

# **Nachtrag vom 08.12.2017**

zur Fortschreibung der § 301-Vereinbarung  
vom 03.02.2016

mit Wirkung zum 01.01.2018

Für die Nachträge 1,3,6-8,16,20 gilt, dass die Annahme der  
Abrechnung stationsäquivalenter Behandlungsfälle  
krankenkassenseitig zum 01.05.2018 sichergestellt wird.

---

## Erläuterungen zu einzelnen Nachträgen

---

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

### **Nachtrag 1, 7, 8, 20 (krankenkassenseitig zum 01.05.2018):**

Bei stationsäquivalenter Behandlung sind Tage ohne direkten Patientenkontakt künftig mit der FABT `0004` zu dokumentieren.

### **Nachtrag 2:**

Es ist klarzustellen, dass bei den Nachrichtentypen INKA und KAIN Fehlersegmente übermittelt werden können. Dies regelt bereits die 13. Fortschreibung ist jedoch redaktionell anzupassen.

### **Nachtrag 3 (krankenkassenseitig zum 01.05.2018):**

Zur Abrechnung der stationsäquivalenten Behandlung wird ein neuer Aufnahmegrund eingeführt.

### **Nachtrag 4:**

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

### **Nachtrag 5:**

Es sind aufgrund aktueller Vereinbarungen weitere Entgeltschlüssel für den DMP-Bereich zu vereinbaren.

### **Nachtrag 6 (krankenkassenseitig zum 01.05.2018):**

Zur Abrechnungen stationsäquivalenter Behandlung ist ein eigenständiger Entgeltbereich innerhalb des Anhang B Teil III zu Anlage 2 vorgesehen (1.Stelle =D). Der Nachtrag enthält Regelungen zur Abbildung der Entgelte nach Anlage 6b PEPPV. Sofern weiter differenzierte

Entgeltschlüssel benötigt werden, können diese nach individueller Vereinbarung vor Ort unter [www.gkv-clavisdb.de](http://www.gkv-clavisdb.de) beantragt werden. Der Nachtrag sieht darüber hinaus Klarstellungen hinsichtlich der anwendbaren Entgeltbereiche (insbesondere Zu- und Abschläge) im Behandlungsbereich D vor.

**Nachtrag 8 (krankenkassenseitig zum 01.05.2018):**

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

**Nachtrag 9,11:**

Es werden Anpassungen im Zusammenhang mit der Fortschreibung der ASV-Abrechnungsvereinbarung (ASV-AV), insbesondere zu neuen ASV-Leistungsbereichen und Fachgruppencodes vorgenommen.

**Nachtrag 10:**

Für den Bereich der Medizinischen Behandlungszentren sind anhand des Leistungsartenschlüssels A4 gesonderte Angaben für Einrichtungen möglich, soweit vor Ort diese vereinbart sind.

**Nachtrag 12:**

Zum Zeitpunkt der Vereinbarung dieses Nachtrages sind 2 Entgeltschlüssel im Bereich Zu bzw. Abschlag diesem Bereich eindeutig zuordenbar. Folgende Entgeltarten sind aus Sicht der Vereinbarungspartner derzeit **nicht** in einer Abrechnung von stationsäquivalenten Fällen abrechenbar.

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

**Nachtrag 13, 14, 15, 21:**

Redaktionelle Klarstellung.

**Nachtrag 16 (krankenkassenseitig zum 01.05.2018), 17:**

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

**Nachtrag 18:**

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

**Nachtrag 19:**

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

**Nachtrag 22:**

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

**Klarstellung zur 14. Fortschreibung:**

Es wird klargestellt, dass die 14. Fortschreibung als gruppierungsrelevant einzuschätzen ist. Für Aufnahmen ab dem 01.01.2018 ist somit die Version „14“ zu verwenden.

## Nachträge zur Anlage 1

### Nachtrag 1 (krankenkassenseitig zum 01.05.2018):

...

