Die resultierenden gekürzten Tage im Vergleich zur Verweildauer der Hybrid-DRG werden im ENT-Segment des Rechnungssatzes als „Tage ohne Berechnung/Behandlung“ ausgewiesen.

Nachtrag 17: Gennummer – Gensymbol

2.8 ENA Segment Entgelt Ambulante Operation (999 x möglich)

...

13. Gennummer, codiert

Setzt der EBM die Art der Untersuchung (Gennummersymbol gemäß OMIMHGNC) voraus, ist diese anzugeben. Bei Gennummern-Gensymbolen mit weniger als 12 Zeichen erfolgt die Angabe rechtsbündig, fehlende Stellen werden mit führenden Leerzeichen aufgefüllt. Sonst bleibt das Feld leer.

14. Anzahl Gennummer

Setzt der EBM die unterschiedlichen Zielsequenzen voraus, so ist der Multiplikator (Anzahl der unterschiedlichen Zielsequenzen) anzugeben. Die Angabe erfolgt nur in Verbindung mit der Angabe einer eines GennummerGensymbols, codiert. Sonst bleibt das Feld leer.

...

Nachtrag 18: Genomsequenzierung

2.13 IBE Segment implantatbezogene Eingriffe

...

2. Hash-String

Der Hash-String ist der Meldebestätigung des Implantatregisters zu entnehmen. Die Bildungsvorschrift für die Meldebestätigung des Implantatregisters lautet wie folgt:

[ID der Meldebestätigung] \& [OPS 1] [Lokalisation 1] \& ... [OPS n] [Lokalisation n] \& [Produktzuordnung]

Als Trennzeichen zwischen ID der Meldebestätigung und OPS-Codes sowie zwischen den OPS-Codes des Strings und vor der Produktzuordnung ist das „&“-Zeichen anzugeben.

Im Bereich der Genomsequenzierungen (VKZ A5 und S5) ist nur im Nachrichtentyp AMBO in den IBE-Segmenten der Hash String wie folgt anzugeben:

[ID der Meldebestätigung] & [Datum der Leistungserbringung zzgl. eines Zählers] & [ID des Leistungserbringers] & [ID des DatenKnotens] & [Typ der Meldung] & [Indikationsbereich] & [Produktzuordnung] & [Kostenträger] & [Art der Daten] & [Art der Sequenzierung] & [Ergebnis der Qualitätskontrolle]. Beispielhaft:

Beispiel:

Alphanumerischer Code der Meldebestätigung	A123456789
Datum der Leistungserbringung zzgl. eines Zählers	20240701001
ID des Leistungserbringers	260530103
ID des Datenknoten	KDKK00001
Typ der Meldung	0
Indikationsbereich	0
Produktzuordnung	9
Kostenträger	1
Art der Daten	C
Art der Sequenzierung	2
Ergebnis der Qualitätskontrolle	1
Hash-String	A123456789&20240701001&260530103&KDK K00001&0&0&9&1&C&2&1
Hash-Wert (SHA256)	bad8a31b1759b565bee3d283e68af38e173 499bfcce2f50691e7eddda62b2f31

[Aufbau der Meldebestätigung durch das BfArM unter:](https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Forschung/modellvorhaben-genomsequenzierung/Dokumentation-Meldebestaetigung-MV-GenomSeq.pdf?__blob=publicationFile)

https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Forschung/modellvorhaben-genomsequenzierung/Dokumentation-Meldebestaetigung-MV-GenomSeq.pdf?__blob=publicationFile

Inhalt	Prüfbericht	Meldebestätigung
Alphanumerischer Code der Meldebestätigung	-	Durch das BfArM generiert: z.B. A123456789
Datum der Leistungserbringung zzgl. eines Zählers	YYYY-MM-DD, 2025-01-01	YYYYMMDDZZZ, 20250101001
ID des Leistungserbringers	Institutionskennzeichen (§293 SGB V)	Institutionskennzeichen (§293 SGB V)
ID des Knoten	Nach Vorgabe durch das BfArM z.B. KDKK00001, GRZHD0001	Nach Vorgabe durch das BfArM z.B. KDKK00001, GRZHD0001
Typ der Meldung	"initial", "follow-up", "addition", "correction"	0, 1, 2, 3
Indikationsbereich	"oncological", "rare", "hereditary"	O, R, H
Produktzuordnung (Übergangsphase)	-	Immer „9“ → Zuordnung zum MV GenomSeq im 301er IBE Segment
Krankenversicherungsträger	„GKV“, „PKV“, „PKV/Beihilfe“, „andere“	1,2,3,4 (genaue Abstimmung → Datenkranz)
Art der Daten	"clinical", "genomic"	C, G
Art der Sequenzierung	"none", "wgs", "wes", "panel", "wgs_lr"	0, 1, 2, 3, 4
Ergebnis der Qualitätskontrolle	„true“, „false“	1, 0

...

