

Nachtrag vom 15.12.2020

zur Fortschreibung der § 301-Vereinbarung
vom 17.04.2018

mit Wirkung zum
01.04.2020, 01.01.2021, 01.04.2021 bzw. 01.07.2021

Inhalt

Nachtrag vom 15.12.2020	1
<i>Nachtrag 1 Entgelte zum 01.01.2021:</i>	6
<i>Nachtrag 2 Entgelte zum 01.01.2021:</i>	7
<i>Nachtrag 3 Entgeltlogik für u.a. PSIA–Leistungen zum 01.01.2021:</i>	8
<i>Nachtrag 4 Aktualisierung Entgeltschlüssel NUB im PEPP–Bereich zum 01.01.2021:</i>	9
<i>Nachtrag 5a Entgelte zum 01.01.2021:</i>	10
<i>Nachtrag 5b Schlüssel 12 Versichertenstatus Teil 3 DMP–Teilnahme zum 01.07.2021:</i>	12
<i>Nachtrag 6 Dokumentation im LEI Segment zum 01.04.2021:</i>	13
<i>Nachtrag 7 Schlüssel 30 zum 01.01.2021:</i>	14
<i>Nachtrag 8 Entgeltschlüssel Anhang B:</i>	15
<i>Nachtrag 9 Anpassung Fehlercodes zum 01.01.2021:</i>	17
<i>Nachtrag 10 Dokumentation Psychotherapie zum 01.04.2021:</i>	18
<i>Nachtrag 11 durchgeführten Prüfung der Dienste der TI:</i>	19
<i>Nachtrag 12 Anpassung Schlüssel 30 zum 01.01.2021:</i>	20
<i>Nachtrag 13 Änderung des Pflegeentgeltwertes zum 01.07.2021:</i>	21
<i>Nachtrag 14 redaktionelle Anpassung zum 01.01.2021:</i>	23
<i>Nachtrag 15 Klarstellung Standortnummer im BDG–Segment zum 01.01.2021:</i>	24
<i>Nachtrag 16 Vertragskennzeichen bei COVID 19 Patienten zum 01.01.2021:</i>	25
<i>Nachtrag 17 Ambulante Operationen, Punktzahl EBM–Ziffern rückwirkend zum 01.04.2020:</i>	26
<i>Nachtrag 18 Angabe Standortnummer zum 01.01.2021:</i>	27

Erläuterungen zu einzelnen Nachträgen

Nachtrag 1,2,5a,8 – Entgelte:

Es werden die im Rahmen diverser Vereinbarungen geregelten Entgelte in der §301–Vereinbarung nachgetragen.

Gemäß § 5 Abs. 3g Satz 1 und 2 KHEntgG haben Versicherte Anspruch auf die Befüllung ihrer elektronischen Patientenakte. Dieser Anspruch richtet sich auch gegen Ärzte, die in vertragsärztlich tätigen Einrichtungen oder in zugelassenen Krankenhäusern tätig sind. Zur Finanzierung der damit verbundenen Leistungen wird gemäß § 5 Abs. 3g Satz und 2 KHEntgG ein Zuschlagsvolumen gebildet, welches durch die voraussichtliche Zahl aller voll- und teilstationären Fälle eines Krankenhauses geteilt wird und durch einen so ermittelten einheitlichen Zuschlag auf jeden voll- und teilstationären Fall erhoben wird. Diesen Zuschlag regeln die entsprechenden Nachträge.

Derzeit befinden sich die Vereinbarungspartner auf Bundesebene in laufenden Verhandlungen über Zuschläge nach § 5 Absatz 3i KHEntgG sowie nach § 9 Abs. 1 Nr. 3 BpflV (2. Corona Mehrkostenzuschlagsvereinbarung) die eine differenzierte Vergütung vorsehen. Dafür werden die bereits für die bisherigen Mehrkosten vorgesehenen Entgelte verlängert und in ihrer Bezeichnung angepasst und können zur Abbildung dieser Vergütung verwendet werden.

Nachtrag 3 – Entgeltlogik für Modellvorhaben in PSIA:

Für die Abbildung von Entgelten der Institutsambulanzen werden für die Katalogwerte die Unterscheidungen „Psychotherapie“ und „Psychosomatik“ eingeführt. Für die Abbildung von Entgelten der psychosomatischen Institutsambulanzen im Rahmen von Modellvorhaben wird der Entgeltbereich 3602* vorgesehen.

Nachtrag 4 – Aktualisierung Entgeltschlüssel NUB im PEPP-Bereich:

NUB Entgelte im PEPP-Bereich werden nicht in voll- bzw. teilstationäre Entgelte unterschieden, aus diesem Grund wird klargestellt, dass eine künftige Vergabe dieser Entgelte im Entgeltbereich CC* erfolgt und die erste Stelle nicht mit „A“, „B“ oder „D“ vergeben werden.

Nachtrag 5b – DMP:

Die DMP-Anforderungen-Richtlinie legt die allgemeinen sowie die erkrankungsspezifischen Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen (Disease-Management-Programme, DMP) fest. Es ist ein weiteres Krankheitsbild „Osteoporose“ geregelt und muss entsprechen bei einer Information voraussichtlich ab dem 1.7.2021 auf der eGK übermittelt werden.

Nachtrag 7,12 – Anpassung Schlüssel 30:

Es sind Anpassungen und Klarstellungen zum Schlüssel 30 (Information PrüfvV) notwendig. Im Rahmen der Einarbeitung in die spätere Anlage2 wird der Begriff MDK durch MD ersetzt. Die Anpassung des Schlüssel 30 hat kein Präjudiz für die laufenden PrüfvV Verhandlungen.

Nachtrag 9 – Anpassung Fehlercodes:

Der Fehlercode 34091 ist an den neuen Verlegungsgrund 29 anzupassen. Bis auf weiteres ist jedoch der Verlegungsgrund pandemiebedingt ausgesetzt.

Nachtrag 6, 10 – Dokumentation im LEI-Segment für Psychotherapien oder Videokonferenzen:

Der Bewertungsausschuss hat die EBM-Pseudoziffern ‚88130‘ (Psychotherapie beendet ohne rezidiv Prophylaxe) und ‚88131‘ (Psychotherapie beendet mit rezidiv Prophylaxe) zur Kennzeichnung von beendeten Richtlinien-Psychotherapien mit einem Abrechnungsbetrag von 0,00 Euro vereinbart. Diese Ziffern dienen der Dokumentation und werden künftig von den Leistungserbringern der Richtlinien-Psychotherapie, d.h. insbesondere psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten sowie psychologischen Universitätsinstituten durch gesonderte Angabe im LEI Segment gekennzeichnet. Grundlage dafür ist die Psychotherapie-Vereinbarung. Es wird darüber hinaus eine Kennzeichnung für ausschließlich per Videokonferenz stattfindende Behandlungen eingeführt. Dies wird ebenfalls infolge von Beschlüssen des Bewertungsausschusses notwendig. Hier haben Leistungserbringer die Möglichkeit diese im Segment LEI zu kennzeichnen und die notwendigen Abschläge der Entgeltsystematik entsprechend anzusetzen.

