

Nachtrag vom 16.05.2023

mit Wirkung zum 01.07.2023 bzw.
01.08.2023

zur Fortschreibung der § 301 – Vereinbarung

Erläuterungen zu einzelnen Nachträgen

Nachträge 2, 3, 4, 7, 8a, 9, 11, 12:

Die Nachträge setzen eine Abrechnung und Dokumentation der tagesstationären Behandlung gemäß der Vereinbarung über eine Dokumentation zur tagesstationären Behandlung im Krankenhaus gemäß §115e Abs. 4 SGB V (Dokumentations-Vereinbarung Tagesstationäre Behandlung) vom 22.02.2023 und der Vereinbarung zur Berechnung der Entgelte und der Prüfung der Notwendigkeit von Übernachtungen durch den Medizinischen Dienst bei tagesstationärer Behandlung gemäß § 115e Absatz 3 Satz 4 SGB V (Abrechnungsvereinbarung Tagesstationäre Behandlung) vom 05.06.2023 (derzeit im Unterschriftenverfahren) um. Zum einen wird die Abrechnung des Abschlages bei nicht anfallender Übernachtung beschrieben, zum anderen werden die Dokumentationsanforderungen geregelt. Es sind dabei die Zeiten der Abwesenheiten aus dem Krankenhaus im Rahmen der tagesstationären Behandlungen an die Krankenkassen zu übermitteln.

Nachträge 5 und 10:

Es erfolgt eine redaktionelle Korrektur in Schlüssel 30 (PrüfvV) und Überarbeitungen mit überwiegend redaktionellem Charakter zum Abschnitt 1.4.13 Aufschläge gemäß § 275c Abs. 3 SGB V.

Nachträge 6:

Schlüssel 32 wird um einen neuen Studientitel nach § 137e SGB V ergänzt.

Nachtrag 1 und 13:

Des Weiteren wird klargestellt, wie rein teilstationäre Standorte abrechnen sollen, wenn in der Feldbeschreibung von STA für die Standortnummer eine Beschränkung auf reine stationäre Standorte vorliegt (Endung: `000`) und mittlerweile im Standortverzeichnis auch Standorte ohne stationärer Einrichtung erfasst werden (Endung: `001`).

Nachtrag 8b:

Im Zuge der Umsetzung der Vorgaben der 16. Fortschreibung (ab Aufnahmedatum 1.4.2023) kam es teilweise zu Abweisungen der Entlassungsanzeige mit dem Fehlercode „24089 Segment OKN fehlt“. Einige Datenannahmestellen hatten beanstandet, dass das Feld „Alpha-ID-SE Version“ im DPV-Segment auch dann von den Abrechnungssystemen mit der Versionsnummer befüllt wird, wenn keine Kodierungen für Seltene Erkrankungen (sogenannte Orpha-Kennnummern im Segment OKN) übermittelt werden. Die DKG hatte hierzu argumentiert, dass eine Angabe des Segmentes OKN nur erfolgen muss, wenn die ICD-Kodierung einer Seltenen Erkrankung gemäß der Deutschen Kodierrichtlinien als Haupt- oder Nebendiagnose vorgenommen wird. Nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes ist die Angabe einer Alpha-ID-SE-Version ohne nachfolgendes OKN-Segment jedoch irreführend. Nach Abstimmung zwischen den Vereinbarungspartnern wird der Fehlercode 24089 nun für Aufnahmen ab 1.7.2023 wie folgt geändert:

24089: Segment OKN fehlt, obwohl `Alpha-ID-SE` Version im DPV Segment angegeben wurde.

Damit wird klargestellt, dass eine Versionsangabe der Alpha-ID-SE im DPV-Segment nur noch erfolgen darf, wenn auch Orpha-Kodierungen übermittelt werden. Um den Systemherstellern genügend Zeit für die Anpassung einzuräumen, werden bis zum 30.6.2023 die entsprechenden Fehlermeldungen zu 24089 bei allen Krankenkassen deaktiviert.