#### Entlassungsanzeige, Fortsetzung

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

**Nachtrag 2 (01.01.2018):**

**Verwendung der Segmente**

		von Krankenhaus							von Krankenkasse						
		AUFN	VERL	MBEG	RECH	ENTL	AMBO	ZGUT	INKA	KOUB	ANFM	ZAHL	ZAAO	SAMU	KAIN
<b>UWD</b>	Segment Überweisungsdaten													M	
1	Rechn.betrag, Summe													M	
2	Rechn.betrag, angewiesen													M	
3	IK für Zahlungsweg													K	
4	Sammelbelegnummer													M	
<b>FHL</b>	Segment Fehler	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K
1-9	(siehe Seite 24)	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K

## Nachträge zur Anlage 2

### Nachtrag 3 (krankenkassenseitig zum 01.05.2018):

#### Schlüssel 1 Aufnahmegrund

*wird wie folgt klargestellt:*

...

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

Bei Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers:

21 bis 27 anstelle 01 bis 07

Bei Behandlungen im Rahmen von Verträgen zur integrierten Versorgung:

41 bis 47 anstelle 01 bis 07

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

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

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

**Nachtrag 4 (01.01.2018):****Schlüssel 4 Teil I: Entgeltart stationär***wird wie folgt ergänzt:***47\*- Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntg bzw. § 7 Satz 1 Nr. 3 und Satz 2 BPfIV und sonstiger Zu- und Abschlag**

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	75	Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntG
		<b>3. Stelle</b>
	1	Zuschlag
		<b>4.-8. Stelle</b>
	00001	Sicherstellungszuschlag nach § 17b Abs. 1 Satz 7 KHG (Festbetrag)
	00002	Sicherstellungszuschlag auf den Basisfallwert § 17b Abs. 1 Satz 7 KHG <sup>1</sup>
	00003	Zuschlag für Begleitperson nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG i.V.m. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3, 1. HS KHEntg
	00004	Zuschlag Mitaufnahme Pflegekraft nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG i.V.m. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3, 2. HS KHEntg
	<u>00005</u>	<u>Zuschlag Mitaufnahme je neugeborenem Geschwisterkind (§ 1 Abs. 5 Satz 9 FPV)</u>

**Nachtrag 5 (01.01.2018):****Schlüssel 4 Teil I: Entgeltart stationär***wird wie folgt ergänzt:*

...

**65\* – Zusatzentgelt für DMP**

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	65	Zusatzentgelt für DMP
	<b>3. –4. Stelle</b>	
	01–98	KV-Bezirk (siehe Schlüssel 26)
	<b>5.–6. Stelle</b>	
	01	Erstdokumentation
	02	Folgedokumentation
	03	Beratungspauschale
	04	Begleitgespräch vor Eingriff
	05	Begleitgespräch nach Eingriff
	06	Begleitgespräch Nachsorge
	07	Schulung Diabetes je Einheit
	08	Schulung Hypertonie je Einheit
	09	Schulung INR je Einheit
	10	Sonstige Schulung
	11	Zusatzvergütung für elektronische Übermittlung
	12	Präoperative Erstdokumentation
	13	Postoperative Erstdokumentation
	14	Koordinierungspauschale
	15	Schulung für intensivierete Insulintherapie
	16	Schulungsprogramm LINDA für Typ 1 Diabetes
	17	Diabetesbuch für Kinder
	18	Schulungsprogramm für Jugendliche mit Diabetes
	19	Strukturiertes Hypertonie Behandlungs- und Schulungsprogramm
	20	Strukturiertes Hypertonie Therapie- und Schulungsprogramm (HBSP)
	21	Schulungsprogramm für Kinder
	22	Schulungsprogramm für Jugendliche
	23	Schulungsmaterial inkl. Diabetes-/Hypertonie-Pass
	24	Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen

			25	Nationales ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker (NASA)
			26	Schulungs- und Verbrauchsmaterial
			27	Schulungsprogramm für chronisch obstruktive Bronchitis und Lungenemphysem (COBRA)
			<a href="#">28</a>	<a href="#">Schulungsprogramm MEDIAS 2</a>
			<a href="#">29</a>	<a href="#">Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen</a>
			<a href="#">30</a>	<a href="#">Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die Insulin spritzen</a>
			<a href="#">31</a>	<a href="#">Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen</a>
			<a href="#">32</a>	<a href="#">Schulungsprogramm Diabetes und Verhalten</a>
				<b>7.-8. Stelle</b>
			01	Brustkrebs
			02	Diabetes mellitus Typ 2
			03	Koronare Herzkrankheiten
			04	Diabetes mellitus Typ 1
			05	Asthma bronchiale
			06	COPD