Nachtrag 19: Dokumentation einer Anwendungsbegleitenden Datenerhebung (AbD)**2.18 INV Segment Information Versicherter**

...

10. Vertragskennzeichen

Erfolgt die Behandlung und/oder Abrechnung auf Basis individueller Verträge (z. B. Modellvorhaben nach § 64b Abs. 1 SGB V, Qualitätsverträge nach § 110a SGB V oder DMP) ist das Vertragskennzeichen des zu Grunde liegenden Vertrages anzugeben. Die Angabe des Vertragskennzeichens des Qualitätsvertrages entfällt, sofern ein Vertragskennzeichen aus einem der anderen individuellen Verträge anzugeben ist.

Bei der Abrechnung von ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen nach § 116b SGB V erfolgt die Zuordnung der Leistungen der Teammitglieder zum ASV-Team über die in diesem Feld angegebene Teamnummer, die verpflichtend anzugeben ist. Die Teamnummer ist neunstellig und wird gemäß der ASV-AV von der bundesweiten ASV-Service-Stelle vergeben.

Bei der Abrechnung von Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V ist die Zuordnung des Behandlungsfalles zur jeweiligen Ermächtigung über die Ausprägung: XXASK` (Patienten nach Art, Schwere oder Komplexität) oder `XXRBE` (regionale Besonderheiten) oder `XXFUL` (Forschung und Lehre) anzugeben.

Bei der Abrechnung von Leistungen nach §92 Abs. 6b ist die Nummer des Netzverbundvertrages anzugeben.

Zur Kennzeichnung von Auslandsversicherten, die nach § 219a Abs. 6 SGB V zum Zwecke der Behandlung einer COVID-19-Erkrankung vollstationär aufgenommen werden, wird zukünftig durch das Krankenhaus „COVID-19_Ausland“ mindestens im Aufnahmesatz, in der Entlassungsanzeige und im Rechnungssatz im Datenfeld „Vertragskennzeichen“ übermittelt. Im Rechnungssatz „Ambulante Operation“ erfolgt keine Angabe. In allen anderen Nachrichtentypen muss keine gesonderte Kennzeichnung erfolgen.

Mit der Angabe „Mitwirkung an AbD“ im Feld Vertragskennzeichen weist das Krankenhaus die Mitwirkung an der geforderten anwendungsbegleitenden Datenerhebung gemäß § 35a Abs. 3b Satz 2 SGB V bzw. dem jeweiligen G-BA Beschluss nach.

Nachtrag 20: Standortnummer bei stationsäquivalenter Behandlung

2.30 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`) enthält das Feld in den Fällen, in denen das Personal von einem Standort entsendet wird, diesen Standort. In Fällen, in denen mehrere Standorte entsenden und nur in Fällen im Rahmen der Integrierten Versorgung, in denen keine Standortnummer vorhanden ist, 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 21 Berechnungsschema**Anhang 1a Berechnungsschema QSFX Abschlag**

zur Abrechnung des Abschlages nach § 7 Absatz 7 QSFFX–RL

47200051 ⇒ 01.01.2025 – 31.12.9999 (abrechenbar für Fälle mit Aufnahmedatum ab 1.1.2025)

1. Der Abschlagsbetrag ist vom Krankenhaus in der Rechnung mindernd auszuweisen oder wenn keine Rechnungsminderung durch das Krankenhaus erfolgt, von der Krankenkasse einzubehalten.
2. Für den Abschlag wurde der Entgeltartenschlüssel „47200051“ festgelegt. Dieser wird als prozentualer Abschlag auf die u.g. Entgeltarten in der Rechnung separat ausgewiesen.
3. In der Rechnung des Krankenhauses werden für ab dem 01.01.2025 stationär aufgenommene Patienten, sofern im Rechnungssatz enthalten, die folgenden Entgeltarten zur Umsetzung des Abschlages herangezogen:

70xxxxxx	DRG–Fallpauschale nach § 7 Nr. 1 KHEntgG (§ 1 Abs. 1 Satz 1 KFPV/FPV) [ohne 7090 und 7091]
71xxxxxx	Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD nach § 7 Nr. 3 KHEntgG
72xxxxxx	Abschlag bei Verlegungen nach § 1 Abs. 1 Satz 3 KFPV/FPV
73xxxxxx	Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD nach § 1 Abs. 3 Satz 1 KFPV/FPV

4. Der vom Krankenhaus in Rechnung gestellte Abschlagsbetrag wird wie folgt ermittelt (Abschläge sind mit negativem Vorzeichen zu berücksichtigen):

Summe über alle Entgeltarten [(Entgeltbetrag) x (Entgeltanzahl) x Prozentwert (75% bei QSFFX–Abschlag)/100]