Nachträge zur Anlage 1

Nachtrag 1 Aktualisierung der Nachrichten „RECH“, „ENTL“ und „KHIN“ mit Übermittlung der Standortnummer ab dem 01.07.2023 (wird beim Einpflegen der Anlagen redaktionell eingearbeitet), gilt nicht für AMBO:

Krankenhausinformation (KHIN)

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
FKT	Segment Funktion	M	an3	siehe Anlage 4 (7.2.4)
...				
11	Vertragsnummer	K	an11	Vertragsnummer gemäß Vertragstransparenzstelle nach §293a Abs.1 SGB V
NAD	Segment Name/Adresse	M	an3	'NAD'
1	Name des Versicherten	M	an..45	
2	Vorname des Versicherten	M	an..45	
3	Geschlecht	M	an1	Schlüssel 21
4	Geburtsdatum des Versicherten	M	an8	JJJJMMTT
5	Straße und Haus-Nr.	K	an..56	
6	Postleitzahl	K	an..10	
7	Wohnort	K	an..40	
8	Titel des Versicherten	K	an..20	
9	Internationales Länderkennzeichen	K	an..3	Schlüssel 7
10	Namenszusatz	K	an..20	
11	Vorsatzwort	K	an..20	
12	Anschriftenzusatz	K	an..40	
STA	Segment Standort	M	an3	'STA' (99x möglich)
1	Standortnummer	M	an9	Standortnummer (77+Standort-ID+000_oder 001)
...				

Nachträge zur Anlage 2

Nachtrag 2 (neues Abschlagsentgelt) für Übermittlungen ab dem 01.08.2023:

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 BpflV 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 BpflV und sonstiger Zu- und Abschlag
	47XXXXXX	reserviert (extern)
		...

		3. Stelle	
		2	Abschlag
		4. –8. Stelle	
		00000	intern reserviert
	
		00037	Abschlag für den Ausgleich eines aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandenen Erlösanstiegs (prozentual, Corona-Ausgleichsvereinbarung)
		00038	Abschlag zur Konvergenzangleichung des Landesbasisfallwertes zur maßgeblichen Korridorgrenze (je Bundesland)
		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
		<u>00047</u>	<u>Abschlag bei nicht anfallender Übernachtung im Rahmen tagesstationärer Behandlung (§ 115e Abs. 3 SGB V – fallbezogen)</u>

Nachtrag 3 (Entlassungs- und Verlegungsgrund) für Übermittlungen ab dem 01.08.2023:**Schlüssel 5: Entlassungs-/Verlegungsgrund:***wird wie folgt ergänzt:*

1.u. 2. Stelle	01	Behandlung regulär beendet
	02	Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
	03	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
	04	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
	05	Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers

	<u>31</u>	<u>Beginn eines externen Aufenthalts (tagesstationäre Behandlung)</u>
	<u>32</u>	<u>Reguläre Beendigung eines externen Aufenthalts bei tagesstationärer Behandlung</u>
	<u>33</u>	<u>Ungeplante Beendigung eines externen Aufenthalts bei tagesstationärer Behandlung – Notfall</u>
	<u>34</u>	<u>Ungeplante Beendigung eines externen Aufenthalts bei tagesstationärer Behandlung – medizinischer Behandlungsbedarf</u>
	<u>35</u>	<u>Ungeplante Beendigung eines externen Aufenthalts bei tagesstationärer Behandlung – Wunsch des Patienten</u>

Nachtrag 4 (Fachabteilungen) für Übermittlungen ab dem 01.08.2023:**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)
<u>0005</u>	<u>reserviert</u>
<u>0006</u>	<u>Pseudo-Fachabteilung für Rückkehr in das Krankenhaus bei tagesstationärer Behandlung</u>

...

Nachtrag 5 redaktionelle Korrektur für Übermittlungen ab dem 01.07.2023**Schlüssel 30: Information PrüfvV***wird wie folgt ergänzt:*

<u>Entscheidung der Krankenkasse nach MD-Gutachten (§ 8 PrüfvV) – nur KAIN</u>	
...	...
MDK02	Leistungsrechtliche Entscheidung hat Beanstandung der Abrechnung (mit Minderung des Abrechnungsbetrages) als Ergebnis (nur KAIN)
...	...

