# Rahmenvereinbarung
# zur Datenübertragung von Abrechnungsdaten
# bei Krankenhausleistungen
# in Verbindung mit § 17c KHG

(Rahmenvereinbarung Datenübertragung)

zwischen

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

und

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

## Gesamtdokumentation

**Stand: 6.2.2025**

**Dokumentenhistorie**

| Stand | Änderungsgrund |
|---|---|
| 01.01.2014 | Gesamtdokumentation für 2014 |
| 11.07.2014 | Aktualisierung der Gesamtdokumentation – Einarbeitung folgender Änderungen:<br>• PKV-relevanten Änderungen aus der 12. Fortschreibung der Vereinbarung zur Datenübermittlung nach § 301 SGB V (GKV)<br>• Nachtrag vom 17.06.2014 zur 2. Fortschreibung vom 20.09.2013 |
| 30.04.2015 | Aktualisierte Gesamtdokumentation (ohne Anhang A zur Anlage 2)1 |
| 24.02.2016 | Aktualisierung der Gesamtdokumentation – Einarbeitung folgender Änderungen:<br>• Nachtrag vom 22.12.2015 zur 2. Fortschreibung vom 20.09.2013<br>• Nachtrag vom 22.02.2016 zur 2. Fortschreibung vom 20.09.2013 |
| 04.03.2016 | Aktualisierte Gesamtdokumentation (ohne Anhang A zur Anlage 2) |
| 07.07.2016 | Aktualisierte Gesamtdokumentation (ohne Anhang A zur Anlage 2) – Einarbeitung folgender Änderungen:<br>• Nachtrag vom 7.7.2016 |
| 07.03.2017 | Aktualisierte Gesamtdokumentation (ohne Anhang A zur Anlage 2) – Einarbeitung folgender Änderungen:<br>• Nachtrag vom 21.12.2016 |
| 23.10.2017 | Aktualisierte Gesamtdokumentation (ohne Anhang A zur Anlage 2) – Einarbeitung folgender Änderungen:<br>Nachtrag vom 18.09.2017 |
| 1.11.2017 | Redaktionelle Korrekturen |
| 30.10.2018 | Aktualisierung von Anhang A zu Anlage 5 (Beispieldatensätze) |
| 10.01.2019 | Aktualisierte Gesamtdokumentation (ohne Anhang A zur Anlage 2) – Einarbeitung folgender Änderungen:<br>• Nachtrag vom 12.12.2017<br>• Nachtrag vom 19.04.2018<br>• Korrektur des Nachtrages vom 12.12.2017<br>• Nachtrag vom 26.10.2018 |
| 27.7.2020 | Aktualisierte Gesamtdokumentation (ohne Anhang A zur Anlage 2) – Redaktionelle Korrekturen und Einarbeitung folgender Änderungen:<br>• Nachtrag vom 13.6.2019<br>• Nachtrag vom 16.7.2019<br>• Nachtrag vom 6.12.2019<br>• Nachtrag vom 1.4.2020<br>• Ergänzungsvereinbarung zum Nachtrag vom 1.4.2020 |

[1] Anhang A zur Anlage 2 (Entgeltarten) wird in einem separaten Dokument zur Verfügung gestellt

| | |
|---|---|
| | • 2. Ergänzungsvereinbarung zum Nachtrag vom 1.4.2020<br>• Nachtrag vom 3.6.2020<br>• Nachtrag vom 1.7.2020<br>• 3. Fortschreibung vom 10.7.2020 mit Wirkung zum 1.1.2021<br>• Nachtrag vom 18.12.2020 |
| 13.7.2021 | Aktualisierte Gesamtdokumentation (ohne Anhang A zur Anlage 2) – Redaktionelle Korrekturen und Einarbeitung folgender Änderungen:<br>• Nachtrag vom 29.4.2021<br>• Nachtrag vom 12.7.2021 |
| 21.6.2022 | Aktualisierte Gesamtdokumentation (ohne Anhang A zur Anlage 2) – Redaktionelle Korrekturen und Einarbeitung folgender Änderungen:<br>• Nachtrag vom 8.12.2021<br>• Nachtrag vom 2.2.2022<br>• Nachtrag vom 22.3.2022<br>• Nachtrag vom 20.6.2022 |
| 20.12.2023 | Aktualisierte Gesamtdokumentation (ohne Anhang A zur Anlage 2) – Redaktionelle Korrekturen und Einarbeitung folgender Änderungen:<br>• Nachtrag vom 20.7.2022<br>• 4. Fortschreibung vom 17.8.2022<br>• Korrektur der 4. Fortschreibung vom 10.10.2022<br>• Nachtrag vom 11.1.2023<br>• Nachtrag vom 31.3.2023<br>• Nachtrag vom 23.5.2023 |
| 5.7.2024 | Aktualisierte Gesamtdokumentation (ohne Anhang A zur Anlage 2) – Redaktionelle Korrekturen und Einarbeitung folgender Änderungen:<br>• Nachtrag vom 19.2.2024<br>• Nachtrag vom 24.4.2024<br>• Nachtrag vom 14.6.2024 |
| 6.2.2025 | Aktualisierte Gesamtdokumentation (ohne Anhang A zur Anlage 2) – Redaktionelle Korrekturen und Einarbeitung folgender Änderungen:<br>• Nachtrag vom 8.8.2024<br>• Nachtrag vom 30.9.2024<br>• Nachtrag vom 31.10.2024<br>• Nachtrag vom 17.12.2024 |

**Besonderer Hinweis:**

Diese Dokumentation setzt die Nachträge und Fortschreibungen um. Die Regelungen der Nachträge zur 2. Fortschreibung vom 20.9.2013 werden am Seitenrand mit einem „N“, gefolgt von der Jahreszahl und laufenden Nummer des Nachtrages gekennzeichnet. Die Regelungen der 3. Fortschreibung werden mit dem Kennzeichen „F3“ markiert.
Wurden in einem Nachtrag Anpassungen mit unterschiedlichen Wirkungszeitpunkten vereinbart, werden die Kennzeichnungen entsprechend differenziert.

Die Nachtragsregelungen, Ergänzungsvereinbarungen und Fortschreibungen werden wie folgt gekennzeichnet:

| Datum der Vereinbarung | Wirkungsdatum | Kennzeichnung |
|---|---|---|
| Nachtrag vom 12.8.2013 | 1.1.2014 | $N_{131}$ |
| Änderungen in Folge der 12.Fortschreibung zum §301-Verfahren 4.4.2014 | 1.1.2015 | $N_{141}$ |
| Nachtrag vom 17.6.2014 | 1.1.2015 | $N_{142}$ |
| Nachtrag vom 25.11.2014 | 1.1.2015 | $N_{143}$ |
| Nachtrag vom 10.6.2015 | 1.7.2015 | $N_{151A}$ |
| | 1.1.2016 | $N_{151B}$ |
| Nachtrag vom 22.2.2016 | 1.3.2016 | $N_{161}$ |
| Nachtrag vom 7.7.2016 | 1.10.2016 | $N_{162A}$ |
| | 1.4.2017 | $N_{162b}$ |
| Nachtrag vom 21.12.2016 | 1.1.2017 | $N_{163}$ |
| Nachtrag vom 18.9.2017 | 1.10.2017 | $N_{171a}$ |
| | 1.1.2018 | $N_{171b}$ |
| Nachtrag vom 12.12.2017 | 1.1.2018 | $N_{172a}$ |
| | 1.5.2018 | $N_{172b}$ |
| Nachtrag vom 19.4.2018 | 1.7.2018 | $N_{181a}$ |
| | 1.1.2019 | $N_{181b}$ |
| Nachtrag vom 26.10.2018 | 1.1.2019 | $N_{182}$ |
| Nachtrag vom 13.6.2019 | 1.7.2019 | $N_{191a}$ |
| | 1.1.2020 | $N_{191b}$ |
| Nachtrag vom 16.7.2019 | 1.1.2020 | $N_{192}$ |
| Nachtrag vom 6.12.2019 | 1.1.2020 | $N_{193}$ |
| Nachtrag vom 1.4.2020 | 1.4.2020 | $N_{201}$ |
| Ergänzungsvereinbarung zum Nachtrag vom 1.4.2020 | 1.4.2020 | $N_{201E1}$ |
| 2. Ergänzungsvereinbarung zum Nachtrag vom 1.4.2020 | 1.4.2020 | $N_{201E2}$ |
| Nachtrag vom 3.6.2020 | 9.6.2020 | $N_{202}$ |
| Ergänzungsvereinbarung zum Nachtrag vom 3.6.2020 | 9.6.2020 | $N_{202E1}$ |
| Nachtrag vom 1.7.2020 | 1.7.2020 | $N_{203}$ |
| Nachtrag vom 18.12.2020 | 1.1.2021 | $N_{204a}$ |
| | 1.1.2021 | $N_{204b}$ |

| | | |
|---|---|---|
| 3. Fortschreibung vom 10.7.2020 mit Wirkung zum 1.1.2021 | 1.1.2021 | F3 |
| Korrektur des Nachtrages vom 18.12.2021 | - | - |
| Nachtrag vom 29.4.2021 | 1.4.2021 | $N_{212a}$ |
| | 1.5.2021 | $N_{212b}$ |
| | 1.6.2021 | $N_{212c}$ |
| | 1.7.2021 | $N_{212d}$ |
| | 1.7.2022 | $N_{212e}$ |
| Nachtrag vom 12.7.2021 | 1.8.2021 | $N_{213}$ |
| Nachtrag vom 31.8.2021 (Korrektur Berechnungs-schema) | 1.11.2021 | - |
| Nachtrag vom 8.12.2021 (B-BEP) | 1.1.2022 | $N_{215}$ |
| Nachtrag vom 2.2.2022 | 21.2.2022 | $N_{221}$ |
| Nachtrag vom 22.3.2022 | 1.4.2022 | $N_{222a}$ |
| | 1.7.2022 | $N_{222b}$ |
| Nachtrag vom 20.06.2022 | 1.7.2022 | $N_{223}$ |
| Nachtrag vom 20.7.2022 | 1.7.2022 | $N_{224a}$ |
| | 1.8.2022 | $N_{224b}$ |
| | 1.10.2022 | $N_{224c}$ |
| 4. Fortschreibung vom 17.8.2022 | 1.4.2023 | F4 |
| Korrektur der 4. Fortschreibung vom 10.10.2022 | 1.4.2023 | - |
| Nachtrag vom 11.1.2023 | 1.2.2023 | $N_{231}$ |
| Nachtrag vom 31.3.2023 | 1.4.2023 | $N_{232a}$ |
| | 1.7.2023 | $N_{232b}$ |
| Nachtrag vom 23.5.2023 | 1.7.2023 | $N_{233a}$ |
| | 1.8.2023 | $N_{233b}$ |
| Nachtrag vom 19.2.2024 | 1.4.2024 | $N_{241a}$ |
| | 1.5.2024 | $N_{241b}$ |
| | 1.7.2024 | $N_{241c}$ |
| Nachtrag vom 24.4.2024 | 1.5.2024 | $N_{242a}$ |
| | 1.7.2024 | $N_{242b}$ |
| Nachtrag vom 14.6.2024 | 1.7.2024 | $N_{243}$ |
| Nachtrag vom 8.8.2024 | 1.7.2024 | $N_{244}$ |
| Nachtrag vom 30.9.2024 | 1.10.2024 | $N_{245}$ |
| Nachtrag vom 31.10.2024 | 1.7.2024 | $N_{246a}$ |
| Nachtrag vom 31.10.2024 | 1.11.2024 | $N_{246b}$ |
| Nachtrag vom 17.12.2024 | 1.1.2025 | $N_{247}$ |

**Inhaltsverzeichnis**

Dokumentenhistorie ..... 2
Besonderer Hinweis: ..... 4
Inhaltsverzeichnis ..... 6

**Rahmenvereinbarung zur Datenübertragung von Abrechnungsdaten bei Krankenhausleistungen in Verbindung mit § 17c KHG .... 14**
**Anlage 1: Nachrichten und Nutzdaten-Segmente für die Datenübertragung ..... 20**

Standardsegmente (FKT, PNV, NAD) ..... 23
PAUF PKV-Aufnahmesatz ..... 25
PVER PKV-Verlängerungsanzeige ..... 26
PREC PKV-Rechnungssatz ..... 29
PENT PKV-Entlassungsanzeige ..... 30
PKOS PKV-Bestätigung des Versichertenstatus ..... 33
PZAH PKV-Zahlungssatz ..... 34
PFEH PKV-Fehlernachricht ..... 35
Verwendung der Segmente ..... 36

**Anlage 2: Schlüsselverzeichnis ..... 41**

Schlüssel A: Personennummer ..... 42
Schlüssel B: Geschlecht ..... 42
Schlüssel C: Wahlleistung Arzt / Belegarzt ..... 42
Schlüssel D: Wahlleistung Unterkunft ..... 42
Schlüssel E: Begleitperson ..... 42
Schlüssel 1: Aufnahmegrund ..... 43
Schlüssel 4: Entgeltarten ..... 44
Schlüssel 4 Teil I: Entgeltarten stationär ..... 44
Schlüssel 4 Teil II: Entgeltarten BPflV (bei Anwendung §17d) ..... 63
Matrix zu Schlüssel 4 – Entgeltarten Teil III: Entgeltarten BPflV (bei Anwendung §17d) ..... 74
Schlüssel 5: Entlassungs-/Verlegungsgrund ..... 81
Schlüssel 6: Fachabteilungen (BPflV) ..... 83
Schlüssel 7: Internationales Länderkennzeichen ..... 89
Schlüssel 8: Merkmal Kostenübernahme ..... 93
Schlüssel 9: Verarbeitungskennzeichen ..... 94
Schlüssel 10: Prüfungsvermerk ..... 95
Schlüssel 11: Rechnungsart ..... 95
Schlüssel 16: Lokalisation ..... 96
Schlüssel 18: Währungskennzeichen ..... 96
Schlüssel 21: Geschlecht ..... 96

**Anhang A zur Anlage 2 - Entgeltarten ..... 100**
**Anhang B zur Anlage 2 - Fehlerkodes ..... 102**

**Allgemeine Fehler der Prüfstufe 1 ..... 102**
**Spezifische Fehler der Prüfstufe 1 ..... 102**
**Allgemeine Fehler der Prüfstufe 2 ..... 103**
**Spezifische Fehler der Prüfstufe 2 ..... 103**
**Allgemeine Fehler der Prüfstufe 3 ..... 105**
**Spezifische Fehler der Prüfstufe 3 ..... 105**

**Anlage 4: Technische Anlage: ..... 110**

**1. Allgemeines ..... 110**
**2. Teilnahme ..... 110**
**3. Abwicklung der Datenübertragung ..... 111**
**4. Übertragungsarten ..... 111**

4.1 Zeichenvorrat ..... 111
4.2 Datenfernübertragung ..... 112

**5. Austauschformate ..... 115**

5.1 Dateibeschreibung ..... 115
5.2 Struktur der Datei ..... 116

**6. Fehlerverfahren ..... 118**

6.1 Stufe 1 - Prüfung von Datei und Dateistruktur ..... 118
6.2 Stufe 2 - Prüfung der Syntax ..... 118
6.3 Stufe 3 - Formale Prüfung auf Inhalte ..... 118
6.4 Stufe 4 - Prüfung in den Fachverfahren der Versicherungsunternehmen ..... 118

**7. Korrekturverfahren ..... 119**

7.1 Funktionalität ..... 119
7.2 Technische Umsetzung ..... 119
7.2.1 Identifizierende Merkmale ..... 119
7.2.2 Mehrfach vorkommende Nachrichten ..... 119
7.2.3 Mehrfachänderungen einer Nachricht ..... 119
7.2.4 Aufbau des Segments Funktion ..... 120

**7.3 Allgemeine Verfahrensregeln ..... 120**

7.3.1 Normalfall ..... 120
7.3.2 Änderung ..... 120
7.3.3 Fallstorno ..... 120
7.3.4 Rechnungsstorno ..... 121
7.3.5 Nachtragsrechnung ..... 121
7.3.6 Gutschrift ..... 121
7.3.7 Fallstorno nach Rechnungsstellung ..... 121

7.3.8 Irrtümliche Entlassungsanzeige ....121
7.3.9 Ergänzende Erläuterungen ....121

**7.4 Änderungen von Versichertendaten außerhalb des Korrekturverfahrens ... 124**

7.4.1 Notwendigkeit des Verfahrens ....124
7.4.2 Technische Umsetzung....124

**8. Kostenträgerdateien ....125**
**8.1 Kostenträgerdaten der Versicherungsunternehmen ....125**
**9. Datenflüsse....125**
**10. Testverfahren ....125**

