

Nachtrag vom 12.10.2018*

zur Fortschreibung der § 301-Vereinbarung
vom 17.04.2018

mit Wirkung zum 01.01.2019

* Dieser Nachtrag wird auf Grundlage des Entwurfes eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) vereinbart. Die Festlegungen zur Übermittlung der Pflegegrade gelten nur vorbehaltlich des Inkrafttretens zum 01.01.2019 und frühestens ab Veröffentlichung des Gesetzes.

Erläuterungen zu einzelnen Nachträgen

Nachtrag 1:

Es wird ein Entgeltschlüssel im Bereich der Zu- und Abschläge reserviert, der künftig nicht mehr anderweitig vergeben wird. Des Weiteren werden Zu- und Abschläge für die Teilnahme bzw. Nichtteilnahme am Notfallstufensystem gemäß vereinbart. Diese werden vorbereitend vereinbart, damit eine zeitnahe Regelung nach Abschluss der Verhandlungen zwischen DKG und GKV-Spitzenverband gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG zum 01.01.2019 möglich ist.

Nachtrag 2:

Der ambulante Entgeltbereich wird im Bereich der Behandlungspauschalen (2. Stelle = 2) um den Leistungsbereich der Komplexbehandlungen erweitert.

Nachtrag 3:

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen. Nachtrag 3 sieht darüber hinaus vor, die Entgelte im PEPP-Bereich um den Bereich der prozentualen Zu- und Abschläge zu erweitern.

Nachtrag 4, 11:

Der Gesetzentwurf zum PpSG sieht eine verpflichtende Mitteilung der Krankenkassen zum bestehenden Pflegegrad während des Krankenhausaufenthaltes vor. Diese Information wird künftig direkt nach Aufnahme über einen angepassten Kostenübernahmeschlüssel übermittelt. Gibt es Änderungen während des Krankenhausaufenthaltes, werden diese durch eine erneute Übermittlung sichergestellt. Das Nähere zum Verfahren ist in Anlage 5 geregelt.

Nachtrag 5:

Ab 2019 wird es weitere DMP Programme geben. Der Versichertenstatus ist entsprechend anzupassen.

Nachtrag 6:

Der Leistungsbereichsschlüssel für §116b (neu) wird um den zusätzlichen Bereich der „ausgewählten seltenen Lebererkrankungen“ erweitert.

Nachtrag 8:

Ist aus Sicht der Krankenkasse ein MDK-Verfahren aufgrund einer Datenkorrektur nach § 7 Abs. 5 Satz 1 PrüfV zu beenden, ist dies dem Krankenhaus künftig über die neue Ausprägung `MDK03` des Schlüssels 30 mitzuteilen. Konsequenz wäre eine leistungsrechtliche Entscheidung der Krankenkasse, wonach der Rechnungsbetrag nun nicht weiter zu beanstanden ist. Die Aufwandspauschale entfällt hiermit ebenfalls. Hinweis: Im Fall der Direktbeauftragung des MDK durch die Krankenkasse kann diese Nachricht KAIN (MDK03) die erste KAIN Nachricht gegenüber dem Krankenhaus für dieses Prüfverfahren sein.

Nachtrag 9:

Es werden neue Fehlercodes eingefügt. Der Fehlercode 34197 soll diejenigen Fälle anzeigen, in denen ein Krankenhaus eine KAIN Nachricht im Rahmen des Prüfverfahrens erhält, ohne jedoch von der Anzeige eines Prüfverfahrens Kenntnis erhalten zu haben. Diese Anzeige erfolgt durch die Krankenkasse (§4 PrüfvV) oder in Fällen der Direktbeauftragung durch den MDK (§6 Abs. 2 Satz 4 und Absatz 3 PrüfvV). Die weiteren Fehlercodes sind für Übermittlungen der beiden neuen Nachrichtentypen KHIN und KANT im Rahmen des Entlassmanagements vorgesehen.

Nachtrag 10:

Die Adressen der Annahmestellen der T-Systems und der AOK Sachsen/Anhalt haben sich geändert.

Nachtrag 12:

Es wird klargestellt, dass der Ausgangspunkt einer Aufrechnungserklärung ein Zahlungssatz nach bereits erfolgter Zahlung durch die Krankenkassen ist.