Nachtrag 11 – Mitteilung der durchgeführten Prüfung der Dienste der TI:

Gemäß § 291b Abs. 2 SGB V haben an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer bei der erstmaligen Inanspruchnahme ihrer Leistungen durch einen Versicherten die Leistungspflicht der Krankenkasse durch die Nutzung der Dienste nach § 291b Abs. 1 SGB V zu prüfen und zu kennzeichnen. Für die im Gesetz vorgesehene Sanktion bei fehlender Prüfung nach § 291b Abs. 3 SGB V werden entsprechende Regelungen vereinbart.

Nachtrag 13 – Änderung des Pflegeentgeltwertes im Fall:

Der Gesetzgeber sieht einen festen Eurowert zur Multiplikation mit den Pflegebewertungsrelationen bei einer fehlenden Budgetverhandlung vor. Dieser Wert bezieht sich nicht unmittelbar auf den Aufnahmetag, sondern kann sich in einem laufenden Fall ändern. Aus diesem Grund wird eine technische Lösung zur Abbildung in mehreren ENT Segmenten ab dem 01.07.2021 vereinbart.

Nachtrag 14 – redaktionelle Anpassung:

Im Nachtrag vom 03.12.2019 wurde für den PEPP-Bereich der vollstationäre Entgeltschlüssel A7300033 als Rückantwort an das Krankenhaus vereinbart. In den Durchführungshinweisen wurde jedoch auf B7300033 verwiesen. Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung.

Nachtrag 16 – Vertragskennzeichen bei COVID 19 Patienten:

Zur Kennzeichnung von Auslandsversicherten, die nach § 219a Abs. 6 SGB V zum Zwecke der Behandlung einer COVID-19-Erkrankung vollstationär aufgenommen werden, wird künftig „COVID-19_Ausland“ im Aufnahmesatz, in der Entlassungsanzeige und im Rechnungssatz im Datenfeld „Vertragskennzeichen“ übermittelt.

Nachtrag 17 – Ambulante Operationen, Punktzahl EBM-Ziffern bei künstlichen Befruchtungen ab dem 01.04.2020:

Zum 01.04.2020 wurden neue EBM-Ziffern für Leistungen der künstlichen Befruchtung bei Ambulanten Operationen und sonstigen stationersetzenden Eingriffen gemäß § 115b SGB V im Abschnitt 3 in den AOP-Katalog aufgenommen. Es handelt sich hier um die EBM-Ziffern 08535, 08537, 08539, 08550, 08555 und 08558.

Nachtrag 18, 15- Angabe Standortnummer:

Es wird die u.a. Regelung entfernt, dass der Vorgabewert 779999999 im Rahmen von IV Abrechnungen für die Standortnummer verwendet wird. Bei der Abrechnung wird künftig das Standortkennzeichen verwendet, dort wo ein Standortkennzeichen vorhanden ist. Des Weiteren werden Klarstellungen u.a. zum Umgang der Standortangabe im Rahmen von Zwischenrechnungen vorgenommen.

Nachträge zur Anlage 2

Nachtrag 1 Entgelte zum 01.01.2021:

Schlüssel 4 Teil I: Entgeltarten stationär

47*- Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG bzw. § 7 Satz 1 Nr. 3 und Satz 2 BPfIV und sonstiger Zu- und Abschlag

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	47	Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG bzw. § 7 Satz 1 Nr. 3 und Satz 2 BPfIV und sonstiger Zu- und Abschlag
	47XXXXXX	reserviert (extern)
		3. Stelle
	1	Zuschlag
		4. -8. Stelle
		...
		00031 Zuschlag für nachträglichen pauschalen und abschließenden Ausgleich etwaiger nicht refinanzierter Tarifsteigerungen im Bereich des Pflegepersonals
		00032 Zuschlag für zusätzliche Finanzierung nach § 5 Absatz 2a KHEntgG (Liste der ländlichen Krankenhäuser)
		00033 Zuschlag gem. § 21-5 Abs. 6-3i KHG-KHEntgG zur pauschalen -Vergütung der höheren Aufwendungen der Krankenhäuser bei der Materialbeschaffung (50,- Euro) von Mehrkosten aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2
		00034 Zuschlag gem. § 21-5 Abs. 6-3i KHG-KHEntgG zur pauschalen -Vergütung von Mehrkosten aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 der höheren Aufwendungen der Krankenhäuser bei der Materialbeschaffung bei Nachweis einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 (100,- Euro)
		<u>00035 Zuschlag für Speicherung von Daten und Erstbefüllung auf der elektronischen Patientenakte gemäß § 5 Abs. 3g Satz 1 und 2 KHEntgG (krankenhausindividuell)</u>
		<u>00036 Zuschlag Hebammenstellen-Förderprogramm § 4 Abs. 10 KHEntgG</u>

Nachtrag 2 Entgelte zum 01.01.2021:**Schlüssel 4 Teil I: Entgeltarten stationär****76* – Zusatzentgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2, 3, 5 oder 6 KHEntgG**

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	76	Zusatzentgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2, 3, 5 oder 6 KHEntgG
	3. Stelle	
	0	Zusatzentgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 oder 5 KHEntgG
	1	Zusatzentgelt nach § 6 Abs. 2 KHEntgG (NUB)
	2	Zusatzentgelt nach § 6 Abs. 2a KHEntgG
	4.-5. Stelle	
	00	bundesweit
	01ff.	Länderschlüssel
	9X	bundesweit
	6.-8. Stelle	
	000ff.	Zusatzentgelt bundesweit nach Anlage 2 KFPV 2004
	3.-4. Stelle	
	ZE	bundesweit nach Anlage 5 FPV
	5.-8. Stelle	
	0101ff.	Hämodialyse..., siehe Anhang B
	3.-4. Stelle	
	CT	Zusatzentgelt für Testung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG)
	5-8. Stelle	
	<u>9998</u>	<u>Testung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG) – als Antigentest</u>
	9999	Testung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG)

Nachtrag 3 Entgeltlogik für u.a. PSIA–Leistungen zum 01.01.2021:**Schlüssel 4 Teil II: Entgeltarten ambulant****5 Pauschale nach Katalog**