**Anhang zu Anlage 4 (Verschlüsselung und Signatur, Übertragungsdateien)..... 126**

**Vorbemerkung ....126**
**1. Verschlüsselung und Signatur ....126**
**2. Struktur der Übertragungsdateien....127**

2.1 Übertragungsdateien bei FTAM ....127
2.2 Festlegung der Transferdateinamen und der Verfahrenskennung)....127
2.3 Übertragungsdatei bei MHS bis zum 31.12.2017 ....129

**Anlage 5: Durchführungshinweise ..... 131**

**1. Hinweise zur Datenübertragung ....132**

1.1 Übertragungsfristen ....133
1.2 Übertragung von Krankenhaus an Versicherungsunternehmen ....134
1.3 Übertragung von Versicherungsunternehmen an Krankenhaus ....148
1.4 Vorgaben für besondere Fallkonstellationen ....150

**1.4.1 Versorgung von Neugeborenen im G-DRG-System....150**
**1.4.2. Teilstationäre Leistungen ....151**
**1.4.3 Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen ....152**
**1.4.4 Rückverlegung oder Wiederaufnahme in den DRG-Fallpauschalenbereich ....153**
**1.4.5 Rückverlegung in einen Entgeltbereich nach der BPflV oder einen Entgeltbereich für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG ....155**
**1.4.7 Transplantationen ....155**
**1.4.8 Beispiele für Verlegungsfälle....156**
**1.4.10 Externe Aufenthalte mit Abwesenheiten über Mitternacht bei Versicherten in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen (BPflV) ....164**
**1.4.11 Abrechnung psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen gemäß BPflV (bei Anwendung §17d KHG)....165**

**1.4.12 Abrechnung Pflegeerlöskatalog für Aufnahmen ab dem 01.01.2020 ..... 169**
**Ersatzabrechnung bei nicht vorgelegener vollstationärer Behandlungsbedürftigkeit § 8 Absatz 3 KHEntgG bzw. § 8 Abs. 6 BPflV ..... 172**
**1.4.13 Abrechnung der Übergangspflege ..... 173**
**1.4.14 Dokumentation und Abrechnung tagesstationärer Behandlung nach §115e SGB V ..... 175**

**2 Hinweise zu Datenelementen (nach Segmenten) ..... 179**

**AUF Segment Aufnahme ..... 179**

1. Aufnahmetag ..... 179
2. Aufnahmeuhrzeit ..... 179
3. Aufnahmegrund ..... 179
4. Fachabteilung ..... 179
5. Voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung ..... 179
6. (Arztnummer des einweisenden Arztes) entfällt ..... 180
7. (Betriebsstättennummer des einweisenden Arztes) entfällt ..... 180
8. IK des veranlassenden Krankenhauses ..... 180
9. Veranlassende Stelle bei Notfallaufnahme ..... 180
10. (Zahnarztnummer des einweisenden Zahnarztes) entfällt ..... 180
11. Aufnahmegewicht ..... 180

**CUX Segment Währung ..... 180**

1. Währungskennzeichen ..... 180

**DAU Segment Dauer ..... 180**

1. Aufnahmetag siehe AUF ..... 180
2. Voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung (bei Verlängerungsanzeige) ..... 180
3. Entlassungstag (bei Entlassungsanzeige) ..... 180
4. Nachfolgediagnose, die ab dem .... die Arbeitsunfähigkeit allein begründet hat ..... 180
5. Sekundär-Diagnose ..... 181
6. Ab-Datum ..... 181
7. Beatmungsstunden (nur bei Entlassungsanzeige) ..... 181

**DPV Segment Diagnosen- und Prozedurenversion ..... 181**

1. ICD-Version ..... 181
2. OPS-Version (nur bei Entlassungsanzeige) ..... 181
3. Alpha-ID-SE Version ..... 181

**EAD Segment Einweisungs- und Aufnahmediagnose (20 x möglich) ..... 182**

1. Aufnahmediagnose ..... 182
2. Sekundär-Diagnose Aufnahme ..... 182
3. Einweisungsdiagnose ..... 182
4. Sekundär-Diagnose Einweisung ..... 182

**EBG Segment Entbindung (2 x wiederholbar) ..... 183**

1. Tag der Entbindung ..... 183

**ENT Segment Entgelt (399/400x möglich) ..... 183**

1. Entgeltart ..... 183
2. Entgeltbetrag ..... 186
3. Abrechnung von ..... 186
4. Abrechnung bis ..... 187
5. Entgeltanzahl ..... 187
6. Tage ohne Berechnung/Behandlung ..... 187
7. Tag der Wundheilung( Angabe entfällt) ..... 187

**BNK Segment Bankverbindung ..... 187**

**ETL Segment Entlassung/Verlegung ..... 188**

1. Tag der Entlassung/Verlegung ..... 188
2. Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit ..... 188
3. Entlassungs-/Verlegungsgrund ..... 188
4. Fachabteilung ..... 188
5. Hauptdiagnose ..... 188
6. Sekundär-Diagnose ..... 188
7. IK der aufnehmenden Institution ..... 189

**FAB Segment Fachabteilung (10x in PVER / 30x in PREC / 999 x in PENT möglich) ..... 189**

1. Fachabteilung ..... 189
2. Diagnose ..... 189
3. Sekundär-Diagnose (Angabe entfällt) ..... 189
4. Zusatzschlüssel Diagnose (Angabe entfällt) ..... 189
5. Sekundär-Diagnose Zusatzschlüssel (Angabe entfällt) ..... 189
6. Operationstag ..... 189
7. Operation ..... 189
8. Zusatzschlüssel 1 Operation (Angabe entfällt) ..... 190
9. Zusatzschlüssel 2 Operation (Angabe entfällt) ..... 190

**FHL Segment Fehlermeldung (200 x möglich) ..... 190**

1. Segment ..... 190
2. Segmentposition ..... 190
3. Feldposition ..... 190
4. Text 190
5. Fehlercode ..... 190
6. Anwendungsreferenz (Dateiname) ..... 190
7. Datum/Uhrzeit der Erstellung ..... 190
8. Nachrichtenreferenznummer ..... 190
9. Datenaustauschreferenz (Dateinummer) ..... 191

**FKT Segment Funktion ..... 191**

1. Verarbeitungskennzeichen ..... 191
2. Laufende Nummer des Geschäftsvorfalls ..... 191
3. IK des Absenders ..... 191
4. IK des Empfängers ..... 192

**KOS Segment Bestätigung des Versichertenstatus ..... 192**

1. Datum der Kostenübernahme ..... 192
2. Merkmal Kostenübernahme ..... 192
3. Kostenübernahme ab: ..... 192
4. Kostenübernahme bis: ..... 192
5. (Zuzahlungstage) entfällt ..... 192
6. (Höchstbetrag je Tag) entfällt ..... 192

**NAD Segment Name/Adresse ..... 193**

1. Name des Versicherten ..... 193
2. Vorname des Versicherten ..... 193
3. Geschlecht ..... 193
4. Geburtsdatum des Versicherten ..... 193
5. Straße und Haus-Nr. ..... 193
6. Postleitzahl ..... 193
7. Wohnort ..... 193
8. Titel des Versicherten ..... 193
9. Internationales Länderkennzeichen ..... 193

**NDG Segment Nebendiagnose (49x möglich) ..... 194**

1. Nebendiagnose ..... 194
2. Sekundär-Diagnose ..... 194

**PNV Segment Information Privatversicherter ..... 194**

1. Versicherungsnummer ..... 194
2. Personennummer ..... 195
3. Gültigkeit der Card für Privatversicherte ..... 195
4. KH-internes Kennzeichen des Privatversicherten ..... 195
5. Fall-Nummer des Versicherungsunternehmens ..... 195
6. Aktenzeichen des Versicherungsunternehmens ..... 195
7. Ausgabedatum der Card für Privatversicherte ..... 195
8. Vertragskennzeichen ..... 195
9. Name 196
10. Vorname ..... 196
11. Krankenversichertennummer (KVNR) ..... 196

**PVA Segment Aufnahmeinformation PKV ..... 196**

1. Geschlecht ..... 196
2. Wahlleistung Arzt ..... 196

3. Wahlleistung Unterkunft ....196
4. Belegarzt ....197
5. Begleitperson ....197
6. Datenelementgruppe Kostenträger ....197
7. (a) IK weiterer Kostenträger ....197
7. (b) Name weiterer Kostenträger ....197
8. Register-Nummer ....197

**PVK Segment Versichertenstatus PKV ....198**

1. 1. Allg. KH-Leistung, in Prozent ....198
2. 1-Bett-Zuschlag, in Prozent ....198
3. 2-Bett-Zuschlag, in Prozent ....198
4. Differenz 1-Bett-zu 2-Bett-Zuschlag, in Prozent ....198
5. Allg. KH-Leistung, EUR je Tag ....198
6. 1-Bett-Zuschlag, EUR je Tag ....198
7. 2-Bett-Zuschlag, EUR je Tag ....198
8. Höchstbetrag, EUR je Tag ....198
9. Höchstbetrag, EUR gesamt ....198
10. Maximale Anzahl Tage Selbstbeteiligung ....198
11. Selbstbeteiligung, EUR je Tag ....198
12. Selbstbeteiligung, EUR gesamt ....198
13. Begleitperson, in Prozent ....199
14. Begleitperson, EUR je Tag ....199

**REC Segment Rechnung ....200**

1. Rechnungsnummer ....200
2. Rechnungsdatum ....200
3. Rechnungsart ....200
4. Aufnahmetag / Tag des Zugangs ....200
5. Rechnungsbetrag ....200
6. Debitoren-Konto-Nr. des Krankenhauses ....200
7. Referenznummer des Krankenhauses ....200
8. IK des KH für Zahlungsweg (Angabe entfällt) ....200

**STA Segment Standort ....200**

1. Standortnummer ....200
2. Standort Ende ....201
3. Standort Ende Uhrzeit ....201

**TXT Segment Text (10 x möglich) ....201**

1. Bestätigung des Versichertenstatus ....201

**ZPR Segment Zahlung/Prüfung ....201**

1. Rechnungsbetrag, angewiesen ....201
2. Prüfungsvermerk ....201

**IBE Segment implantatbezogene Eingriffe ..... 202**
**OKN Segment Orpha-Kennnummer (bis zu 49x möglich) ..... 203**
1. Orpha-Kennnummer ..... 203

**Anhang A zu Anlage 5: PKV-Beispieldatensätze ..... 204**
**PKV-Beispiel 1 Wahlleistung Unterkunft ..... 206**
**PKV-Beispiel 2 DRG mit Überschreiten der oberen GVD ..... 207**
**PKV-Beispiel 3 DRG mit vorstationär ..... 209**
**PKV-Beispiel 4 Wahlleistung Unterkunft und Beurlaubung ..... 212**
**PKV-Beispiel 5 DRG mit Überschreiten der oberen GVD ..... 214**
**PKV-Beispiel 6 DRG mit nachstationär ..... 216**
**PKV-Beispiel 7 DRG ..... 219**
**a. PKV-Beispiel 8 DRG mit Überschreiten der oberen GVD ..... 222**
**PKV-Beispiel 9 Entbindung ..... 224**
**PKV-Beispiel 10 Entbindung ..... 227**
**b. PKV-Beispiel 11 Gesundes Neugeborenes ..... 230**
**PKV-Beispiel 12 DRG mit Verlängerungsanzeige ..... 232**
**PKV-Beispiel 13 DRG mit Änderung des Versicherungsschutzes ..... 235**
**PKV-Beispiel 14 DRG mit Wiederaufnahme – Storno ..... 238**

**Anhang D zu Anlage 5: Beispiele zur Verwendung von Verarbeitungskennzeichen (VKZ) und laufender Nummer des Geschäftsvorfalles (lfd.-Nr.) ..... 244**

# Rahmenvereinbarung zur Datenübertragung von Abrechnungsdaten bei Krankenhausleistungen in Verbindung mit § 17c KHG

(Rahmenvereinbarung Datenübertragung)
in der Fassung der Fortschreibung vom 17.12.2012

zwischen

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

und

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

## § 1 Zielsetzung

§ 17c Abs. 5 KHG verpflichtet die Krankenhäuser, bei Abrechnung von Fallpauschalen und Zusatzentgelten mit selbstzahlenden Patienten die Daten entsprechend § 301 SGB V auf dem Wege des elektronischen Datenaustauschs an das private Krankenversicherungsunternehmen zu übermitteln, wenn der Versicherte von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und dem privaten Krankenversicherungsunternehmen Gebrauch macht und schriftlich seine Einwilligung erklärt hat.

Mit dieser Rahmenvereinbarung regeln die DKG und der PKV-Verband die Einzelheiten der Übermittlung der Daten entsprechend § 301 SGB V auf elektronischem Wege und zur Direktabrechnung zwischen Krankenhäusern und den Unternehmen der privaten Krankenversicherung.

Die Rahmenvereinbarung regelt das Nähere über Form und Inhalt der zu übermittelnden Datensätze und das Verfahren der Datenübertragung.

## § 2 Teilnahme

(1) Krankenhäuser nehmen an dem Verfahren teil, indem sie sich durch Beitrittserklärung an den PKV-Verband dieser Rahmenvereinbarung anschließen. Der PKV-Verband unterrichtet die DKG über Name und Anschrift beitretender Krankenhäuser sowie über die teilnehmenden Mitgliedsunternehmen (private Krankenversicherungen).

Das Krankenhaus kann seinen Beitritt über die Abrechnung nach dem Krankenhausentgeltgesetz hinaus auch für die Abrechnung nach der Bundespflegesatzverordnung sowie für die Abrechnung der Wahlleistung „Unterkunft“ erklären.

Der Beitritt des Krankenhauses soll zum 1. Juli 2013 erfolgen, das Testverfahren soll zum 1. April 2013 einsetzen.

(2) Die DKG und der PKV-Verband setzen sich für eine vollständige Teilnahme der Krankenhäuser und der Unternehmen der privaten Krankenversicherung an dem Verfahren ein.

(3) Der Teilnahme geht ein zeitlich befristeter Test der Datenübertragung zwischen den beitretenden Krankenhäusern und dem PKV-Verband oder einer von ihm beauftragten Datenannahmestelle voraus. Einzelheiten des Testverfahrens regeln die DKG und der PKV-Verband gesondert.

(4) Das Krankenhaus erklärt die Teilnahme an der Rahmenvereinbarung in der jeweils geltenden Fassung. Die Teilnahme kann beiderseits mit einer Frist von 3 Monaten zum Jahresende durch Einschreiben an den PKV-Verband gekündigt werden. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt davon unberührt.

## § 3 Gegenstand der Datenübertragung

(1) Die Datenübertragung umfasst folgende für die Erbringung und Abrechnung von Krankenhausbehandlung erforderlichen Angaben entsprechend § 301 SGB V und § 2 Abs. 1 Satz 3 dieser Rahmenvereinbarung:

1. Angaben zur Person des Privatversicherten:
   a. Bezeichnung des Versicherungsunternehmens
   b. Familienname und Vorname des Privatversicherten
   c. Geburtsdatum und Geschlecht des Privatversicherten
   d. Anschrift
   e. Versicherungsnummer und Personennummer
   f. bei Vorlage einer Card für Privatversicherte das Ausgabedatum
   g. das krankenhausinterne Kennzeichen des Privatversicherten,

2. das Institutionskennzeichen des Krankenhauses und des Versicherungsunternehmens,

3. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, bei einer Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen und die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung, bei Kleinkindern bis zu einem Jahr das Aufnahmegewicht,

4. bei Verlegung das Institutionskennzeichen des veranlassenden Krankenhauses, bei Notfallaufnahme die die Aufnahme veranlassende Stelle,

5. die Bezeichnung der aufnehmenden Fachabteilung, bei Verlegung die der weiterbehandelnden Fachabteilungen,

6. Datum und Art der im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren,

7. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung; bei externer Verlegung das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution, bei Entlassung oder externer Verlegung die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen,

8. die nach § 115 a SGB V sowie nach dem Krankenhausentgeltgesetz und der Bundespflegesatzverordnung berechneten Entgelte,

9. Angaben zu den zwischen Krankenhaus und Privatversichertem vereinbarten Wahlleistungen,

10. Angaben über Art und Umfang der vom Versicherungsunternehmen übernommenen Kosten.

## § 4 Inhalt und Aufbau der Datensätze

(1) Für die Datenübertragung wird eine einheitliche Datensatzbeschreibung vereinbart.

(2) Zur Datenübertragung durch das Krankenhaus zählen:
- der PKV-Aufnahmesatz,
- die PKV-Verlängerungsanzeige,
- der PKV-Rechnungssatz,
- die PKV-Entlassungsanzeige.