Nachtrag 13:

Die Ausweisung des Zuschlags für Obduktionen im ENT Segment unterscheidet sich nicht von anderen fallbezogenen Zuschlägen (z.B. DRG-Systemzuschlag), die „Sonderregelung“ kann daher entfallen.

Nachtrag 14:

Die Vereinbarungspartner ergänzen die Beispiele der 15. Fortschreibung vom 17.04.2018 um ein weiteres Beispiel, welches eine vollständige Sammelüberweisung (ergänzt um die neu eingeführten Segmente) darstellt.

Nachträge zur Anlage 2

Nachtrag 1:**Schlüssel 4 Teil I: Entgeltart 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

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
	<u>47XXXXXX</u>	<u>reserviert (extern)</u>
	3. Stelle	
	1	Zuschlag
	4. -8. Stelle	
	00001	Systemzuschlag Gemeinsamer Bundesausschuss [§ 91 Abs. 3 Satz 1 SGB V i.V.m. § 139c Satz 1 SGB V], vollstationär

	<u>00027</u>	<u>Zuschlag für Teilnahme am Notfallstufensystem nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG</u>

...

	3. Stelle	
	2	Abschlag
	4. -8. Stelle	
	00000	intern reserviert
	00010	Abschlag nach § 15 Abs. 2 KHEntgG

	00026	Fixkostendegressionsabschlag nach § 4 Abs. 2b KHEntgG
	<u>00027</u>	<u>Abschlag für Nichtteilnahme am Notfallstufensystem nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG</u>

Nachtrag 2:**Schlüssel 4 Teil II: Entgeltart ambulant***wird wie folgt ergänzt:*

...

2 Behandlungspauschale

3. Stelle	0	ohne Differenzierung
	1	Einmalkontakt
	2	Mehrfachkontakt
	3	Mitbehandlung
	4	Konsiliarleistung
4. - 7. Stelle	0000	keine Differenzierung
	0001	Sprechstundenbedarf
	0002 -	Leistungsart (noch zu definieren)
	0099	
	0100 ff.	Fachabteilung
	4000 ff.	Leistungsart Erwachsene
	5000 ff.	Leistungsart Kinder und Jugendliche
	<u>6000 ff.</u>	<u>Leistungsart (Fortsetzung)</u>
8. Stelle	0	keine Differenzierung
	1	ärztliche Leistung
	2	nichtärztliche Leistung
	<u>3</u>	<u>Komplexbehandlung</u>

Nachtrag 3:**Schlüssel 4 Teil III: Entgeltarten BPfIV (bei Anwendung §17d KHG) wird wie folgt korrigiert:**

...

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 krankenhausesindividuell vereinbarte Entgelte [E3.1|E3.3.]
- 9 krankenhausesindividuell vereinbarte Zusatzentgelte [E3.2]

...

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] |
| 3. Stelle | 2 | Fallbezogene Zuschläge | |
| | 4.-8. Stelle | 00000 | Ausbildungszuschlag
[§17a Abs. 6 KHG] |
| | | 00001 | Zuschlag Teilnahme an der regionalen
Versorgungsverpflichtung |
| | | 00002 | reserviert |
| | | 00003 | Zuschlag Qualitätssicherung
[§17b Abs. 1 Satz 5 KHG] |
| | | 00004 | Zuschlag Sicherstellung |

			[§17b Abs. 1 Sätze 6–9 KHG]
		00005	DRG-Systemzuschlag [§17b Abs. 5 KHG]
		00006	Systemzuschlag Gemeinsamer Bundesausschuss [§ 91 Abs. 3 Satz 1 SGB V i.V.m. §139 c Satz 1 SGB V]
		00008	Telematikzuschlag [§ 291a Abs. 7a SGB V]
		00009	Zuschlag für die Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen [§ 17b Absatz 1a Nummer 4 KHG]
3. Stelle	3	Sonstige Zuschläge	
	4.–8. Stelle	00000	Kostenpauschale für Verwaltungsverfahren
		00001	Aufwandspauschale bei erfolgloser MDK-Prüfung (§ 275 Abs.1c SGB V)
<u>3. Stelle</u>	<u>4</u>	<u>prozentuale Zuschläge¹</u>	
	<u>4.–8. Stelle</u>	<u>EA000</u>	<u>Erwachsene, Arzt</u>
		<u>EP000</u>	<u>Erwachsene, Psychologe</u>
		<u>ES000</u>	<u>Erwachsene, Spezialtherapeut</u>
		<u>KA000</u>	<u>Kinder und Jugendliche, Arzt</u>
		<u>KP000</u>	<u>Kinder und Jugendliche, Psychologe</u>
		<u>KF000</u>	<u>Kinder und Jugendliche, pädagogisch-pflegerische Fachperson</u>

...

