

Nachtrag vom 27.11.2008

zur Fortschreibung der § 301-Vereinbarung vom 01.02.2008

mit Wirkung zum 01.01.2009

Nachträge zur Anlage 1**Nachtrag 1****Beispiel: Aufnahmesatz***wird wie folgt geändert:***Beispiel: Aufnahmesatz**

...		
INV	Segment Information Versicherter Krankenversicherten-Nr. Versichertenstatus Gültigkeit der Versichertenkarte	INV 123456789012 12345 08120912
...		
DPV	Segment Diagnosen-/Prozedurenversion ICD-Version OPS-Version	DPV 20082009 Angabe entfällt
AUF	Segment Aufnahme Aufnahmetag	AUF 2008100120091001
...		
	Voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung	2008100920091009
...		
	Aufnahmegewicht	Angabe entfällt
EAD	Segment Einweisungs- und Aufnahmediagnose	EAD
...		

UNH+00001+AUFN:08:000:00'

FKT+10+01+123456789+987654321'

INV+123456789012+12345+~~08120912~~+A95-12345'

NAD+Meier+Hugo+m'

DPV+~~20082009~~AUF+~~2008100120091001~~+1120+0101+0700+~~2008100920091009~~+++123456789'

EAD+M50.8:'

UNT+...

Nachtrag 2**Rechnungssatz Ambulante Operation***wird wie folgt ergänzt:***Rechnungssatz Ambulante Operation**

...

PRZ	Segment Prozedur	K	an3	'PRZ' (30x möglich)
	Prozedur	M		(Datenelementgruppe)
	Prozedurenschlüssel	M	an..11	Amtlicher OP-Schlüssel <u>oder</u> <u>„9999“</u>
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16

...

Hinweis:

...

Bei geplanten ambulanten Operationen, die nicht zustande kommen (z.B. Nichterscheinen des Patienten), obwohl bereits Vorleistungen erbracht wurden, ist dies in einem PRZ-Segment im ersten Datenelement durch die Angabe „9999“ anzuzeigen. Das Feld Lokalisation ist nicht anzugeben.

Nachträge zur Anlage 2**Nachtrag 3****Schlüssel 3: Einzelvergütung Ambulante Operation, Erläuterung***wird wie folgt ergänzt:***Schlüssel 3: Einzelvergütung Ambulante Operation, Erläuterung**

1. u. 2. Stelle 01 Im Körper verbleibende Implantate in Summe (siehe Hinweis)

...

50 Sprechstundenbedarf (nur für 116b)
(Hinweis: bis zum Wirksamwerden dieser Ausprägung ist der Sprechstundenbedarf mit „04“ (Pauschalvergütung Sachmittel) zu verschlüsseln)

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

...