5. kaufmännische Rundung des nach Nr. 4 errechneten Zuschlagsbetrages auf 2 Nachkommastellen

Anhang 1b Berechnungsschema für Digitalisierungsabschlag KHEntgG

zur Abrechnung des Digitalisierungsabschlag bei Nichtbereitstellung digitaler Dienste:

47200052 ⇒ 01.01.2026 – 31.12.9999

1. Der Abschlagsbetrag ist vom Krankenhaus in der Rechnung mindernd auszuweisen oder wenn keine Rechnungsminderung durch das Krankenhaus erfolgt, von der Krankenkasse einzubehalten.
2. Für den Abschlag wurde der Entgeltartenschlüssel „47200052“ festgelegt. Dieser wird als prozentualer Abschlag auf die u.g. Entgeltarten in der Rechnung separat ausgewiesen.
3. In der Rechnung des Krankenhauses werden für ab dem 01.01.2026 stationär aufgenommene Patienten, sofern im Rechnungssatz enthalten, die folgenden Entgeltarten zur Umsetzung des Abschlages herangezogen:

70xxxxxx	DRG–Fallpauschale nach § 7 Nr. 1 KHEntgG (§ 1 Abs. 1 Satz 1 KFPV/FPV) [ohne 7090 und 7091]
71xxxxxx	Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD nach § 7 Nr. 3 KHEntgG
72xxxxxx	Abschlag bei Verlegungen nach § 1 Abs. 1 Satz 3 KFPV/FPV
73xxxxxx	Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD nach § 1 Abs. 3 Satz 1 KFPV/FPV
760xxxxx	Zusatzentgelt nach § 7 Nr. 2 KHEntgG – Arzneimittel oder nach Anlage 2 oder Anlage 4 KFPV 2004 bzw. nach Anlage 6 FPV
762xxxxx	Zusatzentgelt nach § 6 Abs. 2a KHEntgG
76Zxxxxx	Zusatzentgelt nach § 7 Nr. 2 KHEntgG -. nach Anlage 5 FPV
85xxxxxx	Tagesbezogenes Entgelt nach § 7 Nr. 5 KHEntgG (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)
86xxxxxx	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

4. Der vom Krankenhaus in Rechnung gestellte Abschlagsbetrag wird wie folgt ermittelt (Abschläge sind mit negativem Vorzeichen zu berücksichtigen):

Summe über alle Entgeltarten [(Entgeltbetrag) x (Entgeltanzahl) x Prozentwert (max. 2%)/ 100]

5. kaufmännische Rundung des nach Nr. 4 errechneten Zuschlagsbetrages auf 2 Nachkommastellen

Anhang 2 Berechnungsschema für den Digitalisierungsabschlag PEPP

zur Abrechnung des Digitalisierungsabschlages

1. Für den Abschlag wurde der Entgeltartenschlüssel „A7400052“ oder „B7400052“ festgelegt. Dieser wird als prozentualer Zuschlag auf die u.g. Entgeltarten in der Rechnung separat ausgewiesen.
2. Von dem Brutto-Rechnungsbetrag des Krankenhauses werden, sofern darin enthalten, folgende Entgeltarten zur Berechnung des Zuschlages herangezogen:

A1<PEPP>x	bewertetes PEPP-Entgelt nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog
B1<PEPP>x	bewertetes teilstationäres PEPP-Entgelt nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog
A2<PEPP>x	Zuschlag nach Überschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten
A3<PEPP>x	Abschlag nach Unterschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten
A8<PEPP>x	krankenhausindividuell vereinbarte PEPP-Entgelte
A88<PEPP>	krankenhausindividuell vereinbarte fallbezogene PEPP-Entgelte
B8<PEPP>x	krankenhausindividuell vereinbarte teilstationäre PEPP-Entgelte
B88<PEPP>	krankenhausindividuell vereinbarte fallbezogene teilstationäre PEPP-Entgelte
C4Exxxxx	Ergänzende Tagesentgelte nach bundesweit vereinbarten Entgeltkatalog
C9xxxxxx	krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte
C5Zxxxxx	Zusatzentgelt nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog
CBxxxxxx	Entgelte für regionale und strukturelle Besonderheiten (RSB)

3. Die vom Krankenhaus in Rechnung gestellten Zu-/Abschlagsbeträge werden wie folgt ermittelt (Abschläge sind mit negativem Vorzeichen zu berücksichtigen):

Summe über alle Entgeltarten [(Entgeltbetrag) x (Entgeltanzahl)] x Prozentwert (max. 2%) / 100

4. kaufmännische Rundung des nach Nr. 3 errechneten Zu-/Abschlagsbetrages auf 2 Nachkommastellen