Nachtrag 6 Änderung des Studientitels nach § 137e SGB V für Übermittlungen ab dem 01.07.2023

Schlüssel 32: Studientitel nach § 137e SGB V

wird wie folgt ergänzt:

S1	AlloRelapseMMStudy: Allogene Stammzelltransplantation bei Multiplen Myelom
S2	CAMOped: Aktive Bewegungsschiene zur häuslichen Selbstanwendung bei Rupturen des vorderen Kreuzbands
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
<u>S9</u>	<u>BENTO: Bronchoskopische Lungenvolumenreduktion beim schweren Lungenemphysem mittels Thermoablation</u>

Nachtrag 7 (neues Abschlagsentgelt) für Übermittlungen ab dem 01.08.2023:**Anhang B Teil I:***wird wie folgt ergänzt:*

Entgeltschlüssel	Entgeltbezeichnung	gueltigab	gueltigbis
<u>47200047</u>	<u>Abschlag bei nicht anfallender Übernachtung im Rahmen tagesstationärer Behandlung (§ 115e Abs. 3 SGB V – fallbezogen)</u>	<u>28.01.2023</u>	<u>31.12.9999</u>

Nachträge zu Anlage 2, Anhang C: Fehlercodes

Nachtrag 8a Anpassung Fehlercodes (01.08.2023) für Übermittlungen ab dem 01.08.2023:

34100	Es wurde nur FAB = 0000, 0001, 0002, oder 0003, <u>0004 oder 0006</u> übermittelt
34101	Entlassungs-/Verlegungsgrund gleich 12x, 16x, 18x, 19x, 20x, oder 21x, <u>31x - 35x</u> im (zeitlich) letzten ETL-Segment unzulässig
34102	Entlassungs-/Verlegungsgrund ungleich 12x, 16x, 18x, 19x, 20x, und 21x, <u>31x - 35x</u> in einem (zeitlich) nicht letzten ETL-Segment unzulässig
34103	Veranlassende Stelle bei Notfallaufnahme bei Aufnahmegrund xxx1 unzulässig
34104	Aufnahmediagnose im ersten EAD-Segment ist obligatorisch
34105	Angabe Qualifizierung unzulässig
34106	Verarbeitungskennzeichen ungleich 20 unzulässig bei Rechnungsart 05
34107	Gültigkeit der Versichertenkarte nicht JJMM
34108	Verarbeitungskennzeichen ungleich 10 unzulässig bei Nachrichtentyp ZGUT
34109	Angabe von Nebendiagnosen für Pseudo-Fachabteilung 0001, 0002, und 0003, <u>0004 oder 0006</u> nicht zulässig
...	...
<u>34238</u>	<u>Die Angabe der Verlegungs-/Entlassungsgründe 32x - 35x ist nur im Zusammenhang mit der Pseudo-Fachabteilung 0006 zulässig</u>

Nachtrag 8b Anpassung Fehlercodes (01.07.2023) für Aufnahmen ab dem 01.07.2023:

24087	Segment IFT fehlt bei Schlüssel 31 = `KONTA`, `KONKK`
24088	Feld Leistungstag übermittelt bei VKZ `09` und `49`
<u>24089</u>	<u>Segment OKN fehlt, obwohl `Alpha-ID-SE` Version im DPV Segment angegeben wurde</u>
...	...

Nachträge zur Anlage 5

Nachtrag 9 (tagesstationäre Behandlung) für Übermittlungen ab dem 01.08.2023:

1.2.4 Entlassungsanzeige

...

Erfolgt eine interne Verlegung, Rückverlegung, tagesstationäre Behandlung oder Wiederaufnahme oder bei Versicherten in Krankenhäusern, die gemäß BPfIV vergütet werden, eine Unterbrechung des stationären Aufenthalts durch einen externen Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht, muss zusätzlich zu den ETL-Segmenten für die behandelnden Fachabteilungen (und deren Daten) die für den gesamten Krankenhausfall maßgebliche Hauptdiagnose, bei Anwendung des Vergütungssystems nach § 17d KHG: Hauptdiagnose gemäß § 2 PEPPV 2013 (ggf. mit Nebendiagnosen) durch eine weitere (letzte !) Segmentgruppe SG1 übermittelt werden, die im Segment ETL den Pseudo-Fachabteilungscode "0000" für den Krankenhausbezug sowie die Daten der Entlassung/Verlegung enthält. Für die Gruppierung in eine DRG bzw. PEPP werden nur die Diagnoseangaben dieser letzten Segmentgruppe SG1 verwendet.

Fand keine interne Verlegung, Rückverlegung, tagesstationäre Behandlung und keine Wiederaufnahme oder bei Versicherten in Krankenhäusern, die gemäß BPfIV vergütet werden, keine Unterbrechung des stationären Aufenthaltes durch externen Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht statt, darf keine Segmentgruppe SG1 für die Krankenhausfall-Hauptdiagnose mit der Pseudo-Fachabteilung "0000" übermittelt werden. Die Krankenhausfall-Hauptdiagnose und die zugehörigen Nebendiagnosen sind dann identisch mit der Hauptdiagnose und den Nebendiagnosen der einzigen behandelnden Fachabteilung.