3 u. 4. Stelle

gilt nur für Knappschaft, sonst leer

- 00 ~~keine Einschränkung~~
- 10 Kostenübernahme in Höhe der allgemeinen Krankenhausleistungen
- 11 ~~wie 10, jedoch bis zu einem Höchstbetrag je Berechnungstag von XXX,XX €~~
- 20 ~~Übernahme der Kosten für die Unterbringung in einem Zweibettzimmer (ohne weitere gesondert berechenbare Zusatzleistungen) und für die Behandlung durch die liquidationsberechtigten Chefärzte/leitenden Krankenhausärzte~~
- 21 Wie 10 sowie Übernahme der Kosten für die Unterbringung in einem Zweibettzimmer (ohne weitere gesondert berechenbare Zusatzleistungen) und für die Behandlung durch die liquidationsberechtigten Chefärzte/leitenden Krankenhausärzte nach dem Vertrag zwischen dem VLK und der Knappschaft in der jeweiligen Fassung auf Grund einer spezifizierten Rechnung
- 22 ~~Übernahme der Kosten für die Unterbringung in einem Zweibettzimmer (ohne weitere gesondert berechenbare Zusatzleistungen) bis zu einem Höchstbetrag je Berechnungstag von XXX,XX € und für die Behandlung durch die liquidationsberechtigten Chefärzte/leitenden Krankenhausärzte~~
- 23 ~~Übernahme der Kosten für die Unterbringung in einem Zweibettzimmer (ohne weitere gesondert berechenbare Zusatzleistungen) bis zu einem Höchstbetrag je Berechnungstag von XXX,XX € und für die Behandlung durch die liquidationsberechtigten Chefärzte/leitenden Krankenhausärzte nach dem Vertrag zwischen dem VLK und der Knappschaft in der jeweiligen Fassung auf Grund einer spezifizierten Rechnung~~
- 24 Wie 10 sowie Übernahme der Kosten für die Unterbringung in einem Zweibettzimmer (ohne weitere gesondert berechenbare Zusatzleistungen) und für die Behandlung durch die liquidationsberechtigten Chefärzte/leitenden Krankenhausärzte in voller Höhe nach der GOÄ aufgrund einer spezifizierten Rechnung
- 25 Wie 10 sowie Übernahme der Kosten für die Unterbringung in einem Zweibettzimmer (ohne weitere gesondert berechenbare Zusatzleistungen)
- 26 Wie 10 sowie Übernahme der Kosten für die Behandlung durch die liquidationsberechtigten Chefärzte/leitenden Krankenhausärzte nach dem Vertrag zwischen dem VLK und der Knappschaft in der jeweiligen Fassung auf Grund einer spezifizierten Rechnung
- 27 Wie 10 sowie Übernahme der Kosten für die Behandlung durch die liquidationsberechtigten Chefärzte/leitenden Krankenhausärzte nach der GOÄ aufgrund einer spezifizierten Rechnung
- 30 ~~Übernahme der Kosten für die Unterbringung in einem Zweibettzimmer (ohne weitere gesondert berechenbare Zusatzleistungen) abzüglich der Kosten der allgemeinen Krankenhausleistung und für die Behandlung durch die liquidationsberechtigten Chefärzte/leitenden Krankenhausärzte~~
- 31 Übernahme der Kosten für die Unterbringung in einem Zweibettzimmer (ohne weitere gesondert berechenbare Zusatzleistungen) und für die Behandlung durch die liquidationsberechtigten Chefärzte/leitenden Krankenhausärzte nach dem Vertrag zwischen dem VLK und der Knappschaft in der jeweiligen Fassung auf Grund einer spezifizierten Rechnung ohne abzüglich der Kosten der allgemeinen Krankenhausleistung und für die Behandlung durch die liquidationsberechtigten

- ~~Chefärzte/leitenden Krankenhausärzte nach dem Vertrag zwischen dem VLK und der Knappschaft in der jeweiligen Fassung auf Grund einer spezifizierten Rechnung~~
- 32 ~~Übernahme der Kosten für die Unterbringung in einem Zweibettzimmer (ohne weitere gesondert berechenbare Zusatzleistungen) abzüglich der Kosten der allgemeinen Krankenhausleistung bis zu einem Höchstbetrag – je Berechnungstag – von XXX,XX € und für die Behandlung durch die liquidationsberechtigten Chefärzte/leitenden Krankenhausärzte~~
- 33 ~~Übernahme der Kosten für die Unterbringung in einem Zweibettzimmer (ohne weitere gesondert berechenbare Zusatzleistungen) abzüglich der Kosten der allgemeinen Krankenhausleistung bis zu einem Höchstbetrag – je Berechnungstag – von XXX,XX € und für die Behandlung durch die liquidationsberechtigten Chefärzte/leitenden Krankenhausärzte nach dem Vertrag zwischen dem VLK und der Knappschaft in der jeweiligen Fassung auf Grund einer spezifizierten Rechnung~~
- 34 Übernahme der Kosten für die Unterbringung in einem Zweibettzimmer (ohne weitere gesondert berechenbare Zusatzleistungen) und für die Behandlung durch die liquidationsberechtigten Chefärzte/leitenden Krankenhausärzte nach der GOÄ aufgrund einer spezifizierten Rechnung ohne abzüglich der Kosten der allgemeinen Krankenhausleistung ~~und für die Behandlung durch die liquidationsberechtigten Chefärzte/leitenden Krankenhausärzte in voller Höhe~~
- 35 Übernahme der Kosten für die Unterbringung in einem Zweibettzimmer (ohne weitere gesondert berechenbare Zusatzleistungen) ohne Kosten der allgemeinen Krankenhausleistung
- 36 Übernahme der Kosten für die Behandlung durch die liquidationsberechtigten Chefärzte/leitenden Krankenhausärzte nach dem Vertrag zwischen dem VLK und der Knappschaft in der jeweiligen Fassung auf Grund einer spezifizierten Rechnung ohne Kosten der allgemeinen Krankenhausleistung
- 37 Übernahme der Kosten für die Behandlung durch die liquidationsberechtigten Chefärzte/leitenden Krankenhausärzte nach der GOÄ aufgrund einer spezifizierten Rechnung ohne Kosten der allgemeinen Krankenhausleistung