(3) Zur Datenübertragung durch das Versicherungsunternehmen zählen:
- die PKV-Bestätigung des Versichertenstatus,
- der PKV-Zahlungssatz.

(4) Der Inhalt und der Aufbau der Datensätze für die Datenübertragung ergeben sich aus der Anlage 1. Die in den Datensätzen zu verwendenden Schlüssel ergeben sich aus der Anlage 2.

## § 5 Zeitabstände der Datenübertragung

(1) Der PKV-Aufnahmesatz wird spätestens 3 Arbeitstage nach Aufnahme und schriftlicher Einverständniserklärung des Privatversicherten an die vom PKV-Verband bestimmte Datenannahmestelle übermittelt.

(2) Die Datenannahmestelle übermittelt die PKV-Bestätigung des Versichertenstatus spätestens 3 Arbeitstage nach Eingang des Aufnahmesatzes an das jeweilige Krankenhaus oder die vom Krankenhaus benannten Stelle.

(3) Sofern in der Anlaufphase eine Übermittlung des PKV-Aufnahmesatzes oder die PKV-Bestätigung des Versichertenstatus innerhalb der ersten 3 Arbeitstage nicht möglich ist, ist unverzüglich zu übermitteln.

(4) Die PKV-Entlassungsanzeige soll innerhalb von 3 Arbeitstagen nach der Entlassung oder der Verlegung an die Datenannahmestelle übermittelt werden. Sie ist spätestens mit der Schlussrechnung zu übermitteln.

## § 6 Technische und organisatorische Form der Datenübertragung

(1) Die technische und organisatorische Form der Datenübertragung sowie die notwendigen Berechtigungs- und Kontrollverfahren werden in der Anlage 4 (Technische Anlage) und in der Anlage 5 (Durchführungshinweise) zu diesem Vertrag geregelt.

## § 7 Verarbeitung

(1) Nicht zurückgewiesene Datensätze werden unverzüglich verarbeitet.

(2) Eine Verarbeitung zu anderen Zwecken als zur Erbringung und Abwicklung von Krankenhausbehandlung ist unzulässig. Eine Verarbeitung aufgrund und im Rahmen gesetzlicher Bestimmungen bleibt hiervon unberührt.

## § 8 Datenübertragung, Direktabrechnung

(1) Eine Datenübertragung und Direktabrechnung der Krankenhausleistungen zwischen dem Krankenhaus und dem Unternehmen der privaten Krankenversicherung erfolgt nur, wenn der Privatversicherte gegenüber dem Krankenhaus seine Einwilligung zur Datenübertragung und Direktabrechnung in schriftlicher Form erklärt hat.

(2) Die Übertragung und Verarbeitung der Daten erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz.

(3) Die Regelungen MB/KK bzw. auch die auf die privaten Krankenversicherungen bezogenen Regelungen des VVG bleiben unberührt.

(4) Die bestehenden Clinic-Card-Verträge bleiben unberührt.

## § 9 Inkrafttreten

(1) Die Vereinbarung tritt in der Fassung dieser Fortschreibung am 1. April 2013 in Kraft. Sie kann mit einer Frist von 6 Monaten zum Jahresende durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden.

(2) Die Einzelheiten der Datenübertragung werden in den Anlagen, die Bestandteil dieser Rahmenvereinbarung sind, geregelt. Für den Fall erforderlicher Anpassungen sehen die Vereinbarungsparteien eine einvernehmliche Fortschreibung vor, ohne dass es einer Kündigung der Rahmenvereinbarung bedarf.

(3) Für den Fall, dass sich aufgrund gesetzlicher Änderung oder einer Fortschreibung der Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V zwischen der DKG und dem GKV-Spitzenverband die Notwendigkeit von Anpassungen in den vereinbarten Datensätzen ergeben, gelten diese Änderungen – soweit übertragbar – als auch nach dieser Rahmenvereinbarung vereinbart, die DKG und der PKV-Verband stimmen diese Änderungen ab und veröffentlichen sie im Internet.

Berlin, Köln, 17. Dezember 2012
Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.
Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

## Anlagen

Anlage 1 Nachrichten und Nutzdaten-Segmente für die Datenübertragung

Anlage 2 Schlüsselverzeichnis
- Anhang A: Entgeltarten
- Anhang B: Fehlerkodes

Anlage 4 Technische Anlage
- Anhang: Verschlüsselung, Übertragungsdateien

Anhang 5 Durchführungshinweise
- Anhang A: PKV-Beispieldatensätze für die Datenübertragung
- Anhang D: Beispiele zur Verwendung von Verarbeitungskennzeichen (VKZ) und laufender Nummer des Geschäftsvorfalls (lfd. Nr.)

# Anlage 1: Nachrichten und Nutzdaten-Segmente für die Datenübertragung

Erläuterung

Standardsegmente (FKT, PNV, NAD)

PKV-Aufnahmesatz
PKV-Verlängerungsanzeige
PKV-Rechnungssatz
PKV-Entlassungsanzeige

PKV-Bestätigung des Versichertenstatus
PKV-Zahlungssatz

PKV-Fehlernachricht

Verwendung der Segmente

**Erläuterung**

Die einzelnen Nachrichten, wie z.B. Aufnahme- oder Rechnungssatz, sind variabel gestaltet und setzen sich aus Segmenten zusammen, die sachlich zusammengehörende Datenelemente enthalten.

Für Datenelemente und Segmente werden Trennzeichen verwendet, die es ermöglichen, dass ausschließlich signifikante Daten übermittelt werden. Datenelemente werden durch ein Plus-Zeichen (+) getrennt, Segmente durch einen Apostroph (') beendet. Nur die benötigten Stellen eines Datenelementes werden übermittelt. Für nicht benötigte Datenelemente wird ausschließlich das Trennzeichen (Plus-Zeichen) gesetzt. Am Segmentende können (Kann-) Datenelemente entfallen, indem nach dem letzten mit Daten gefüllten Datenelement des Segments sofort das Segment-Endezeichen (Apostroph) gesetzt wird.

Die Darstellung des Datenelementwertes ist entsprechend DIN EN 29 735 wie folgt festgelegt:

| | |
|---|---|
| a | alphabetische Zeichen |
| n | numerische Zeichen |
| an | alphanumerische Zeichen |
| a3 | 3 alphabetische Zeichen |
| n3 | 3 numerische Zeichen |
| an3 | 3 alphanumerische Zeichen |
| a..3 | bis zu 3 alphabetische Zeichen |
| n..3 | bis zu 3 numerische Zeichen |
| an..3 | bis zu 3 alphanumerische Zeichen |
| M | Muss-Element |
| K | Kann-Element |

Alphabetische und alphanumerische Zeichen werden linksbündig übermittelt. ICD-Schlüssel werden linksbündig mit Sonderzeichen, Operationenschlüssel werden linksbündig ohne Sonderzeichen übermittelt.

Entsprechend der Trennzeichen-Vorgabe, UNA (siehe Anlage 4, Kapitel 5), ist das Komma als Dezimalzeichen festgelegt. Das Dezimalzeichen wird bei der Ermittlung der maximalen Länge eines Datenelementwertes nicht mitgezählt. Wird ein Dezimalzeichen übertragen, muss ihm mindestens ein Zeichen vorangehen und eines folgen. Außer dem Dezimalzeichen ist bei numerischen Datenelementwerten kein weiteres Gliederungszeichen zugelassen.

Numerische Datenelementwerte werden als positiv angenommen. Auch ein Abzug wird als positiver Wert dargestellt, er ist entsprechend den Hinweisen zu den einzelnen Datenelementen zu subtrahieren.

Eine Übertragungsdatei besteht aus:

| | | |
|---|---|---|
| Trennzeichen-Vorgabe | UNA | kann |

| | | |
|---|---|---|
| Nutzdaten-Kopfsegment | UNB | muss |
| Nachrichten-Kopfsegment | UNH | muss |
| Nutzdaten-Segmente | entsprechend dieser Anlage 1 | |
| Nachrichten-Endesegment | UNT | muss |
| Nutzdaten-Endesegment | UNZ | muss |

Die vollständige Beschreibung der Übertragungsdatei ist in der Anlage 4 (Kapitel 5) enthalten.

## Standardsegmente (FKT, PNV, NAD)

| Segment / Inhalt | | Status | Darstellung | Inhalt / Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|
| FKT | Segment Funktion | M | an3 | 'FKT', siehe Anlage 4 (7.2.4) |
| | Verarbeitungskennzeichen | M | an2 | Schlüssel 9 |
| | Laufende Nummer des Geschäftsvorfalls | M | an2 | 01\|01, .. |
| | IK des Absenders | M | an9 | IK des Krankenhauses/ Versicherungsunternehmens |
| | IK des Empfängers | M | an9 | IK des Versicherungsunternehmens/Krankenhauses |
| **PNV** | **Segment Information Privatversicherter** | **M** | **an3** | **'PNV'** |
| | Versicherungsnummer | K | an..12 | |
| | Personennummer | K | an5 | Schlüssel A |
| | Gültigkeit der Card für Privatversicherte | K | an4 | JJMM (Bis-Datum) |
| | KH-internes Kennzeichen des Privatversicherten | M | an..15 | |
| | Fall-Nummer des Versicherungsunternehmens | K | an..17 | |
| | Aktenzeichen des Versicherungsunternehmens | K | an..8 | |
| | Ausgabedatum der Card für Privatversicherte | K | an8 | JJJJMMTT |
| | Vertragskennzeichen | K | an..25 | |
| | Name | K | an..47 | siehe Hinweis unten |
| | Vorname | K | an..30 | siehe Hinweis unten |
| F4 | Krankenversichertennummer (KVNR) | K | an10 | siehe Hinweise unten |
| N141 NAD | Segment Name/Adresse | M | an3 | 'NAD' |
| | Name des Versicherten | M | an..45 | |
| | Vorname des Versicherten | M | an..45 | |
| | Geschlecht | M | an1 | Schlüssel 21 |
| | Geburtsdatum des Versicherten | M | an8 | JJJJMMTT |
| | Straße und Haus-Nr. | K | an..56 | |
| | Postleitzahl | K | an..10 | |
| | Wohnort | K | an..40 | |
| | Titel des Versicherten | K | an..20 | |
| | Internationales Länderkennzeichen | K | an..3 | Schlüssel 7 |
| | Namenszusatz | K | an..20 | |
| | Vorsatzwort | K | an..20 | |
| | Anschriftenzusatz | K | an..40 | |

Hinweise[2]:

FKT FKT02 (Laufende Nummer des Geschäftsvorfalls): 01 ff. bei mehrfach vorkommenden Nachrichten (PVER, PREC, PKOS, PANF, PZAH)
N142 FKT03 (IK des Absenders):
IK des Krankenhauses bei (PAUF, PVER, PREC, PENT)
IK des Versicherungsunternehmens bei (PKOS, PANF, PZAH)
bei PFEH: falls nicht bekannt: entsprechendes IK aus UNB
N142 FKT04 (IK des Empfängers):
IK des Versicherungsunternehmens bei (PAUF, PVER, PREC, PENT)
IK des Krankenhauses bei (PKOS, PANF, PZAH)
bei PFEH: falls nicht bekannt: entsprechendes IK aus UNB

PNV **Entweder** PNV01 (Versicherungsnummer) Muss-Datenelement
**oder** sofern PNV01 zum Zeitpunkt der Nachricht im Krankenhaus noch nicht vorliegt, NAD04 (Geburtsdatum des Versicherten) + NAD05 (Straße und Haus-Nr., sofern vorhanden) + NAD06|NAD09 (Postleitzahl | Internationales Länderkennzeichen) + NAD07 (Wohnort) Muss-Datenelemente

**PNV09 (Name) und PNV10 (Vorname)**

[2] Die Anpassungen zu den Hinweisen im Zuge der 4. Fortschreibung wurden im Rahmen der Korrektur der 4. Fortschreibung vom 10.10.2022 zurückgezogen, sodass der Text durch die Fortschreibung nicht geändert wurde.

Bei Aufnahme eines gesunden Neugeborenen sollen der Name und der Vorname der Mutter, bei Aufnahme von Lebendspendern zur Organentnahme sollen der Name und Vorname des Organempfängers in der Aufnahmeanzeige und in allen nachfolgenden Nachrichten angegeben werden.

$N_{242b}$ Wird das Feld „Vertragskennzeichen“ (PNV08) mit einem Doppelkreuz („#“) und einem nachfolgenden Ortsnamen (Geburtsort der behandelten Person) und ggf. einem Länderkennzeichen und „X“ bei Mehrlingsgeburten befüllt, so wird damit, abweichend vom ursprünglichen Verwendungszweck des Feldes, im Auftrag des Patienten dem Versicherungsunternehmen die Anforderung einer KVNR mitgeteilt.

NAD F4 [NAD04 (Geburtsdatum des Versicherten) + NAD05 (Straße und Haus-Nr., sofern vorhanden) + NAD06|NAD09 (Postleitzahl | Internationales Länderkennzeichen) + NAD07 (Wohnort)] Muss-Datenelemente, wenn keine Angabe zu [PNV01 (Versicherungsnummer) + PNV02 (Personennummer) + PNV03 (Gültigkeit der Card für Privatversicherte)] vorliegt.

## PAUF PKV-Aufnahmesatz

Hinweise:
EAD Erstes EAD01 (Aufnahmediagnose) Muss-Datenelementgruppe
AUF10 Aufnahmegewicht: Bei Aufnahme von Kleinkindern (eigener Behandlungsfall) mit einem Aufnahmealter bis zu einem Jahr ist das Aufnahmegewicht anzugeben.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Datenelementgruppe Diagnose: | | an..9:a1 | |
| Diagnoseschlüssel | M | an..9 | ICD-Schlüssel |
| Lokalisation | K | a1 | Schlüssel 16 |
| Datenelementgruppe Sekundär-Diagnose: | | an..9:a1 | |
| Diagnoseschlüssel | M | an..9 | ICD-Schlüssel |
| Lokalisation | K | a1 | Schlüssel 16 |

Wenn die Datenelementgruppe Sekundär-Diagnose übermittelt wird, muss auch eine Datenelementgruppe Diagnose übermittelt werden.

**PAUF PKV-Aufnahmesatz**

| Segment / Inhalt | | Status | Format | Inhalt / Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|
| FKT | Segment Funktion | M | | s. Standardsegmente |
| **PNV** | **Segment Information Privatversicherter** | **M** | | **s. Standardsegmente** |
| NAD | Segment Name/Adresse | M | | s. Standardsegmente |
| DPV | Segment Diagnosen-/Prozedurenversion | M | an3 | 'DPV' |
| | ICD-Version | M | an..6 | Versionskennung des Diagnoseschlüssels |
| AUF | Segment Aufnahme | M | an3 | 'AUF' |
| | Aufnahmetag | M | an8 | JJJJMMTT |
| | Aufnahmeuhrzeit | M | an4 | HH(00-23)MM(00-59) |
| | Aufnahmegrund | M | an4 | Schlüssel 1 |
| | Fachabteilung | M | an4 | Schlüssel 6 |
| | Voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung | M | an8 | |
| | (Arztnummer des einweisenden Arztes) | K | an..9 | Leerelement |
| | (Betriebsstättennummer des einweisenden Arztes) | K | an..9 | Leerelement |
| | IK des veranlassenden Krankenhauses | K | an9 | |
| | Veranlassende Stelle bei Notfallaufnahme | K | an..30 | |
| | (Zahnarztnummer des einweisenden Zahnarztes) | K | an..9 | Leerelement |
| | Aufnahmegewicht | K | n..5 | Aufnahmegewicht in Gramm |
| EAD | Segment Einweisungs- und Aufnahmediagnose | M | an3 | 'EAD' (20x möglich) |
| | Aufnahmediagnose | K | an..9:a1 | s. Datenelementgruppe Diagnose |
| | Sekundär-Diagnose Aufnahme | K | an..9:a1 | s. Datenelementgruppe Sekundär-Diagnose |
| | Einweisungsdiagnose | K | an..9:a1 | s. Datenelementgruppe Diagnose |
| | Sekundär-Diagnose Einweisung | K | an..9:a1 | s. Datenelementgruppe Sekundär-Diagnose |
| **PVA** | **Segment Aufnahmeinformation PKV** | **M** | **an3** | **'PVA'** |
| | Geschlecht | M | an1 | '0' (s. Schlüssel B) |
| | Wahlleistung Arzt | M | an1 | Schlüssel C |
| | Wahlleistung Unterkunft | M | an1 | Schlüssel D |
| | Belegarzt | M | an1 | Schlüssel C |
| | Begleitperson | M | an1 | Schlüssel E |
| | Datenelementgruppe Kostenträger | K | an9:an..35 | (3x möglich) |
| | - IK weiterer Kostenträger | K | an9 | |
| | - Name weiterer Kostenträger | K | an..35 | |

$N_{172b}$

| | | | |
|---|---|---|---|
| Register-Nummer | K | an..6 | (der Betriebsstätte des KH) MUSS-Angabe bei Krankenhäusern mit mehreren abrechnenden Betriebsstätten / Standorten mit jeweils unterschiedlicher Register-Nummer. Verfügt das Krankenhaus nur über eine Betriebsstätte, muss die Registernummer angegeben werden, wenn bei der Aufnahme eine Wahlleistung Unterkunft in Anspruch genommen wird. |

## PVER PKV-Verlängerungsanzeige

Hinweise:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Datenelementgruppe Diagnose: | | an..9:a1 | |
| Diagnoseschlüssel | M | an..9 | ICD-Schlüssel |
| Lokalisation | K | a1 | Schlüssel 16 |
| Datenelementgruppe Sekundär-Diagnose: | | an..9:a1 | |
| Diagnoseschlüssel | M | an..9 | ICD-Schlüssel |
| Lokalisation | K | a1 | Schlüssel 16 |

Wenn die Datenelementgruppe Sekundär-Diagnose übermittelt wird, muss auch eine Datenelementgruppe Diagnose übermittelt werden.

