

Nachtrag vom 12.12.2017
mit Wirkung zum 1.1.2018 bzw. 1.5.2018
zur
Fortschreibung vom 20. September 2013
der
Rahmenvereinbarung
zur Datenübertragung von Abrechnungsdaten
bei Krankenhausleistungen
in Verbindung mit § 17c KHG

zwischen

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

und

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

Erläuterungen zu einzelnen Nachträgen

Die PEPPV 2018 sieht den Behandlungsbereich der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung vor. Dafür sind kurzfristige Regelungen zur Datenübermittlung sowohl auf Krankenkassen als auch Krankenhausseite notwendig. Die Leistungserbringung ist bei Vorliegen entsprechender Vereinbarungen bereits ab 1.1.2018 möglich. Die zur Dokumentation der Behandlung ggf. notwendigen Informationen (Aufnahmegrund, Fach- und Pseudofachabteilungen) müssen daher ab 1.1.2018 in den Systemen der Krankenhäuser zur Verfügung stehen. Die Übermittlung von Nachrichten (auch PAUF) zur Abrechnung stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlungen an die Versicherungsunternehmen kann jedoch frühestens zum 1.5.2018 - dann rückwirkend für Leistungen ab dem 1.1.2018 - erfolgen.

Nachtrag 1, 6, 7:

Die Vereinbarung zur stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d Abs. 2 SGB V sieht lt. § 12 Abs. 1 die verpflichtende Übermittlung des Ortes des häuslichen Umfeldes vor. Die Dokumentation (z.B. Privatwohnung, Pflegeheim, weitere Wohnformen) erfolgt künftig anhand entsprechender Fachabteilungsschlüssel.

Nachtrag 2, 16:

Verfügt ein Krankenhaus über mehrere Standorte mit jeweils eigenen Register-Nummern, die im Rahmen der Abrechnung unter demselben Institutionskennzeichen übermittelt werden, ist die jeweilige Register-Nummer des abrechnenden Standortes / Betriebsstätte zu übermitteln. Die Identifikation der zuständigen Betriebsstätte bzw. des zuständigen Standortes ist bei Rückfragen zur Abrechnung für eine datenschutzgerechte Kommunikation zwischen dem für die Behandlung zuständigen Krankenhaus und dem Versicherungsunternehmen notwendig.

Nachtrag 3:

Zur Abrechnung der stationsäquivalenten Behandlung wird ein neuer Aufnahmegrund eingeführt.

Nachtrag 4:

Die FPV 2018 stellt in Punkt 9 erstmals klar, dass bei Mehrlingen die Mitaufnahme eines oder mehrerer **neugeborener** Geschwisterkinder je mitaufgenommenem Geschwisterkind mit dem Zuschlag für Begleitpersonen abrechenbar und auf der Rechnung des krankheitsbedingt behandlungsbedürftigen Neugeborenen gesondert auszuweisen ist. Dafür wird der neue Entgeltschlüssel 75100005 (Zuschlag Mitaufnahme neugeborener Geschwisterkinder (§ 1 Abs. 5 Satz 9 FPV) vereinbart. Der Verbleib der gesunden Mutter aufgrund des krankheitsbedingt behandlungsbedürftigen Neugeborenen ist weiterhin mit dem bisherigen Entgeltschlüssel 75100003 abzurechnen.

Nachtrag 5, 8:

Zur Abrechnungen stationsäquivalenter Behandlung ist ein eigenständiger Entgeltbereich innerhalb des Anhang B Teil III zu Anlage 2 vorgesehen (1.Stelle =D). Der Nachtrag enthält Regelungen zur Abbildung der Entgelte nach Anlage 6b PEPPV und sieht darüber hinaus Klarstellungen hinsichtlich der anwendbaren Entgeltbereiche (insbesondere Zu- und Abschläge) im Behandlungsbereich D vor. Zum Zeitpunkt der Vereinbarung dieses Nachtrages sind aus Sicht der Vereinbarungspartner folgende Entgeltarten derzeit **nicht** in einer Abrechnung von stationsäquivalenten Fällen abrechenbar.

Entgeltart	Bezeichnung
D6100000	Zuschlag Begleitperson
D6100001	Zuschlag Mitaufnahme Pflegekraft
D6200000	Ausbildungszuschlag
D6200001	Zuschlag Teilnahme an der regionalen Versorgungsverpflichtung
D6200003	Zuschlag Qualitätssicherung
D6200004	Zuschlag Sicherstellung
D6200005	DRG-Systemzuschlag
D6200006	Systemzuschlag Gemeinsamer Bundesausschuss
D6200008	Telematikzuschlag
D6300000	Kostenpauschale für Verwaltungsverfahren
D7200000	Korrektur Ausbildungszuschlag
D7200001	Abschlag Nichtteilnahme Qualitätssicherung
D7200002	Abschlag für Nichtbeteiligung an der Notfallversorgung

Nachtrag 9:

Aufgrund erheblicher Verzögerungen bei der Umstellung auf die IP-basierte Datenübermittlung haben sich die Vereinbarungspartner auf eine Verlängerung der Annahmefähigkeit der PKV-Datenannahmestelle für die zum 31.12.2017 beendeten Verfahren FTAM / ISDN bzw. X.400 / MHS einmalig um drei Monate bis zum 31.3.2018 verständigt. Eine weitere Verlängerung über den 31.3.2018 hinaus ist nicht vorgesehen.