Nachtrag 10 redaktionelle Anpassungen Aufschläge für Übermittlungen ab dem 01.07.2023:**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 KHPfIEG) 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. 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. Dies erfolgt jeweils getrennt mit einer Raute im Format:

ursprünglicher Abrechnungsbetrag#geminderter
Abrechnungsbetrag#Aufschlagsquote#Differenzbetrag#Aufschlagsbetrag)-

Dies kann gemeinsam mit der leistungsrechtlichen Entscheidung der Krankenkasse erfolgen, jedoch auch zu einem späteren Zeitpunkt.

2. Das Krankenhaus kann bei Bedarf Einwände gegen Grund oder Höhe des Aufschlages mitteilen. Dies erfolgt mit der Nachricht `Information Krankenhäuser` und der Schlüssel 30 Ausprägung `MDI04`. Das Krankenhaus hat in einem zugehörigen PVT-Segment seine Einwände mit einer entsprechenden Begründung zu übermitteln.
3. Die Krankenkasse kann mit dem Schlüssel `MDK06` (Reaktion zu evtl. Einwänden des Krankenhauses) abschließend reagieren. Ggf. erfolgt weiterer Austausch zwischen Krankenhaus und Krankenkasse jeweils mit `MDI04` oder `MDK06`.
4. Mit dem Schlüssel `MDK08` informiert die Krankenkasse über eine sich ggf. geänderte Aufschlagshöhe, mit Schlüssel `MDK-11` erfolgt eine Information durch die Krankenkasse, wenn die Kommunikation zu einer Rücknahme des Aufschlages führt. In den Fällen, in denen die Kommunikation nicht zu einer Änderung des Aufschlagsbetrages führt, wird das Verfahren durch die Krankenkasse mit dem Schlüssel `MDK07` (Mitteilung über einen unveränderten Aufschlagsbetrag) beendet.

Die Krankenkasse informiert das Krankenhaus mit dem `MDK04` (Festlegung des Aufschlages gemäß § 275c Abs. 3 SGB V durch die Krankenkasse) über den Aufschlagsbetrag. In einem zugehörigen PVT-Segment wird folgender strukturierter Text dargestellt: der Entgeltschlüssel, der Aufschlagsbetrag und eine Rechnungsnummer. 47200033 bzw. A7300033 stellen den Entgeltschlüssel dar, danach folgt mit \$\$\$\$\$\$, \$\$

die Höhe des Aufschlags durch die Krankenkasse, gefolgt von einer Raute mit dem Präfix „A–“ und den letzten(!) 18 Stellen der ursprünglichen Rechnungsnummer des Krankenhauses. Ist die Verwendung der Nachricht Sammelüberweisung (SAMU) vereinbart, ist diese Rechnungsnummer ebenfalls zu verwenden.

47200033: \$\$\$\$\$\$, \$\$#A–\$

Für den Bereich der Entgeltarten BPfIV (bei Anwendung § 17d KHG) gilt der Entgeltschlüssel: A7300033.

Im Rahmen einer SAMU stellt die Krankenkasse zu einem ggf. späteren Zeitpunkt den Aufschlag gemäß § 275c Abs. 3 SGB V mit o.g. Rechnungsnummer ein. Diese beginnt mit dem Präfix „A–“ und enthält danach die letzten(!) 18 Stellen der ursprünglichen Rechnungsnummer des Krankenhauses. Nach bereits erfolgter Zahlung führt das Einstellen des Aufschlages in KAIN zu einer Gutschrift (Rechnungsart 04) des Betrages in der Sammelüberweisung.

