

**Fortschreibung der  
Rahmenvereinbarung  
zur Datenübertragung von Abrechnungsdaten  
bei Krankenhausleistungen  
in Verbindung mit § 17c KHG**

(Rahmenvereinbarung Datenübertragung)

zwischen

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG), Berlin

und

dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Verband), Köln

**Fortschreibung Nr. 1:**

§ 1 der Rahmenvereinbarung wird wie folgt gefasst:

**§ 1 Zielsetzung**

§ 17c Abs. 5 KHG verpflichtet die Krankenhäuser, bei Abrechnung von Fallpauschalen und Zusatzentgelten mit selbstzahlenden Patienten die Daten entsprechend § 301 SGB V auf dem Wege des elektronischen Datenaustauschs an das private Krankenversicherungsunternehmen zu übermitteln, wenn der Versicherte von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und dem privaten Krankenversicherungsunternehmen Gebrauch macht und schriftlich seine Einwilligung erklärt hat.

Mit dieser Rahmenvereinbarung regeln die DKG und der PKV-Verband die Einzelheiten der Übermittlung der Daten entsprechend § 301 SGB V auf elektronischem Wege und zur Direktabrechnung zwischen Krankenhäusern und den Unternehmen der privaten Krankenversicherung.

Die Rahmenvereinbarung regelt das Nähere über Form und Inhalt der zu übermittelnden Datensätze und das Verfahren der Datenübertragung.

---

**Fortschreibung Nr. 2:**

§ 2 der Rahmenvereinbarung wird wie folgt gefasst:

**§ 2 Teilnahme**

- (1) Krankenhäuser nehmen an dem Verfahren teil, indem sie sich durch Beitrittserklärung an den PKV-Verband dieser Rahmenvereinbarung anschließen. Der PKV-Verband unterrichtet die DKG über Name und Anschrift beitretender Krankenhäuser sowie über die teilnehmenden Mitgliedsunternehmen (private Krankenversicherungen).

Das Krankenhaus kann seinen Beitritt über die Abrechnung nach dem Krankenhausentgeltgesetz hinaus auch für die Abrechnung nach der Bundespflegesatzverordnung sowie für die Abrechnung der Wahlleistung „Unterkunft“ erklären.

Der Beitritt des Krankenhauses soll zum 1. Juli 2013 erfolgen, das Testverfahren soll zum 1. April 2013 einsetzen.

- (2) Die DKG und der PKV-Verband setzen sich für eine vollständige Teilnahme der Krankenhäuser und der Unternehmen der privaten Krankenversicherung an dem Verfahren ein.
- (3) Der Teilnahme geht ein zeitlich befristeter Test der Datenübertragung zwischen den beitretenden Krankenhäusern und dem PKV-Verband oder einer von ihm beauftragten Datenannahmestelle voraus. Einzelheiten des Testverfahrens regeln die DKG und der PKV-Verband gesondert.
- (4) Das Krankenhaus erklärt die Teilnahme an der Rahmenvereinbarung in der jeweils geltenden Fassung. Die Teilnahme kann beiderseits mit einer Frist von 3 Monaten zum Jahresende durch Einschreiben an den PKV-Verband gekündigt werden. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt davon unberührt.
-

**Fortschreibung Nr. 3:**

§ 3 der Rahmenvereinbarung wird wie folgt gefasst:

**§ 3 Gegenstand der Datenübertragung**

(1) Die Datenübertragung umfasst folgende für die Erbringung und Abrechnung von Krankenhausbehandlung erforderlichen Angaben entsprechend § 301 SGB V und § 2 Abs. 1 Satz 3 dieser Rahmenvereinbarung:

1. Angaben zur Person des Privatversicherten:
  - a. Bezeichnung des Versicherungsunternehmens
  - b. Familienname und Vorname des Privatversicherten
  - c. Geburtsdatum und Geschlecht des Privatversicherten
  - d. Anschrift
  - e. Versicherungsnummer und Personennummer
  - f. bei Vorlage einer Card für Privatversicherte das Ausgabedatum
  - g. das krankenhausinterne Kennzeichen des Privatversicherten,
2. das Institutionskennzeichen des Krankenhauses und des Versicherungsunternehmens,
3. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, bei einer Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen und die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung, bei Kleinkindern bis zu einem Jahr das Aufnahmegewicht,
4. bei Verlegung das Institutionskennzeichen des veranlassenden Krankenhauses, bei Notfallaufnahme die die Aufnahme veranlassende Stelle,
5. die Bezeichnung der aufnehmenden Fachabteilung, bei Verlegung die der weiterbehandelnden Fachabteilungen,
6. Datum und Art der im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren,
7. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung; bei externer Verlegung das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution, bei Entlassung oder externer Verlegung die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen,
8. die nach § 115a SGB V sowie nach dem Krankenhausentgeltgesetz und der Bundespflegesatzverordnung berechneten Entgelte,
9. Angaben zu den zwischen Krankenhaus und Privatversichertem vereinbarten Walleistungen,
10. Angaben über Art und Umfang der vom Versicherungsunternehmen übernommenen Kosten.