**Nachtrag 6 (krankenkassenseitig zum 01.05.2018):****Schlüssel 4 Teil III: Entgeltarten BPfIV (bei Anwendung §17d KHG)***wird wie folgt**ergänzt:*

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

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

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

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

**1. Stelle    Behandlungsbereich**

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

**D    stationsäquivalenter Behandlungsbereich\***

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

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

Hinweis:

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

**2. Stelle    Entgeltbereich**

- 1    Bewertete Entgelte nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog § 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV [E1]

- 2 Zuschlag nach Überschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten  
§ 7 Satz 1 Nr. 1 BpflV [E1]
- 3 Abschlag nach Unterschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten  
§ 7 Satz 1 Nr. 1 BpflV [E1]
- 4 Ergänzende Tagesentgelte nach bundesweit vereinbarten Entgeltkatalog § 7 Satz 1  
Nr. 1 BpflV
- ... ..
- E gesonderte Entgelte für Patientinnen/Patienten von Belegärzten  
§ 8 Abs. 2 BpflV
- F Entgelte für Integrierte Versorgung
- G Bewertete PEPP-Entgelte bei stationsäquivalenter Behandlung (reserviert für Anlage  
6a PEPPV)
- H Unbewertete PEPP-Entgelte bei stationsäquivalenter Behandlung (Anlage 6b PEPPV)
- V vorstationäre Behandlung
- N nachstationäre Behandlung

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

**Entgeltbezug**

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

**Nachtrag 7 (krankenkassenseitig zum 01.05.2018):****Schlüssel 5 Entlassungs- /Verlegungsgrund***wird wie folgt ergänzt:*

...

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

...

**Hinweis:**

Bei Angabe der Ziffern 01 - 04, 14 - 15 und 21 in der 1. und 2. Stelle muss für erwerbstätige Versicherte die 3. Stelle mit '1' (arbeitsfähig entlassen) oder '2' (arbeitsunfähig entlassen) gefüllt werden; in allen anderen Fällen ist die 3. Stelle mit '9' zu füllen.

Es handelt sich um eine Einschätzung des behandelnden Arztes und stellt keinen verbindlichen Vorgriff auf die abschließende Beurteilung durch den behandelnden Vertragsarzt (AU-Bescheinigung) dar.

Die Angabe der Ziffer 13 bezieht sich auf eine Untermenge der ehemals unter Ziffer 06 zusammengefassten Krankenhäuser. Die Ziffer 06 bezieht sich nunmehr nur noch auf externe Verlegungen in Krankenhäuser, sofern nicht in eine psychiatrische oder psychosomatische Abteilung verlegt wird.

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

Für den Bereich der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (Aufnahmegrund `10`) gelten auch die Schlüssel 21x/22x (siehe Anlage 5 die Textziffern 1.4.9.1).

**Nachtrag 8 (krankenkassenseitig zum 01.05.2018):**

**Schlüssel 6 Fachabteilungen**

*wird wie folgt ergänzt:*

...

**Sonderregelung für Pseudo-Fachabteilungen im ETL-Segment der Entlassungsanzeige**

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

\* Hinweis:

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

...

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

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

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

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

...

**Nachtrag 9 (01.01.2018):**

**Schlüssel 22 Leistungsbereich (116b)**

*wird wie folgt ergänzt:*

...

Leistungen nach §116b SGB V in seiner ab 01.01.2012 geltenden Fassung (wird entsprechend fortgeschrieben –§ 116b (neu))

<b>1[A-I]0100ff</b>	<b>Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen</b>
1A0100	Onkologische Erkrankungen; Gastrointestinale Tumore und Tumore der Bauchhöhle
1A0200	Onkologische Erkrankungen; gynäkologische Tumore ohne Subspezialisierung
1A0201	Onkologische Erkrankungen: Mammakarzinom
1A0202	Onkologische Erkrankungen: Subspezialisierung andere gynäkologische Tumore

...

<u>1B0100</u>	<u>Rheumatologische Erkrankungen; Erwachsene</u>
<u>1B0101</u>	<u>Rheumatologische Erkrankungen; Kinder</u>

...