**PVER PKV-Verlängerungsanzeige**

| Segment / Inhalt | | Status | Format | Inhalt / Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|
| FKT | Segment Funktion | M | | s. Standardsegmente |
| **PNV** | **Segment Information Privatversicherter** | **M** | | **s. Standardsegmente** |
| NAD | Segment Name/Adresse | M | | s. Standardsegmente |
| DPV | Segment Diagnosen-/Prozedurenversion | M | an3 | ‘DPV’ |
| | ICD-Version | M | an..6 | Versionskennung des Diagnoseschlüssels |
| DAU | Segment Dauer | M | an3 | 'DAU' |
| | Aufnahmetag | M | an8 | JJJJMMTT |
| | Voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung | M | an8 | JJJJMMTT (Bis-Datum) |
| | Nachfolgediagnose, die | K | an..9:a1 | s. Datenelementgruppe Diagnose |
| | mit Sekundär-Diagnose Arbeitsunfähigkeit | K | an..9:a1 | s. Datenelementgruppe Sekundär-Diagnose |
| | ab dem ... die Arbeitsunfähigkeit allein begründet hat | K | an8 | JJJJMMTT |
| FAB | Segment Fachabteilung | M | an3 | 'FAB' (10x möglich) |
| | Fachabteilung | M | an4 | Schlüssel 6 |
| | Diagnose | M | an..9:a1 | s. Datenelementgruppe Diagnose |
| | Sekundär-Diagnose | K | an..9:a1 | Angabe entfällt |

$N_{131}$

## PREC PKV-Rechnungssatz

Hinweise:
REC REC05 (Rechnungsbetrag) = [ENT02 (Entgeltbetrag) x ENT05 (Entgeltanzahl)]

Wenn in ENT01 (Entgeltart) ein Abschlag angegeben ist, muss der Betrag aus (ENT02 x ENT05) subtrahiert werden.

**PREC PKV-Rechnungssatz**

| | Segment / Inhalt | | Status | Darstellung | Inhalt / Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|---|
| | FKT | Segment Funktion | M | | s. Standardsegmente |
| | **PNV** | **Segment Information Privatversicherter** | **M** | | **s. Standardsegmente** |
| | NAD | Segment Name/Adresse | M | | s. Standardsegmente |
| | *STA* | *Segment Standort* | *M* | *an3* | *'STA' (99x möglich)* |
| | | *Standortnummer* | *M* | *an9* | *Standortnummer* |
| F3 (ab 1.1.2021) | | | | | *(77+Standort-ID+000 oder 001)* |
| | | *Standort Ende* | *M* | *an8* | *JJJJMMTT* |
| N233a | | *Standort Ende Uhrzeit* | *M* | *an4* | *HH(00-23)MM(00-59)* |
| | CUX | Segment Währung | M | an3 | 'CUX' |
| | | Währungskennzeichen | M | an3 | Schlüssel 18 |
| | REC | Segment Rechnung | M | an3 | 'REC' |
| | | Rechnungsnummer | M | an..20 | |
| | | Rechnungsdatum | M | an8 | JJJJMMTT |
| | | Rechnungsart | M | an2 | Schlüssel 11 |
| | | Aufnahmetag | M | an8 | JJJJMMTT |
| | | Rechnungsbetrag | M | n..10 | 99999999,99 |
| | | Debitoren-Konto-Nr. des Krankenhauses | K | an..9 | |
| | | Referenznummer des Krankenhauses | K | an..20 | |
| N142 | | IK des Krankenhauses für Zahlungsweg | K | an9 | Angabe entfällt |
| | FAB | Segment Fachabteilung | M | an3 | 'FAB' (30x möglich) |
| | | Fachabteilung | M | an4 | Schlüssel 6 |
| F4 | ENT | Segment Entgelt | M | an3 | 'ENT' (399x möglich) |
| | | Entgeltart | M | an8 | Schlüssel 4 |
| | | Entgeltbetrag | M | n..10 | 99999999,99 (Einzelbetrag) |
| | | Abrechnung von | M | an8 | JJJJMMTT |
| | | Abrechnung bis | M | an8 | JJJJMMTT |
| F4 | | Entgeltanzahl | M | n..5 | |
| | | Tage ohne Berechnung/Behandlung | K | n..3 | |
| | | (Tag der Wundheilung) | K | an8 | Angabe entfällt |
| | **BNK** | **Segment Bankverbindung** | **M** | **an3** | **‚BNK‘** |
| | | Internationale Bankkontonummer (IBAN) | M | an22 | IBAN des Krankenhauskontos |
| | | Internationale Bankleitzahl (BIC) | K | an..11 | BIC des Krankenhauskontos |

## PENT PKV-Entlassungsanzeige

Hinweise:

N232 FAB02 (Diagnose) wird als Leerelement übermittelt. Diagnoseangaben (ICD) sollen ausschließlich in SG1 angegeben werden.

FAB06 (Operationstag) und FAB07 (Datenelementgruppe Operation): Das Datenelement und die Datenelementgruppe dürfen nur gemeinsam übermittelt werden.

SG1: das erste ETL-Segment in SG1 ist ein Muss-Segment.

N232 OKN und IBE: Es handelt sich um eigenständige Segmente und nicht um Bestandteile übergeordneter Segmentgruppen.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Datenelementgruppe Diagnose: | | an..9:a1 | |
| Diagnoseschlüssel | M | an..9 | ICD-Schlüssel |
| Lokalisation | K | a1 | Schlüssel 16 |
| Datenelementgruppe Sekundär-Diagnose: | | an..9:a1 | |
| Diagnoseschlüssel | M | an..9 | ICD-Schlüssel |
| Lokalisation | K | a1 | Schlüssel 16 |

Wenn die Datenelementgruppe Sekundär-Diagnose übermittelt wird, muss auch eine Datenelementgruppe Diagnose übermittelt werden.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Datenelementgruppe Operation: | | an..11:a1 | |
| Prozedurenschlüssel | M | an..11 | OPS-Schlüssel |
| Lokalisation | K | a1 | Schlüssel 16 |

**PENT PKV-Entlassungsanzeige**

| | Segment / Inhalt | | Status | Darstellung | Inhalt / Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|---|
| | FKT | Segment Funktion | M | | s. Standardsegmente |
| | **PNV** | **Segment Information Privatversicherter** | **M** | | **s. Standardsegmente** |
| | NAD | Segment Name/Adresse | M | | s. Standardsegmente |
| | *STA* | *Segment Standort* | *M* | *an3* | *'STA' (99x möglich)* |
| | | *Standortnummer* | *M* | *an9* | *Standortnummer* |
| F3 (ab 1.1.2021) | | | | | *(77+Standort-ID+000 oder 001)* |
| | | *Standort Ende* | *M* | *an8* | *JJJJMMTT* |
| N233a | | *Standort Ende Uhrzeit* | *M* | *an4* | *HH(00-23)MM(00-59)* |
| | DPV | Segment Diagnosen-/Prozedurenversion | M | an3 | 'DPV' |
| | | ICD-Version | M | an..6 | Versionskennung des Diagnose-schlüssels |
| | | OPS-Version | K | an..6 | Versionskennung des Prozeduren-schlüssels |
| F4 | | Alpha-ID-SE Version | K | an..6 | Versionskennung des Alpha-ID-SE Katalogs |
| | DAU | Segment Dauer | M | an3 | 'DAU' |
| | | Aufnahmetag | M | an8 | JJJJMMTT |
| | | Entlassungstag | M | an8 | JJJJMMTT |
| | | Nachfolgediagnose, die | K | an..9:a1 | s. Datenelementgruppe Diagnose |
| | | mit Sekundär-Diagnose Arbeitsunfähigkeit | K | an..9:a1 | s. Datenelementgruppe Sekundär-Diagnose |
| | | ab dem ... die Arbeitsunfähigkeit allein begründet hat | K | an8 | JJJJMMTT |
| | | Beatmungsstunden | K | an..4 | HHHH |
| | Segmentgruppe SG 1 (ETL-NDG) | | M | | (99x möglich) |
| | ETL | Segment Entlassung/Verlegung | M | an3 | 'ETL' |
| | | Tag der Entlassung/Verlegung | M | an8 | JJJJMMTT |
| | | Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit | M | an4 | HHMM |
| | | Entlassungs-/Verlegungsgrund | M | an3 | Schlüssel 5 |
| N172b | | Fachabteilung | M | an4 | Schlüssel 6 oder "0000" oder "0001" oder "0002" oder „0003“ oder „0004“ |
| | | Hauptdiagnose | M | an..9:a1 | s. Datenelementgruppe Diagnose |
| | | Sekundär-Diagnose | K | an..9:a1 | s. Datenelementgruppe Sekundär-Diagnose |
| F4 | | IK der aufnehmenden Institution | K | an9 | |
| | NDG | Segment Nebendiagnose | K | an3 | 'NDG' (je ETL 49x möglich) |
| | | Nebendiagnose | M | an..9:a1 | s. Datenelementgruppe Diagnose |
| | | Sekundär-Diagnose | K | an..9:a1 | s. Datenelementgruppe Sekundär-Diagnose |
| | OKN | Segment Orpha-Kennnummer | K | an3 | 'OKN' (49x möglich) |
| | | Orpha-Kennnummer | M | an..6 | Orpha-Kennnummer |
| | EBG | Segment Entbindung | K | an3 | 'EBG' (2x möglich) |
| | | Tag der Entbindung | M | an8 | JJJJMMTT |
| | FAB | Segment Fachabteilung | M | an3 | 'FAB' (999x möglich) |
| | | Fachabteilung | M | an4 | Schlüssel 6 |
| | | Diagnose | K | an..9:a1 | Leerelement, s. Hinweis |
| | | (Sekundär-Diagnose) | K | an..9:a1 | Angabe entfällt (s. SG1) |
| | | (Zusatzschlüssel Diagnose) | K | an..9:a1 | Angabe entfällt (s. SG1) |
| | | (Sekundär-Diagnose Zusatzschlüssel) | K | an..9:a1 | Angabe entfällt (s. SG1) |
| | | Operationstag | K | an8 | JJJJMMTT |
| | | Operation | K | an..11:a1 | s. Datenelementgruppe Operation |
| | | (Zusatzschlüssel 1 Operation) | K | an..11:a1 | Angabe entfällt |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | (Zusatzschlüssel 2 Operation) | K | an..11:a1 | Angabe entfällt |
| IBE | Segment implantatbezogene Eingriffe | K | an3 | 'IBE' (10x möglich) |
| F4 | ID Meldebestätigung | M | an10 | |
| | Hash-String | M | an..512 | |
| | Produktzuordnung | M | n1 | ‚1' wenn mindestens ein spezialangefertigtes Implantat oder ein Implantat mit Sonderzulassung gemeldet wurde, sonst ‚0' |
| | Hashwert | M | an64 | |

# PKOS PKV-Bestätigung des Versichertenstatus

Hinweise:

### PKOS PKV-Bestätigung des Versichertenstatus

| Segment / Inhalt | | Status | Darstellung | Inhalt / Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|
| FKT | Segment Funktion | M | | s. Standardsegmente |
| **PNV** | **Segment Information Privatversicherter** | **M** | | **s. Standardsegmente** |
| NAD | Segment Name/Adresse | M | | s. Standardsegmente |
| CUX | Segment Währung | K | an3 | 'CUX' |
| | Währungskennzeichen | M | an3 | Schlüssel 18 |
| KOS | Segment Kostenübernahme | M | an3 | 'KOS' |
| | Datum der Kostenübernahme | M | an8 | JJJJMMTT |
| | Merkmal Kostenübernahme | M | an..4 | Schlüssel 8 |
| | Kostenübernahme ab | K | an8 | |
| | Kostenübernahme bis | K | an8 | |
| | Höchstbetrag je Tag | K | n..6 | entfällt |
| TXT | Segment Text | K | an3 | 'TXT' (10x möglich) |
| | Merkmal Kostenübernahme, Erläuterung | M | an..70 | Klartext |
| **PVK** | **Segment Versichertenstatus PKV** | **K** | **an3** | **'PVK'** |
| | Allg. KH-Leistung, in Prozent | K | n3 | [000,..,100] |
| | 1-Bett-Zuschlag, in Prozent | K | n3 | [000,..,100] |
| | 2-Bett-Zuschlag, in Prozent | K | n3 | [000,..,100] |
| | Differenz 1-Bett- zu 2-Bett-Zuschlag, in Prozent | K | n3 | [000,..,100] |
| | Allg. KH-Leistung, EUR je Tag | K | n..10 | 99999999,99 |
| | 1-Bett-Zuschlag, EUR je Tag | K | n..10 | 99999999,99 |
| | 2-Bett-Zuschlag, EUR je Tag | K | n..10 | 99999999,99 |
| | Höchstbetrag, EUR je Tag | K | n..10 | 99999999,99 |
| | Höchstbetrag, EUR gesamt | K | n..10 | 99999999,99 |
| | Maximale Anzahl Tage Selbstbeteiligung | K | n..2 | 99 |
| | Selbstbeteiligung, EUR je Tag | K | n..10 | 99999999,99 |
| | Selbstbeteiligung, EUR gesamt | K | n..10 | 99999999,99 |
| | Begleitperson, in Prozent | K | n3 | [000,..,100] |
| | Begleitperson, EUR je Tag | K | n..10 | 99999999,99 |

## PZAH PKV-Zahlungssatz

Hinweise:
Der Zahlungssatz muss übermittelt werden, wenn der Zahlungsbetrag vom Rechnungsbetrag abweicht, oder im Fall einer Ablehnung (siehe Anlage 5). Ansonsten kann er vom Krankenhaus im Rechnungssatz (Schlüssel 11) angefordert werden.