¹ Diese Zuschläge werden für den Behandlungsbereich „D“ vergeben (D63*). Der prozentuale Wert ist auf alle Entgelte der Rechnung ohne andere Zu- und Abschläge [abzüglich X[6,7]XXXXXX]) zu beziehen.

Nachtrag 4:**Schlüssel 8: Merkmal Kostenübernahme***wird wie folgt ergänzt:*

1. und 2. Stelle	01	Kostenübernahme, <u>kein Pflegegrad vorhanden</u>
	<u>A1</u>	<u>Kostenübernahme, kein Pflegegrad vorhanden, Einstufung beantragt</u>
	<u>B1</u>	<u>Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 1</u>
	<u>C1</u>	<u>Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 1, Antrag auf Neueinstufung</u>
	<u>D1</u>	<u>Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 2</u>
	<u>E1</u>	<u>Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 2, Antrag auf Neueinstufung</u>
	<u>F1</u>	<u>Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 3</u>
	<u>G1</u>	<u>Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 3, Antrag auf Neueinstufung</u>
	<u>H1</u>	<u>Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 4</u>
	<u>K1</u>	<u>Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 4, Antrag auf Neueinstufung</u>
	<u>L1</u>	<u>Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 5</u>
	<u>M1</u>	<u>Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 5, Antrag auf Neueinstufung</u>
	02	Änderung der Kostenübernahme
	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>
	<u>A8</u>	<u>Bestätigung des Versichertenverhältnisses, kein Pflegegrad vorhanden, Einstufung beantragt</u>
	<u>B8</u>	<u>Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 1</u>
	<u>C8</u>	<u>Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 1, Antrag auf Neueinstufung</u>
	<u>D8</u>	<u>Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 2</u>
	<u>E8</u>	<u>Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 2, Antrag auf Neueinstufung</u>
	<u>F8</u>	<u>Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 3</u>
	<u>G8</u>	<u>Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 3, Antrag auf Neueinstufung</u>
	<u>H8</u>	<u>Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 4</u>

K8 Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 4, Antrag auf Neueinstufung

L8 Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 5

M8 Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 5, Antrag auf Neueinstufung

3 u. 4. Stelle **gilt nur für Knappschafft, sonst leer**

...

Nachtrag 5:**Schlüssel 12: Versichertenstatus***wird wie folgt ergänzt:*

...

Teil 3

DMP-Teilnahme

00 keine DMP-Teilnahme

01 Diabetes mellitus Typ 2

02 Brustkrebs

03 koronare Herzkrankheit

04 Diabetes mellitus Typ 1

05 Asthma bronchiale

06 COPD

07 Chronische Herzinsuffizienz08 Depression09 Rückenschmerz

99 Auslandsversicherte

Nachtrag 6:**Schlüssel 22: Leistungsbereich (§116b)***wird**wie folgt ergänzt:*

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
...	
1B0100	Rheumatologische Erkrankungen; Erwachsene
1B0101	Rheumatologische Erkrankungen; Kinder
...	
2[A–N]0100ff	Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen
2A0100	Tuberkulose; Tuberkulose und atypische Mykobakteriose
2B0100	Mukoviszidose
...	
2H0100	Morbus Wilson
2K0100	Marfan-Syndrom
2L0100	pulmonale Hypertonie
<u>2O0100</u>	<u>ausgewählte seltene Lebererkrankungen</u>
...	
3[A–B]0100ff	Hochspezialisierte Leistungen
....	

Nachtrag 7:

Schlüssel 23: PIA-Leistung

wird wie folgt angepasst:

...

Leistungen von Spezialtherapeuten

PIA-51A Leistungen von Spezialtherapeuten, Einzelbehandlung, bis 20 Min.

PIA-51B Leistungen von Spezialtherapeuten, Einzelbehandlung, > 20 bis 60 Min.

...

Nachtrag 8:

Schlüssel 30: Information PrüfvV

wird wie folgt ergänzt:

...