**Nachtrag 10 (01.01.2018):**

**Schlüssel 24 Leistungsart**

*wird wie folgt ergänzt:*

- 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)\*

**Nachtrag 11 (01.01.2018):****Schlüssel 27 Fachgruppencode (§116b)***wird wie folgt ergänzt:*

Bezeichnung	Fachgruppencode
...	
FA Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)	Hausarzt: 01 FA: entsprechend dem Abrechnungsfachgebiet
<u>SP Geriatrie, kammerindividuell</u>	<u>Hausarzt: 01</u> <u>FA: entsprechend dem</u> <u>Abrechnungsfachgebiet</u>
<b>Gebiet Anästhesiologie</b>	
...	04
FA Plastische Chirurgie	13
<u>SP Plastische Chirurgie</u>	<u>13</u>
FA Plastische und Ästhetische Chirurgie	13
...	31
SP Rheumatologie; obsolet	31
SP Geriatrie; obsolet <u>(vor 2003 in Muster-WBO der Bundesärztekammer)</u>	32
<u>SP Geriatrie; kammerindividuell (seit 2013 in WBO der Landesärztekammer Rheinl.-Pfalz)</u>	<u>32</u>
FA Innere Medizin und SP Geriatrie; kammerindividuell	32
SP Infektiologie; kammerindividuell, obsolet	33
TG Infektions- und Tropenmedizin; neue Bundesländer, obsolet	33
...	
<b>Gebiet Neurologie</b>	
FA Neurologie	53
<u>SP Geriatrie, kammerindividuell</u>	<u>53</u>
<b>Gebiet Nuklearmedizin</b>	
FA Nuklearmedizin	54
...	
<b>Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie</b>	
FA Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie; kammerindividuell, obsolet	51
FA Psychiatrie und Psychotherapie	58
FA Psychiatrie; obsolet	58
<u>SP Geriatrie</u>	<u>58</u>

Bezeichnung	Fachgruppencode
...	
<b>Gebiet Urologie</b>	
FA Urologie	67
<b>Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten</b>	
Psychologischer Psychotherapeut	68
Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut	69
<b>weitere Fachgruppen: ...</b>	

**Nachtrag 12 (01.01.2018):****Anhang B Teil III:***wird wie folgt ergänzt:*

<b>Entgeltschlüssel</b>	<b>Entgeltbezeichnung</b>	<b>gueltigab</b>	<b>gueltigbis</b>
<u>D6300001</u>	<u>Zuschlag- Aufwandspauschale bei erfolgloser MDK-Prüfung (§ 275 Abs.1c SGB V)</u>	<u>01.01.2018</u>	<u>31.12.9999</u>
<u>D7300008</u>	<u>Abschlag- Fortsetzungspauschale PrüfV (BPfIV_neu)</u>	<u>01.01.2018</u>	<u>31.12.9999</u>
<u>DH1QA80Z</u>	<u>Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen, tagesbezogen</u>	<u>01.01.2018</u>	<u>31.12.9999</u>
<u>DH2QA80Z</u>	<u>Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen, fallbezogen</u>	<u>01.01.2018</u>	<u>31.12.9999</u>
<u>DH3QA80Z</u>	<u>Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen, zeitraumbezogen</u>	<u>01.01.2018</u>	<u>31.12.9999</u>
<u>DH1QK80Z</u>	<u>Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen, tagesbezogen</u>	<u>01.01.2018</u>	<u>31.12.9999</u>
<u>DH2QK80Z</u>	<u>Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen, fallbezogen</u>	<u>01.01.2018</u>	<u>31.12.9999</u>
<u>DH3QK80Z</u>	<u>Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen, zeitraumbezogen</u>	<u>01.01.2018</u>	<u>31.12.9999</u>
<u>...</u>			

## Anhang C zu Anlage 2 – Fehlercodes

Nachtrag 13 (01.01.2018):

## Spezifische Fehler der Prüfstufe 3

Fehlercode	Fehlertext
...	...
34189	Feld `BehandlungsdiagnoseDiagnoseart` bei VKZ `08`, `17`, `37` bzw. `48` darf nur Wert `1` bzw. `3` enthalten
34190	Feld `BehandlungsdiagnoseDiagnoseart` bei VKZ `13` bzw. `43` darf nur Wert `1` bzw. `2` enthalten
...	...