**PZAH PKV-Zahlungssatz**

| | Segment / Inhalt | Status | Darstellung | Inhalt / Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|
| FKT | Segment Funktion | M | | s. Standardsegmente |
| **PNV** | **Segment Information Privatversicherter** | **M** | | **s. Standardsegmente** |
| NAD | Segment Name/Adresse | M | an3 | 'NAD' |
| | Name des Versicherten | M | an..47 | |
| | Vorname des Versicherten | M | an..30 | |
| | Geschlecht | M | an1 | Schlüssel 21 |
| CUX | Segment Währung | M | an3 | 'CUX' |
| | Währungskennzeichen | M | an3 | Schlüssel 18 |
| REC | Segment Rechnung | M | an3 | 'REC' |
| | Rechnungsnummer | M | an..20 | |
| | Rechnungsdatum | M | an8 | JJJJMMTT |
| | Rechnungsart | M | an2 | Schlüssel 11 |
| | Aufnahmetag | M | an8 | JJJJMMTT |
| | Rechnungsbetrag | M | n..10 | 99999999,99 |
| | Debitoren-Konto-Nr. des Krankenhauses | K | an..9 | |
| | Referenznummer des Krankenhauses | K | an..20 | |
| | IK des Krankenhauses für Zahlungsweg | K | an9 | Angabe entfällt |
| ZPR | Segment Zahlung / Prüfung | M | an3 | 'ZPR' |
| | Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen | M | n..10 | 99999999,99 |
| | Prüfungsvermerk | M | an2 | Schlüssel 10 |
| F4 ENT | Segment Entgelt | K | an3 | 'ENT' (400x möglich) |
| N131 | Entgeltart | M | an8 | Schlüssel 4 |
| | Entgeltbetrag | M | n..10 | 99999999,99 (Einzelbetrag) |
| | Abrechnung von | M | an8 | JJJJMMTT |
| | Abrechnung bis | M | an8 | JJJJMMTT |
| F4 | Entgeltanzahl | M | n..5 | |
| | Tage ohne Berechnung/Behandlung | K | n..3 | |
| | (Tag der Wundheilung) | K | an8 | Angabe entfällt |

## PFEH PKV-Fehlernachricht

| | Segment / Inhalt | | Status | Darstellung | Inhalt / Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|---|
| | FKT | Segment Funktion | | | s. Standardsegmente |
| N141, N181b | FHL | Segment Fehlermeldung | M | an3 | FHL(200x möglich) |
| N141 | | Segment | K | an3 | Name des Segmentes, dem der Fehler zuzuordnen ist |
| | | Segmentposition | K | an3 | Nummer des Segmentes des gleichen Segmenttyps (innerhalb der Nachricht), dem der Fehler zuzuordnen ist; bei Segmentgruppen ist fortlaufend innerhalb der Nachricht weiterzuzählen |
| | | Feldposition | K | an2 | Nr. des Felds (innerhalb des Segments), dem der Fehler zuzuordnen ist |
| | | Text | K | an..70 | Fehlertext |
| | | Fehlercode | K | an5 | siehe Anhang B zu Anlage 2 |
| | | Anwendungsreferenz | K | an..14 | aus UNB (0026) |
| | | Datum/Uhrzeit der Erstellung | | | aus UNB (S004) |
| | | - Datum der Erstellung | K | n6 | JJMMTT |
| | | - Zeit der Erstellung | K | n4 | HHMM |
| | | Nachrichten-Referenznummer | K | an..14 | aus UNH (0062) |
| | | Datenaustauschreferenz | K | an..14 | aus UNB (0020) |

Hinweis:
FKT: Sind die IKs für das FKT-Segment unbekannt oder nicht ermittelbar, so sind die entsprechenden IK aus dem UNB-Segment zu verwenden. Sind Inhalte der Kann-Datenelemente des FHL-Segmentes bei der Prüfung ermittelbar, werden die Kann-Datenelemente zu Muss-Datenelementen.

## Verwendung der Segmente

| | | vom Krankenhaus | | | | | vom Versicherungs-unternehmen | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | PAUF | PVER | | PREC | PENT | PKOS | | PZAH |
| **FKT** | Funktion | M | M | | M | M | M | | M |
| 01 | Verarbeitungskennzeichen | M | M | | M | M | M | | M |
| 02 | Lfd. Nr. d. Geschäftsvorfalls | M | M | | M | M | M | | M |
| 03 | IK des Absenders | M | M | | M | M | M | | M |
| 04 | IK des Empfängers | M | M | | M | M | M | | M |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **PNV** | Information Privatversicherter | M | M | | M | M | M | | M |
| 01 | Versicherungsnummer | K | K | | K | K | K | | K |
| 02 | Personennummer | K | K | | K | K | K | | K |
| 03 | Gültigkeit der Card für Privatversicherte | K | K | | K | K | K | | K |
| 04 | KH-internes Kennzeichen | M | M | | M | M | M | | M |
| 05 | Fall-Nummer | K | - | | K | K | K | | K |
| 06 | Aktenzeichen | K | - | | K | K | K | | K |
| 07 | Ausgabedatum der Card für Privatversicherte | K | K | | K | K | K | | K |
| 08 | Vertragskennzeichen | K | K | | K | K | K | | K |
| 09 | Name | K | K | | K | K | K | | K |
| 10 | Vorname | K | K | | K | K | K | | K |
| 11 | Krankenversichertennummer | K | K | | K | K | K | | K |

F4

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **NAD** | Name/Adresse | M | M | | M | M | M | | M |
| 01 | Name des Versicherten | M | M | | M | M | M | | M |
| 02 | Vorname des Versicherten | M | M | | M | M | M | | M |
| 03 | Geschlecht | M | M | | M | M | M | | M |
| 04 | Geburtsdatum des Versicherten | M | M | | M | M | M | | - |
| 05 | Straße und Haus-Nr. | K | K | | K | K | K | | - |
| 06 | Postleitzahl | K | K | | K | K | K | | - |
| 07 | Wohnort | K | K | | K | K | K | | - |
| 08 | Titel des Versicherten | K | K | | K | K | K | | - |
| 09 | Internat. Länderkennz. | K | K | | K | K | K | | - |
| 10 | Namenszusatz | K | K | | K | K | K | | |
| 11 | Vorsatzwort | K | K | | K | K | K | | |
| 12 | Anschriftenzusatz | K | K | | K | K | K | | |

$N_{141}$

$N_{141}$

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ***STA*** | *Segment Standort* | | | | *M* | *M* | | | |
| | *Standortnummer* | | | | *M* | *M* | | | |
| | *Standort Ende* | | | | *M* | *M* | | | |
| | *Standort Ende Uhrzeit* | | | | *M* | *M* | | | |

$F_3$ (ab 1.1.2021)

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **DPV** | Diagn.-/Prozedurenversion | M | M | | | M | | | |
| 01 | ICD-Version | M | M | | | M | | | |
| 02 | OPS-Version (nur in PENT) | | | | | K | | | |
| 03 | Alpha-ID-SE Version | | | | | K | | | |

F4

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **CUX** | Währung | | | | M | | K | | M |
| 01 | Währungskennzeichen | | | | M | | M | | M |

| | | vom Krankenhaus | | | | | vom Versicherungs-unternehmen | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | PAUF | PVER | | PREC | PENT | PKOS | | PZAH |
| **AUF** | Aufnahme | M | | | | | | | |
| 01 | Aufnahmetag | M | | | | | | | |
| 02 | Aufnahmeuhrzeit | M | | | | | | | |
| 03 | Aufnahmegrund | M | | | | | | | |
| 04 | Fachabteilung | M | | | | | | | |
| 05 | Voraussichtl. Dauer | M | | | | | | | |
| 06 | (Arztnummer) | - | | | | | | | |
| 07 | (Betriebsstättennummer des einweisenden Arztes) | - | | | | | | | |
| 08 | IK des veranlassenden KH | K | | | | | | | |
| 09 | Veranlass. Stelle bei Notfall | K | | | | | | | |
| 10 | (Zahnarztnummer) | - | | | | | | | |
| 11 | Aufnahmegewicht | K | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **EAD** | Einw./Aufnahmediagnose | M | | | | | | | |
| 01 | Aufnahmediagnose | K | | | | | | | |
| 02 | Sekundär-Diagnose Aufnahme | K | | | | | | | |
| 03 | Einweisungsdiagnose | K | | | | | | | |
| 04 | Sekundär-Diagnose Einweisung | K | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **DAU** | Dauer | | M | | | M | | | |
| 01 | Aufnahmetag | | M | | | M | | | |
| 02 | Voraussichtl. Dauer/Entl.tag | | M | | | M | | | |
| 03 | Nachfolgediagnose (AU) | | K | | | K | | | |
| 04 | Sekundär-Diagnose (AU) | | K | | | K | | | |
| 05 | Ab-Datum zu AU | | K | | | K | | | |
| 06 | Beatmungsstunden | | | | | K | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **FAB** | Fachabteilung | | M | | M | M | | | |
| 01 | Fachabteilung | | M | | M | M | | | |
| 02 | Diagnose | | M | | | K | | | |
| 03 | (Sekundär-Diagnose) | | - | | | - | | | |
| 04 | (Zusatzschlüssel Diagnose) | | | | | - | | | |
| 05 | (Sekundär-Diagnose Zusatzschl.) | | | | | - | | | |
| 06 | Operationstag | | | | | K | | | |
| 07 | Operation | | | | | K | | | |
| 08 | (Zusatzschlüssel 1 OP) | | | | | - | | | |
| 09 | (Zusatzschlüssel 2 OP) | | | | | - | | | |

| | | | vom Krankenhaus | | | | | vom Versicherungs-unternehmen | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | PAUF | PVER | | PREC | PENT | PKOS | | PZAH |
| N142 | **ETL** | Entlassung | | | | | M | | | |
| | 01 | Tag d. Entlassung/Verlegung | | | | | M | | | |
| | 02 | Entlassungs-/Verleg.uhrzeit | | | | | M | | | |
| | 03 | Entlassungs-/Verlegungsgrund | | | | | M | | | |
| | 04 | Fachabteilung | | | | | M | | | |
| | 05 | Hauptdiagnose | | | | | M | | | |
| | 06 | Sekundär-Diagnose | | | | | K | | | |
| | 07 | IK aufnehmende Institution | | | | | K | | | |
| N142 | **NDG** | Nebendiagnose | | | | | K | | | |
| | 01 | Nebendiagnose | | | | | M | | | |
| | 02 | Sekundär-Diagnose | | | | | K | | | |
| F4 | OKN | Orpha-Kennnummer | | | | | K | | | |
| | 01 | Orpha-Kennnummer | | | | | M | | | |
| F4 | IBE | Segment implantatbezogene Eingriffe | | | | | K | | | |
| | 01 | ID Meldebestätigung | | | | | M | | | |
| | 02 | Hash-String | | | | | M | | | |
| | 03 | Produktzuordnung | | | | | M | | | |
| | 04 | Hashwert | | | | | M | | | |
| N142 | **EBG** | Entbindung | | | | | K | | | |
| | 01 | Tag der Entbindung | | | | | M | | | |
| N142 | **REC** | Rechnung | | | | M | | | | M |
| | 01 | Rechnungsnummer | | | | M | | | | M |
| | 02 | Rechnungsdatum | | | | M | | | | M |
| | 03 | Rechnungsart | | | | M | | | | M |
| | 04 | Aufn.tag/Tag d. Zugangs | | | | M | | | | M |
| | 05 | Rechnungsbetrag | | | | M | | | | M |
| | 06 | Debitorenkonto des KH | | | | K | | | | K |
| | 07 | Referenznummer des KH | | | | K | | | | K |
| | 08 | IK des KH für Zahlungsweg | | | | - | | | | - |
| | **BNK** | Bankverbindung | | | | M | | | | |
| | 01 | Internationale Bankkontonummer (IBAN) | | | | M | | | | |
| | 02 | Internationale Bankleitzahl (BIC) | | | | K | | | | |

| | | vom Krankenhaus | | | | | vom Versicherungs-unternehmen | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | PAUF | PVER | | PREC | PENT | PKOS | | PZAH |
| **ENT** | Entgelt | | | | M | | | | K |
| 1 | Entgeltart | | | | M | | | | M |
| 2 | Entgeltbetrag | | | | M | | | | M |
| 3 | Abrechnung von | | | | M | | | | M |
| 4 | Abrechnung bis | | | | M | | | | M |
| 5 | Entgeltanzahl | | | | M | | | | M |
| 6 | Tage ohne Berechng/Behandlg | | | | K | | | | K |
| 7 | (Tag d. Wundheilung) | | | | - | | | | - |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **KOS** | Kostenübernahme | | | | | | M | | |
| 01 | Datum d. Kostenübernahme | | | | | | M | | |
| 02 | Merkmal Kostenübernahme | | | | | | M | | |
| 03 | Kostenübernahme ab | | | | | | K | | |
| 04 | Kostenübernahme bis | | | | | | K | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **ZPR** | Zahlung/Prüfung | | | | | | | | M |
| 01 | Rechn.betrag, angewiesen | | | | | | | | M |
| 02 | Prüfungsvermerk | | | | | | | | M |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **TXT** | Text | | | | | | K | | |
| 01 | (Klartext-Bemerkungen) | | | | | | M | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **FHL** | Fehlermeldung | K | K | | K | K | K | | K |
| 01 | Segment | K | K | | K | K | K | | K |
| 02 | Segmentposition | K | K | | K | K | K | | K |
| 03 | Feldposition | K | K | | K | K | K | | K |
| 04 | Text | K | K | | K | K | K | | K |
| 05 | Fehlercode | K | K | | K | K | K | | K |
| 06 | Anwendungsreferenz | K | K | | K | K | K | | K |
| 07 | Datum/Uhrzeit der Erstellung | K | K | | K | K | K | | K |
| 08 | Nachrichten-Referenznr. | K | K | | K | K | K | | K |
| 09 | Datenaustauschreferenz | K | K | | K | K | K | | K |

| | | vom Krankenhaus | | | | | vom Versicherungs-unternehmen | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | PAUF | PVER | | PREC | PENT | PKOS | | PZAH |
| **PVA** | Zusatzinformation Aufnahme | M | | | | | | | |
| 01 | Geschlecht | M | | | | | | | |
| 02 | Wahlleistung Arzt | M | | | | | | | |
| 03 | Wahlleistung Unterkunft | M | | | | | | | |
| 04 | Belegarzt | M | | | | | | | |
| 05 | Begleitperson | M | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 06 | Datenelementgruppe Kostenträger | K | | | | | | | |
| 07 | Datenelementgruppe Kostenträger | K | | | | | | | |
| 08 | Datenelementgruppe Kostenträger | K | | | | | | | |
| 09 | Register-Nummer | K | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **PVK** | Kostenübernahme PVK | | | | | | K | | |
| 01 | Allg. KH-Leistung, in Prozent | | | | | | K | | |
| 02 | 1-Bett-Zuschlag, in Prozent | | | | | | K | | |
| 03 | 2-Bett-Zuschlag, in Prozent | | | | | | K | | |
| 04 | Differenz 1- zu 2-Bett, in Prozent | | | | | | K | | |
| 05 | Allg. KH-Leistung, EUR je Tag | | | | | | K | | |
| 06 | 1-Bett-Zuschlag, EUR je Tag | | | | | | K | | |
| 07 | 2-Bett-Zuschlag, EUR je Tag | | | | | | K | | |
| 08 | Höchstbetrag, EUR je Tag | | | | | | K | | |
| 09 | Höchstbetrag, EUR gesamt | | | | | | K | | |
| 10 | Max. Tage Selbstbeteiligung | | | | | | K | | |
| 11 | Selbstbeteiligung, EUR je Tag | | | | | | K | | |
| 12 | Selbstbeteiligung, EUR gesamt | | | | | | K | | |
| 13 | Begleitperson, in Prozent | | | | | | K | | |
| 14 | Begleitperson, EUR je Tag | | | | | | K | | |

# Anlage 2: Schlüsselverzeichnis

Schlüssel für Privatversicherte

| | |
|---|---|
| A | Personennummer |
| B | Geschlecht |
| C | Wahlleistung Arzt / Belegarzt |
| D | Wahlleistung Unterkunft |
| E | Begleitperson |

| | |
|---|---|
| 1 | Aufnahmegrund |
| 4 | Entgeltarten |
| 5 | Entlassungs-/Verlegungsgrund |
| 6 | Fachabteilungen |
| 7 | Internationales Länderkennzeichen |
| 8 | Merkmal Kostenübernahme |
| 9 | Verarbeitungskennzeichen |
| 10 | Prüfungsvermerk |
| 11 | Rechnungsart |
| 16 | Lokalisation |
| 18 | Währungskennzeichen |
| 21 | Geschlecht |

| | |
|---|---|
| Anhang A | Entgeltarten |
| Anhang B | Fehlerkodes |

## Schlüssel für Privatversicherte

### Schlüssel A: Personennummer

1. Stelle: P Kennung PKV
2. – 5. Stelle : Personennummer auf Card für Privatversicherte

### Schlüssel B: Geschlecht

0 Vorgabewert (Ziffer 0), siehe Schlüssel 21 (Geschlecht)

N191a M|W|D|U kann vorübergehend ohne Fehler angenommen werden.

### Schlüssel C: Wahlleistung Arzt / Belegarzt

0 nicht vorgesehen (Nein)
1 vorgesehen (Ja)

### Schlüssel D: Wahlleistung Unterkunft

0 keine Wahlleistung Unterkunft (allgemeine KH-Leistung)
1 Wahlleistung Einbettzimmer
2 Wahlleistung Zweibettzimmer

### Schlüssel E: Begleitperson

0 keine Begleitperson
1 Begleitperson medizinisch notwendig
2 Begleitperson nicht medizinisch notwendig

## Schlüssel 1: Aufnahmegrund

1. und 2. Stelle

| | | |
|---|---|---|
| | 01 | Krankenhausbehandlung, vollstationär |
| | 02 | Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung |
| | 03 | Krankenhausbehandlung, teilstationär |
| | 04 | vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung |
| | 05 | Stationäre Entbindung |
| | 06 | Geburt (siehe Anlage 5, Abschnitt 1.4.1) |
| | 07 | Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003 |
| | 08 | Stationäre Aufnahme zur Organentnahme |
| N172b | 09 | frei |
| N172b | 10 | Stationsäquivalente Behandlung |
| N222a | 11 | Übergangspflege |
| N241b | 12 | Krankenhausbehandlung nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG) |

3. und 4. Stelle

| | | |
|---|---|---|
| | 01 | Normalfall |
| | 02 | Arbeitsunfall / Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V) |
| | 03 | Verkehrsunfall / Sportunfall / Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X) |
| | 04 | Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt |
| | 05 | frei |
| | 06 | Kriegsbeschädigten-Leiden / BVG-Leiden |
| | 07 | Notfall |
| | | bei Zuständigkeitswechsel des Versicherungsunternehmens: |
| | | 21 bis 27 anstelle 01 bis 07 |

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, Unfallversicherungsträger 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.