Nachträge zur Anlage 4

Nachtrag 5

Kap. 2, Teilnahme

wird wie folgt ergänzt:

2 Teilnahme

...

(3) Krankenhausfälle von Patienten, die das Kostenerstattungsverfahren gewählt haben, sind nicht in das Datenaustauschverfahren einbezogen.

Nachtrag 6

Kap. 9, Datenflüsse

wird wie folgt geändert:

9 Datenflüsse

...

Das Krankenhaus wird durch sein Institutionskennzeichen (IK) oder eines dem Krankenhaus zugeordneten IK einer Betriebsstätte oder zusätzlichen Kontoverbindung in den Nachrichten im FKT-Segment als logischer Absender / Empfänger ausgewiesen. Die datenversendende / datenempfangende entschlüsselungsberechtigte Stelle wird im UNB-Segment als „Absender der Übertragungsdatei“ / „Empfänger der Übertragungsdatei“ durch ihr IK angegeben. Ist ein Krankenhaus selbst die datenversendende Stelle enthält das UNB-Segment das IK des Krankenhauses. Falls ein Rechenzentrum im Auftrag eines Krankenhauses die Datenübermittlung übernimmt, wird das IK dieses Rechenzentrums im UNB-Segment angegeben, sofern es entschlüsselungsberechtigt ist. Auch ein Krankenhaus kann hierbei als Rechenzentrum für andere Krankenhäuser tätig sein. Weiterhin gilt dies auch für Rechenzentren, die nur als Abrechnungsstelle für ambulante Operationen / Behandlungen im Auftrag des Krankenhauses tätig sind. In diesen Fällen sind die Rückmeldungen der Krankenkassen für den ambulanten (ZAAO, SAMU, FEHL sowie Fehlermeldungen zu AMBO ~~und ZGUT~~) und den stationären (KOUB, ANFM, ZAHL, SAMU, FEHL sowie Fehlermeldungen zu AUFN, VERL, MBEG, RECH, ZGUT und ENTL) Bereich jeweils an unterschiedliche Empfänger-IK im UNB-Segment zu richten. Dabei ist es nicht zulässig, dass ~~die~~ Abrechnungen der ambulanten Operationen mit dem Nachrichtentyp AMBO durch mehr als eine datenversendende / datenempfangende entschlüsselungsberechtigte Stelle erfolgeten.

....

Nachtrag 7**Kap. 9.1, Annahmestellen bei den Krankenkassen***wird wie folgt geändert:***9.1 Annahmestellen bei den Krankenkassen**

...

Angestellten-Krankenkassen, Arbeiter-Ersatzkassen:

...

Kürze I	Ersatzkasse	Vorprüfung
BARMER	Barmer Ersatzkasse	selbst
DAK	Deutsche Angestellten-Krankenkasse	selbst
TK	Techniker Krankenkasse	selbst
KKH	Kaufmännische Krankenkasse	selbst
GEK	Gmünder Ersatzkasse	selbst
HEK	Hanseatische Krankenkasse	selbst
HMK	Hamburg-Münchener Krankenkasse	beim BKK BV
hkk	Handelskrankenkasse hkk	beim BKK BV
HZK	HZK – Die Profikrankenkasse	beim BKK BV

...

Nachträge zur Anlage 5

Nachtrag 8

Kap. 1.2.1, Aufnahmesatz

wird wie folgt ergänzt:

1.2.1 Aufnahmesatz

...