Mit dem Schlüssel `MDK14` passt eine Krankenkasse, wenn entsprechender Anpassungsbedarf besteht, einen bereits geltend gemachten Aufschlag z.B. infolge rechtskräftigen Gerichtsurteils endgültig an. Dabei kann es sich bei einer Erhöhung des Aufschlagsbetrags um den zusätzlichen Forderungsbetrag bzw. bei einer Verringerung um den teilweisen bzw. vollständigen Erstattungsbetrag handeln. Die Krankenkasse übermittelt den endgültigen Differenzbetrag und kann diesen in der Sammelüberweisung (SAMU) anwenden. Der Aufschlag ist in Abhängigkeit davon, ob es sich um eine Forderung oder Erstattung handelt, folgendermaßen als strukturierter Text imn einem zugehörigen PVT-Segment darzustellen:

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

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

Hinweis:

~~DKG und GKV Spitzenverband haben infolge des MDK-Reformgesetzes weitere Anpassungen der Prüfverfahrenvereinbarung vorzunehmen. Diese sind für die § 301–Vereinbarung entsprechend zu bewerten und dann mögliche technische Abbildungen (z.B. neue Segmente o.ä.) zu vereinbaren.~~

Nachtrag 11 (tagesstationäre Behandlung) für Übermittlungen ab dem 01.08.2023:

1.4. Vorgaben für besondere Fallkonstellationen

...

1.4.15 Dokumentation und Abrechnung tagesstationärer Behandlung nach §115e SGB V

Die Vereinbarung über eine „Dokumentation zur tagesstationären Behandlung im Krankenhaus gemäß §115e Abs. 4 SGB V (Dokumentations-Vereinbarung Tagesstationäre Behandlung)“ in Verbindung mit der Abrechnungsvereinbarung regelt das Nähere zur Erbringung der tagesstationären Behandlung.

Die tagesstationäre Behandlung wird im Rahmen der Fallabwicklung des vollstationären Falles abgerechnet bzw. dokumentiert. Es ist kein gesonderter Aufnahmegrund geregelt. Im Rahmen der Abrechnung ist jeder tagesstationäre Behandlungstag anzugeben. Verlässt der Patient das Krankenhaus im Rahmen einer tagesstationären Behandlung werden die Abwesenheiten über Nacht jeweils als „fiktive Verlegung“ dokumentiert. In Abhängigkeit davon, ob eine Rückkehr des Patienten ungeplant vor 06:00 Uhr des Folgetags oder geplant erfolgt, ist dies folgendermaßen zu dokumentieren:

Als Tag der Entlassung/Verlegung und als Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit sind der Tag und die Uhrzeit des jeweiligen Beginns der Abwesenheit über Nacht mit der verlegenden Fachabteilung und dem Entlassungs-/Verlegungsgrund „319“ (Beginn eines externen Aufenthalts (tagesstationäre Behandlung) in einer SG1 Segmentgruppe im ETL Segment anzugeben. Als Hauptdiagnose ist die Hauptdiagnose der verlegenden Fachabteilung anzugeben. Die Angabe der Sekundärdiagnose, des IK der aufnehmenden Institution sowie von Nebendiagnosen (NDG-Segment) entfällt.

Bei der Rückkehr aus der Abwesenheit über Nacht sind als Tag der Entlassung/Verlegung und als Entlassungs-/ Verlegungsuhrzeit der Tag und die Uhrzeit der jeweiligen Beendigung der Abwesenheit über Nacht mit den Entlassungs-/Verlegungsgründen:

32 Reguläre Beendigung eines externen Aufenthalts bei tagesstationärer Behandlung

33 Ungeplante Beendigung eines externen Aufenthalts bei tagesstationärer Behandlung – Notfall

34 Ungeplante Beendigung eines externen Aufenthalts bei tagesstationärer Behandlung –
medizinischer Behandlungsbedarf

35 Ungeplante Beendigung eines externen Aufenthalts bei tagesstationärer Behandlung – Wunsch des
Patienten

und der Pseudo-Fachabteilung 0006 (Pseudo-Fachabteilung für Rückkehr in das Krankenhaus bei tagesstationärer Behandlung) anzugeben. Als Hauptdiagnose ist die Hauptdiagnose der verlegenden internen Fachabteilung zu übernehmen. Die Angabe der Sekundärdiagnose, des IK der aufnehmenden Institution sowie von Nebendiagnosen (NDG-Segment) entfällt.

Sofern Patientinnen und Patienten zwischen ihrer Aufnahme in das Krankenhaus und ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus im Rahmen einer tagesstationären Behandlung für die Nacht das Krankenhaus verlassen, ist für die nicht anfallenden Übernachtungskosten ein Abzug von den für den vollstationären Aufenthalt

insgesamt berechneten Entgelten vorzunehmen, der 0,04 Bewertungsrelationen je betreffender Nacht entspricht, wobei der Abzug einen Anteil von 30 Prozent der Entgelte für den Aufenthalt insgesamt nicht überschreiten darf. Dafür wird der Entgeltschlüssel 47200047 verwendet.