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

MDK01 Leistungsrechtliche Entscheidung hat keine Beanstandung der Abrechnung als Ergebnis (nur KAIN)

MDK02 Leistungsrechtliche Entscheidung hat Beanstandung der Abrechnung als Ergebnis (nur KAIN)

MDK03 Leistungsrechtliche Entscheidung hat aufgrund Datensatzkorrektur (§7 Abs. 5 PrüfvV) im MDK-Verfahren keine Beanstandung der Abrechnung als Ergebnis (nur KAIN)

...

Nachtrag 9:**Anhang C: Fehlercodes***wird wie folgt ergänzt:*

...

34189	Feld `Diagnoseart` bei VKZ `08`, `17`, `37` bzw. `48` darf nur Wert `1` bzw. `3` enthalten
34190	Feld `Diagnoseart` bei VKZ `13` bzw. `43` darf nur Wert `1` bzw. `2` enthalten
34191	BSNR in Feld `BSNR` (RZA Segment) muss bei VKZ `08`, `17`, `37` bzw. `48` und Diagnoseart `1` mit Feld `BSNR` (BDG Segment) identisch sein
...	...
34195	In KHIN muss in einem IFA-Segment die Art der Information mit `JA000` bzw. `JA001` aus Schlüssel 31 belegt sein
34196	FKT mit laufender Nummer 01 und PVV enthält BEK00 nicht zulässig
34197	Übermittlung einer KAIN-Nachricht ohne bisherige Anzeige eines Prüfverfahrens (durch Krankenkasse oder MDK)
34198	Aufnahmetag abweichend von Angabe im vorhergehenden IFA-Segment derselben Nachricht.
34199	Nachricht lfd Nr > 01 enthält keinen Schlüssel 31 aus dem Bereich „Einwilligung zum Entlassmanagement“
34200	Angaben aus dem Bereich „Einwilligung zum Entlassmanagement“ nur einmal in einer Nachricht zulässig
34201	JA000 mit JA001 in einer Nachricht nicht möglich
34202	JA000 bzw. JA001 in einer Nachricht mit WIDRU/WIDRV nicht möglich
34203	WIDRU mit WIDRV in einer Nachricht nicht möglich
34204	keine Mehrfachnennung des selben Schlüssel 31 in derselben Nachricht zulässig
34205	IFT-Segment fehlt bei Schlüssel 31 `KONTA` oder `KONKK`
34206	Informationen zum Entlassmanagement ohne Einwilligung in einer Nachricht nicht möglich (mit lfd. Nr. 01)
34207	KHIN enthält keine Angaben zum Unterstützungsbedarf (außer bei Schlüssel 31 gleich `WIDRU` oder `WIDRV`)
34208	`Standort Ende` bzw. `Standort Ende Uhrzeit` liegt vor Aufnahmetag
34209	Letztes Segment `Standort Ende` bzw. `Standort Ende Uhrzeit` ungleich `Tag der Entlassung/Verlegung` bzw. `Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit`
...	...
34999	Noch nicht spezifizierter Fehler

Nachträge zur Anlage 4

Nachtrag 10:

...

9.1 Annahmestellen bei den Krankenkassen

...

AOK:

13 Annahmestellen

Jedes Krankenhaus kann die Daten für **alle** Patienten an **eine** Annahmestelle übermitteln. Die Daten sind für jede AOK entsprechend ihrem Zuständigkeitsbereich getrennt zu verschlüsseln (je Landes-AOK, in Nordrhein-Westfalen: Rheinland und Westfalen-Lippe getrennt).

Die Weiterleitung an die zuständige Annahmestelle (siehe unten) erfolgt dann im internen AOK-Netz.

12 Zuständigkeitsbereiche

Bereich / Annahmestelle	Anschrift / Ansprechpartner	IK
AOK NordOst (Berlin)		
gkv informatik – Unternehmen Synergien Fachbereich Inputmanagement	Lichtscheider Straße 89 42285 Wuppertal Telefon: 0202 695 819 08 Fax: 0202 695 820 1908	100696023
...		
AOK Sachsen/Anhalt		
siehe Brandenburg <u>ARGE AOK-Rechenzentrum</u>	siehe Brandenburg <u>Bürgermeister-Smidt-Straße 95</u> <u>28195 Bremen</u> <u>Telefon: 0421 176 1204</u> <u>Fax: 0421 176 1303</u>	100696023 <u>101097008</u>
...		

...