## Nachträge zur Anlage 4

### Nachtrag 14 (01.01.2018)

...

#### 4.2 Datenfernübertragung

...

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

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

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

...

## 9 Datenflüsse

*wird wie folgt aktualisiert:*

...

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 oder Behandlungen oder für Leistungen nach §§ 117 bis 119c, 120 Abs. 1a oder 140a SGB V im Auftrag des Krankenhauses / der Einrichtung tätig sind. In diesen Fällen sind die Rückmeldungen der Krankenkassen für den ambulanten (ZAAO, SAMU, FEHL sowie Fehlermeldungen zu AMBO) 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 Abrechnungen eines Leistungsbereichs (§ 115b, § 116b (alt), § 116b (neu)\*, §117, § 118, § 119, §119c oder § 120 Abs. 1a SGB V oder im Rahmen von Verträgen nach 140a SGB V) durch mehr als eine datenversendende / datenempfangende entschlüsselungsberechtigte Stelle erfolgen.

Krankenhäuser, die Rechenzentren als Abrechnungsstelle für einen bestimmten Leistungsbereich (§ 115b, § 116b (alt), § 116b (neu)\*, § 117, § 118, § 119, §119c oder § 120 Abs. 1a SGB V oder im Rahmen von Verträgen nach 140a SGB V) beauftragt haben, können für den Datenaustausch ein gesondertes Institutionskennzeichen in den FKT-Segmenten als logischen Absender / Empfänger verwenden. Die Verwendung eines gesonderten Institutionskennzeichens ist mit dem jeweiligen Kostenträger bilateral abzustimmen.

...

**Nachtrag 15 (01.01.2018):****9.1 Annahmestellen bei den Krankenkassen***wird wie folgt aktualisiert:*

...

Bereich / Annahmestelle	Anschrift / Ansprechpartner	IK
...		
<b>AOK Rheinland-Pfalz/Saarland (Saarland)</b>		
IT S Care IT-Services für den Gesundheitsmarkt	Postfach 2101 34606 Schwalmstadt Telefon: 06691 736 119 Fax: 06691 736 314 oder Telefon: 06691 736 <del>200</del> <u>134</u> Fax: 06691 736 314	109319309
...		
<b>AOK Rheinland-Pfalz/Saarland (Rheinland-Pfalz)</b>		
IT S Care IT-Services für den Gesundheitsmarkt	Postfach 2101 34606 Schwalmstadt Telefon: 06691 736 119 Fax: 06691 736 314 oder Telefon: 06691 736 <del>200</del> <u>134</u> Fax: 06691 736 314	107310373
...		

## Nachträge zur Anlage 5

### Nachtrag 16 (krankenkassenseitig zum 01.05.2018):

#### 1.2.4. Rechnungssatz

*wird wie folgt aktualisiert:*

...

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

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

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

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

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

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

...

**Nachtrag 17 (01.01.2018):****1.2.10 Information Krankenhäuser**

...

**1.2.10.3 Fortsetzung des Prüfverfahrens gemäß § 7 Absatz 2 Satz 7 PrüfvV***wird wie folgt aktualisiert:*

Liefert das Krankenhaus erforderliche Unterlagen für das MDK Verfahren gemäß § 7 Absatz 2 Satz 7 PrüfvV nach, wird das Prüfverfahren fortgesetzt. Zur Sicherstellung der in § 7 Abs. 2 Satz 7 PrüfvV genannten Frist übermittelt das Krankenhaus einen Rechnungssatz mit der Rechnungsart „14“ (entspricht einer 300,00 EUR Gutschrift der Pauschale nach § 7 Absatz 2 Satz 7 PrüfvV). Das ZLG Segment wird im Rechnungssatz nicht übermittelt. Es wird eine neue eindeutige Rechnungsnummer und Rechnungsdatum vergeben. Für die Rechnungsart „14“ wird kassenseitig die Prüfung deaktiviert, die bei einer Rechnungsart „04“ auf einen Rechnungsdatensatz mit identischer Rechnungsnummer abstellt. Die laufende Nummer des Geschäftsvorfalles ist entsprechend zu erhöhen. Das ENT Segment enthält den Entgeltschlüssel „47200008“ (KHEntg, BpflV\_alt) oder „A7300008“ bzw. „B7300008“ (BpflV\_neu), den Endbetrag 300,00 und als Abrechnung von und Abrechnung bis das Rechnungsdatum. Im Falle folgender Fallstornierungen (z.B. infolge MDK-Begutachtung o.ä.) ist diese Gutschrift (Rechnungsart 14) beizubehalten und wird nicht storniert.