Nachtrag 10:

Die Regelungen zu Teilzahlungsentgelten sind auch für den Behandlungsbereich der stationsäquivalenten Behandlung vorzusehen. Als Teilzahlungsentgelte sind die Entgeltarten `DD100001` bzw. `DD100002` zu verwenden. Eine Zuzahlung in diesem Bereich erfolgt nicht, das Segment ZLG entfällt somit.

Nachtrag 11:

Der Nachtrag nimmt die im Vorjahr geänderte Regelung zur Datenübermittlung bei Mehrlingsentbindungen infolge der zwischenzeitlich erfolgten Klarstellung in den Abrechnungsbestimmungen (P67D) zurück und enthält redaktionelle Korrekturen.

Nachtrag 12:

Es handelt sich um redaktionelle Klarstellungen, aber auch um die Festlegung, dass Aufenthalte mit Aufnahmedatum aus dem Jahr 2019 mit Fällen aus dem Jahr 2018 nicht zusammenzufassen sind.

Nachtrag 13:

Die Durchführungshinweise werden um Regelungen zur Abrechnung stationsäquivalenter Behandlungsfälle ergänzt.

Nachtrag 15:

Zur Abrechnung des Zuschlags für klinische Obduktionen (47100023) ist infolge der DKR 2018 (P017q Klinische Obduktion bzw. Obduktion zur Qualitätssicherung) klarzustellen, dass für dieses Entgelt das Datum, an dem der Patient verstorben ist (Entlassungstag), anzugeben ist.

Nachträge zur Anlage 1

Nachtrag 1 (PKV-seitig zum 01.05.2018):

...

Entlassungsanzeige, Fortsetzung

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
	...			
ETL	Segment Entlassung/Verlegung	M	an3	'ETL'
	Tag der Entlassung/Verlegung	M	an8	JJJJMMTT
	Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit	M	an4	HH(00-23)MM(00-59)
	Entlassungs-/Verlegungsgrund	M	an3	Schlüssel 5
	Fachabteilung	M	an4	Schlüssel 6 oder "0000" oder "0001" oder "0002" oder „0003“ oder „0004“

Nachtrag 2 (zum 1.5.2018):**Segment PVA (Aufnahmeinformation)***wird wie folgt geändert:*

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
	...			
PVA	Segment Aufnahmeinformation PKV	M	an3	'PVA'
	Geschlecht	M	an1	Schlüssel C
	...			
	Datenelementgruppe Kostenträger	K	an9:an..35	(3x möglich)
	- IK weiterer Kostenträger	K	an9	
	- Name weiterer Kostenträger	K	an..35	
	Register-Nummer	K	an..6	(der Betriebsstätte des KH) MUSS-Angabe bei Krankenhäusern mit mehreren abrechnenden Betriebsstätten / Standorten mit jeweils unterschiedlicher Register-Nummer. Verfügt das Krankenhaus nur über eine Betriebsstätte, muss die Registernummer angegeben werden, wenn bei der Aufnahme eine Wahlleistung Unterkunft in Anspruch genommen wird.

Nachträge zur Anlage 2

Nachtrag 3 (PKV-seitig zum 01.05.2018):

Schlüssel 1 Aufnahmegrund

wird wie folgt klargestellt:

...

1. u. 2. Stelle	01	Krankenhausbehandlung, vollstationär
	02	Krankenhausbehandlung vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung
	03	Krankenhausbehandlung, teilstationär
	04	Vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung
	05	Stationäre Entbindung
	06	Geburt (siehe Anlage 5, Abschnitt 1.4.1)
	07	Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003
	08	Stationäre Aufnahme zur Organentnahme
	09	frei
	10	Stationsäquivalente Behandlung
3. u. 4. Stelle	01	Normalfall
	02	Arbeitsunfall / Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V)

	07	Notfall

Bei Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers:
21 bis 27 anstelle 01 bis 07

Bei Behandlungen im Rahmen von Verträgen zur integrierten Versorgung:
41 bis 47 anstelle 01 bis 07

Im Falle eines Zuständigkeitswechsels des Kostenträgers während einer Behandlung im Rahmen von Verträgen zur integrierten Versorgung ist die Behandlung im Rahmen von Verträgen zur integrierten Versorgung vorrangig anzugeben, wenn der Versicherte seine Teilnahme auch gegenüber der neu zuständigen Krankenkasse erklärt hat.

Bei Aufnahme von Patienten in Verbindung mit einem Arbeitsunfall (einschließlich „Wegeunfall“) ist der Aufnahmegrund 3.-4. Stelle „02“ zu verwenden. Wird stattdessen „07“ (Notfall) verwendet, ist eine Ablehnung der Leistungspflicht über den Kostenübernahmesatz mit dem Merkmal Kostenübernahme „05“ (Ablehnung, Unfallversicherung zuständig) möglich. Die Angabe, ob es sich im Aufnahmesatz um den Aufnahmegrund „Notfall“ (3.-4. Stelle „07“) handelt, erfolgt durch das Krankenhaus. Die Angabe kann in diesem Fall von der des einweisenden Vertragsarztes auf dem Einweisungsschein abweichen.