Anhang 3 Berechnungsschema für die Rechnungslegung ab 01.10.2025

zur Abrechnung des Zuschlages für den Ausgleich eines aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandenen Erlösrückgangs (Corona-Ausgleichsvereinbarung)

A64CORON ⇒ 01.04.2021 – 31.12.9999

B64CORON ⇒ 01.04.2021 – 31.12.9999

D64CORON ⇒ 19.03.2025 – 31.12.9999

1. Für den Zuschlag nach § 4 Abs. 10 KHEntgG wurde der Entgeltartenschlüssel „A64CORON“, „B64CORON“ oder „D64CORON“ festgelegt. Dieser wird als prozentualer Zuschlag auf die u.g. Entgeltarten in der Rechnung separat ausgewiesen.
2. Von dem Brutto-Rechnungsbetrag des Krankenhauses werden, sofern darin enthalten, folgende Entgeltarten zur Berechnung des Zuschlages herangezogen:

A1 <PEPP>x	bewertetes PEPP-Entgelt nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog
B1 <PEPP>x	bewertetes teilstationäres PEPP-Entgelt nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog
A2 <PEPP>x	Zuschlag nach Überschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten
A3 <PEPP>x	Abschlag nach Unterschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten
A8 <PEPP>x	krankenhausindividuell vereinbarte PEPP-Entgelte
B8 <PEPP>x	krankenhausindividuell vereinbarte teilstationäre PEPP-Entgelte
C4Exxxxx	Ergänzende Tagesentgelte nach bundesweit vereinbarten Entgeltkatalog
C9xxxxxx	krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte
C5Zxxxxx	Zusatzentgelt nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog
<u>DHxxxxxx</u>	<u>Entgelt für krankenhausindividuell vereinbarte Leistungen (Anlage 6b PEPPV)</u>

3. Die vom Krankenhaus in Rechnung gestellten Zu-/Abschlagsbeträge werden wie folgt ermittelt (Abschläge sind mit negativem Vorzeichen zu berücksichtigen):

Summe über alle Entgeltarten [(Entgeltbetrag) x (Entgeltanzahl)] x maßgeblicher von Hundertwert / 100

4. kaufmännische Rundung des nach Nr. 3 errechneten Zu-/Abschlagsbetrages auf 2 Nachkommastellen

Anhang 4 Berechnungsschema für die Rechnungslegung ab 01.10.2025

zur Abrechnung des Abschlages für den Ausgleich eines aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandenen Erlösanstiegs (Corona-Ausgleichsvereinbarung)

A74CORON ⇒ 01.01.2022 – 31.12.9999

B74CORON ⇒ 01.01.2022 – 31.12.9999

D74CORON ⇒ 19.03.2025 – 31.12.9999

1. Für den Abschlag nach § 4 Abs. 10 KHEntgG wurde der Entgeltartenschlüssel „A74CORON“, „B74CORON“ oder „D74CORON“ festgelegt. Dieser wird als prozentualer Zuschlag auf die u.g. Entgeltarten in der Rechnung separat ausgewiesen.
2. Von dem Brutto-Rechnungsbetrag des Krankenhauses werden, sofern darin enthalten, folgende Entgeltarten zur Berechnung des Zuschlages herangezogen:

A1 <PEPP>x	bewertetes PEPP-Entgelt nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog
B1 <PEPP>x	bewertetes teilstationäres PEPP-Entgelt nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog
A2 <PEPP>x	Zuschlag nach Überschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten
A3 <PEPP>x	Abschlag nach Unterschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten
A8 <PEPP>x	krankenhausindividuell vereinbarte PEPP-Entgelte
A88 <PEPP>	krankenhausindividuell vereinbarte fallbezogene PEPP-Entgelte
B8 <PEPP>x	krankenhausindividuell vereinbarte teilstationäre PEPP-Entgelte
B88 <PEPP>	krankenhausindividuell vereinbarte fallbezogene teilstationäre PEPP-Entgelte
C4Exxxxx	Ergänzende Tagesentgelte nach bundesweit vereinbarten Entgeltkatalog
C9xxxxxx	krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte
C5Zxxxxx	Zusatzentgelt nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog
CBxxxxxx	Entgelte für regionale und strukturelle Besonderheiten (RSB)
<u>DHxxxxxx</u>	<u>Entgelt für krankenhausindividuell vereinbarte Leistungen (Anlage 6b PEPPV)</u>

3. Die vom Krankenhaus in Rechnung gestellten Zu-/Abschlagsbeträge werden wie folgt ermittelt (Abschläge sind mit negativem Vorzeichen zu berücksichtigen):

Summe über alle Entgeltarten [(Entgeltbetrag) x (Entgeltanzahl)] x maßgeblicher von Hundertwert / 100

4. kaufmännische Rundung des nach Nr. 3 errechneten Zu-/Abschlagsbetrages auf 2 Nachkommastellen