**Nachtrag 18 (01.01.2018):****1.4 Vorgaben für besondere Fallkonstellationen****1.4.1 Versorgung von Neugeborenen im G-DRG-System**

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

Wird eine im Fallpauschalen-Katalog vorgegebene Mindestverweildauer für die Fallpauschale (~~P60BP60C~~) nicht erreicht, ist die Versorgung des Neugeborenen mit dem Entgelt für die Mutter abgegolten. In diesem Falle wird keine Rechnung für den Fall des Neugeborenen übermittelt.

**1.4.1.1 Gesundes Neugeborenes**

Für nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftige Neugeborene ist ein Aufnahmesatz mit dem Aufnahmegrund ‚0601‘ (‘Geburt’) vom Krankenhaus an die Krankenkasse der Mutter zu übermitteln. Neugeborene gelten als nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftig, wenn ~~entweder~~ die in der FPV definierten Vorgaben (§ 1 Abs. 5 FPV ~~20172018~~) erfüllt sind ~~oder im Fall von Mehrlingsentbindungen, die über die P67D vergütet werden und bei denen neben ICD-Kodes Z38.3–Z38.8 kein weiterer ICD- oder OPS-Kode übermittelt wird~~. Dies gilt auch für die Mitaufnahme eines gesunden Neugeborenen (bis Vollendung des 28. Tags nach Geburt) bei Erkrankung der Mutter, wenn die Geburt nicht in diesem Krankenhaus stattgefunden hat. Im Datenfeld ‘Krankenversicherten-Nr.’ ist die Krankenversicherungsnummer der Mutter anzugeben. Als Aufnahmetag ist der Tag der Geburt und als Aufnahmezeit das Geburtsgewicht als Mussfeld anzugeben. Ist der Vorname noch nicht bekannt, ist ‘Säugling m’ für männliche und ‘Säugling w’ für weibliche Säuglinge anzugeben. Bei vorliegender Einweisung der Mutter ist der die Mutter einweisende Arzt auch in der Aufnahmeanzeige des Neugeborenen im Datenfeld ‘Arztnummer des einweisenden Arztes’ anzugeben. Bei Notfallaufnahme der Mutter ist für das Neugeborene die ‘Veranlassende

...

**Nachtrag 19 (01.01.2018):**

**1.4.9. Abrechnung psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen gemäß BPfIV  
(bei Anwendung §17d KHG)** *wird wie folgt aktualisiert:*

**1.4.9 Abrechnung psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen gemäß BPfIV (bei Anwendung §17d KHG)**

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

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

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

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

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

1. ein Patient wird innerhalb von ~~21-14~~ Kalendertagen, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Entlassungstag der vorangegangenen Behandlung wieder aufgenommen und ist für den Wiederaufnahmefall in dieselbe Strukturkategorie einzustufen und

2. der Patient wird innerhalb von ~~120-90~~ Kalendertagen ab dem Aufnahmetag des ersten unter die Regelung der ~~VPE-PEPPV~~ fallenden Krankenhausaufenthaltes wieder aufgenommen.

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

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

**1.4.9.1.1 Keine Neueinstufung**

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

**1.4.9.1.2 Neueinstufung**

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

Ist für den ersten Aufenthalt bereits eine Schlussrechnung übermittelt worden, ist die Schlussrechnung mit dem Verarbeitungskennzeichen ‚10‘ (Normalfall) und der Rechnungsart ‚04‘ (Gutschrift / Stornierung) zu

stornieren. Bei befristeter Kostenübernahme für den ersten Aufenthalt ist ggf. eine Verlängerungsanzeige zu übermitteln.