Der Aufnahmegrund `05` (Stationäre Entbindung) ist ebenfalls bei Totgeburten (totgeborenes Kind) zu verwenden.

Nachtrag 4 (01.01.2018):**Schlüssel 4 Teil I: Entgeltart stationär***wird wie folgt ergänzt:***751- Zuschläge nach § 7 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 ¹
	[01-16]002	Ausbildungszuschlag nach § 17a Abs. 6 oder 9 KHG (4.-5. Stelle: Länderschlüssel, siehe Anhang A)
	00003	Zuschlag für Begleitperson nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG i.V.m. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3, 1. HS KHEntgG
	00004	Zuschlag Mitaufnahme Pflegekraft nach § 17b Abs. 1 Satz 4 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)

Nachtrag 5 (PKV-seitig zum 1.5.2018):**Schlüssel 4 Teil III: Entgeltarten BPfIV (bei Anwendung §17d KHG)***wird wie folgt**ergänzt:*

Hinweis: Der Entgeltartenschlüssel wird fortgeschrieben (siehe Anhang B Teil III und Anlage 5). Diese Entgeltartenschlüssel gelten für Krankenhäuser, die das Vergütungssystem nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes anwenden.

Der Entgeltartenbereich „Zusatzentgelte nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog § 7 Satz 1 Nr. 2 BPfIV“ bzw. „krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte“ (2. Stelle des Entgeltartenschlüssels = 5 bzw. 9) wird dem Behandlungsbereich „stationär“ (1. Stelle des Entgeltartenschlüssels = C) zugeordnet. Der Entgeltartenbereich „ergänzende Tagesentgelte“ (2. Stelle – 4) wird ebenfalls dem Behandlungsbereich „stationär“ (1. Stelle des Entgeltartenschlüssels – C) zugeordnet. Für die Abrechnung bei Zusatzentgelten im voll- bzw. teilstationären Entgeltbereich und von ergänzenden Tagesentgelten finden bis auf weiteres die Entgeltarten C5*, C9* und C4* Anwendung.

Zur internen Verwendung wird, abweichend von der Systematik, der Entgeltartenschlüssel `C1000000` reserviert.

Bei der Abrechnung von Wahlleistungen für Versicherte der Knappschaft sind weiterhin die Entgeltschlüssel 45XXXXXX („Wahlleistung Unterkunft nur für Knappschaft“) zu verwenden. (siehe Anlage 2, Schlüssel 4 Teil I: Entgeltart stationär)

1. Stelle Behandlungsbereich

- A vollstationärer Behandlungsbereich
- B teilstationärer Behandlungsbereich
- C stationärer Behandlungsbereich (gilt für Entgeltbereiche 4, 5, 9, A, F, V und N)*
- D stationsäquivalenter Behandlungsbereich**

* Die Entgeltbereiche A und F sind somit in den Behandlungsbereichen A, B und C möglich.

** Die Entgeltbereiche 6, 7, D, G und H sind im Behandlungsbereich D möglich.

Hinweis:

Die Entgeltschlüssel können an der 4. - 8. Stelle je Entgeltbereich (differenziert an der 2. Stelle) jeweils neu, beginnend mit „00000“ ff., nummeriert werden. Es werden keine „bereichsübergreifenden“ Blöcke reserviert. Nur dort wo die 4. – 8. Stelle mit z. B. „00000“ eine gleiche Ausprägung für die 1. Stelle hat (z.B. 00000 – Kostenpauschale für Verwaltungsverfahren) ist diese in Anlage 2 explizit als Ausprägung aufgeführt und gilt für die 1. Stelle A und B ebenso.

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
-
- E gesonderte Entgelte für Patientinnen/Patienten von Belegärzten § 8 Abs. 2 BPfIV

- F entfällt
- G Bewertete PEPP-Entgelte bei stationsäquivalenter Behandlung (reserviert für Anlage 6a PEPPV)
- H Unbewertete PEPP-Entgelte bei stationsäquivalenter Behandlung (Anlage 6b PEPPV)
- V vorstationäre Behandlung
- N nachstationäre Behandlung

...

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich H [Stationsäquivalente Behandlung Anlage 6b]**Entgeltbezug**

- | | | |
|-----------|--------------|--|
| 3. Stelle | 1 | Tagesbezogenes Entgelt |
| | 4.-8. Stelle | 00000ff.
bundesweite Vergabe anhand PEPP-Entgeltkatalog (z.B. `QA80Z`-Anlage 6b) bzw. bei fortlaufender Vergabe: PEPP in Entgeltbezeichnung |
| 3. Stelle | 2 | Fallbezogenes Entgelt |
| | 4.-8. Stelle | 00000ff.
bundesweite Vergabe anhand PEPP-Entgeltkatalog (z.B. `QA80Z`-Anlage 6b) bzw. bei fortlaufender Vergabe: PEPP in Entgeltbezeichnung |
| 3. Stelle | 3 | Zeitraumbezogenes Entgelt |
| | 4.-8. Stelle | 00000ff.
bundesweite Vergabe anhand PEPP-Entgeltkatalog (z.B. `QA80Z`-Anlage 6b) bzw. bei fortlaufender Vergabe: PEPP in Entgeltbezeichnung |

...