N171a

N172b Der Aufnahmegrund `05` (Stationäre Entbindung) ist ebenfalls bei Totgeburten (totgeborenes Kind) zu verwenden.

Im Rahmen der Übergangspflege ist der Aufnahmegrund `11` (1.-2. Stelle) und `01` (3.-4. Stelle) zu verwenden.

N222a

## Schlüssel 4: Entgeltarten

Hinweis: Der Entgeltschlüssel wird fortgeschrieben (s. Anhang A).

## Schlüssel 4 Teil I: Entgeltarten stationär

### 1.-2. Stelle: Entgeltschlüssel

01 Tagesgleicher Pflegesatz

02 Ermäßigter Abteilungspflegesatz nach § 14 Abs.2 Satz 3 oder Abs. 7 Satz 2 BPflV (in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)

03 Betrag nach § 14 Abs. 5 Satz 4 und 5 BPflV (in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)

10 Fallpauschale
*Zuschläge / Abschläge bei Fallpauschalen:*

11 Zuschlag nach § 14 Abs. 6 Nr. 3 BPflV (in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) (§ 11 Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)

12 Zuschlag nach § 14 Abs. 6 Nr. 3 BPflV (in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) (§ 11 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)

13 Abschlag nach § 14 Abs. 6 Nr. 3 BPflV (in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) (§ 11 Abs. 3 Satz 3 Nr. 1 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)

oder Sondervereinbarung

14 Abschlag nach § 14 Abs. 6 Nr. 3 BPflV (in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) (§ 11 Abs. 3 Satz 3 Nr. 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)

16 Zuschlag nach § 14 Abs. 6 Nr. 5 BPflV (in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)

17 Allgemeiner Zuschlag nach § 14 Abs. 6 Nr. 6 BPflV (in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)

18 Allgemeiner Abschlag nach § 14 Abs. 6 Nr. 6 BPflV (in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)

20 Sonderentgelt

Sonderentgelte nach § 14 Abs. 6 BPflV (in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)

21 Sonderentgelt bei

- einer Operation an einem anderen Operationstermin oder
- einer Operation an demselben Operationstermin, wenn der Eingriff in einem anderen Operationsgebiet über einen gesonderten Operationszugang vorgenommen wird oder
- Leistungen, bei denen dies aus der Leistungsdefinition hervorgeht

22 Sonderentgelt bei einer Rezidiv-Operation (Wiederkehren der ursprünglichen Erkrankung; nicht bei Komplikationen) während desselben Krankenhausaufenthaltes

23 Sonderentgelt für "Diagnostische Maßnahmen" (Kapitel II) oder für "Sonstige therapeutische Maßnahmen" (Kapitel III), wenn diese Leistung mit der Fallpauschale nicht vergütet wird

24 Sonderentgelt bei der Behandlung von Blutern (§ 11 Abs. 2 Satz 3 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
*Zuschläge / Abschläge bei Sonderentgelten:*

25 Zuschlag nach § 11 Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 BPflV (in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)

26 Zuschlag nach § 11 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2 BPflV (in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)

27 Abschlag nach § 11 Abs. 3 Satz 3 Nr. 1 BPflV oder Sondervereinbarung (in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)

28 Abschlag nach § 11 Abs. 3 Satz 3 Nr. 2 BPflV (in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)

40 Zuschlag nach § 14 Abs. 3 BPflV oder § 14 Abs. 8 BPflV (in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) oder § 8 Abs. 3 KHEntgG (Investitionszuschlag)

41 Entgelt für vorstationäre Behandlung

42 Entgelt für nachstationäre Behandlung

43 Pflegesatz bei Beurlaubung

44 Modellvorhaben nach § 24 BPflV oder § 26 BPflV (in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)

46 Zuschlag für Qualitätssicherung nach § 137 oder § 112 Abs. 1 SGB V

47 Zu- und Abschläge nach GMG und sonstige Zu- und Abschläge

48 DRG-Systemzuschlag

49 Abrechnungsergänzungen [für Zentren und Schwerpunkte]

50 Berechnung nach BPflV alt

51 Fallpauschalen nach § 28 Abs. 2 BPflV (in der am 31.12.1999 geltenden Fassung)

52 Sonderentgelte nach § 28 Abs. 2 BPflV (in der am 31.12.1999 geltenden Fassung)

53 Abzug aufgrund Versicherungsregelung

54 Wahlleistung Unterkunft: 1-Bett-Zimmer

55 Wahlleistung Unterkunft: 2-Bett-Zimmer

56 Wahlleistung Unterkunft: Differenz 1-Bett- zu 2-Bett-Zimmer

57 Komfortzuschlag bei Regelleistung

58 Kostenübernahme Begleitperson

60 Sonderfall

N241b 70 DRG-Fallpauschale nach § 7 Nr. 1 KHEntgG (§ 1 Abs. 1 Satz 1 KFPV/FPV) bzw. Hybrid-DRG nach Anlage 2 Hybrid-DRG-Verordnung

71 Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD nach § 7 Nr. 3 KHEntgG

72 Abschlag bei Verlegungen nach § 1 Abs. 1 Satz 3 KFPV/FPV

73 Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD nach § 1 Abs. 3 Satz 1 KFPV 2004/FPV

N192 74 Entgelt für Pflegeerlös / Tag

75 Zu- und Abschlag nach § 7 Nr. 4 KHEntgG

76 Zusatzentgelt nach § 7 Nr. 2 KHEntgG
– Arzneimittel oder nach Anlage 2 oder Anlage 4 KFPV 2004 oder nach Anlage 5 oder Anlage 6 FPV oder nach § 6 Abs. 2 oder Abs. 2a KHEntgG oder Entgelte nach § 26 KHG

77 Zusatzentgelt nach § 7 Nr. 2 KHEntgG – Dialyse (KFPV 2003)

78 Teilstationärer Pflegesatz nach § 9 Abs. 2 KFPV 2004 oder § 10 Abs. 2 FPV

79 Ausnahmeentgelt für teilstationäre DRG-Fallpauschalen aus 2003 nach § 9 Abs. 2 KFPV 2004 oder § 10 Abs. 2 FPV

80 Entgelt für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 7 Nr. 6 KHEntgG (§ 6 Abs. 2 KHEntgG, fallbezogen)

81 Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG

82 Abschlag bei Verlegung für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG

83 Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG

N192 84 Pflegeanteil für tages- oder fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG

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

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

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

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

89 Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG

N222a 90 reserviert

N224a 91 Übergangspflege Somatik

N222a 92 reserviert

N222a

N222a 93 reserviert

N222a 94 reserviert

**3. Stelle: Zusatzschlüssel für**

**Fallpauschalen / Sonderentgelte** (§ 11 Abs. 1 und 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung),

**DRG-Fallpauschalen** (§ 7 Nr. 1 KHEntgG),

**Entgelte bei Überschreiten der oberen GVD** (§ 7 Nr. 3 KHEntgG),

**Abschläge bei Nichterreichen der unteren GVD** (§ 1 Abs. 3 Satz 1 KFPV 2004/FPV),

**Abschläge bei Verlegung** (§ 1 Abs. 1 Satz 3 KFPV/FPV) und

N192 **Entgelt für Pflegeerlös / Tag**

1 Hauptabteilung
N192 2 Hauptabteilung und Beleghebamme
3 Belegoperateur
4 Belegoperateur und Beleganästhesist
5 Belegoperateur und Beleghebamme
6 Belegoperateur, Beleganästhesist und Beleghebamme
7 Teilstationäre Versorgung (für teilstationäre DRG-Fallpauschale)
8 Belegarzt mit Honorarvertrag
N241b 9 Hybrid DRG (§115f SGB V)
A Hauptabteilung
B reserviert
N171b C Belegoperateur
D Belegoperateur und Beleganästhesist
E reserviert
F reserviert
G reserviert
N181a H Belegarzt mit Honorarvertrag (§18 Abs. 3 KHEntgG)*

***Hinweis:***

0 grundsätzlich bei Modellvorhaben nach § 24 BPflV oder 26 BPflV (in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) und Fallpauschalen oder Sonderentgelten nach § 28 Abs. 2 BPflV (in der am 31.12.1999 geltenden Fassung) sowie bei Zusatzentgelten nach § 17b Abs. 1 Satz 12 KHG

1 - 6 dabei auch möglich, wenn explizit vereinbart

N181a 8 Zur Berechnung des Entgeltbetrages sind aus Teil a (Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen) und Teil c (Bewertungsrelationen bei teilstationärer Versorgung) des bundeseinheitlichen Fallpauschalenkataloges für die Ermittlung der DRG-Fallpauschale die Bewertungsrelation der Hauptabteilung und, soweit anwendbar, für die Ermittlung des Entgelts bei Überschreiten der oberen GVD die Bewertungsrelation/Tag bei Überschreiten der oberen GVD oder für die Ermittlung des Abschlags bei Verlegung die Bewertungsrelation je Tag bei externer Verlegung oder für die Ermittlung des Abschlags bei Nichterreichen der unteren GVD die Bewertungsrelation/Tag bei Nichterreichen der unteren GVD jeweils vor der Multiplikation mit dem Landesbasisfallwert mit 0,8 zu multiplizieren und auf drei Nachkommastellen kaufmännisch zu runden.

N171b

A-H Nur bei Entgelten zu DRGs der Anlagen 1 Teil d und e des Fallpauschalen-Kataloges zu verwenden. Eine weitere Differenzierung an 4.Stelle erfolgt in diesem Falle nicht. Die 5.-8.Stelle werden mit den in den Anlagen aufgeführten DRGs (I68D ff.) belegt.

N171b * Zur Berechnung des Entgeltbetrages sind aus Teil d (Bewertungsrelationen mit gezielter Absenkung in Abhängigkeit der Median-Fallzahl bei Versorgung durch Hauptabteilungen) des bundeseinheitlichen Fallpauschalenkataloges für die Ermittlung der DRG-Fallpauschale die Bewertungsrelation der Hauptabteilung und, soweit anwendbar, für die Ermittlung des Entgelts bei Überschreiten der oberen GVD die Bewertungsrelation/Tag bei Überschreiten der oberen GVD oder für die Ermittlung des Abschlags bei Verlegung die Bewertungsrelation je Tag bei externer Verlegung oder für die Ermittlung des Abschlags bei Nichterreichen der unteren GVD die Bewertungsrelation/Tag bei Nichterreichen der unteren GVD jeweils vor der Multiplikation mit dem Landesbasisfallwert mit 0,8 zu multiplizieren und auf drei Nachkommastellen kaufmännisch zu runden.

**Zusatzschlüssel für Zu- und Abschläge nach GMG und sonstige Zu- und Abschläge oder nach § 7 Nr. 4 KHEntgG**

1 Zuschlag
2 Abschlag

**Zusatzschlüssel für Abrechnungsergänzungen**

1 Zuschläge für Zentren und Schwerpunkte
2 Abschläge für Zentren und Schwerpunkte (für Korrekturen)

**Zusatzschlüssel für Privatversicherte (nur bei Entgeltarten 53..)**

0 Selbstbeteiligung / Höchstbetrag
1 Wahlleistung Unterkunft: 1-Bett-Zimmer
2 Wahlleistung Unterkunft: 2-Bett-Zimmer
3 Wahlleistung Unterkunft: Differenz 1-Bett- zu 2-Bett-Zimmer

**3.-4. Stelle Zusatzschlüssel für Entgelte nach § 6 KHEntgG**

00 bundesweit
01ff. Länderschlüssel
30 Belegabteilung

**4.-8. Stelle: Entgelte**

bei 1. und 2. Stelle = 03 oder 40: '00000'

**010 Basispflegesatz**

0XXXX .....

***Hinweis:*** 4. Stelle: 0
5.-8. Stelle: 0001 Basispflegesatz, vollstationär
0002 Basispflegesatz, teilstationär

**[01|02]0 Abteilungspflegesätze**

1XXXX .....

***Hinweis:*** 4. Stelle: 1
5.-8. Stelle: XXXX Fachabteilungsschlüssel (siehe Schlüssel 6)
0000 Krankenhaus (§ 28 Abs. 10 BPflV in der am 31.12. 1997 geltenden Fassung)

**[01|02]0 Pflegesätze für besondere Einrichtungen** (§ 13 Abs. 2 Satz 3 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)

2XXXX .....
***Hinweis:*** 4. Stelle: 2
5.-8. Stelle: XXXX Besondere Einrichtung (siehe Anhang A)

**[01|02]0 Teilstationäre Pflegesätze** (§ 13 Abs. 4 BPflV)

3XXXX .....
***Hinweis:*** 4. Stelle: 3
5.-8. Stelle: XXXX Fachabteilungsschlüssel (siehe Schlüssel 6)
XXXX bei besonderen Einrichtungen: 0010 – 0091 (siehe Anhang A)

**[01|02]0 Pflegesätze für Belegpatienten** (§ 13 Abs. 2 Satz 2 BPflV)

4XXXX .....
***Hinweis***: 4. Stelle: 4
5.-8. Stelle: XXXX Fachabteilungsschlüssel (siehe Schlüssel 6)
0000 Krankenhaus (§ 28 Abs. 10 BPflV in der am 31.12.1997 geltenden Fassung oder § 13 Abs. 2 Satz 2, 2. Halbsatz BPflV)

**[01|02]0 Teilstationäre Pflegesätze für Belegpatienten**

5XXXX .....
***Hinweis***: 4. Stelle: 5
5.-8. Stelle: XXXX Fachabteilungsschlüssel (siehe Schlüssel 6)
0000 Krankenhaus (§ 28 Abs. 10 BPflV in der am 31.12.1997 geltenden Fassung oder § 13 Abs. 2 Satz 2, 2. Halbsatz BPflV)

**10[1-6] Fallpauschalen**

Fallpauschalen nach § 15 Abs. 1 Nr.1 BPflV (in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) in der jeweils geltenden Fassung des Katalogs

02010 Struma, ...
bis .....

Fallpauschalen nach § 16 Abs. 2 BPflV (in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) (Landesvereinbarung)

XXXXX Vergabe der Schlüssel durch die Bundesebene
***Hinweis***: 4.-5. Stelle: 31 ff. Länderschlüssel
6.-8. Stelle: 001 ff. je Länderschlüssel
siehe Anhang A

Sonderfall: 1.-8. Stelle 10999999 Wiederaufnahme innerhalb GVD

(§ 14 Abs. 2 Satz 5 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)

**20[1-6] Sonderentgelte**

Sonderentgelte nach § 15 Abs. 1 Nr.1 BPflV (in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) in der jeweils geltenden Fassung des Katalogs

01010 Dekompression peripherer Nerven ....
bis .....

Sonderentgelte nach § 16 Abs. 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung (Landesvereinbarung)

XXXXX Vergabe der Schlüssel durch die Bundesebene
***Hinweis***: 4.-5. Stelle: 31 ff. Länderschlüssel
6.-8. Stelle: 001 ff. je Länderschlüssel
siehe Anhang A

**410 Entgelte für vorstationäre Behandlung**

20001 Anwendung von Arzneimitteln mit monoklonalen Antikörpern gemäß § 2 Abs. 2 Punkt 1 MAKV (450 bzw. 360 Euro)
$N_{223}$ 20002 Anwendung von Arzneimitteln mit monoklonalen Antikörpern gemäß § 4 Abs. 2 MAKV (40 Euro)
20003 Anwendung von Arzneimitteln mit monoklonalen Antikörpern gemäß § 2 Abs. 2 Punkt 2 MAKV bei nicht mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen oder Patienten, die einem erhöhten Risiko eines schweren Verlaufs bei einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 ausgesetzt sind (150 Euro)
20004 Anwendung von Arzneimitteln mit monoklonalen Antikörpern gemäß § 4 Abs. 2a MAKV bei Abholung (40 Euro)
20005 Zuschlag gemäß § 2 Absatz 2 Punkt 2 MAKV bei Besuch der Patientin oder des Patienten in der eigenen Häuslichkeit oder in beschützenden Wohnheimen, Einrichtungen oder Pflege- oder Altenheimen (60 Euro, nur in Verbindung mit Entgeltart 41020003)
90000 Durchschnittspauschale neue Länder
90100 Fallbezogene Pauschale Innere Medizin
90200 Fallbezogene Pauschale Geriatrie
...
93600 Fallbezogene Pauschale Intensivmedizin
93700 Fallbezogene Pauschale Sonstige Fachabteilung
XXXXX Einzelleistungsvergütung med.-tech. Großgeräte (nach DKG-NT I/BG-T-Ziffern)
siehe Anhang A
80010 Vergütung für Leistungen nach Maßgabe des § 5 der Allgemeinen Tarifbestimmungen des DKG-NT I/BG-T (z.B. Kontrastmittel) nach Einstandspreis
(siehe Anhang A)