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

Mit den zusammengefassten Falldaten ist für den mit der ersten Aufnahme gemeldeten Fall eine erneute Entlassungsanzeige zu übermitteln. Dazu werden Prozeduren wie folgt zusammengefasst: Sämtliche Symptome/Diagnosen und Prozeduren sind auf den gesamten Abrechnungsfall zu beziehen. Das hat gegebenenfalls zur Folge, dass mehrere Prozeduren unter Addition der jeweiligen Mengenangaben zu einer Prozedur zusammenzuführen sind (siehe DKR-Psych). Als Hauptdiagnose des zusammengeführten Falles ist die Hauptdiagnose des Aufenthaltes mit der höchsten Anzahl an Berechnungstagen zu wählen des längsten Aufenthaltes zu wählen (§ 2 Abs. 3 PEPPV). Bei mehr als zwei zusammenzuführenden Aufenthalten sind die Berechnungstage einzelner Aufenthalte mit gleicher Hauptdiagnose aufzusummieren und mit der Anzahl an Berechnungstagen der anderen Aufenthalte zu vergleichen. Ist die Anzahl der Berechnungstage für mehrere Hauptdiagnosen gleich hoch, so ist als Hauptdiagnose die Diagnose des zeitlich früheren Aufenthaltes zu wählen.

...

#### 1.4.9.2 Entlassungen zum Jahresende für Zwecke der Abrechnung

##### **Regelung für den Jahreswechsel 2013/ 2014:**

~~Sofern ein im Vorjahr aufgenommener Patient am 31.12.2. des laufenden Jahres noch nicht entlassen wurde, erfolgt für Zwecke der Abrechnung eine Entlassung (Entlassungsgrund 25 – „Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr für Zwecke der Abrechnung – PEPP“) mit dem zum 31.12. des laufenden Jahres. Eine Fallzusammenführung findet nicht statt. Dies findet auch für vor dem Umstiegszeitpunkt aufgenommene Patienten mit einer Verweildauer am 31.12.2013 von mehr als 365 Tagen („Extremlanglieger“) Anwendung. Als Entlassungstag ist dann der 31.12. zu verwenden.~~

~~Der 31. Dezember ist dabei ebenfalls ein Berechnungstag für die Schlussrechnung des mit Entlassungsgrund „25“ entlassenen Falls.~~

~~Für den fortgesetzten Aufenthalt ab dem 1. Januar des neuen Jahres wird ein neuer Aufnahmesatz (Aufnahmegrund: „01xx“) übermittelt. Die Abrechnung für das neue Jahr wird nach den dann gültigen Kodierregeln, ICD- und OPS-Katalogen und Entgeltkatalogen, beginnend mit der ersten Vergütungsstufe, durchgeführt. Für den fortgesetzten Aufenthalt wird bei Fallabschluss eine reguläre Entlassungsanzeige und Schlussrechnung übermittelt.~~

~~Diese Regelung findet letztmalig für den Jahreswechsel 2013/2014 Anwendung. Ab dem Jahreswechsel 2014/2015 gilt die o.g. Regelung mit der Ausnahme, dass gemäß § 4 Abs. 1 Satz 1 PEPPV der 31.12. kein Berechnungstag ist.~~

##### **Regelung ab dem Jahreswechsel 2015/ 2016:**

Sofern ein im Vorjahr aufgenommener Patient am 31.12. des laufenden Jahres noch nicht entlassen wurde, erfolgt für Zwecke der Abrechnung eine Entlassung (Entlassungsgrund 25 – „Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr für Zwecke der Abrechnung – PEPP“) zum 31.12. des laufenden Jahres. Eine Fallzusammenführung findet nicht statt. Dies findet auch für vor dem Umstiegszeitpunkt aufgenommene

<sup>2</sup> gemäß § 4 PEPPV 2013 erstmalig zum 31.12.2013 für vor dem Umstiegszeitpunkt aufgenommene Patienten

Patienten mit einer Verweildauer am 31.12. des laufenden Jahres von mehr als 365 Tagen („Extremlanglieger“) Anwendung. Als Entlassungstag ist dann der 31.12. zu verwenden. Der 31. Dezember ist dabei ein Berechnungstag für die Schlussrechnung des mit Entlassungsgrund „25“ entlassenen Falls. Für den fortgesetzten Aufenthalt ab dem 01. Januar des neuen Jahres wird ein neuer Aufnahmesatz (Aufnahmegrund: „01xx“) übermittelt. Die Abrechnung für das neue Jahr wird dann nach den dann gültigen Kodierregeln, ICD- und OPS-Katalogen und Entgeltkatalogen durchgeführt. Die Zählung der Berechnungstage beginnt mit dem 01.01. des Folgejahres neu. Für den fortgesetzten Aufenthalt wird bei Fallabschluss eine reguläre Entlassungsanzeige und Schlussrechnung übermittelt