Nachtrag 6 (PKV-seitig zum 01.05.2018):

Schlüssel 5 Entlassungs- /Verlegungsgrund

wird wie folgt ergänzt:

...

- 19 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung
- 20 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation
- 21 Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme
- 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
- 23 Beginn eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht (BPfIV-Bereich – für verlegende Fachabteilung)
- 24 Beendigung eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht (BPfIV-Bereich – für Pseudofachabteilung 0003)
- 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung – PEPP*)
- 26 Beginn eines Zeitraumes ohne direkten Patientenkontakt (stationsäquivalente Behandlung)
- 27 Beendigung eines Zeitraumes ohne direkten Patientenkontakt (stationsäquivalente Behandlung – für Pseudofachabteilung 0004)

Hinweis:

Die Ziffer 06 bezieht sich auf externe Verlegungen in Krankenhäuser, sofern nicht in eine psychiatrische oder psychosomatische Abteilung verlegt wird (Ziffer 13).

Die Angaben '16' und '18' bis '21' in der 1. und 2. Stelle sind nur bei Neueinstufung in Verbindung mit Rückverlegung oder Wiederaufnahme zu verwenden (siehe Anlage 5, Abschnitt 1.4.4) oder ,16' und ,18' in Verbindung mit Rückverlegung bei Fortführung im BPfIV-Bereich (siehe Anlage 5, Abschnitt 1.4.5).

Für den Bereich der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (Aufnahmegrund `10`) gelten auch die Schlüssel 21x/22x (siehe Anlage 5 Textziffern 1.4.11).

Nachtrag 7 (PKV-seitig zum 01.05.2018):

Schlüssel 6 Fachabteilungen

wird wie folgt ergänzt:

...

Sonderregelung für Pseudo-Fachabteilungen im ETL-Segment der Entlassungsanzeige

0000	Pseudo-Fachabteilung für den Krankenhausbezug (relevante "Fachabteilung" für die DRG-Gruppierung) bei internen Verlegungen und/oder Rückverlegungen und/oder Wiederaufnahmen und/oder bei externem Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht, siehe Anlage 5, Kapitel 1.2.7
0001	Pseudo-Fachabteilung für den Aufenthalt bei Rückverlegung, siehe Anlage 5, Kapitel 1.4.4.2
0002	Pseudo-Fachabteilung für den externen Aufenthalt bei Wiederaufnahme
0003	Pseudofachabteilung für den externen Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht im BPfIV-Bereich*
0004	Pseudofachabteilung für Zeitraum ohne direkten Patientenkontakt (bei stationsäquivalenter Behandlung)

* Hinweis:

„0003“ wird als Fachabteilungsschlüssel bei einem externen Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht für Versicherte in Krankenhäusern, die gemäß BPfIV vergütet werden angewendet (unabhängig von der Anwendung des neuen Vergütungssystems nach §17d KHG - siehe Anlage 5 Kapitel 1.4.10)

...

Der BPfIV unterliegende Fachabteilungen werden durch die ersten zwei Stellen identifiziert:

29xx	Allgemeine Psychiatrie
30xx	Kinder- und Jugendpsychiatrie
31xx	Psychosomatik/Psychotherapie

Der Ort des häuslichen Umfelds wird gemäß § 12 der Vereinbarung zur Stationsäquivalenten Behandlung nach § 115d Abs. 2 SGB V wie folgt dokumentiert:

2970	Allgemeine Psychiatrie, Stationsäquivalente Behandlung in der Privatwohnung
2971	Allgemeine Psychiatrie, Stationsäquivalente Behandlung im Pflegeheim
2972	Allgemeine Psychiatrie, Stationsäquivalente Behandlung in weiteren Wohnformen
3070	Kinder- und Jugendpsychiatrie, Stationsäquivalente Behandlung in der Privatwohnung
3071	Kinder- und Jugendpsychiatrie, Stationsäquivalente Behandlung im Pflegeheim
3072	Kinder- und Jugendpsychiatrie, Stationsäquivalente Behandlung in weiteren Wohnformen

...

Nachtrag 8 (1.1.2018):**Anhang B Teil III:***wird wie folgt ergänzt:*

Entgeltschlüssel	Entgeltbezeichnung	gueltigab	gueltigbis
DH1QA80Z	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen, tagesbezogen	01.01.2018	31.12.9999
DH2QA80Z	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen, fallbezogen	01.01.2018	31.12.9999
DH3QA80Z	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen, zeitraumbezogen	01.01.2018	31.12.9999
DH1QK80Z	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen, tagesbezogen	01.01.2018	31.12.9999
DH2QK80Z	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen, fallbezogen	01.01.2018	31.12.9999
DH3QK80Z	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen, zeitraumbezogen	01.01.2018	31.12.9999

...

Nachträge zur Anlage 4

Nachtrag 9 (1.1.2018)

...

4.2 Datenfernübertragung

...

- (5) Im Rahmen bilateraler Absprachen ist die Übertragung mittels weiterer Verfahren möglich. In diesen Fällen muss die gleiche Datensicherheit gewährleistet sein wie beim Einsatz der Datenübertragung mittels der nachfolgenden Festlegungen.