3. Stelle	1	krankenhausindividueller Katalog
4. – 8. Stelle	00001 ff.	Katalogwerte
3. Stelle	2	Landeskatalog
4. Stelle	1	Erwachsenenpsychiatrie
5. – 8. Stelle	0001 ff.	Katalogwerte Erwachsenenpsychiatrie
4. Stelle	2	Kinder- und Jugendpsychiatrie
5. – 8. Stelle	0001 ff.	Katalogwerte Kinder- und Jugendpsychiatrie
<u>4. Stelle</u>	<u>3</u>	<u>Psychotherapie</u>
<u>5. – 8. Stelle</u>	<u>0001 ff.</u>	<u>Katalogwerte Psychotherapie</u>
<u>4. Stelle</u>	<u>4</u>	<u>Psychosomatik</u>
<u>5. – 8. Stelle</u>	<u>0001 ff.</u>	<u>Katalogwerte Psychosomatik</u>

6 sonstige Pauschale

...		
3. – 4.	01	Entgelte für Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)
5. – 8. Stelle	0000ff	fortlaufende Nummerierung
5. – 8. Stelle	8000–8499	Variabler Zuschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)
	8500–8999	Fester Zuschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)
5. – 8. Stelle	9000–9499	Variabler Abschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)
	9500–9999	Fester Abschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)
<u>3. – 4.</u>	<u>02</u>	<u>Entgelte für Modellvorhaben PSIA (§64b Abs. 1 SGB V)</u>
<u>5. – 8. Stelle</u>	<u>0000ff</u>	<u>fortlaufende Nummerierung</u>
<u>5. – 8. Stelle</u>	<u>8000–8499</u>	<u>Variabler Zuschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)</u>
	<u>8500–8999</u>	<u>Fester Zuschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)</u>
<u>5. – 8. Stelle</u>	<u>9000–9499</u>	<u>Variabler Abschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)</u>
	<u>9500–9999</u>	<u>Fester Abschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)</u>

Nachtrag 4 Aktualisierung Entgeltschlüssel NUB im PEPP–Bereich zum 01.01.2021:**Schlüssel 4 Teil III: Entgeltarten BPFIV (bei Anwendung §17d KHG)**

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) und Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 7 Satz 1 Nr. 5 BPFIV (2. Stelle des Entgeltartenschlüssel = C) 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, C, 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. Weiterhin sind im Behandlungsbereich D auch Entgelte des Behandlungsbereiches C (stationär) möglich. Ausgenommen hiervon sind die Entgeltbereiche 4 (Ergänzende Tagesentgelte).

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.

...

Nachtrag 5a Entgelte zum 01.01.2021:**Schlüssel 4 Teil III: Entgeltarten BPfIV (bei Anwendung §17d KHG)****Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 5 [Zusatzentgelt nach Katalog]****Entgeltbezug**

3. Stelle Z reserviert

4.-7. Stelle	0000ff.	Orientierung bei der Entgeltvergabe an Bezeichnung Katalog, alphanumerisch
--------------	---------	--

Zusatzinformation

8. Stelle	0	reserviert
-----------	---	------------

3. Stelle	C	Zusatzentgelt für Testung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG)
-----------	---	---

<u>4.-8.Stelle</u>	<u>T9998</u>	<u>Testung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG) als Antigentest</u>
--------------------	--------------	--

4.-8.Stelle	T9999	Testung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG)
-------------	-------	---

...

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 6 [Zuschläge u.a. gemäß KHG]**Entgeltbezug**

...

3. Stelle 2 Fallbezogene Zuschläge

4.-8. Stelle	00000	Ausbildungszuschlag [§17a Abs. 6 KHG]
--------------	-------	---------------------------------------

... ..

00010	Ausbildungszuschlag nach § 33 Abs. 3 Satz 1 PfIBG
-------	---

00011	Kombinierter Ausbildungszuschlag nach §§ 33 17a Abs. 6 bzw. 9 KHG und Abs. 33 Satz 1 PfIBG
-------	--

00012	Zuschlag für nachträglichen pauschalen und abschließenden Ausgleich etwaiger nicht refinanzierter Tarifsteigerungen im Bereich des Pflegepersonals nach § 8 Abs. 7 BPfIV
-------	--

00013	Zuschlag gem. § 21-5 Abs. 6-3i KHG-KHEntgG zur pauschalen Vergütung der höheren Aufwendungen der Krankenhäuser bei der Materialbeschaffung (50,-) von Mehrkosten aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2
-------	--

00014	Zuschlag gem. § 21-5 Abs. 6-3i KHG-KHEntgG zur pauschalen Vergütung der höheren Aufwendungen der Krankenhäuser bei der Materialbeschaffung von Mehrkosten aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 bei Nachweis einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 (100,-Euro)
-------	--

00035 Zuschlag für Speicherung von Daten und Erstbefüllung
auf der elektronischen Patientenakte gemäß § 5 Abs. 3g
Satz 1 und 2 KHEntgG (krankenhausindividuell)

Nachtrag 5b Schlüssel 12 Versichertenstatus Teil 3 DMP-Teilnahme zum 01.07.2021:**Schlüssel 12: Versichertenstatus**

...

Teil 3	DMP-Teilnahme
00	keine DMP- Teilnahme
01	Diabetes mellitus Typ 2
02	Brustkrebs
03	koronare Herzkrankheit
04	Diabetes mellitus Typ 1
05	Asthma bronchiale
06	COPD
07	Chronische Herzinsuffizienz
08	Depression
09	Rückenschmerz
<u>10</u>	<u>Osteoporose</u>
99	Auslandsversicherte

Nachtrag 6 Dokumentation im LEI Segment zum 01.04.2021:**Schlüssel 24: Leistungsart**

A1	PIA Leistungsdokumentation gemäß Schlüssel 23
A2	Leistungsbereich der Behandlung nach §116b SGB V gemäß Schlüssel 22
A3	geplante ambulante Operation ist nicht zustande gekommen
A4	Dokumentation für Einrichtungen nach § 119, §119c SGB V (soweit vereinbart)*
A5	Dokumentation schwerer Verlaufsformen nach § 116b (neu) gemäß Schlüssel 28
A6	Dokumentation schwerer Verlaufsformen nach § 116b (neu) gemäß Schlüssel 29
A7	Dokumentation für Einrichtungen nach § 117 SGB V (soweit individuell vereinbart)*
<u>A8</u>	<u>Besondere Leistungsangaben</u>

Hinweis: Wird im Segment LEI der Schlüssel „A4“ angegeben, erfolgt die Angabe des Leistungsschlüssels entsprechend individueller Vereinbarung der Vertragspartner. Der Leistungstag wird, sofern vereinbart, angegeben. Bei der Übermittlung Leistungsart A4, A7 wird im Leistungsschlüssel an den ersten beiden Stellen je Bundesland wie folgt unterschieden:

...