**Nachtrag 20 (krankenkassenseitig zum 01.05.2018)****1.4.9. Abrechnung psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen gemäß BPfIV (bei Anwendung §17d KHG)***wird wie folgt ergänzt:***1.4.9. -Abrechnung psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen gemäß BPfIV (bei Anwendung §17d KHG)***wird wie folgt aktualisiert:***1.4.9.4. Abrechnung stationsäquivalenter Behandlungsfälle**

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

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

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

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

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

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

1. Zusatzentgelte (Stellen 1-2: „C5“)
2. Zu- und Abschläge (Stellen 1-2: „D6“ oder „D7“)
  - D6300001 – Zuschlag Aufwandspauschale bei erfolgloser MDK-Prüfung
  - D7300008 – Abschlag Fortsetzungspauschale PrüfV
3. Krankenhaufindividuell vereinbarte Zusatzentgelte (Stellen 1-2: „C9“)
4. Vor- und nachstationäre Pauschalen (Stelle 1: „CV“ oder „CN“)

**Nachtrag 21 (01.01.2018)**

**2.7 . EBG Segment Entbindung (2 x möglich)**

*wird wie folgt ergänzt:*

**1. Tag der Entbindung**

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

**Nachtrag 22 (01.01.2018)****2.9 ENT Segment Entgelt (98 x / 99 x möglich) wird wie folgt ergänzt:**

...

**3. Abrechnung von:**

Das Feld enthält den ersten Tag, mit dem der Abrechnungszeitraum des Entgeltsegmentes beginnt.

Abrechnung von Fallpauschalen für Neugeborene:

Es ist der erste Belegungstag auf der Säuglingsstation oder im Säuglingszimmer anzugeben.

Zuzahlungseinzugsverfahren bei vollstationären Patienten:

Für die Abrechnung der dem Krankenhaus im Rahmen des Zuzahlungseinzugsverfahrens entstandenen Kosten ist der Aufnahmetag des zugehörigen Krankenhauses anzugeben.

Abrechnung klinischer Obduktionen:

Bei klinischen Obduktionen ist infolge der DKR 2018 (P017q Klinische Obduktion bzw. Obduktion zur Qualitätssicherung) das Datum, an dem der Patient verstorben ist (Entlassungstag), anzugeben.

**4. Abrechnung bis:**

Das Feld enthält den letzten Tag, mit dem der Abrechnungszeitraum des Entgeltsegmentes endet.

Abrechnung von Fallpauschalen für Neugeborene:

Es ist der letzte Belegungstag auf der Säuglingsstation oder im Säuglingszimmer anzugeben.

Zuzahlungseinzugsverfahren bei vollstationären Patienten:

Für die Abrechnung der dem Krankenhaus im Rahmen des Zuzahlungseinzugsverfahrens entstandenen Kosten ist der Tag vor der Entlassung des zugehörigen Krankenhauses anzugeben.

Abrechnung von PEPP:

Für die Abrechnung einer PEPP-Entgeltart ist der letzte Kalendertag der Zugehörigkeit in der jeweiligen Vergütungskategorie, einschließlich der Tage der vollständigen Abwesenheit und des Entlassungstages ( bei Entlassungsgrund 17 und 22 - interner Verlegung: der Tag vor dem Verlegungstag) anzugeben.

Abrechnung klinischer Obduktionen:

Bei klinischen Obduktionen ist infolge der DKR 2018 (P017q Klinische Obduktion bzw. Obduktion zur Qualitätssicherung) das Datum, an dem der Patient verstorben ist (Entlassungstag), anzugeben.

...

**6. Tage ohne Berechnung/Behandlung**

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

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

Abrechnung von Fallpauschalen für Neugeborene (FP-16.01 und FP-16.02):

~~Im Falle einer Verlegung in die Pädiatrie und anschließender Rückverlegung auf die Säuglingsstation oder in das Säuglingszimmer ist die Anzahl der Tage in der Pädiatrie anzugeben. ...~~