Verlängerung der Annahmefähigkeit für FTAM / ISDN bzw. X.400 / MHS bis 31.3.2018

Aufgrund erheblicher Verzögerungen bei der Umstellung auf die IP-basierte Datenübermittlung kann mit Stand November 2017 nicht von einer flächendeckenden Umstellung zum 1.1.2018 ausgegangen werden. Um den Abrechnungsbetrieb nicht zu gefährden, haben sich die Vereinbarungspartner daher darauf verständigt, die Annahmefähigkeit der PKV-Datenannahmestelle für die zum 31.12.2017 beendeten Verfahren FTAM / ISDN bzw. X.400 / MHS einmalig um drei Monate bis zum 31.3.2018 zu verlängern. Die Vereinbarungspartner stimmen darin überein, dass eine weitere Verlängerung über den 31.3.2018 nicht vorgesehen ist. Diese Regelung bedingt die Verfügbarkeit der bisher genutzten ISDN-Anschlüsse sowohl auf Seiten der Datenannahmestellen als auch der Krankenhäuser.

...

Nachträge zur Anlage 5

Nachtrag 10 (PKV-seitig zum 01.05.2018):

1.2.4. Rechnungssatz

wird wie folgt aktualisiert:

...

Schlussrechnungen von Krankenhäusern, die das Vergütungssystem nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes anwenden, werden entsprechend der BpflV und der zugehörigen Abrechnungsbestimmungen (PEPPV) wie folgt erstellt.

Hat das Krankenhaus vor Entlassung des Patienten der Krankenkasse über eine Zwischenrechnung (oder mehrere) mit der Entgeltart AD100001, BD100001 oder DD100001 eine Teilzahlung (§ 11 Abs. 1 Satz 3 BpflV) in Rechnung gestellt, muss nach Ermittlung des regulären Rechnungsbetrags für den Behandlungsfall geprüft werden, ob die vorab in Rechnung gestellte Teilzahlung niedriger oder höher ausgefallen ist. Im regulären Rechnungsbetrag sind neben den PEPP-Entgelten alle Zu- und Abschläge, Zusatzentgelte, vor- bzw. nachstationäre Entgelte sowie abzusetzende Zuzahlungen zu berücksichtigen.

Unterschreitet die Summe der Teilzahlungen den regulären Rechnungsbetrag, ist dieser über eine Teilzahlungskorrektur um diese Summe zu mindern. Dazu wird die Entgeltart AD100002, BD100002 oder DD100002 (Teilzahlungskorrektur) für alle über Zwischenrechnung berechneten Tage in der Schlussrechnung ausgewiesen. Es erfolgt in der Schlussrechnung die Rechnungsstellung in der die tatsächlich abzurechnenden Entgeltarten gemäß Anhang B Teil III angegeben werden.

Die Entgeltarten AD100001, BD100001 oder DD100001 (bei Zwischenrechnung) und AD100002, BD100002 oder DD100002 (zur Teilzahlungskorrektur bei Schlussrechnung) sind jeweils im Datenelement „Entgeltbetrag“ als tagesbezogener Einzelbetrag auszuweisen. Zur Abbildung unterschiedlich hoher Teilzahlungsbeträge (u.a. § 1 Abs. 9 Satz 2 PEPPV - Kinder- und Jugendpsychiatrie) innerhalb eines Krankenhauses dient die behandelnde Fachabteilung. Für die Abbildung der stationsäquivalenten Behandlung dienen die Entgeltarten DD100001 und DD100002.

Übersteigt die Summe der Teilzahlungen den regulären Rechnungsbetrag, sind zunächst alle Zwischenrechnungen gutzuschreiben und dann die Schlussrechnung zu übermitteln.

Wird der Patient nach Übermittlung einer Schlussrechnung erneut aufgenommen und treffen die Voraussetzungen für eine Fallzusammenführung zu, ist die Schlussrechnung der ersten Behandlungsepisode gutzuschreiben. Das Krankenhaus kann eine Teilzahlung (und ggf. weitere) über die noch nicht mit vorausgegangenen Zwischenrechnungen berechneten Behandlungstage in Rechnung stellen.

...

Nachtrag 11 (01.01.2018):

1.4 Vorgaben für besondere Fallkonstellationen

1.4.1 Versorgung von Neugeborenen im G-DRG-System

Im Falle einer Geburt ist nach § 1 Abs. 5 KFPV 2004 / FPV ein eigener Fall für das Neugeborene zu bilden.

Wird eine im Fallpauschalen-Katalog vorgegebene Mindestverweildauer für die Fallpauschale (P60C) nicht erreicht, ist die Versorgung des Neugeborenen mit dem Entgelt für die Mutter abgegolten. In diesem Falle wird keine Rechnung für den Fall des Neugeborenen übermittelt.

1.4.1.1 Gesundes Neugeborenes

Für das nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftige Neugeborene ist ein Aufnahmesatz mit dem Aufnahmegrund ‚0601‘ (‘Geburt’) vom Krankenhaus an das Versicherungsunternehmen der Mutter zu übermitteln.

Neugeborene gelten als nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftig, wenn die in der FPV definierten Vorgaben (§ 1 Abs. 5 FPV) erfüllt sind.

Dies gilt auch für die Mitaufnahme eines gesunden Neugeborenen bei Erkrankung der Mutter (bis Vollendung des 28. Tags nach Geburt) in einem Krankenhaus, in dem die Geburt nicht stattgefunden hat.