Annahmestelle der selbstprüfenden Ersatzkassen mit Ausnahme der DAK-Gesundheit:

T-Systems International GmbH

für Datenträgerannahme **Postfach 100341, 64203 Darmstadt**

[DTV - Datenträgerannahme und Verteilstelle](#)

[Business Connect Services \(BCS\), Nauheimer Straße 98, 70372 Stuttgart](#)

für DFÜ

0800/3324785 (DAV-Hotline)

- dort wird die aktuelle DFÜ-Telefonnummer bekanntgegeben -

...

Nachträge zur Anlage 5

Nachtrag 11:

...

1.3 Übermittlung von Krankenkasse an Krankenhaus

1.3.1 Kostenübernahmesatz

Mit dem Kostenübernahmesatz teilt die Krankenkasse dem Krankenhaus die Kostenübernahme, die Bestätigung des Versichertenverhältnisses, ~~oder~~ ggf. ihre Ablehnung und Informationen zum Pflegegrad des Versicherten mit. Das Merkmal Kostenübernahme (Schlüssel 8) enthält hierzu die erforderliche Angabe. Soweit in dem Vertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V vorgesehen, kann die Krankenkasse eine Befristung der Kostenübernahme vorsehen. In diesem Fall ist das Bis-Datum der Kostenübernahme zu übermitteln. Bei unbefristeter Kostenübernahme kann auf eine Verlängerungsanzeige verzichtet werden; wird sie übermittelt, so erfolgt eine erneute Übermittlung eines Kostenübernahmesatzes im Falle einer Ablehnung der Kostenübernahme. In diesem Falle wird eine erneute Kostenübernahmeerklärung (Merkmal Kostenübernahme = ,03', ,05', ,06' oder ,07' (Ablehnung)) oder eine Änderung der vorherigen Kostenübernahme mit Angabe des Befristungsdatums (größer Tagesdatum) und einer Erläuterung im TXT-Segment übermittelt. Die Ablehnung der Kostenübernahme zu einer Verlängerungsanzeige nach vorheriger befristeter Kostenübernahmeerklärung erfolgt durch Übermittlung einer weiteren Kostenübernahmeerklärung mit den hierfür vorgesehenen Werten des Schlüssels 8 'Merkmal Kostenübernahme' mit einer ergänzenden Erläuterung im TXT-Segment ohne Angabe eines Befristungsdatums.

Bei einer Änderung des Kostenträgers während der Behandlung übermittelt die neu zuständige Krankenkasse einen Kostenübernahmesatz mit dem Merkmal Kostenübernahme "Änderung der Kostenübernahme" (Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers) (Schlüssel 8, "02").

Eine Änderung der Kostenübernahme findet in Fällen Anwendung, in denen eine Aufnahmeanzeige bei Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers an die neu zuständige Krankenkasse erfolgt (Schlüssel 1: 3. und 4. Stelle = "21" bis "27").

Benötigt die Krankenkasse die Rechnung in Papierform, teilt sie dies im Merkmal Kostenübernahme mit. Rechnungen in Papierform kommen z. B. in Betracht bei folgenden Patienten:

- Grenzgänger,
- Auslandsversicherte (Auftragsleistung aufgrund zwischen-/überstaatlicher Rechtsvorschriften),
- Auftragsleistung für Unfallversicherungsträger (Berufsgenossenschaft, Gemeindeunfallversicherung),
- Auftragsleistung nach dem Bundesversorgungsgesetz.

Die Krankenkasse teilt in der Kostenübernahme für die bei ihr versicherten Personen die aktuellen Daten der Krankenversichertenkarte/eGK mit. Bei Neugeborenen (eigener Fall), die noch keine Krankenversicherungsnummer haben, entfällt die Übertragung der Daten der Krankenversicherten-karte/eGK im Kostenübernahmesatz.

Mit der Kostenübernahme werden von der Krankenkasse die Zuzahlungstage (max. 28 Tage im Kalenderjahr) bzw. die restlichen Zuzahlungstage an das Krankenhaus gemeldet. Bei Befreiungstatbeständen oder bereits ausgeschöpfter Zuzahlung im Kalenderjahr bleibt das Datenfeld "Zuzahlungstage" leer oder es werden "0" Zuzahlungstage gemeldet. Bei einer Ablehnung der Kostenübernahme bleiben die Felder "Kostenübernahme ab", "Kostenübernahme bis" und "Zuzahlungstage" leer.

Für Versicherte der Knappschaft sind besondere Regelungen zu beachten.