**420 Entgelte für nachstationäre Behandlung**

90000 Durchschnittspauschale neue Länder
90100 Tagesbezogene Pauschale Innere Medizin
90200 Tagesbezogene Pauschale Geriatrie
...

| | |
|---|---|
| 93600 | Tagesbezogene Pauschale Intensivmedizin |
| 93700 | Tagesbezogene Pauschale Sonstige Fachabteilung |
| XXXXX | Einzelleistungsvergütung med.-tech. Großgeräte (nach DKG-NT I/BG-T-Ziffern)<br>siehe Anhang A |
| 80010 | Vergütung für Leistungen nach Maßgabe des § 5 der Allgemeinen Tarifbestimmungen des DKG-NT I/BG-T (z.B. Kontrastmittel) nach Einstandspreis<br>(siehe Anhang A) |

**430 Pflegesätze bei Beurlaubung**

| | |
|---|---|
| 00000 | (krankenhausindividuelle Festlegung) |
| 000[01-09] | reserviert für spätere Verwendung |
| XXXXX | ..... |

***Hinweis***: 4. Stelle: 1 = Abteilung (vollstationär)
2 = Besondere Einrichtung
3 = Abteilung (teilstationär)
4 = Belegabteilung (vollstationär)
5 = Belegabteilung (teilstationär)

5.-8. Stelle: XXXX Fachabteilungsschlüssel (siehe Schlüssel 6) wenn 4. Stelle = 1, 3, 4 oder 5, Schlüssel für Besondere Einrichtungen wenn 4. Stelle = 2

Sonderfall: 1.-8. Stelle 43900000 Pseudo-Entgelt für Privatversicherte mit Wahlleistung Unterkunft bei Beurlaubung (ohne Reservierung) (Entgeltbetrag 0,00 EUR)

**44[0-6] Modellvorhaben nach § 24 BPflV oder § 26 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung**

***Hinweis***: 4.-5. Stelle: 01 ff. Länderschlüssel
6.-8. Stelle: 001 ff. je Länderschlüssel
siehe Anhang A

**460 Zuschlag für Qualitätssicherung nach § 137 oder § 112 Abs. 1 SGB V**

***Hinweis***: 4.-5. Stelle: 00 (bundesweit)
01 ff. (Länderschlüssel)
6. Stelle: 0 allgemeiner Zuschlag (ab 2004)
7.-8. Stelle 00 allgemeiner Zuschlag (ab 2004)
02 Behandlung von Schlaganfallpatienten

***Hinweis***:
Die drei Bestandteile des Qualitätssicherungszuschlags, Zuschlagsanteil Krankenhaus, Zuschlagsanteil Land (länderindividuell) und Zuschlagsanteil Bund, sind nicht einzeln zu deklarieren. Unter dem Entgeltschlüssel darf nur einmal die Summe der drei Bestandteile in einem ENT-Segment in Rechnung gestellt werden.
Für die Zuschlagserhebung und die Zuschlagshöhe ist der Aufnahmetag maßgeblich.

N182

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

N182 ***Sonderfall*** 47XXXXXX reserviert (extern)

### 471 Zuschläge nach GMG und sonstige Zuschläge

***Hinweis***: 4.-8. Stelle:

| | |
|---|---|
| 00000 | Zuschlag für Gemeinsamen Bundesausschuss (§ 91 Abs. 3 SGB V), teilstationär |
| 00001 | Zuschlag für Gemeinsamen Bundesausschuss (§ 91 Abs.3 SGB V), vollstationär |
| 00002 | Zuschlag für Institut nach § 139c SGB V |
| 00003 | Zuschlag für Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen (§ 4 Abs. 13 KHEntgG), ab 2005 |
| 00004 | Zuschlag für Arzt im Praktikum (§ 4 Abs. 14 KHEntgG) |
| 00005 | Zuschlag für Vorhaltekosten von besonderen Einrichtungen |
| 00006 | Zusammengefasster Zuschlag für Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen und für Arzt im Praktikum |
| 00007 | Zuschlag für Zentren und Schwerpunkte (§ 5 Abs. 3 KHEntgG) |
| N222a 00009 | Telematikzuschlag, vollstationär (§377 Abs. 1 und 2 SGB V)) |
| 00010 | Zuschlag nach § 15 Abs. 2 KHEntgG |
| 00011 | Zuschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntG |
| 00012 | Zuschlag Pflegestellenförderprogramm nach § 4 Abs. 10 KHEntgG bzw. § 4 Abs. 8 KHEntgG (Neu) |
| N222a 00013 | Telematikzuschlag, teilstationär (§377 Abs. 1 und 2 SGB V) |
| 00014 | Zuschlag wegen Konvergenzverlängerung nach § 5 Abs. 6 KHEntgG |
| 00015 | Zuschlag für besondere Einrichtungen nach § 4 Abs. 7 KHEntgG |
| 00016 | Zuschlag für Kappungshaus nach § 4 Abs. 9 KHEntgG |
| 00017 | Ausgleich Erhöhungsrate (Bayern-Vereinbarung zu § 10 Abs. 5 KHEntgG) |
| 00020 | Zuschlag Hygiene-Förderprogramm nach § 4 Abs. 11 KHEntgG bzw. § 4 Abs. 9 KHEntgG (Neu) |
| N192 00021 | Zuschlag Mehrkosten G-BA nach § 5 Abs. 3c KHEntgG (Neu) (fester Eurowert je stationären Fall) |
| N192 00022 | Zuschlag Mehrkosten G-BA nach § 5 Abs. 3c KHEntgG (prozentual) |

| | | |
|---|---|---|
| | 00023 | Zuschlag klinische Sektionen (Obduktionen) nach § 5 Abs. 3b KHEntgG |
| N191b | 00026 | Zuschlag für die Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen [§ 17b Absatz 1a Nummer 4 KHG] |
| N191a | 00027 | Zuschlag für Teilnahme am Notfallstufensystem nach §9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG |
| N191a | 00028 | Zuschlag zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf nach § 4 Abs. 8a KHEntgG |
| N193 | 00030 | Zuschlag Mehrkosten G-BA nach § 5 Abs. 3c KHEntgG (prozentual) – ohne Pflegekosten |
| N193 | 00031 | Zuschlag für nachträglichen pauschalen und abschließenden Ausgleich etwaiger nicht refinanzierter Tarifsteigerungen im Bereich des Pflegepersonals |
| N193 | 00032 | Zuschlag für zusätzliche Finanzierung nach § 5 Absatz 2a KHEntgG (Liste der ländlichen Krankenhäuser) |
| N201 | 00033 | Zuschlag gem. § 5 Abs. 3i KHEntgG zur Vergütung von Mehrkosten aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 |
| N204a<br>N203<br>N204a | 00034 | Zuschlag gem. § 5 Abs. 3i KHEntgG zur Vergütung von Mehrkosten aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 bei Nachweis einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 |
| N204a | 00035 | Zuschlag für Speicherung von Daten und Erstbefüllung auf der elektronischen Patientenakte gemäß § 5 Abs. 3g Satz 1 und 2 KHEntgG (krankenhausindividuell) |
| N204a | 00036 | Zuschlag Hebammenstellen-Förderprogramm § 4 Abs. 10 KHEntgG |
| N212a | 00037 | Zuschlag für den Ausgleich eines aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandenen Erlösrückgangs (prozentual, Corona-Ausgleichsvereinbarung) |
| N212b | 00038 | Zuschlag zur Konvergenzangleichung des Landesbasisfallwertes zur maßgeblichen Korridorgrenze (je Bundesland) |
| N212c<br>N224b | 00039 | Zuschlag zur Durchführung von Abschlagszahlungen vor 2022 (prozentual, COVID-19- Abschlagszahlungsvereinbarung nach § 6 KHWiSichV) |
| N222a | 00043 | Zuschlag nach § 5 Absatz 3i KHEntgG zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten als Ausgleich gemäß § 5 Abs. 3 der Corona-Mehrkosten-Vereinbarung |
| N224b | 00044 | Zuschlag zur Durchführung von Abschlagszahlungen ab 2022 (prozentual, COVID-19-Abschlagszahlungsvereinbarung nach § 6 KHWiSichV) |

| | | |
|---|---|---|
| N231 | 00045 | Zuschlag gem. § 4a KHEntgG § zur Sicherstellung und Förderung der Kinder- und Jugendmedizin (prozentual) |
| N232 | 00046 | Zuschlag gem. § 5 Abs. 2c KHEntgG zur Förderung der geburtshilflichen Versorgung in Krankenhäusern (fester Eurowert) |
| N246a | 00049 | Zuschlag gemäß § 9 Absatz 1 a Nummer 7 KHEntgG Implantateregisteraufwandsvergütung (fester Eurowert) |

N171a **4. -8. Stelle Sonstige Zuschläge**

| | |
|---|---|
| 10000 | Zuschlag für telemedizinische Versorgung von Schlaganfällen in krankenhausplanerisch abgestimmten Netzwerken, Satelliten-Klinik, Bayern |
| 10001 | Zuschlag für Thrombektomie-Intervention durch "Flying Interventionalist", Satelliten-Kliniken, Schlaganfallnetzwerk, Bayern |
| 10002 | FIT-Zuschlag („Flying Interventionalist“), Bayern |
| 10003 | FIT-Zuschlag 1: Mehrkostendifferenz mit 1 Stentretriever-System, Schlaganfallnetzwerk, Bayern |
| 10004 | FIT-Zuschlag 2: Mehrkostendifferenz mit 2 Stentretriever-Systemen, Schlaganfallnetzwerk, Bayern |
| 10005 | FIT-Zuschlag 3: Mehrkostendifferenz mit 3 oder mehr Stentretriever-Systemen, Schlaganfallnetzwerk, Bayern |
| 10006 | FIT-Zuschlag 4: Mehrkostendifferenz mit 1 Aspirationskatheter, Schlaganfallnetzwerk, Bayern |
| 10007 | FIT-Zuschlag 5: Mehrkostendifferenz mit 2 Aspirationskathetern, Schlaganfallnetzwerk, Bayern |
| 10008 | FIT-Zuschlag 6: Mehrkostendifferenz mit 3 oder mehr Aspirationskathetern, Schlaganfallnetzwerk, Bayern |

## 472 Abschläge nach GMG und sonstige Abschläge

***Hinweis***: 4.-8. Stelle:

| | |
|---|---|
| 00000 | intern reserviert |
| 00001 | fallbezogener Abschlag zu Wahlleistungen 1-Bettzimmer für Abwesenheiten nach §115e SGB V (tagesstationäre Behandlung) |
| 00002 | fallbezogener Abschlag zu Wahlleistungen 2-Bettzimmer für Abwesenheiten nach §115e SGB V (tagesstationäre Behandlung) |
| 00007 | Abschlag für Zentren und Schwerpunkte (§ 5 Abs. 3 KHEntgG) (für Korrekturen) |
| 00009 | Telematikabschlag, vollstationär (§ 377 Abs. 1 und 2 SGB V) (für Korrekturen) |

| | | |
|---|---|---|
| | 00010 | Abschlag nach § 15 Abs. 2 KHEntgG |
| | 00011 | Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG |
| | 00012 | Abschlag für Mehrleistungen nach § 4 Abs. 2a Satz 4 KHEntgG |
| N222b | 00013 | Telematikabschlag, teilstationär (§ 377 Abs. 1 und 2 SGB V) (für Korrekturen) |
| | 00014 | reserviert |
| | 00015 | Abschlag für besondere Einrichtungen nach § 4 Abs. 7 KHEntgG |
| | 00026 | Fixkostendegressionsabschlag nach § 4 Abs. 2b KHEntgG |
| N191a | 00027 | Abschlag für Nichtteilnahme am Notfallstufensystem nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG |
| N191a | 00029 | Abschlag bei Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen (§ 137i Abs. 5 SGB V) |
| N223 | 00037 | Abschlag für den Ausgleich eines aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandenen Erlösanstiegs (prozentual, Corona-Ausgleichsvereinbarung) |
| | 00038 | Abschlag zur Konvergenzangleichung des Landesbasisfallwertes zur maßgeblichen Korridorgrenze (je Bundesland) |
| N215 | 00040 | Abschlag gemäß § 2 Abs. 8 und 9 B-BEP-Abschlagsvereinbarung (pro Fall) |
| N215 | 00041 | Abschlag bei Unterlassen der Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung gemäß § 3 Abs. 4 B-BEP-Abschlagsvereinbarung |
| N222a | 00043 | Abschlag nach § 5 Absatz 3i KHEntgG zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten als Ausgleich gemäß § 5 Abs. 4 der Corona-Mehrkosten-Vereinbarung |
| N233b | 00047 | Abschlag bei nicht anfallender Übernachtung im Rahmen tagesstationärer Behandlung (§ 115e Abs. 3 SGB V – fallbezogen |
| N242a | 00048 | Abschlag bei Nichtlieferung von Unterlagen und Daten für die Budgetverhandlungen (§ 11 Abs. 4 Satz 6 KHEntgG - fallbezogen) |
| N247 | 00050 | Abschlag bei fehlender Datenübermittlung an das Implantateregister Deutschland (§ 23a IRegBV – 100 € fester Betrag) |

**480 DRG-Systemzuschlag**

***Hinweis*:** 4.-8. Stelle: 00001 vollstationärer Fall
00002 teilstationärer Fall

**491 Zuschläge für Zentren und Schwerpunkte**

## 492 Abschläge für Zentren und Schwerpunkte

***Hinweis zu 491/492:***

| | | |
|---|---|---|
| 4. Stelle: | 1 | variabler Betrag je stationärem Fall |
| | 2 | Festbetrag je stationärem Fall |
| | 3 | variabler Betrag bei Inanspruchnahme des Zentrums |
| | 4 | Festbetrag bei Inanspruchnahme des Zentrums |
| | 5 | Festbetrag auf Basisfallwert je stationärem Fall |
| | 6 | Festbetrag auf Basisfallwert bei Inanspruchnahme des Zentrums |
| 5.-8.Stelle: | 0001 | Pädiatrisch-hämatoonkologisches Zentrum |
| | 0002 | Herzzentrum |
| | 0003 | Tumorzentrum |
| | 0004 | onkologische und neurologische Schwerpunktaufgaben |
| | 0005 | Kinderonkologisches Zentrum |
| | 0006 | telemedizinische Versorgung von Schlaganfällen in krankenhausplanerisch abgestimmten Netzwerken (Bayern) |

***Hinweis*:**

Die variablen Beträge der Ausprägungen „1“ und „3“ in der 4. Stelle ergeben sich aus einem auf die Rechnungssumme vereinbarten Prozentsatz. Die Berechnung erfolgt analog dem Berechnungsschema für die prozentualen Zuschläge zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen und der Abschaffung des Arztes im Praktikum im Hinweis der § 301-Schlüsselfortschreibung vom 11.2.2005.

Die Zu- und Abschläge auf den Basisfallwert der Ausprägungen „5“ und „6“ in der 4. Stelle berechnen sich analog des Abrechnungsschemas für den Abschlag vom Landesbasisfallwert für Mehrleistungen nach § 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG im Hinweis des § 301-Nachtrages vom 27.3.2009.

## 500 Berechnung nach BPflV alt

| | |
|---|---|
| | Allgemeiner Pflegesatz |
| 00001 | Normalfall |
| 00002 | Belegarzt |
| 00003 | Entbindung |
| 00004 | Dialyse |
| | Teilstationärer Pflegesatz |
| 10001 | Tagesklinik |
| 10002 | Nachtklinik |
| 10003 ff. | krankenhausindividuelle Festlegung |
| | Besonderer Pflegesatz |
| 20001 ff. | krankenhausindividuelle Festlegung |
| | Sonderentgelte |

30001 ff. krankenhausindividuelle Festlegung
Abweichende Vereinbarungen nach § 21 BPflV
40001 ff. krankenhausindividuelle Festlegung

***Hinweis:***
Bei Abrechnung von Wahlleistung Unterkunft sind die nachfolgenden Schlüssel 53* bis 58* auch zur Verwendung in psychiatrischen/psychosomatischen Behandlungsfällen gemäß BPflV bei Anwendung des §17d KHG neben Teilzahlungsentgelten oder ggf. nach Gutschrift in der Schlussrechnung/Nachtragsrechnung zu übermitteln.