**Fortschreibung Nr. 4:**

Die Fortschreibung der Rahmenvereinbarung tritt zum 1. April 2013 in Kraft. Sie umfasst die anliegenden Fortschreibungen (5 bis 14) der Anlagen 1, 2, 4 und 5.

Eine an die Fortschreibung angepasste Gesamtfassung der Rahmenvereinbarung wird Anfang 2013 gemeinsam durch die DKG und den PKV-Verband herausgegeben.

Anlage

Berlin, Köln, 17. Dezember 2012

---

Deutsche Krankenhausgesellschaft, Berlin

---

Verband der Privaten Krankenversicherung, Köln

**Fortschreibung der Anlage 1 (Nachrichten)**

Die Anlage 1 der Rahmenvereinbarung 2005 wird an die zum 1.1.2013 geltende Fassung im GKV-Verfahren nach § 301 SGB V angepasst – soweit anwendbar – und im Übrigen wie folgt geändert:

**Fortschreibung Nr. 5:**

Das Segment PNV (Segment Information Versicherter) wird um das Datenelement „Vertragskennzeichen“ (entsprechend GKV-Verfahren) ergänzt:

PNV	Segment Information Privatversicherter	M	an3	'PNV'
	Versicherungsnummer	K	an..12	
	Personennummer	K	an5	Schlüssel A
	Gültigkeit der Card für Privatversicherte	K	an4	JJMM (Bis-Datum)
	KH-internes Kennzeichen des Privatversicherten	M	an..15	
	Fall-Nummer des Versicherungsunternehmens	K	an..12	
	Aktenzeichen des Versicherungsunternehmens	K	an..8	
	Ausgabedatum der Card für Privatversicherte	K	an8	JJJJMMTT
	<a href="#">Vertragskennzeichen</a>	K	<a href="#">an..25</a>	
	<a href="#">Name</a>	K	<a href="#">an..47</a>	<a href="#">bei Mutter/Organempfänger</a>
	<a href="#">Vorname</a>	K	<a href="#">an..30</a>	<a href="#">bei Mutter/Organempfänger</a>

**Fortschreibung Nr. 6:**

Das Segment NAD (Segment Name/Adresse) wird um das Datenelement „Geschlecht“ (entsprechend GKV-Verfahren) ergänzt:

NAD	Segment Name/Adresse	M	an3	'NAD'
	Name des Versicherten	M	an..47	
	Vorname des Versicherten	M	an..30	
	<a href="#">Geschlecht</a>	M	<a href="#">an1</a>	<a href="#">Schlüssel 21</a>
	Geburtsdatum des Versicherten	K	an8	JJJJMMTT
	Straße und Haus-Nr.	K	an..30	
	Postleitzahl	K	an..7	
	Wohnort	K	an..25	
	Titel des Versicherten	K	an..17	
	Internationales Länderkennzeichen	K	an..3	Schlüssel 7

**Fortschreibung Nr. 7:**

Im Segment PVA (Segment Aufnahmeinformation PKV) wird das Datenelement „Geschlecht“ mit dem Vorgabewert „0“ übermittelt. Die Angabe des Geschlechts erfolgt im NAD-Datenelement „Geschlecht“:

PVA	Segment Aufnahmeinformation PKV	M	an3	'PVA'
	Geschlecht	M	an1	<del>Schlüssel B'0'</del>
	Wahlleistung Arzt	M	an1	Schlüssel C
	Wahlleistung Unterkunft	M	an1	Schlüssel D
	Belegarzt	M	an1	Schlüssel C
	Begleitperson	M	an1	Schlüssel E
	<u>Datenelementgruppe Kostenträger</u>	K	an9:an..35	(3x möglich)
	- IK weiterer Kostenträger	K	an9	
	- Name weiterer Kostenträger	K	an..35	