Bei der Abrechnung teilstationärer Fälle ist für ~~den fallbezogene Zu- und Abschläge~~ (z.B. DRG-Systemzuschlag) nach § 17b Abs. 5 Satz 4 KHG die Zählung entsprechend Fußnote 11 und 11a zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (LKA) nach der Bundespflegesatzverordnung maßgeblich. Dabei ist zu beachten, dass bei Wechsel von vollstationärer und teilstationärer Behandlung jeweils ein separater Fallabschluss erfolgt. ~~Der-Die fallbezogenen Zu- und Abschläge~~ (z.B. DRG-Systemzuschlag) ~~ist-sind~~ dann nur für den vollstationären Fall abzurechnen.

...

In der Rechnung zu Quartalsende sind die Tage, an denen keine Behandlung erfolgte, in den Segmenten ENT im Datenelement "Tage ohne Berechnung/Behandlung" auszuweisen. Soweit Tage der Beurlaubung mit Entgeltschlüssel 43xxxxxx abgerechnet werden, sind lediglich verbleibende Tage ohne Behandlung im Datenelement "Tage ohne Berechnung/Behandlung" zu berücksichtigen. Erfolgt die Behandlung und Entlassung eines teilstationären Patienten zu Quartalsbeginn, soll zur Abrechnung zunächst eine Zwischenrechnung gestellt werden, wenn eine erneute Behandlung wegen derselben Erkrankung im verbleibenden Quartalsrest nicht ausgeschlossen werden kann. Zu Quartalsende ist dann eine Entlassung am Quartalsletzten und Schlussrechnung einschließlich fallbezogener Zu- und Abschläge (z.B. DRG-Systemzuschlag) mit Ausweis von Tagen ohne Berechnung/Behandlung bis zum Quartalsletzten erforderlich.

...

Nachtrag 9

Kap. 1.2.4, Rechnungssatz

wird wie folgt ergänzt:

1.2.4 Rechnungssatz

...

Im DRG-Entgeltsystem nach KHEntgG ist die Abrechnung von Pflegesätzen bei Beurlaubung nicht zulässig. Die Beurlaubungstage sind als Tage ohne Berechnung anzugeben.

-Bei Abrechnung nach BPfIV können Pflegesätze bei Beurlaubungen vereinbart werden. In diesem Falle wird für den Beurlaubungszeitraum der Pflegesatz für Beurlaubung (Stellen 1 bis 2 des Entgeltschlüssels gleich „43“) ohne weitere Entgelte mit Ausnahme von allgemeinen Zu- und Abschlägen (Stellen 1 bis 2 des Entgeltschlüssels gleich „45“ bis „48“) in Rechnung gestellt. Bei Verwendung eines Beurlaubungspflegesatzes werden die Beurlaubungstage im Datenfeld „Entgeltanzahl“ angegeben.

...

Nachtrag 10

Kap. 1.2.7, Entlassungsanzeige

wird wie folgt ergänzt:

1.2.7 Entlassungsanzeige

...

Bei postmortalen Organspenden ist für den Organspender das Datum des Todes als Entlassungsdatum zu melden (siehe „Vereinbarung über die Durchführungsbestimmungen zur Aufwandserstattung nach § 8 Abs. 2 des Vertrages nach § 11 TPG“). Hiermit wird der Fall für die Direktabrechnung mit der Krankenkasse abgeschlossen.

Behandlungen mit Aufnahmegrund ,08‘ ”Stationäre Aufnahme zur Organentnahme” sind auch in Fällen von vorstationärer Behandlung ohne nachfolgende stationäre Aufnahme mit einer Entlassungsanzeige abzuschließen.

Die internen Verlegungen werden für jede behandelnde Fachabteilung (bei Rückverlegungen mehrfach) je Belegungszeitraum mit Angabe des Verlegungstages, der jeweiligen Hauptdiagnose und bis zu jeweils 40 Nebendiagnosen angegeben (Entlassungsgrund ,12‘ ”interne Verlegung”).

...

Nachtrag 11

Kap. 1.2.8, Rechnungssatz Ambulante Operation

wird wie folgt geändert:

1.2.8 Rechnungssatz Ambulante Operation

...

Bei ambulanten Operationen werden alle Informationen an die Krankenkasse über den Rechnungssatz Ambulante Operation übermittelt, ein Aufnahmesatz oder eine Entlassungsanzeige werden nicht erstellt und sind in Verbindung mit dem Nachrichtentyp „AMBO“ nicht zulässig. Ebenso sind Zuzahlungsgutschriften, Medizinische Begründungen und deren Anforderung in Verbindung mit dem Nachrichtentyp „AMBO“ unzulässig. Nachträgliche Änderungen der Zuzahlung sind mit Gutschrift/Stornierung und Neumeldung des Rechnungssatzes Ambulante Operation zu übermitteln. Die Berücksichtigung von Rechnungen für ambulante Operationen in Sammelüberweisungen ist zulässig.