Wird im Segment LEI der Schlüssel „A8“ angegeben, erfolgt die Angabe des Leistungsschlüssels mit 2 Buchstaben unter folgender Vorgabe:

`OR` Information über eine beendete Richtlinien-Psychotherapie ohne rezidiv Prophylaxe

`MR` Information über eine beendete Richtlinien-Psychotherapie mit rezidiv Prophylaxe

`VK` Kennzeichnung von ausschließlichen Videokontakten

Nachtrag 7 Schlüssel 30 zum 01.01.2021:**Schlüssel 30: Information PrüfvV****Vorverfahren (§5 PrüfvV)- nur KAIN**

- FDK01 Aufforderung zum Falldialog (nur KAIN)
 FDK02 Annahme der Aufforderung zum Falldialog (nur KAIN)
 FDK03 Ablehnung eines Falldialoges (nur KAIN)
- FDK11 Aufforderung zur Verlängerung des Falldialogs (nur KAIN)
 FDK12 Annahme der Aufforderung zur Verlängerung des Falldialogs (nur KAIN)
 FDK13 Ablehnung der Verlängerung des Falldialoges (nur KAIN)
- BEF00 Beendigung des Prüfverfahrens aufgrund Einigung im Falldialog – ohne Datenkorrektur (§ 5 Abs. 6 PrüfvV – nur KAIN)
 BEK00 Beendigung des Prüfverfahrens aufgrund Datenkorrektur (nur bei vorheriger Einleitung eines Falldialoges FK01 zu verwenden)- MDK nicht notwendig (nur KAIN)
BEK10 Im Vorverfahren erfolgte keine Datenkorrektur/Ergänzung und infolge der maximal zulässigen Prüfquote, erfolgt keine Prüfanzeige durch den MD (nur KAIN)
BEK20 Im Vorverfahren wurde ein Falldialog durchgeführt, jedoch keine Einigung erzielt und infolge der maximal zulässigen Prüfquote, erfolgt keine Prüfanzeige durch den MD (nur KAIN)

...

Durchführung MDK-Prüfung (§7 Abs. 2 PrüfvV)- nur KAIN

- MDK10 Keine oder nicht vollständige Unterlagen an MDK mit Folge der Aufrechnung (KAIN)

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

- MDK01 Leistungsrechtliche Entscheidung hat keine Beanstandung der Abrechnung (ohne Minderung des Abrechnungsbetrages) als Ergebnis (nur KAIN)
 MDK02 Leistungsrechtliche Entscheidung hat Beanstandung der Abrechnung (mit Minderung des Abrechnungsbetrages) als Ergebnis (nur KAIN)
 MDK03 Leistungsrechtliche Entscheidung hat aufgrund Datensatzkorrektur (§7 Abs. 5 PrüfvV) im MDK-Verfahren, ohne MD Abbruch, keine Beanstandung (ohne Minderung des Abrechnungsbetrages) der Abrechnung als Ergebnis (nur KAIN)
 MDK04 Festlegung des Aufschlages gemäß § 275c Abs. 3 SGB V durch die Krankenkasse (nur KAIN)
MDK12 Information durch die Krankenkasse über MD Abbruch wegen Datenkorrektur -mit Minderung des Abrechnungsbetrages, Prüfverfahren beendet (nur KAIN)
MDK13 Information durch die Krankenkasse über MD Abbruch wegen Datenkorrektur ohne Minderung des Abrechnungsbetrages, Prüfverfahren beendet (nur KAIN)

Nachverfahren (§9 PrüfvV) – nur INKA

- NVI01 Vorschlag eines Nachverfahrens, begründete Stellungnahme (INKA)

Nachtrag 8 Entgeltschlüssel Anhang B:**Anhang B Teil I:***wird wie folgt ergänzt:*

Entgeltschlüssel	Entgeltbezeichnung	gueltigab	gueltigbis
47100033	Zuschlag gem. §5 Abs. 3i KHEntgG zur pauschalen Vergütung von Mehrkosten aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2	01. 1001 .2020 1	31.12. 2020 9999
47100034	Zuschlag gem. §5 Abs. 3i KHEntgG zur pauschalen Vergütung von Mehrkosten aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 bei Nachweis einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2	01. 1001 .2020 1	31.12. 2020 9999
<u>47100035</u>	<u>Zuschlag für Speicherung von Daten und Erstbefüllung auf der elektronischen Patientenakte gemäß § 5 Abs. 3g Satz 1 und 2 KHEntgG (krankenhausindividuell)</u>	<u>01.01.2021</u>	<u>31.12.9999</u>
<u>47100036</u>	<u>Zuschlag Hebammenstellen-Förderprogramm § 4 Abs. 10 KHEntgG</u>	<u>01.01.2021</u>	<u>31.12.2023</u>

Anhang B Teil III:*wird wie folgt ergänzt:*

Entgeltschlüssel	Entgeltbezeichnung	gueltigab	gueltigbis
A6200013	Zuschlag gem. §5 Abs. 3i KHEntgG zur pauschalen Vergütung von Mehrkosten aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2, vollstationär	01. 1001 .2020 1	31.12. 2020 9999
A6200014	Zuschlag gem. §5 Abs. 3i KHEntgG zur pauschalen Vergütung von Mehrkosten aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 bei Nachweis einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2, vollstationär	01. 1001 .2020 1	31.12. 2020 9999
B6200013	Zuschlag gem. §5 Abs. 3i KHEntgG zur pauschalen Vergütung von Mehrkosten aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2, teilstationär	01. 1001 .2020 1	31.12. 2020 9999
B6200014	Zuschlag gem. §5 Abs. 3i KHEntgG zur pauschalen Vergütung von Mehrkosten aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 bei Nachweis einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2, teilstationär	01. 1001 .2020 1	31.12. 2020 9999
<u>A6200035</u>	<u>Zuschlag für Speicherung von Daten und Erstbefüllung auf der elektronischen Patientenakte gemäß § 5 Abs. 3g Satz 1 und 2 KHEntgG. vollstationär (krankenhausindividuell)</u>	<u>01.01.2021</u>	<u>31.12.9999</u>
<u>B6200035</u>	<u>Zuschlag für Speicherung von Daten und Erstbefüllung auf der elektronischen</u>	<u>01.01.2021</u>	<u>31.12.9999</u>

Patientenakte gemäß § 5 Abs. 3g Satz 1 und 2
KHEntg, teilstationär (krankenhausindividuell)

Anhang C: Fehlercodes

wird wie folgt aktualisiert:

Nachtrag 9 Anpassung Fehlercodes zum 01.01.2021:

...