...

Nachtrag 12 (01.01.2018):**1.4.11. Abrechnung psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen gemäß BPfIV
(bei Anwendung §17d KHG)** *wird wie folgt ergänzt:***1.4.11 Abrechnung psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen gemäß BPfIV (bei Anwendung §17d KHG)**

Mit der Einführung des Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (§17d KHG) sind die bisherigen Regelungen zur Verlegung bzw. Wiederaufnahme gesondert zu den in Anlage 5 Abschnitt 1.4.4 – 1.4.6 beschriebenen Fallkonstellationen wie folgt zu regeln.

1.4.11.1 Rückverlegung oder Wiederaufnahme in den Entgeltbereich nach der BPfIV (bei Anwendung §17d KHG)

Wird ein Versicherter, für den Leistungen mit PEPP abgerechnet werden, in den DRG-Entgeltbereich oder einen Entgeltbereich für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG verlegt oder extern verlegt und danach zurückverlegt oder nach Entlassung wieder aufgenommen, ist eine Aufnahmeanzeige mit neuem krankenhauses internen Kennzeichen als neuer Krankenhausfall an die Krankenkasse zu übermitteln. Die Krankenkasse übermittelt hierauf eine Kostenübernahmeerklärung.

Bei Rückverlegungen/Wiederaufnahmen kann auf die Übermittlung eines neuen Aufnahmesatzes und die Vergabe eines neuen krankenhauses internen Kennzeichens verzichtet werden, wenn eine Neueinstufung vorzunehmen ist. Der erste Fall kann dann ggf. über ein Storno der Entlassungsanzeige fortgeführt werden.

Eine Neueinstufung mit Zusammenfassung der Falldaten ist unter folgenden Bedingungen durchzuführen:
Rückverlegung/Wiederaufnahme (nur für mit Bewertungsrelationen bewertete Entgelte)

1. ein Patient wird innerhalb von 14 Kalendertagen, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Entlassungstag der vorangegangenen Behandlung wieder aufgenommen und ist für den Wiederaufnahmefall in dieselbe Strukturkategorie einzustufen und

2. der Patient wird innerhalb von 90 Kalendertagen ab dem Aufnahmetag des ersten unter die Regelung der PEPPV fallenden Krankenhausaufenthaltes wieder aufgenommen.

Für Aufenthalte mit Aufnahmedatum aus dem Jahr 2019 gilt, dass diese mit Fällen aus dem Jahr 2018 nicht zusammenzufassen sind.

Das Kriterium der Einstufung in dieselbe Strukturkategorie findet keine Anwendung, wenn Fälle aus unterschiedlichen Jahren zusammenzufassen sind (§ 2 Abs. 5 Satz 1 und 2 PEPPV).

1.4.11.1.1 Keine Neueinstufung

Das Krankenhaus übermittelt nach Beendigung des Falles der Wiederaufnahme die Entlassungsanzeige und eine Schlussrechnung für den neuen Krankenhausfall an die Krankenkasse.

1.4.11.1.2 Neueinstufung

Erfolgt eine Neueinstufung auf der Grundlage der zusammengefassten Falldaten, ist der gesamte zusammengefasste Fall über das krankenhauses interne Kennzeichen des ersten Aufenthaltes abzuwickeln.

Ist für den ersten Aufenthalt bereits eine Schlussrechnung übermittelt worden, ist die Schlussrechnung mit dem Verarbeitungskennzeichen ,10' (Normalfall) und der Rechnungsart ,04' (Gutschrift / Stornierung) zu stornieren. Bei befristeter Kostenübernahme für den ersten Aufenthalt ist ggf. eine Verlängerungsanzeige zu übermitteln.

Falls für den ersten Aufenthalt bereits eine Entlassungsanzeige übermittelt worden ist, ist hierzu zunächst die Entlassungsanzeige mit Verarbeitungskennzeichen ,41' (Storno einer Entlassungsanzeige wegen Rückverlegung oder Wiederaufnahme) zu stornieren, um den Fallbezug zur ersten Aufnahme für die gesamte Falldokumentation herstellen zu können.

Mit den zusammengefassten Falldaten ist für den mit der ersten Aufnahme gemeldeten Fall eine erneute Entlassungsanzeige zu übermitteln. Dazu werden Prozeduren wie folgt zusammengefasst: Sämtliche Symptome/Diagnosen und Prozeduren sind auf den gesamten Abrechnungsfall zu beziehen. Das hat gegebenenfalls zur Folge, dass mehrere Prozeduren unter Addition der jeweiligen Mengenangaben zu einer Prozedur zusammenzuführen sind (siehe DKR-Psych). Als Hauptdiagnose des zusammengeführten Falles ist die Hauptdiagnose

des Aufenthaltes mit der höchsten Anzahl an Berechnungstagen zu wählen (§ 2 Abs. 3 PEPPV). Bei mehr als zwei zusammenzuführenden Aufenthalten sind die Berechnungstage einzelner Aufenthalte mit gleicher Hauptdiagnose aufzusummieren und mit der Anzahl an Berechnungstagen der anderen Aufenthalte zu vergleichen. Ist die Anzahl der Berechnungstage für mehrere Hauptdiagnosen gleich hoch, so ist als Hauptdiagnose die Diagnose des zeitlich früheren Aufenthaltes zu wählen.