Zu Gutschrift und Rechnung in Papierform siehe 1.2.4 Rechnungssatz (zur Verwendung des Verarbeitungskennzeichens siehe Anlage 4 Kapitel 7.3.4).

...

Die Abrechnung von ambulanten Behandlungen nach § 116b Abs.2 SGB V erfolgt ebenso wie ambulante Operationen mit dem Nachrichtentyp „Rechnungssatz Ambulante Operation“. Das Verarbeitungskennzeichen im FKT-Segment ist hierbei mit „16“ (Normalfall) anzugeben, um die Prüfungen nach dem Leistungskatalog nach § 115b SGB V in den Krankenkassenfachverfahren auszuschalten (Verarbeitungskennzeichen „36“ für Fallstorno). Die Übermittlung von Zwischen- oder Nachtragsrechnungen ist nicht zulässig. Die hier getroffene Festlegung erfolgt als Festlegung der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 295 Abs. 1b SGB V. Dieses Verfahren ist nur für Fälle anwendbar, die auf Basis der seit dem 01.04.2007 geltenden Fassung des § 116b Abs.2 SGB V durchgeführt werden.

Nachtrag 12

Kap. 2.9, ENT Segment Entgelt (98 x / 99 x möglich) *wird wie folgt ergänzt:*

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

1. Entgeltart

...

Abrechnung des Abschlages nach § 8 Abs. 9 KHEntgG:

Der Abschlag nach § 8 Abs. 9 KHEntgG in Höhe von 0,5 % des Rechnungsbetrages wird mit dem Entgeltartenschlüssel „47200002“ in allen Rechnungen als Euro-Betrag ausgewiesen. Der Ausweis erfolgt für alle stationären Fälle mit Entlassungstag nach dem 30.06.2007 und vor dem 01.01.2009 entsprechend dem im Hinweis des Nachtrages vom 13.04.2007 beschriebenen Berechnungsschema. Die Erstattung für Fälle mit Entlassungsdatum vor dem 01.07.2007 (Rechnung und Zahlung ohne Abschlag) erfolgt in einem gesonderten Verfahren, für das die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft Hinweise in einer gesonderten gemeinsamen Erklärung geben.

...

Nachtrag 13

Kap. 2.12, FAB Segment Fachabteilung (10 x / 99 x möglich) *wird wie folgt geändert:*

2.12 FAB Segment Fachabteilung (10 x / 99 x möglich)

...

7. Operation

...

Weitere im Rahmen der stationären Krankenhausbehandlung durchgeführten Operationen und Prozeduren können durch bis zu ~~3099~~-maliges Verwenden des Segmentes FAB angegeben werden.

...

...

Nachtrag 14

Kap. 2.16, KOS Segment Kostenübernahme

wird wie folgt geändert:

2.16 KOS Segment Kostenübernahme

...

5. Zuzahlungstage

Über das Feld Zuzahlungstage informiert die Krankenkasse das Krankenhaus darüber, für wieviele Tage der Versicherte (noch) zuzahlungspflichtig ist. Die Höhe der Zuzahlung ergibt sich aus dem Zuzahlungsbetrag nach § 39 Abs. 4 SGB V und ~~§ 310 Abs. 1 § 61 Satz 2 SGB V~~ ~~in Verbindung mit der Zugehörigkeitsangabe "Ost/West-Status" im Feld Versichertenstatus.~~

Befreiungen von der Zuzahlung sind mit "0" oder einem leeren Feld zu kennzeichnen. Bei Ablehnung bleibt das Feld leer.

...

Nachtrag 15

Kap. 2.19 PRZ, Segment Prozedur (30 x möglich)

wird wie folgt ergänzt:

2.19 PRZ Segment Prozedur (30 x möglich)

1. Prozedur

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement eine im Rahmen der ambulanten Krankenhausbehandlung durchgeführte Operation oder Prozedur. Sie ist mit dem amtlichen Operationenschlüssel nach § 301 SGB V (linksbündig ohne Sonderzeichen ‘.’ oder ‘-’) anzugeben. Im 2. Datenelement kann eine Lokalisation der Operation oder der Prozedur entsprechend der Spezifizierungen des amtlichen OP-Schlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Operation oder Prozedur relevant ist.