Hinweis: Variablen, die in einer Fehlermeldung durch den tatsächlichen Wert des betroffenen Segmentes zu ersetzen sind, werden in eckigen Klammern mit dem \$-Symbol dargestellt, z. B. [\$\$\$].

...	...
....	
34053	Abrechnung von kleiner Aufnahmetag nicht zulässig <u>(gilt nicht für Rechnungspositionen zu vorstationären Kontakten)</u>
...	...
34091	IK der aufnehmenden Institution gefüllt, obwohl Entlassungsgrund nicht 06, 08, 09, 10, 11, 13, 16, 17, oder 22 <u>oder 29</u>
...	...
34186	Feld `Betriebsstättennummer` muss gefüllt sein bei VKZ `08`, `17`, `37` bzw. `48` <u>, außer bei Ambulanzen die keine Standortnummer gemäß dem Verzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V erhalten</u>
...	
34214	Standortnummer bzw. Standortnummer/Betriebsstättennummer fehlt, <u>außer bei Ambulanzen die keine Standortnummer gemäß dem Verzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V erhalten</u>
...	
34217	Datum zum Ende des Standort [\$\$\$\$\$\$\$] ist nicht korrekt (Pseudowert gemeldet), <u>nicht bei KHIN Nachrichten bzw. Zwischenrechnungen anzuwenden</u>
....	

Nachträge zur Anlage 5

Nachtrag 10 Dokumentation Psychotherapie zum 01.04.2021:

1.2.8.6 Kennzeichnung im LEI Segment infolge Beschlüssen des Bewertungsausschusses

wird wie folgt ergänzt

A) Beendigung einer Richtlinien–Psychotherapie

Der Bewertungsausschuss hat die EBM–Pseudoziffern ,88130‘ (Psychotherapie beendet ohne rezidiv Prophylaxe) und ,88131‘ (Psychotherapie beendet mit rezidiv Prophylaxe) zur Kennzeichnung von beendeten Richtlinien–Psychotherapien mit einem Abrechnungsbetrag von 0,00 Euro vereinbart. Diese Ziffern dienen der Dokumentation und nicht zur Abrechnung. Diese Leistungsdokumentationsschlüssel werden von den Leistungserbringern, die Richtlinien–Psychotherapien durchführen, insbesondere von psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten sowie Psychologischen Universitätsinstituten erbracht (Einrichtungsart `2` und `7`).

Diese Einrichtungen geben mit dem Segment LEI im Datenelement „Leistungsart“ den Wert „A8“ (Schlüssel 24), im Datenelement „Leistungsschlüssel“ durch Angabe von 2 Buchstaben (OR oder MR):

`OR` Information über eine beendete Richtlinien–Psychotherapie ohne rezidiv Prophylaxe

`MR` Information über eine beendete Richtlinien–Psychotherapie mit rezidiv Prophylaxe

und im Datenelement „Leistungstag“ den Tag der Beendigung der Richtlinien–Psychotherapie an.

B) Angabe eines ausschließlichen Videokontaktes

Der Bewertungsausschuss hat die EBM–Pseudoziffer ,88220‘ zur Kennzeichnung von Fällen, in denen in einem Quartal zur Behandlung ausschließlich Videokontakte stattfanden, mit einem Abrechnungsbetrag von 0,00 Euro vereinbart. Diese Kennzeichnung löst Abschläge auf die Versicherten–, Grund– und Konsiliarpauschalen in Höhe von 20, 25 oder 30 % je Fachbereich aus. Für die Berücksichtigung dieser Abschläge stellen die Leistungserbringer diese Abschläge im Rahmen der Rechnungsstellung durch Entgeltverschlüsselung in Form von EBM–Abschlägen (2. und 3. Stelle gleich ,02‘ gefolgt von der EBM–Ziffer) als Abschlag im ENA Segment ein.

Die Einrichtungen geben mit dem Segment LEI im Datenelement „Leistungsart“ den Wert „A8“ (Schlüssel 24), im Datenelement „Leistungsschlüssel“ durch Angabe von 2 Buchstaben (`VK`) und im Datenelement „Leistungstag“ der Tag des Zugangs an.

Nachtrag 11 durchgeführten Prüfung der Dienste der TI:**1.2.8.7 Mitteilung der durchgeführten Prüfung der Dienste der TI**

wird wie folgt ergänzt

Umsetzung der Mitteilung:

Gemäß § 291b Abs. 2 SGB V haben an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer bei der erstmaligen Inanspruchnahme ihrer Leistungen durch einen Versicherten die Leistungspflicht der Krankenkasse durch die Nutzung der Dienste nach § 293 Abs. 1 SGB V zu prüfen.

Gemäß § 291b Abs. 3 Satz 2 SGB V teilen Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und die vertragsärztlichen Leistungen direkt mit den Krankenkassen abrechnen die Durchführung der o.g. Prüfung bei der Übermittlung der Abrechnungsunterlagen mit.

Bis zum 31.12.2020 sind an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Krankenhäuser von der Kürzung der Vergütung um pauschal 2,5 Prozent ausgenommen (§291b Abs. 5 Satz 5 SGB V). Eine evtl. Kürzung wird ab dem 01.01.2021 wie folgt umgesetzt:

Ab dem 01.01.2021 teilen die von o.g. Regelung betroffenen Einrichtungen den Krankenkassen durch den Abschlag [2,3,4,6,7,8]9200000 die Durchführung der Prüfung im Rahmen der Abrechnungsunterlagen mit dem Rechnungssatz Ambulante Operation dahingehend mit, dass in den Fällen, in denen keine online Überprüfung nach §291b Abs. 1 SGB V stattgefunden hat, dieser Abschlag (in Höhe von 2,5 von Hundert des zuvor ermittelten Rechnungsbetrages im Segment REC – ohne Berücksichtigung des Abschlags selbst) im Segment ENA zum Ansatz gebracht wird.

In allen anderen Fällen erfolgt keine Abrechnung des Abschlags und es wird eine Durchführung der online Überprüfung nach §291b Abs. 1 SGB V durch den Leistungserbringer angenommen.

Der Abschlag findet nicht bei den Einrichtungsarten `5` (IGV) und `0` (§115b SGB und §116b SGB V) Anwendung.