Bei unbefristeter Kostenübernahme für den ersten Aufenthalt kann eine bereits übermittelte Entlassungsanzeige des ersten Aufenthaltes mit den zusammengefassten Falldaten als Korrekturmeldung mit Verarbeitungskennzeichen "20" (Änderung) übermittelt werden.

Die Entlassungsanzeige ist mit den zusammengeführten Falldaten der Aufenthalte zu übermitteln.

- A) Hierbei ist für die Entlassung/Verlegung am Ende des ersten Aufenthaltes bzw. der vorangegangenen Aufenthalte im Datenfeld "Entlassungs-/Verlegungsgrund" anzugeben:
- bei Rückverlegungen der Schlüssel ,169' (externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung) und
 - bei Wiederaufnahmen der Schlüssel ,21x' (Entlassung mit nachfolgender Wiederaufnahme)
- B) Der externe Aufenthalt ist wie folgt zu dokumentieren:
- bei Rückverlegung durch ein ETL-Segment für die Pseudo-Fachabteilung ,0001' (Pseudo-Fachabteilung für den Aufenthalt bei Rückverlegung) mit Entlassungs-/Verlegungsgrund ,189' (Rückverlegung) oder
 - bei Wiederaufnahme durch ein ETL-Segment für die Pseudo-Fachabteilung ,0002' (Pseudo-Fachabteilung für den externen Aufenthalt bei Wiederaufnahme) mit Entlassungs-/Verlegungsgrund ,199' (Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung).
 - Als Tag der Entlassung/Verlegung und Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit sind Tag und Uhrzeit der Rückverlegungs-/Wiederaufnahme anzugeben. Als Hauptdiagnose ist die Hauptdiagnose aus der vorangegangenen internen Fachabteilung (mit Entlassungs-/Verlegungsgrund ,169' oder ,21x') zu übernehmen. Die Angabe der Sekundärdiagnose, des IK der aufnehmenden Institution sowie von Nebendiagnosen (NDG-Segment) entfällt.

Im Datenfeld „Tage ohne Berechnung/Behandlung“ sind die Tage der vollständigen Abwesenheit während des externen Aufenthaltes zu berücksichtigen.

Die Dokumentationen der Abwesenheiten über Mitternacht mit der FAB `0003` (siehe Nachtrag vom 01.08.2012 mit Wirkung zum 01.07.2013) betreffen Zeiträume des Aufenthaltes, in denen der Patient über Mitternacht während der Krankenhausbehandlung nicht anwesend war in den jeweils vor Zusammenführung dokumentierten Fällen. Die Zeiten des externen Aufenthaltes zwischen wiederaufgenommen/rückverlegten Fällen werden entsprechend mit der FAB `0001` und `0002` dokumentiert.

Die Tage ohne Berechnung in dem „zusammengeführten Fall setzen sich dann wie folgt zusammen:

- Tagen der Abwesenheit über Mitternacht, bei denen mindestens 1 Tag vollständige Abwesenheit vorlag (ab 1.7.2013 FABT `0003`) und
- Tagen des externen Aufenthaltes (FAB `0001` bzw. FAB `0002`) zwischen den zusammengeführten Fällen.

Eine neue Schlussrechnung ist für den anhand der Zusammenfassung neu eingestufteten Fall zu erstellen.

1.4.11.2 Entlassungen zum Jahresende für Zwecke der Abrechnung

Sofern ein im Vorjahr aufgenommener Patient am 31.12. des laufenden Jahres noch nicht entlassen wurde, erfolgt für Zwecke der Abrechnung eine Entlassung (Entlassungsgrund 25 – „Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr für Zwecke der Abrechnung – PEPP“) zum 31.12. des laufenden Jahres. Eine Fallzusammenführung findet nicht statt. Dies findet auch für vor dem Umstiegszeitpunkt aufgenommene Patienten mit einer Verweildauer am 31.12. des laufenden Jahres von mehr als 365 Tagen („Extrem-langlieger“) Anwendung. Als Entlassungstag ist dann der 31.12. zu verwenden. Der 31. Dezember ist dabei ein Berechnungstag für die Schlussrechnung des mit Entlassungsgrund „25“ entlassenen Falls.

Für den fortgesetzten Aufenthalt ab dem 01. Januar des neuen Jahres wird ein neuer Aufnahmesatz (Aufnahmegrund: „01xx“) übermittelt. Die Abrechnung für das neue Jahr wird dann nach den dann gültigen Kodierregeln, ICD- und OPS-Katalogen und Entgeltkatalogen durchgeführt. Die Zählung der Berechnungstage beginnt mit dem 01.01. des Folgejahres neu. Für den fortgesetzten Aufenthalt wird bei Fallabschluss eine reguläre Entlassungsanzeige und Schlussrechnung übermittelt

Nachtrag 13 (PKV-seitig zum 1.5.2018)**1.4.11. Abrechnung psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen gemäß BPfIV (bei Anwendung §17d KHG)** *wird wie folgt ergänzt:*

...

1.4.11.4. Abrechnung stationsäquivalenter Behandlungsfälle

Stationsäquivalente Fälle werden in der Aufnahmeanzeige durch den Aufnahmegrund `10` und mit eigenem Krankenhausinternen Kennzeichen als eigenständige Krankenhausfälle gekennzeichnet.