Weitere im Rahmen der ambulanten Krankenhausbehandlung durchgeführten Operationen und Prozeduren können durch bis zu 30-maliges Verwenden des Segmentes PRZ angegeben werden.

Bei geplanten ambulanten Operationen, die nicht zustande kommen (z.B. Nichterscheinen des Patienten), obwohl bereits Vorleistungen erbracht wurden, ist dies in einem PRZ-Segment im ersten Datenelement durch die Angabe „9999“ anzuzeigen. Darüber hinaus ist bei Meldung des Pseudo-Prozeduren-Schlüssels das Feld OPS-Version im DPV-Segment zu füllen. Das Feld Lokalisation im PRZ-Segment ist hingegen nicht anzugeben.

Nachtrag 16

Kap. 2.21, REC Segment Rechnung *wird wie folgt geändert:*

2.21 REC Segment Rechnung

...

4. Aufnahmetag / Tag des Zugangs

Bei einer voll- oder teilstationären Behandlung oder stationären Entbindung ist der Aufnahmetag, bei ambulanter Operation/Behandlung im Krankenhaus oder bei vorstationärer Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung ist der Tag des ersten Zugangs anzugeben. Die Abrechnung ambulanter Operationen/Behandlungen erfolgt nach den am Tag des ersten Zuganges geltenden Abrechnungsregeln mit zugehörigem Leistungskatalog, Schlüsselkatalogen und Punktwert.

...

10. Pauschale (nur bei Rechnungssatz Ambulante Operation)

Nach § 9 Abs. 3 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V werden die Sachkosten, die nicht anderweitig abgegolten sind, durch einen pauschalen Zuschlag auf die gesamte Honorarsumme in Höhe von 7 % vergütet.

Bei ambulanten Behandlungen nach § 116b Abs. 2 SGB V wird dieses Feld nicht verwendet oder mit 0,00 gefüllt.

Nachträge zum Anhang D zur Anlage 5

Nachtrag 17**Kap. 5., Rechnungssatz Ambulante Operation***wird wie folgt ergänzt:***5. Rechnungssatz Ambulante Operation**

Nachrichtentyp	VKZ	Lfd.-Nr.	Rechnungsnummer	Rechnungsart	Beschreibung
Gutschrift (z.B. Aktualisierung der Zuzahlung)					
AMBO	10/11/16	01	A	02	Erstmeldung
AMBO	10/11/16	02	A	04	Gutschrift/Storno
AMBO	10/11/16	03	B	02	Erstmeldung Korrektur
FALLSTORNO					
AMBO	10/11/16	01	A	02	Erstmeldung
AMBO	{30-34,36}	01	A	02	Fallstorno
Fehlerhafte Meldung					
AMBO	10/11/16	01	A	02	Erstmeldung mit Fehler
AMBO(FHL)	10/11/16	01	A	02	Fehlermeldung
AMBO	10/11/16	01	A	02	Erstmeldung ohne Fehler
Fehlerhafte Gutschrift					
AMBO	10/11/16	01	A	02	Erstmeldung
AMBO	10/11/16	02	A	04	Gutschrift/Storno mit Fehler
AMBO(FHL)	10/11/16	02	A	04	Fehlermeldung
AMBO	10/11/16	02	A	04	Gutschrift/Storno ohne Fehler
AMBO	10/11/16	03	B	02	Erstmeldung Korrektur
Gutschrift einer fehlerhaften Meldung durch das Krankenhaus; Fehlermeldungen zur ersten Meldung und zur Gutschrift (kein gutzuschreibender Datensatz vorhanden) durch die Krankenkasse					
AMBO	10/11/16	01	A	02	Erstmeldung mit Fehler
AMBO(FHL)	10/11/16	01	A	02	Fehlermeldung
AMBO	10/11/16	02	A	04	Gutschrift/Storno
AMBO(FHL)	10/11/16	02	A	04	Fehlermeldung (gutzuschreibende Rechnung nicht vorhanden)
AMBO	10/11/16	01	A	02	Erstmeldung ohne Fehler

Die folgenden Nachträge 18 und 19 werden nicht automatisch zum 01.01.2009 sondern unmittelbar ohne erneute Bekanntmachung mit In-Kraft-Treten des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) wirksam, sofern dieses entsprechende Regelungen enthält.