**Fortschreibung der Anlage 2 (Schlüsselverzeichnis)**

Die Anlage 2 der Rahmenvereinbarung 2005 mit zugehörigen Anlagen wird an die zum 1.1.2013 geltende Fassung im GKV-Verfahren nach § 301 SGB V angepasst – soweit anwendbar – und im Übrigen wie folgt geändert:

**Fortschreibung Nr. 8:**

Im Verzeichnis „**Schlüssel für Privatversicherte**“ wird der Schlüssel B (**Geslecht**) wie folgt geändert:

**Schlüssel B: Geschlecht**

“0” [Vorgabewert, siehe Schlüssel 21 \(Geschlecht\)](#)

~~M~~ männlich

~~W~~ weiblich

~~U~~ unbekannt

---

**Fortschreibung Nr. 9:**

Der Schlüssel 4 (**Entgeltarten**) wird wie folgt geändert:

Für die Entgeltart 54 wird die 8. Stelle für einen Buchstaben reserviert. Hierbei ist zu beachten, dass „R“ für Reservierungen (bei Wahlleistung Unterkunft) verwendet werden muss.

Der Schlüssel „58000000“ Entgelt für Begleitperson wird um den Zusatz „(Mitaufnahme medizinisch nicht erforderlich)“ ergänzt.

**Fortschreibung Nr. 9a:**

Der Schlüssel 4 (**Entgeltarten**) gilt – soweit in Verbindung mit dieser Rahmenvereinbarung anwendbar – ohne gesonderte Fortschreibung unmittelbar in der jeweils geltenden Fassung der Entgeltschlüssel im GKV-Verfahren nach § 301 SGB V.

**Fortschreibung Nr. 9b:**

Der Schlüssel 4 (**Entgeltarten**) wird wie folgt ergänzt:

1.-2. Stelle: **Entgeltschlüssel**

53	Abzug aufgrund Versicherungsregelung
54	Wahlleistung Unterkunft: 1-Bett-Zimmer
55	Wahlleistung Unterkunft: 2-Bett-Zimmer
56	Wahlleistung Unterkunft: Differenz 1-Bett- zu 2-Bett-Zimmer
57	Komfortzuschlag bei Regelleistung
58	Kostenübernahme Begleitperson

3. Stelle: **Zusatzschlüssel für Privatversicherte (nur bei Entgeltarten 53..)**

0	Selbstbeteiligung / Höchstbetrag
1	Wahlleistung Unterkunft: 1-Bett-Zimmer
2	Wahlleistung Unterkunft: 2-Bett-Zimmer
3	Wahlleistung Unterkunft: Differenz 1-Bett- zu 2-Bett-Zimmer

## 4.-8. Stelle: Entgelte

53[0-3]	Abzug aufgrund Versicherungsregelung
	<i>Abzug aufgrund Überschreitens des Versicherungsschutzes</i>
00000	Abzug bei Wahlleistung Unterkunft
50000	Abzug wegen Höchstbetrag
	<i>Abzug aufgrund Selbstbeteiligung des Privatversicherten</i>
60000	Abzug wegen <u>betragsmäßiger</u> Selbstbeteiligung
<u>70000</u>	<u>Abzug wegen prozentualer Selbstbeteiligung</u>
<u>80000</u>	<u>Abzug des Abschlags bei prozentualer Selbstbeteiligung</u>
	<u>Ausgleich von Rundungsdifferenzen</u>
<u>30000</u>	<u>Abzug wegen Rundungsdifferenz</u>
<u>40000</u>	<u>Zuschlag wegen Rundungsdifferenz (Vorzeichenumkehr)</u>



**Fortschreibung der Anlage 4 (Technische Anlage)**

Die Anlage 4 der Rahmenvereinbarung 2005 mit zugehöriger Anlage wird an die zum 1.1.2013 geltende Fassung im GKV-Verfahren nach § 301 SGB V angepasst – soweit anwendbar – und im Übrigen wie folgt geändert:

**Fortschreibung Nr. 10:**

Abschnitt 7.3.9 **Ergänzende Erläuterungen** wird wie folgt geändert:

- (1) ~~Auf-e~~ Eine Änderung einer Aufnahmeanzeige soll nur erfolgen, wenn sich die Angaben zum Aufnahmegrund, Aufnahmetag, zur Wahlleistung Unterkunft, zur Begleitperson oder zur Aufnahmediagnose ändern. Ergänzungen der Aufnahmediagnose, die nach der Aufnahme festgestellt werden, erfordern keine Änderungsmeldung, sondern werden mit der Entlassungsanzeige übermittelt. ~~folgt~~  
~~ggf.-e~~ Eine neue Bestätigung des Versichertenstatus wird nicht übermittelt, wenn sich der Inhalt der Kostenzusage nicht ändert.
-

**Fortschreibung der Anlage 5 (Durchführungshinweise)**

Die Anlage 5 der Rahmenvereinbarung 2005 mit zugehörigen Anlagen wird an die zum 1.1.2013 geltende Fassung im GKV-Verfahren nach § 301 SGB V angepasst – soweit anwendbar – und im Übrigen wie folgt geändert:

**Fortschreibung Nr. 11:**

Abschnitt 1.3.3 **Zahlungssatz** wird wie folgt geändert:

Mit dem Zahlungssatz teilt das Versicherungsunternehmen dem Krankenhaus mit, ob der in Rechnung gestellte Abrechnungsbetrag zur Zahlung angewiesen ist, oder aus welchem Grund die Rechnung abgelehnt wird (Schlüssel 10). Der Zahlungssatz muss übertragen werden, wenn der Zahlungsbetrag vom Rechnungsbetrag abweicht (Schlüssel 10 = '05'), eine Rechnung in Papierform angefordert wird (Schlüssel 10 = '07') oder im Fall einer Ablehnung (Schlüssel 10, '04' oder '06'). ~~Ansonsten kann er vom Krankenhaus im Rechnungssatz angefordert werden (Schlüssel 11, 1. Stelle = '5').~~ Eine Anforderung durch das Krankenhaus soll vermieden werden.

**Fortschreibung Nr. 12:**

Abschnitt 1.4.1.1 **Gesundes Neugeborenes** wird wie folgt geändert:

Für das gesunde Neugeborene ist ein Aufnahmesatz mit dem Aufnahmegrund ,0601' (Geburt) vom Krankenhaus an das Versicherungsunternehmen der Mutter zu übermitteln. Im Datenfeld ,Versicherungsnummer' ist die Versicherungsnummer der Mutter anzugeben. Als Aufnahmetag ist der Tag der Geburt und als Aufnahmegewicht das Geburtsgewicht als Mussfeld anzugeben. Ist der Vorname noch nicht bekannt, ist ,Säugling m' für männliche und ,Säugling w' für weibliche Säuglinge anzugeben. Für den Namen und Vornamen der Mutter sollen die Datenelemente „Name“ und „Vorname“ im Segment PNV (Segment Information Privatversicherter) des Rechnungssatzes verwendet werden.

**Fortschreibung Nr. 13:**

Abschnitt 1.4.7 **Transplantationen** wird wie folgt geändert:

Für Lebendspender ist bei der Aufnahme zur Organentnahme zum Zwecke einer Transplantation ein eigener Krankenhausfall mit eigenem krankenhausinternen Kennzeichen mit dem Versicherungsunternehmen des vorgesehenen Organempfängers abzurechnen. Als Aufnahmegrund ist ,0801' (Stationäre Aufnahme zur Organentnahme) anzugeben. Im Datenfeld "Versicherungsnummer" ist die Versicherungsnummer des vorgesehenen Organempfängers zu übermitteln. Im NAD-Segment sind die Daten des Organspenders anzugeben. Für den Namen und Vornamen des Organempfängers sollen die Datenelemente „Name“ und „Vorname“ im Segment PNV (Segment Information Privatversicherter) des Rechnungssatzes verwendet werden.

**Fortschreibung Nr. 14:**

Der Durchführungshinweis zu **PNV (Segment Information Privatversicherter)** wird wie folgt geändert:

**8. Vertragskennzeichen**

Als Vertragskennzeichen ist in Verbindung mit der Vereinbarung zur Wahlleistung Unterkunft die Register-Nummer der Betriebsstätte des Krankenhauses anzugeben. Die Register-Nummer wird dem Krankenhaus durch den PKV-Verband mitgeteilt.

**9. Name (im Rechnungssatz)**

Bei gesunden Neugeborenen und Transplantationen wird der Name der Mutter bzw. des Organempfängers in diesem Datenelement im Rechnungssatz angegeben.

**10. Vorname (im Rechnungssatz)**

Bei gesunden Neugeborenen und Transplantationen wird der Vorname der Mutter bzw. des Organempfängers in diesem Datenelement im Rechnungssatz angegeben.