Vollständige Tage ohne direkten Patientenkontakt (00-24 Uhr) sind in der Entlassungsanzeige zu dokumentieren. Hierzu werden Zeiträume, in denen kein direkter Patientenkontakt stattgefunden hat, mit der Pseudofachabteilung `0004` „Pseudofachabteilung für Zeitraum ohne direkten Patientenkontakt (bei stationsäquivalenter Behandlung)“ übermittelt. Ergeben sich Zeiträume ohne direkten Patientenkontakt aus einer Fallzusammenführung, sind Zeiten zwischen wiederaufgenommenen Fällen hiervon abweichend mit den Pseudofachabteilungen `0001` bzw. `0002` zu dokumentieren.

Die Tage ohne Berechnung in einem „zusammengeführten Fall setzen sich dann wie folgt zusammen:

- Tage ohne direkten Patientenkontakt, bei denen mindestens 1 Kalendertag ohne direkten Patientenkontakt vorlag (FABT `0004`) und
- Tage des externen Aufenthaltes (FAB `0001` bzw. FAB `0002`) zwischen den zusammengeführten Fällen.

Im Rechnungssatz ist das KANN-Segment `ZLG` nicht zu übermitteln. Die Leistungen der stationsäquivalenten Behandlung der Anlage 6b des PEPP-Kataloges werden durch separate Entgeltarten abgerechnet (Stellen 1-2=DH). Die krankenhausesindividuell vereinbarenden Entgelte gemäß Anlage 6b des PEPP-Kataloges nach § 6 Abs. 1 Satz 1 BPfIV können durch weitere differenzierende Entgelte abgebildet werden. Die Vergabe erfolgt dann unter der Maßgabe, dass die jeweilige PEPP (z.B. QA80Z) in der Entgeltbezeichnung mit aufgeführt wird.

Ein Abrechnungsfall für stationsäquivalente Behandlungen kann folgende zusätzliche Entgeltarten im Rechnungssatz enthalten:

1. Zusatzentgelte (Stellen 1-2: „C5“)
2. Zu- und Abschläge (Stellen 1-2: „D6“ oder „D7“)*
3. Krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte (Stellen 1-2: „C9“)
4. Vor- und nachstationäre Pauschalen (Stelle 1: „CV“ oder „CN“)

*Abhängig von der weiteren Klärung zu Zu- und Abschlägen auf Ebene der Vereinbarungspartner

Nachtrag 14 (1.1.2018)

2. Hinweise zu Datenelementen (nach Segmenten)

wird wie folgt ergänzt:

...

EBG Segment Entbindung (2 x wiederholbar)

1. Tag der Entbindung

Es wird der Tag (bei Mehrlingsgeburten über Mitternacht: die Tage) der Entbindung, auch bei einer Totgeburt, angegeben.

Nachtrag 15 (1.1.2018)

ENT Segment Entgelt (98 x / 99 x möglich) *wird wie folgt ergänzt:*

...

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.

Abrechnung klinischer Obduktionen:

Bei klinischen Obduktionen ist infolge der Deutschen Kodierrichtlinien (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.

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 infolge der Deutschen Kodierrichtlinien (P017q Klinische Obduktion bzw. Obduktion zur Qualitätssicherung) das Datum, an dem der Patient verstorben ist (Entlassungstag), anzugeben.

...

6. Tage ohne Berechnung/Behandlung

Das Feld enthält die Anzahl der Tage, die nicht in die Berechnung einfließen (z. B. Tage der Beurlaubung bzw. Tage der vollständigen Abwesenheit im Bereich der PEPP).

Bei vor-, teil- und nachstationärer Behandlung dient das Feld dazu, die Tage ohne Behandlung innerhalb des durch 'Abrechnung von' und 'Abrechnung bis' definierten kalendermäßigen Zeitraums anzugeben. Die Angabe wird u. a. bei Fallpauschalen benötigt, um die Überschreitung der Grenzverweildauer zu ermitteln (Beispiele siehe Anhang B).

...

Nachtrag 16 (1.5.2018)

PVA Segment Aufnahmeinformation PKV

wird wie folgt ergänzt:

...

8. Register-Nummer

Die Register-Nummer für den Standort/Bereich (Betriebsstätte des Krankenhauses) der Wahlleistung Unterkunft muss angegeben werden, wenn bei der Aufnahme eine Wahlleistung Unterkunft in Anspruch genommen wird.

Verfügt das Krankenhaus über mehrere Standorte/Bereiche mit eigenen Register-Nummern, ist die Register-Nummer des jeweils abrechnenden Standortes unabhängig von der Inanspruchnahme der Wahlleistung Unterkunft immer anzugeben.

Sind in Folge von Verlegungen des Privatversicherten mehrere Standorte/Bereiche mit eigenen Register-Nummern chronologisch in die Behandlung einbezogen, ist die Angabe einer weiteren Register-Nummer nicht möglich, eine Abweisung der Rechnung aus diesem Grund ist nicht zulässig.

Die Register-Nummer wird dem Krankenhaus in Verbindung mit der Vereinbarung zur Wahlleistung Unterkunft durch den PKV-Verband mitgeteilt.“

...