Nachträge zur Anlage 2

Nachtrag 18

Schlüssel 4: Entgeltarten

wird wie folgt ergänzt:

Schlüssel 4: Entgeltarten

...

Zuschläge nach GMG und sonstige Zuschläge

Hinweis: 4. – 8. Stelle: '00000' Zuschlag für gemeinsamen Bundesausschuss (§ 91 Abs. 2 Satz 6 SGB V), teilstationär

...

'00009' Telematikzuschlag, vollstationär (§ 291a Abs. 7a i.V. mit Abs. 7 Satz 4 ~~Nr. 2 und 3~~ SGB V)

'00010' Zuschlag nach § 15 Abs. 2 KHEntgG

'00011' Zuschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG

'00012' Pflegezuschlag nach § 4 Abs. 10 KHEntgG

'00013' Telematikzuschlag, teilstationär (§ 291a Abs. 7a i.V. mit Abs. 7 Satz 4 SGB V)

Abschläge nach GMG und sonstige Abschläge

Hinweis: 4. – 8. Stelle: '00000' intern reserviert

...

'00010' Abschlag nach § 15 Abs. 2 KHEntgG

'00011' Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG

...

Nachträge zum Anhang B zur Anlage 2

Nachtrag 19**Zu- und Abschläge nach GMG und sonstige Zu- und Abschläge****Zuschläge**

47100009

Telematikzuschlag, vollstationär (§ 291a Abs. 7a i.V. mit Abs. 7 Satz 4 ~~Nr. 2 und 3~~-SGB V)47100011Zuschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG47100012Pflegezuschlag nach § 4 Abs. 10 KHEntgG47100013Telematikzuschlag, teilstationär (§ 291a Abs. 7a i.V. mit Abs. 7 Satz 4 SGB V)**Abschläge**47200011Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG

Hinweis zur Abrechnung der prozentualen Zu- und Abschläge für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG und des Pflegezuschlages nach § 4 Abs. 10 KHEntgG

1. Für die Zu- und Abschläge für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG und für den Pflegezuschlag nach § 4 Abs. 10 KHEntgG wurden die Entgeltartenschlüssel „47100011“, „47200011 und „47100012“ festgelegt.

2. Von dem Brutto-Rechnungsbetrag des Krankenhauses werden, sofern darin enthalten, folgende Entgeltarten zur Berechnung der Zu- und Abschläge herangezogen:

70xxxxxx	DRG-Fallpauschale nach § 7 Nr. 1 KHEntgG (§ 1 Abs. 1 Satz 1 KFPV/FPV)
71xxxxxx	Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD nach § 7 Nr. 3 KHEntgG
72xxxxxx	Abschlag bei Verlegungen nach § 1 Abs. 1 Satz 3 KFPV/FPV
73xxxxxx	Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD nach § 1 Abs. 3 Satz 1 KFPV/FPV
760xxxxx	Zusatzentgelt nach § 7 Nr. 2 KHEntgG – Arzneimittel oder nach Anlage 2 oder Anlage 4 KFPV 2004 bzw. nach Anlage 6 FPV
762xxxxx	Zusatzentgelt nach § 6 Abs. 2a KHEntgG
76Zxxxxx	Zusatzentgelt nach § 7 Nr. 2 KHEntgG –. nach Anlage 5 FPV
85xxxxxx	Tagesbezogenes Entgelt nach § 7 Nr. 5 KHEntgG (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)
86xxxxxx	Fallbezogenes Entgelt nach § 7 Nr. 5 KHEntgG (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)
87xxxxxx	Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG
88xxxxxx	Abschlag bei Verlegung für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG
89xxxxxx	Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG

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

gerundete Summe über alle Entgeltarten mit Zu-/Abschlag [(Entgeltbetrag) x (Entgeltanzahl) x (auf 2 Nachkommastellen gerundeter Prozentsatz des Zu-/Abschlages) / 100]