Mit der Kostenübernahme teilt die Krankenkasse spätestens 3 Arbeitstage nach Erhalt der Aufnahmeanzeige die ihr vorliegende Information über den bestehenden Pflegegrad des Versicherten mit (Schlüssel 8, „B1, D1, F1, H1, L1“ bzw. „B8, D8, F8, H8, L8“). Liegt kein Pflegegrad vor, bzw. ist keine Einstufung beantragt, werden weiterhin die bisher verwendeten Ausprägungen des Schlüssels 8 verwendet (Schlüssel 8, „01“, „02“ oder „08“).

Einzig in den Fällen, in denen sich während der Krankenhausbehandlung die Information über den Pflegegrad ändert, teilt dies die Krankenkasse spätestens 3 Arbeitstage nach Eingang der Entlassungsanzeige durch Änderung der Kostenübernahme (Verarbeitungskennzeichen „20“ und entsprechender Schlüssel 8) mit. Fehlte bisher das infolge des entsprechenden Pflegegrades abrechnungsfähige Zusatzentgelt (ZE162, bzw. ZE163) wird eine ggf. vorliegende Rechnung von der Krankenkasse beglichen. Das Krankenhaus hat die Möglichkeit den Rechnungssatz zu stornieren/gutzuschreiben und mit dem abrechnungsfähigen Zusatzentgelt erneut in Rechnung zu stellen. Erfolgt eine solche Datenkorrektur oder -ergänzung, ist zeitgleich unter Berücksichtigung der in dieser Vereinbarung festgelegten Kontrollen mit dem Rechnungsstorno eine neue Rechnung zu übermitteln. Es ist lediglich ein Ausgleich der Differenz zwischen dem Zahlbetrag 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. Ist das Zusatzentgelt zu Unrecht in Rechnung gestellt, kann die Rechnung mit einem Fehlercode im Fachverfahren, Stufe 4 abgewiesen werden. Dafür wird empfohlen, dass die Informationen: „Zusatzentgelt nicht abrechnungsfähig, Pflegegrad beantragt aber nicht bewilligt“, „Zusatzentgelt nicht abrechnungsfähig, Antrag auf Pflegegrad zurückgezogen“, „Zusatzentgelt nicht abrechnungsfähig, bestehender Pflegegrad 1“ oder „Zusatzentgelt nicht abrechnungsfähig, bestehender Pflegegrad 2“ an das Krankenhaus zurückgemeldet werden. Alternativ erfolgt eine gekürzte Zahlung in Verbindung mit einem Zahlungssatz. Bei Kostenträgerwechsel und Ablehnung der Kostenübernahme sind Mitteilungen über Änderungen des Pflegegrades ausgeschlossen.

Nachtrag 12:

...

1.3.3 Sammelüberweisung

...

Aufrechnungserklärung durch Sammelüberweisung:

In den Fällen, in denen sich für eine durch die Krankenkasse bereits gezahlte Rechnung ein Erstattungsanspruch ergibt, kann die Krankenkasse diesen Erstattungsanspruch (Minderungsbetrag) gegen offene Forderungen des Krankenhauses aufrechnen. Hierzu kann die Segmentgruppe SG4 RED-REL in der Nachricht `Sammelüberweisung` genutzt werden. Andere Fallkonstellationen (Verrechnungen) bleiben von dieser Regelung unberührt. Ausgangspunkt einer Aufrechnungserklärung ist ~~die Änderung eines~~ Zahlungssatzes (Verarbeitungskennzeichen: `20`) nach bereits erfolgter Zahlung durch die Krankenkasse (mit Minderung des Zahlungsbetrages gegenüber der vorherigen Zahlung). In der Nachricht Sammelüberweisung wird der vorherige Zahlungssatz als Gutschrift (Rechnungsart 04) eingestellt. Auf Basis des neuen (geänderten) Zahlungssatzes wird ein weiteres Segment RED mit der ursprünglichen Rechnungsart und dem geminderten Betrag in die jeweilige Nachricht Sammelüberweisung eingestellt.

...

Nachtrag 13:

...

2.9 ENT Segment Entgelt (98 x / 99 x möglich)

...

3. Abrechnung von:

Das Feld enthält den ersten Tag, mit dem der Abrechnungszeitraum des Entgeltsegmentes beginnt.

Abrechnung von Fallpauschalen für Neugeborene:

Es ist der erste Belegungstag auf der Säuglingsstation oder im Säuglingszimmer anzugeben.