Nachtrag 12 Anpassung Schlüssel 30 zum 01.01.2021:**1.3.7.4 Entscheidung der Krankenkasse nach MDK-Gutachten** *wird wie folgt angepasst:*

Die Krankenkasse hat gem. § 8 PrüfvV dem Krankenhaus ihre abschließende Entscheidung zur Wirtschaftlichkeit der Leistung oder zur Korrektheit der Abrechnung mit den Schlüsseln `MDK01` und `MDK02` mitzuteilen. Entscheidet die Krankenkasse, dass nach MDK-Begutachtung die Abrechnung des Krankenhauses nicht zu beanstanden ist, teilt sie dies dem Krankenhaus mit, wobei die „Information“ den Inhalt „MDK01“ (Leistungsrechtliche Entscheidung hat keine Beanstandung der Abrechnung als Ergebnis (nur KAIN) hat.

Wenn gem. § 8 Satz 2 PrüfvV die Leistung aus Sicht der Krankenkasse nicht in vollem Umfang wirtschaftlich oder die Abrechnung nicht korrekt war, teilt sie dies dem Krankenhaus mit, wobei die „Information“ den Inhalt „MDK02“ (Leistungsrechtliche Entscheidung hat Beanstandung der Abrechnung als Ergebnis (nur KAIN) hat. Die wesentlichen Gründe sind im Segment PVT mitzuteilen.

Mit der Information „BEK10“ übermittelt die Krankenkasse die Information, wenn im Vorverfahren keine Datenkorrektur durch das Krankenhaus erfolgte, eine Prüfanzeige aber nicht mehr möglich ist, weil die maximal zulässige Prüfquote bereits erreicht ist. Mit „BEK20“ informiert die Krankenkasse das Krankenhaus darüber, dass im Vorverfahren ein Falldialog durchgeführt wurde, jedoch keine Einigung erzielt wurde, eine Prüfanzeige aber nicht mehr möglich ist, weil die maximal zulässige Prüfquote bereits erreicht ist.

Die Information „MDK 03“ erhält ein Krankenhaus immer dann, wenn das MD-Verfahren vollständig durchlaufen wurde (inklusive Erstellung eines MD-Gutachtens) und die MD-Prüfung aufgrund einer im laufenden MD-Verfahren übermittelten Datenkorrektur des Krankenhauses nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führte.

Davon abzugrenzen sind Fälle, in denen das MD-Verfahren auf Grund einer Datenkorrektur des Krankenhauses abgebrochen wird und es nicht zu einer Erstellung eines MD-Gutachtens kommt. Führt die Datenkorrektur zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages, enthält die Information den Inhalt MDK 12. Führt die Datenkorrektur des Krankenhauses nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages, enthält die Information den Inhalt „MDK 13“.

Nachtrag 13 Änderung des Pflegeentgeltwertes zum 01.07.2021:**1.4.11 Abrechnung Pflegeerlöskatalog für Aufnahmen ab dem 01.01.2020**

wird wie folgt angepasst:

Grundsätze der Abrechnung

Die Falldefinition der FPV bleibt grundsätzlich erhalten (u.a. am Tag der Aufnahme geltender Katalog, Wiederaufnahme- und Verlegungsregeln). Die Zahl der abrechenbaren Belegungstage berechnen sich analog wie bei den DRG–Fallpauschalen nach § 1 Abs. 7 und § 7 Abs. 3 FPV. Die zugehörigen Pflegeentgelte können auch in mehreren, zeitlich abgegrenzten Entgeltsegmenten abgerechnet werden, sofern die Felder „Abrechnung von“ und „Abrechnung bis“ dabei den vollständigen Aufenthalt korrekt und überlappungsfrei abbilden, insbesondere bei der Abbildung von Fallzusammenführungen.

...

Fehlende Budgetvereinbarung

Können die tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a KHEntgG aufgrund einer fehlenden Vereinbarung für das Jahr 2020 noch nicht durch einen krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert berechnet werden, sind gemäß § 15 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG die Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des KHG mit dem in § 15 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG ausgewiesenen Eurowert zu multiplizieren. Die Zahl der abrechenbaren Belegungstage berechnen sich nach § 1 Abs. 7 und § 7 Abs. 3 FPV. Liegen für das Entgelt Bewertungsrelationen im Pflegeerlöskatalog vor, ist der bisher vereinbarte Entgeltbetrag (85* bzw. 86*) täglich um die Entgelthöhe zu mindern, die sich ergibt, wenn der in § 15 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG ausgewiesene Euro–Betrag mit der Pflegebewertungsrelation multipliziert wird. Hierbei ist für 85er–Entgelte der Wert von dem vereinbarten Betrag je Tag abzuziehen. Bei 86er–Entgelten ist der mit der Entgeltanzahl des Pflegeentgeltes multiplizierte Betrag von dem Betrag der vereinbarten Fallkosten abzuziehen.

Für Belegungstage ab dem 01.04.2020 ist der in § 15 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG für diesen Zeitraum ausgewiesene erhöhte Eurowert anzuwenden. Für Belegungstage ab dem 01.01.2021 ist der in § 15 Abs. 2a Satz 1 Nr. 3 KHEntgG für diesen Zeitraum ausgewiesene innerhalb eines Falles abgesenkte Eurowert anzuwenden. Für Fälle mit Rechnungseingang nach dem 01.07.2021 sind für die Abbildung unterschiedlich bewerteter Belegungstage im Abrechnungsfall mehrere ENT–Segmente an die Krankenkassen zu übermitteln. Hier wird für die Berechnung des jeweiligen „Entgeltbetrages“ der unter § 15 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG ausgewiesene Wert für eine Multiplikation mit den Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog herangezogen. Über die Felder „Abrechnung von“ und „Abrechnung bis“ sind die entsprechenden Zeiträume unterschiedlich hoch bewerteter Belegungstage voneinander abzugrenzen. Hinweis: Die ausgegliederte DRG (aDRG) bleibt unberührt in einem ENT Segment je Fall. Rechnungen der Rechnungsart `04` (Gutschrift) folgen der ursprünglichen Rechnungslegung.

Für Fälle mit einem Rechnungseingang bis 30.06.2021 gilt für die Abbildung des gesetzlich vorgesehenen Eurowertes zur Ermittlung des Pflegebetrages in einem Fall, dass für Krankenhäuser die Umsetzung übergangsweise im Rahmen der individuellen Softwaremöglichkeiten vorübergehend bis 30.06.2021 möglich ist. Solange mit dem vorläufigen Pflegeentgeltwert abgerechnet wird gilt somit das Kriterium „Aufnahmetag“ zur Zuordnung des Wertes nicht, sondern für Belegungstage ab dem 01.01.2021 wird in laufenden Fällen von 185 Euro auf den abgesenkten Wert von 163,09 EUR gewechselt. Rechnungen der Rechnungsart `04` (Gutschrift) folgen der ursprünglichen Rechnungslegung.