Die Abschläge der tagesstationären Behandlung werden in einem zusammengefassten Entgelt-Segment abgebildet. Als Anzahl wird der Wert 1 angegeben.

Nachtrag 12 Berechnungsschema für Abschlag bei nicht anfallender Übernachtung im Rahmen tagesstationärer Behandlung

Anhang 1 Berechnungsschema für den Abschlag bei nicht anfallender Übernachtung im Rahmen tagesstationärer Behandlung (§ 115e Abs. 3 SGB V)

Für die Berechnung des Abschlages nach § 115e Abs. 3 SGB V zum Abzug von nicht anfallender Übernachtung im Rahmen tagesstationärer Behandlung wird der vom Krankenhaus in Rechnung gestellte Abschlagsbetrag wie folgt ermittelt:

47200047 ⇒ 28.01.2023 – 31.12.9999 (abrechenbar ab 01.08.2023 für Fälle mit Aufnahmedatum ab 28.01.2023)

1. Für den Abschlag nach § 115e Abs. 3 SGB V wurde der Entgeltartenschlüssel „47200047“ festgelegt. Dieser wird als Abschlag auf die u.g. Entgeltarten in der Rechnung separat ausgewiesen.
2. Der vom Krankenhaus in Rechnung gestellte Abschlagsbetrag wird wie folgt ermittelt:
 - a. Der Abschlagsbetrag ist durch Multiplikation der Anzahl der betreffenden Nächte mit dem Faktor 0,04 und dem maßgeblichen Landesbasisfallwert zu berechnen.
 - b. kaufmännische Rundung des nach Nr. a. errechneten Abschlagsbetrages auf 2 Nachkommastellen
 - c. Vergleichsrechnung: Von dem Brutto-Rechnungsbetrag des Krankenhauses werden, sofern darin enthalten, folgende Entgeltarten für eine Vergleichsrechnung herangezogen:
 - 46* – Zuschlag für Qualitätssicherung nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 7 KHEntgG
 - 471* –Zuschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG und sonstiger Zuschlag [ohne 47100000–47100001; 47100008; 47100009; 47100013; 4711* und 4712*]
 - 472* –Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG und sonstiger Abschlag [ohne 47200008–47200009; 47200013]
 - 49* – Abrechnungsergänzungen
 - 70* – DRG–Fallpauschale nach § 7 Nr. 1 KHEntgG (§ 1 Abs. 1 Satz 1 KFPV/FPV)
 - 71* – Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD nach § 7 Nr. 3 KHEntgG
 - 72* – Abschlag bei Verlegungen nach § 1 Abs. 1 Satz 3 KFPV/FPV
 - 73* – Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD nach § 1 Abs. 3 Satz 1 KFPV/FPV
 - 74* – Entgelt für Pflegeerlös/Tag
 - 75* – Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG
 - 76* – Zusatzentgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2, 3, 5 oder 6 KHEntgG
 - 78* – Teilstationäre Leistung nach § 6 Abs. 2 FPV
 - 80* – Entgelt für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Abs. 2

KHEntgG (fallbezogen)

81* – Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD für fallbezogenes Entgelt nach § 6 Abs. 2

KHEntgG

82* – Abschlag bei Verlegung für fallbezogenes Entgelt nach § 6 Abs. 2 KHEntgG

83* – Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogenes Entgelt nach § 6

Abs. 2 KHEntgG

84* – Pflegeanteil für tages- oder fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5

KHEntgG

85* – Tagesbezogenes Entgelt nach § 7 Nr. 5 KHEntgG (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)

86* – Fallbezogenes Entgelt nach § 7 Nr. 5 KHEntgG (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)

87* – Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1

KHEntgG

88* – Abschlag bei Verlegung für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG

89* – Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs.

1 KHEntgG

Es wird eine auf 2 Nachkommastellen gerundete Summe über alle o.g. Entgeltarten (Abschläge sind dabei mit negativem Vorzeichen zu berücksichtigen) gebildet [(Entgeltbetrag) x (Entgeltanzahl)].

- d. Beträgt der unter b. errechnete Abschlagsbetrag weniger als 30 Prozent der unter c. berechneten Summe, ist dieser Betrag zu verwenden, ansonsten wird der auf 30% gekürzte Betrag als Abschlagsbetrag in Rechnung gestellt.

Nachtrag 13 Standortangaben für Übermittlungen ab dem 01.07.2023:**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`) 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.