Zuzahlungseinzugsverfahren bei vollstationären Patienten:

Für die Abrechnung der dem Krankenhaus im Rahmen des Zuzahlungseinzugsverfahrens entstandenen Kosten ist der Aufnahmetag des zugehörigen Krankenhauses anzugeben.

Abrechnung klinischer Obduktionen:

~~Bei klinischen Obduktionen ist infolge der DKR 2018 (P017q Klinische Obduktion bzw. Obduktion zur Qualitätssicherung) das Datum, an dem der Patient verstorben ist (Entlassungstag), anzugeben.~~

4. Abrechnung bis:

Das Feld enthält den letzten Tag, mit dem der Abrechnungszeitraum des Entgeltsegmentes endet.

Abrechnung von Fallpauschalen für Neugeborene:

Es ist der letzte Belegungstag auf der Säuglingsstation oder im Säuglingszimmer anzugeben.

Zuzahlungseinzugsverfahren bei vollstationären Patienten:

Für die Abrechnung der dem Krankenhaus im Rahmen des Zuzahlungseinzugsverfahrens entstandenen Kosten ist der Tag vor der Entlassung des zugehörigen Krankenhauses anzugeben.

Abrechnung von PEPP:

Für die Abrechnung einer PEPP-Entgeltart ist der letzte Kalendertag der Zugehörigkeit in der jeweiligen Vergütungsklasse, einschließlich der Tage der vollständigen Abwesenheit und des Entlassungstages (bei Entlassungsgrund 17 und 22 - interner Verlegung: der Tag vor dem Verlegungstag) anzugeben.

Abrechnung klinischer Obduktionen:

~~Bei klinischen Obduktionen ist das Datum, an dem der Patient verstorben ist (Entlassungstag), anzugeben.~~

...

Nachtrag 14:Technische Beispiele (vollständige Sammelüberweisung):

Beispiel 3: Das Krankenhaus hat eine Rechnung mit Rechnungsdatum 12.8.2019 und Rechnungsnummer 41202841 in Höhe von 3329,81 EUR an die Krankenkasse übermittelt. Nachdem die Krankenkasse hierzu bereits eine vollständige Zahlung geleistet hat, ergibt sich ein Erstattungsanspruch von 1052,45 EUR. In einer weiteren Rechnung stellt das Krankenhaus mit Datum vom 25.8.2019 den Betrag von 2667,91 EUR in Rechnung (Rechnungsnummer 41202837). Dieser Betrag wird in voller Höhe akzeptiert und anteilig zur Aufrechnung herangezogen.

In der Nachricht `Sammelüberweisung` wird die ursprüngliche Zahlung an das Krankenhaus in Höhe von 3329,81 EUR in einem RED-Segment mit Rechnungsart `04` zunächst „storniert“. Dieses RED-Segment wird in einer Segmentgruppe SG 4 um ein REL-Segment ergänzt, welches den zur Aufrechnung herangezogenen Leistungsanspruch (Rechnung 41202837) für Zwecke der PrüfvV ausweist. Für die im Segment UWD enthaltenen Informationen hat dieses Segment keine Relevanz.

In einem weiteren RED-Segment wird ein nun geminderter Zahlungssatz für Rechnung 41202841 vom 12.8.2018 ausgewiesen, abzüglich des Erstattungsanspruchs werden noch 2277,36 EUR für das Segment UWD berücksichtigt. Der zur Zahlung angewiesene Rechnungsbetrag entspricht dabei der Differenz zwischen ursprünglichem Zahlungsbetrag und dem Erstattungsanspruch. Die Nachricht Sammelüberweisung enthält noch ein weiteres Segment RED (Rechnungsnummer 01072367, Rechnungsdatum 23.8.2019), welches ebenfalls in UWD berücksichtigt wird.

SammelüberweisungUNH+00001+SAMU:15:000:00'FKT+10+01+260500005+100500016'CUX+EUR'RED+41202837+20190825+2667,91++52+2667,91+1927079'RED+41202841+20190812+3329,81++04+3329,81+1927172'REL+41202837+2667,91+52+2667,91+1052,45+1927079'RED+41202841+20190812+3329,81++52+2277,36+1927172'RED+01072367+20190823+2682,26++52+2682,26+11800937'UWD+5350,17+4297,72++11120'UNT+10+00001'UNZ+1+00210'