~~die hier beschriebene Regelung in Anwendung des gesetzlich vorgesehen Eurowertes. Für Fälle mit Aufnahme vor dem 01.04.2020 und Entlassung nach dem 01.04.2020 sind die tagesbezogenen Pflegeentgelte aus dem Pflegeerlöskatalog im Zeitraum vom 01.04.2020 bis zum 30.09.2020 des Rechnungseinganges bei der Krankenkasse nach den individuellen Softwaremöglichkeiten der Krankenhäuser entsprechend der~~

~~gesetzlichen Vorgabe für den Zeitraum vor dem 01.04.2020 mit dem Wert von 146,55 Euro und für den Zeitraum ab dem 01.04.2020 mit dem Wert von 185,00 Euro zu multiplizieren. Die Rechnungsprüfung der Beträge der Pflegeentgelte wird bis zur maximal zulässigen Höhe in diesem Zeitraum (Rechnungseingang bis 30.09.2020) bei den Krankenkassen ausgesetzt. Für Rechnungseingänge ab dem 01.10.2020 wird die Prüfung der Pflegeentgelte bei den Krankenkassen auf den Wert des Pflegeentgeltwertes am Aufnahmetag wieder durchgeführt. Formulierung finden, dass für Jahreswechsel 2020/2021 die gesetzliche Regelung gilt, aber im Rahmen der individuellen Softwaremöglichkeiten der Krankenhäuser vorübergehend bis 30.06.2021 möglich.~~
Besondere Einrichtungen und teilstationäre Leistungen

...

*Ersatzabrechnung bei nicht vorgelegener vollstationärer Behandlungsbedürftigkeit § 8 Absatz 3 KHEntgG
bzw. § 8 Abs. 6 BpflV*

Gemäß § 8 Absatz 3 KHEntgG bzw. § 8 Abs. 6 BpflV haben Krankenkassen bei nicht vorgelegener vollstationärer Behandlungsbedürftigkeit als Ergebnis einer Prüfung nach § 275c Absatz 1 SGB V die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen nach den für vorstationären Behandlungen nach § 115a SGB V getroffenen Vereinbarungen zu vergüten, soweit keine andere Möglichkeit zur Abrechnung der erbrachten Leistung besteht. ...

Nachtrag 14 redaktionelle Anpassung zum 01.01.2021:**1.4.13 Aufschläge gemäß §275c Absatz 3 SGB V***wird wie folgt redaktionell überarbeitet:**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. Dies betrifft vollstationäre Krankenhaufälle mit einem Eingang der Schlussrechnung ab dem 01.01.~~2020~~2022. Die Krankenkasse teilt dem Krankenhaus diesen Aufschlag mit einer Nachricht `Krankenkasseninformation (KAIN)` und dem Schlüssel 30 mit der Ausprägung „MDK04“ mit. Dies kann gemeinsam mit der leistungsrechtlichen Entscheidung der Krankenkasse erfolgen.

Zum PVV-Segment mit dem Schlüssel MDK04 ist zwingend ein PVT-Segment zu übermitteln, in dem folgender strukturierter Text den Entgeltschlüssel, den Aufschlagsbetrag und eine Rechnungsnummer enthält. 47200033 bzw. BA7300033 stellt 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.

47200033: \$\$\$\$\$,\$\$#A-\$

Für den Bereich der Entgeltarten BpFIV (bei Anwendung §17d KHG) gilt der Entgeltschlüssel: BA7300033.

...

Nachtrag 15 Klarstellung Standortnummer im BDG-Segment zum 01.01.2021:**2.2. BDG Segment Behandlungsdiagnose (99x möglich)***wird wie folgt klargestellt:*

...

5. Standortnummer/Betriebsstättennummer

In diesem Feld ist gemäß dem Verzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V die für Ambulanzen nach § 116b – 120 Abs. 1a SGB V gültige Standortnummer anzugeben. ~~Steht im Einzelfall keine Standortnummer gemäß dem Verzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V zur Verfügung~~Bei Ambulanzen, die keine Standortnummer gemäß dem Verzeichnis nach §293 Abs. 6 SGB V erhalten, kann die Betriebsstättennummer angegeben werden. Bei der Abrechnung der Hochschulambulanzen sind die Standorte der Hochschulambulanzen durch Standort- oder Betriebsstättennummern zu kennzeichnen. Betriebsstättennummern können die Fachabteilungsinformationen enthalten. Sonst bleibt das Feld leer.

Nachtrag 16 Vertragskennzeichen bei COVID 19 Patienten zum 01.01.2021:**2.17. INV Segment Information Versicherter***wird wie folgt ergänzt:*

...

10. Vertragskennzeichen

Erfolgt die Behandlung und/oder Abrechnung auf Basis individueller Verträge (z.B. integrierte Versorgung, Modellvorhaben nach § 64b Abs. 1 SGB V, Qualitätsverträge nach § 110a SGB V oder DMP) ist das Vertragskennzeichen des zu Grunde liegenden Vertrages anzugeben. Die Angabe des Vertragskennzeichens des Qualitätsvertrages entfällt, sofern ein Vertragskennzeichen aus einem der anderen individuellen Verträge anzugeben ist.

Bei der Abrechnung von ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen nach § 116b SGB V erfolgt die Zuordnung der Leistungen der Teammitglieder zum ASV-Team über die in diesem Feld angegebene Teamnummer, die verpflichtend anzugeben ist. Die Teamnummer ist neunstellig und wird gemäß der ASV-AV von der bundesweiten ASV-Serviceestelle vergeben.

Bei der Abrechnung von Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V ist die Zuordnung des Behandlungsfalles zur jeweiligen Ermächtigung über die Ausprägung: XXASK` (Patienten nach Art, Schwere oder Komplexität) oder `XXRBE` (regionale Besonderheiten) oder `XXFUL` (Forschung und Lehre) anzugeben.

Zur Kennzeichnung von Auslandsversicherten, die nach § 219a Abs. 6 SGB V zum Zwecke der Behandlung einer COVID-19-Erkrankung vollstationär aufgenommen werden, wird künftig durch das Krankenhaus „COVID-19 Ausland“ mindestens im Aufnahmesatz, in der Entlassungsanzeige und im Rechnungssatz im Datenfeld „Vertragskennzeichen“ übermittelt. Im „Rechnungssatz „Ambulante Operation“ erfolgt keine Angabe. In allen anderen Nachrichtentypen muss keine gesonderte Kennzeichnung erfolgen.

Nachtrag 17 Ambulante Operationen, Punktzahl EBM–Ziffern rückwirkend zum 01.04.2020:**2.8. ENA Segment Entgelt Ambulante Operation (999 x möglich) wird wie folgt aktualisiert**

...

ENA Segment Entgelt Ambulante Operation (999 x möglich)**1. Entgeltart**

...

.

6. Punktzahl

Für EBM–Ziffern ist die Punktzahl nach EBM–Katalog anzugeben.

Für die postoperativen Behandlungskomplexe des Abschnitts 31.4 des EBM bei Erbringung der Leistung durch den Operateur ist die um 27,5 % gekürzte ganzstellig kaufmännisch gerundete Punktzahl anzugeben (§ 7 Abs. 2 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V).

Bei künstlichen Befruchtungen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ist ein Eigenanteil des Patienten von 50 % zu leisten (§ 27a Abs. 3 Satz 3 SGB V). Für diese Leistungen für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung nach den EBM–Ziffern 08510, 08530, 08531, 08535, 08537, 08538, 08539, 08540, ~~08541, 08542~~, 08550, ~~08551, 08552, 08555, 08558, 08560, 08561, 08570, 08571, 08572, 08573, 08574–08575 und 08576~~ sowie die damit zusammenhängenden ärztlichen Leistungen nach den EBM–Ziffern 01510, 01511, 01512, 02100, 02341, 05310, 05330, 05340, 05341, 05350, 11301, 11302, 31272, 31503, 31600 31608, 31609, 31822, 33043, 33044, 33090, 32354, 32356, 32357, 32575, 32576, 32614, 32618, 32660, 32781, 36272, 36503 und 36822 (siehe Durchführungsempfehlung des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V zu den Leistungen der künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V in seiner 214. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) mit Wirkung zum 1. Januar 2010) sind die um 50 % gekürzten ganzstellig kaufmännisch gerundeten Punktzahlen anzugeben. Die Halbierung der Punktzahlen für die mit den Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung zusammenhängenden ärztlichen Leistungen, die ansonsten voll berechnet werden, ist für die Ermittlung des jeweiligen Entgeltbetrages für den Rechnungssatz Ambulante Operation vorzunehmen und im Datenfeld „Punktzahl“ auszuweisen. Bei den EBM–Positionen, die keine Punktzahl, sondern einen festen Eurobetrag ausweisen (32354, 32356, 32357, 32575, 32576, 32614, 32618, 32660 und 32781), ist der Eurobetrag im Feld Entgeltbetrag als um 50% gekürzter Wert (mit zwei Nachkommastellen) anzugeben.

Nachtrag 18 Angabe Standortnummer zum 01.01.2021:**2.28. STA Segment Standort***wird wie folgt aktualisiert*

...

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 der Vorgabewert `779999999` zu verwenden.

Hinweis:

Bei unterbrochenen Behandlungen (z.B. Tage mit vollständiger Abwesenheit, Fallzusammenführungen) am selben Standort innerhalb eines Falles ist nur ein STA-Segment für den gesamten Zeitraum anzugeben.

Bei einer nachstationären Behandlung wird der Krankenkasse in einem STA Segment eine vom Entlassungsstandort abweichende Angabe übermittelt. Diese Übermittlung kann entfallen, wenn der Standort der nachstationären Behandlung dem entlassenden Standort entspricht. Dies gilt für vorstationäre Behandlung analog.

Im Rahmen von Zwischenrechnungen (Rechnungsart 2. Stelle = 1) wird bei einer Behandlung an nur einem Standort die tatsächliche Standortnummer übermittelt, ist ein Wechsel des Standortes bereits erfolgt, wird der tatsächliche Verlauf mit der Standortnummer (und korrektem Standort Ende und Standort Ende Uhrzeit) übermittelt, wobei der bislang letzte Standort die jeweilige Standortnummer mit den u.g. Vorgabewerten bei Standort Ende und Standort Ende Uhrzeit aufweist.

2. Standort Ende

Das Feld enthält das Datum des Endes der Behandlung an dem jeweiligen Standort im Behandlungsfall. Für Aufnahmen im Zeitraum 01.01.2019 – 31.12.2019 kann der Vorgabewert `99991231` genutzt werden. Der Vorgabewert ist im Rahmen von Zwischenrechnungen (Rechnungsart 2. Stelle = 1) und bei einer Behandlung an nur einem Standort oder bei einem Wechsel des Standortes für den bislang letzten Standort zu verwenden. Bei KHIN-Nachrichten ist dieser Vorgabewert zu verwenden, sofern noch keine Entlassung erfolgte.

3. Standort Ende Uhrzeit

Das Feld enthält die Uhrzeit in Stunden (00–23) und Minuten (00–59), bis zu welcher der Patient an diesem Standort behandelt wurde. Für Aufnahmen im Zeitraum 01.01.2019 – 31.12.2019 kann der Vorgabewert `2359` genutzt werden. Der Vorgabewert ist im Rahmen von Zwischenrechnungen (Rechnungsart 2. Stelle = 1) und bei einer Behandlung an nur einem Standort oder bei einem Wechsel des Standortes für den bislang letzten Standort zu verwenden. Bei KHIN-Nachrichten ist dieser Vorgabewert zu verwenden, sofern noch keine Entlassung erfolgte.

...

Berechnungsschema

zur Abrechnung des Zuschlages – Hebammenförderprogramm nach § 4 Abs. 10 KHEntgG und

zur Abrechnung des Abschlages bei Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen (§ 137i Abs. 5 SGB V)

47100036 ⇒ 01.01.2021 – 31.12.2023

47200029 ⇒ 01.04.2019 – 31.12.9999

1. Für den Zuschlag nach § 4 Abs. 10 KHEntgG wurde der Entgeltartenschlüssel „47100036“ festgelegt. Für den Abschlag nach (§ 137i Abs. 5 SGB V) wurde der Entgeltartenschlüssel „47200029“ festgelegt. Dieser wird als prozentualer Zu bzw. Abschlag auf die u.g. Entgeltarten in der Rechnung separat ausgewiesen.
2. Von dem Brutto-Rechnungsbetrag des Krankenhauses werden, sofern darin enthalten, folgende Entgeltarten zur Berechnung des Zuschlages nach § 4 Abs. 10 KHEntgG bzw. des Abschlages nach § 137i Abs. 5 SGB V herangezogen:

47xxxx1x	Zu-/Abschlag nach § 15 Abs. 2 KEntgG
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
76ZExxxx	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. Die vom Krankenhaus in Rechnung gestellten Zu-/Abschlagsbeträge werden wie folgt ermittelt (Abschläge sind mit negativem Vorzeichen zu berücksichtigen):

Summe über alle Entgeltarten [(Entgeltbetrag) x (Entgeltanzahl)] x maßgeblicher von Hundertwert / 100

4. kaufmännische Rundung des nach Nr. 3 errechneten Zu-/Abschlagsbetrages auf 2 Nachkommastellen