## 53 Abzug aufgrund Versicherungsregelung

*Abzug aufgrund Überschreitens des Versicherungsschutzes*
100000 Abzug bei Wahlleistung Unterkunft, 1-Bett-Zimmer
200000 Abzug bei Wahlleistung Unterkunft, 2-Bett-Zimmer
300000 Abzug bei Wahlleistung Unterkunft, Differenz 1-Bett- zu 2-Bett-Zimmer
050000 Abzug wegen Höchstbetrag

*Abzug aufgrund Selbstbeteiligung des Privatversicherten*
060000 Abzug wegen betragsmäßiger Selbstbeteiligung
070000 Abzug wegen prozentualer Selbstbeteiligung
080000 Abzug des Abschlags bei prozentualer Selbstbeteiligung, Vorzeichenumkehr

*Ausgleich von Rundungsdifferenzen*
030000 Abzug wegen Rundungsdifferenz
040000 Zuschlag wegen Rundungsdifferenz (Vorzeichenumkehr)

## 54 Wahlleistung Unterkunft: 1-Bett-Zimmer-Zuschlag

N142 XXXX[1-9]G|R ....
***Hinweis:*** 3.-6. Stelle: 0000 krankenhausbezogen
XXXX Fachabteilungsschlüssel (siehe Schlüssel 6)
7.-8. Stelle: [1-9]G Bezeichnung (laufende Nummerierung) des Zuschlags (Normalfall)
Sonderfall: 8. Stelle „R“ für Zuschläge bei Reservierung

## 55 Wahlleistung Unterkunft: 2-Bett-Zimmer-Zuschlag

N142 XXXX[1-9]G ....
***Hinweis***: 3.-6. Stelle: 0000 krankenhausbezogen
XXXX Fachabteilungsschlüssel (siehe Schlüssel 6)
7.-8. Stelle: [1-9]G Bezeichnung (laufende Nummerierung) des Zuschlags

## 56 Wahlleistung Unterkunft: Differenz 1-Bett- zu 2-Bett-Zimmer-Zuschlag

N142 XXXX[1-9]G ....
***Hinweis***: 3.-6. Stelle: 0000 krankenhausbezogen

| | | |
|---|---|---|
| | XXXX | Fachabteilungsschlüssel (siehe Schlüssel 6) |
| 7.-8. Stelle: | [1-9]G | Bezeichnung (laufende Nummerierung) des Zuschlags |

**57 Komfortzuschlag bei Regelleistung**

N142

XXXX[1-9]G ....

***Hinweis***:

| | | |
|---|---|---|
| 3.-6. Stelle: | 0000 | krankenhausbezogen |
| | XXXX | Fachabteilungsschlüssel (siehe Schlüssel 6) |
| 7.-8. Stelle: | [1-9] | Bezeichnung (laufende Nummerierung) des Zuschlags |

**58 Kostenübernahme Begleitperson**

| | |
|---|---|
| 000000 | Entgelt für Begleitperson (Mitaufnahme medizinisch nicht erforderlich) |

**600 Sonderfall**

| | |
|---|---|
| 00001 | Entgelt für Aufnahmeuntersuchung |
| 00002 | Weihnachtsgeld |
| 00003 | Taschengeld |
| 00004 | Bekleidungsgeld |
| 00005 | Früherkennungsuntersuchungen für Neugeborene (Brandenburg) |
| 00006 | Entgelt für gutachterliche Stellungnahme bei Transplantationen nach § 7 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 BPflV oder § 4 Abs. 1 Nr. 4 FPV |
| 00007 | Entgelt für Transport von Knochenmark oder hämatopoetischer Stammzellen nach § 4 Abs. 1 Nr. 6 KFPV 2004/FPV |
| 000[08-09] | reserviert für spätere Verwendung |

***Hinweis***:

| | | |
|---|---|---|
| 4. Stelle: | 1 = Abteilung (vollstationär)<br>2 = Besondere Einrichtung<br>3 = Abteilung (teilstationär)<br>4 = Belegabteilung (vollstationär)<br>5 = Belegabteilung (teilstationär) | |
| 5.-8. Stelle: | XXXX | Fachabteilungsschlüssel (siehe Schlüssel 6) wenn 4.Stelle = 1, 3, 4 oder 5, Schlüssel für Besondere Einrichtungen, wenn 4. Stelle = 2 |

N192 **70[1-8,A-H] DRG-Fallpauschalen nach § 7 Nr. 1 KHEntgG**

***Hinweis***:

| | | |
|---|---|---|
| 4. Stelle: | 0 | |
| 5.-8. Stelle: | ADDS | DRG (siehe G-DRG Definitions-Handbuch) |

Sonderfälle:

| | |
|---|---|
| 70000000 | intern reserviert |
| 70888888 | Teilzahlung nach § 11 Abs. 1 Satz 4 KHEntgG |
| 70999999 | im Rahmen der Zusammenarbeit nach § 3 Abs. 2 KFPV (0,00 EUR) oder bei Wiederaufnahme wegen Komplikationen innerhalb der oberen GVD nach § 8 Abs. 5 KHEntgG (0,00 EUR) |

N241b

N247 **709 Hybrid-DRG nach Anlage 2 Hybrid-DRG-Verordnung**

***Hinweis***: 4. Stelle: 0 Hybrid-DRG ohne postoperative Nachbehandlung
1 Hybrid-DRG zuzüglich postoperativer Nachbehandlung
5.-8. Stelle: [DRG] Hybrid-DRG (siehe Anl.2 Hybrid-DRG-Verordnung)

N192 N247 **71[1-8,A-H] Entgelte bei Überschreiten der oberen GVD nach § 7 Nr. 3 KHEntgG oder tagesbezogene teilstationäre DRG-Fallpauschale ab 2. Tag**

***Hinweis***: 4. Stelle: 0
5.-8. Stelle: ADDS DRG (siehe G-DRG Definitions-Handbuch)

Sonderfall: 71999999 Entgelt bei Überschreiten der GVD im Rahmen der Zusammenarbeit nach § 3 Abs. 2 KFPV (150,00 EUR)

N192 **72[1-8,A-H] Abschläge bei Verlegungen nach § 1 Abs. 1 Satz 3 KFPV/FPV**

N192 **73[1-8,A-H] Abschläge bei Nichterreichen der unteren GVD nach § 1 Abs. 3 Satz 1 KFPV/FPV**

N192 **74[1-8,A-H] Entgelt für Pflegeerlös / Tag**

***Hinweis***: 4. Stelle: 0
5.-8. Stelle: ADDS DRG (siehe G-DRG Definitions-Handbuch)

N192, N193 Sonderfälle: 74000000 reserviert

**751 Zuschläge nach § 7 Nr. 4 KHEntgG**

***Hinweis***: 4.-8. Stelle: 00001 Sicherstellungszuschlag nach § 17b Abs. 1 Satz 7 KHG, Festbetrag

00002 Sicherstellungszuschlag auf den Basisfallwert nach § 17b Abs. 1 Satz 7 KHG

N193 00003 Zuschlag für Begleitperson nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG

00004 Zuschlag Mitaufnahme Pflegekraft nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG i.V.m. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3, 2. Halbsatz KHEntgG

N172b 00005 Zuschlag Mitaufnahme je neugeborenem Geschwisterkind (§ 1 Abs. 5 Satz 9 FPV)

N193 **4.-5. Stelle** 01ff. Länderschlüssel

6.-8. Stelle
N193 001 Sicherstellungszuschlag nach § 17b Abs. 1a Nr. 6 KHG (landesspezifische Regelung)

N193 002 Ausbildungszuschlag nach § 17a Abs. 6 oder 9 KHG (4.-5. Stelle: Länderschlüssel, siehe Anhang A)

N193 003 Ausbildungszuschlag nach § 33 Abs. 3 Satz 1 PflBG (4.-5. Stelle: Länderschlüssel, siehe Anhang A)

N193 004 kombinierter Ausbildungszuschlag nach §§ 17a Abs. 6 bzw. 9 KHG und 33 Abs. 3 Satz PflBG (4.-5. Stelle: Länderschlüssel, siehe Anhang A)

***Hinweis***:

Der Sicherstellungszuschlag auf den Basisfallwert berechnet sich analog dem Abrechnungsschema für den Abschlag vom Landesbasisfallwert für Mehrleistungen nach § 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG im Hinweis des § 301-Nachtrages vom 27.3.2009

**752 Abschläge nach § 7 Nr. 4 KHEntgG**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ***Hinweis***: | 4.-8. Stelle: | 00001 | Abschlag für Nichtbeteiligung an der Notfallversorgung nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG (ab 1.1.2005) |

**760 Zusatzentgelte nach § 7 Nr. 2 KHEntgG – Arzneimittel oder nach Anlage 2 oder Anlage 4 KFPV 2004 oder nach Anlage 5 oder Anlage 6 FPV oder nach § 6 Abs. 2 oder Abs. 2a KHEntgG**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ***Hinweis***: | 4.-5. Stelle: | 00 | bundesweit |
| | | [01-16] | Länderschlüssel |
| | | 9X | bundesweit |
| | 6.-8. Stelle: | 001ff. | Zusatzentgelt für Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren oder nach Anlage 4 KFPV oder Anlage 6 FPV Bundesweit nach Anlage 2 KFPV 2004 |
| | | Z01 | Hämodialyse (ZE01) |

**761 Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG**

**762 Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 2a KHEntgG**

**76CT Zusatzentgelt für Testung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG) und sonstige bundeseinheitliche Zusatzentgelte**

N202 N245

| | | | |
|---|---|---|---|
| Hinweis: | 5.-8. Stelle: | | |
| N245 | | 9990 | ZE176 Gabe von Nirsevimab, parenteral, 50 mg oder 100 mg, Alter <1 Jahr |
| | | 9994 | Testungen im Pool mit insgesamt mehr als vier Proben und höchstens 10 Proben |
| N224b | | 9995 | Testungen im Pool mit insgesamt mehr als zehn Proben und höchstens 20 Proben |
| | | 9996 | Testungen im Pool mit insgesamt mehr als 20 Proben |
| N213 | | 9997 | Testung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG) – zur patientennahen Anwendung durch Dritte als PoC Antigentest |
| N204a | | 9998 | Testung des Coronavirus SARS-CoV-2 § 26 KHG) – mittels Labordiagnostik als Antigentest |
| N213 N202 | | 9999 | Testung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG) |

**76ZE Zusatzentgelte nach Anlage 5 FPV**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ***Hinweis***: | 3.-8. Stelle: | ZExxxx | Zusatzentgelte-Katalog nach Anlage 5 FPV |
| | | ZE0100 | ZE01 Hämodialyse, OPS 8-854.0 Siehe Anhang A |

**770 Zusatzentgelte nach § 7 Nr. 2 KHEntgG – Dialyse (KFPV 2003)**

***Hinweis***: 4.-5. Stelle: [01-16] Länderschlüssel
6.-8. Stelle: 001
002 Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis CAPD

**780 Teilstationärer Pflegesatz nach § 9 Abs. 2 KFPV 2004 oder § 10 Abs. 2 FPV**

***Hinweis***: 4. Stelle: 3 Hauptabteilung (teilstationär)
5 Belegabteilung (teilstationär)
5.-8. Stelle: Fachabteilungsschlüssel (s. Schlüssel 6) bei besonderen Einrichtungen: 0010-0091

Sonderfälle:

78000000 Krankenhaus (§ 28 Abs. 10 BPflV in der am 31.12.1997 geltenden Fassung oder § 13 Abs. 2 Satz 2, 2. Halbsatz BPflV)

78999999 teilstationäre Behandlung innerhalb der oberen GVD einer vorherigen vollstationären DRG-Fallpauschale nach § 6 Abs. 2 KFPV 2004 (0,00 EUR) oder innerhalb des Zeitraums bis einschließlich drei Tage nach Überschreiten der abgerundeten mittleren Verweildauer nach § 6 Abs. 2 FPV (0,00 EUR)

**790 Ausnahmeentgelt für teilstationäre DRG-Fallpauschalen aus 2003 nach § 9 Abs. 2 KFPV 2004 oder § 10 Abs. 2 FPV**

***Hinweis***: 4. Stelle: 0
5.-8. Stelle: ADDS DRG **2003** (siehe G-DRG Definitions-Handbuch

**80[00-16] Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 7 Nr. 6 KHEntgG (§ 6 Abs. 2 KHEntgG)**
**81[00-16] Entgelte bei Überschreiten der oberen GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG**
**82[00-16] Abschlag bei Verlegung für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG**
**83[00-16] Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG**

***Hinweis***: 5.-8. Stelle: 0001 ff. fortlaufend je Länderschlüssel
Siehe Anhang A

N192 **84 Pflegeanteil für tages- oder fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG**

N192 ***Hinweis***: 3.-4. Stelle: 00 bundesweit, bei 84* Verwendung für Pflegeanteil tagesbezogener Entgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG

N193 50 Pflegeanteil nur fallbezogene Entgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG, (nur für 84*)

5.-8. Stelle: A01Aff. nicht kalkulierte DRG

**85[00-16] Tagesbezogene Entgelte nach § 7 Nr. 5 KHEntgG (§ 6 Abs. 1KHEntgG)**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | ***Hinweis***: | 3.-4. Stelle: | 00 | bundesweit bei 84* Verwendung für Pflegeanteil tagesbezogener Entgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG |
| N193 | | | 01 ff. | Länderschlüssel |
| | | 5.-8. Stelle: | 0001 ff. | fortlaufend je Länderschlüssel, teilstationär |
| | | | 3001 ff. | fortlaufend je Länderschlüssel, teilstationär in besonderen Einrichtungen |
| | | | 4001 ff. | fortlaufend je Länderschlüssel, vollstationär in besonderen Einrichtungen A01Z ff. bundesweit, alphanumerisch für nicht kalkulierte DRG Siehe Anhang A |
| N221 | | | 4997 | Mehraufwendungen bei der Behandlung von mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patienten in Verbindung mit Pauschalbetrag 1 oder 2 |

**86[00-16] Fallbezogene Entgelte nach § 7 Nr. 5 KHEntgG (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | ***Hinweis***: | 3.-4. Stelle: | 00 | bundesweit bei 84* Verwendung für Pflegeanteil tagesbezogener Entgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG |
| N193 | | | 01 ff. | Länderschlüssel |
| | | 5.-8. Stelle: | 0001 ff. | fortlaufend je Länderschlüssel, teilstationär |
| | | | 3001 ff. | fortlaufend je Länderschlüssel, teilstationär in besonderen Einrichtungen |
| | | | 4001 ff. | fortlaufend je Länderschlüssel, vollstationär in besonderen Einrichtungen |
| | | | A01Z ff. | bundesweit, alphanumerisch für nicht kalkulierte DRG Siehe Anhang A |

**87[00-16] Entgelte bei Überschreiten der oberen GVD für fallbezogene Entgelte nach § 7 Nr. 5 KHEntgG (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | ***Hinweis***: | 5.-8. Stelle: | 0001 ff. | fortlaufend je Länderschlüssel Siehe Anhang A |

**88[00-16] Abschläge bei Verlegung für fallbezogene Entgelte nach § 7 Nr. 5 KHEntgG (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | ***Hinweis***: | 5.-8. Stelle: | 0001 ff. | fortlaufend je Länderschlüssel Siehe Anhang A |

**89[00-16] Abschläge bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte nach § 7 Nr. 5 KHEntgG (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | ***Hinweis***: | 5.-8. Stelle: | 0001 ff. | fortlaufend je Länderschlüssel Siehe Anhang A |

N222a **90[00-16] reserviert**

N222a

N224a

**91[1-6] Übergangspflege Somatik[3]**

Hinweis: 3. Stelle: 0 Vergütung je Tag
4. Stelle: 0 keine weitere Differenzierung
5.-8.Stelle 0001 Vergütung je Tag, undifferenziert
0002 Vergütung je Tag inklusive Leistungen der medizinischen Rehabilitation

N224a

**92[1-6] reserviert**

N222a

**93[1-6] reserviert**

N222a

**94[1-6] reserviert**

N222a

***Hinweis***: 4. Stelle: 0
5.-8. Stelle: ADDS (DRG 2003, siehe G-DRG-Definitions-Handbuch)

N224a

[3] Zusätzlich zu diesen Entgeltschlüsseln sind Entgelte beginnend mit 76* im Rahmen der Abrechnung möglich

## Schlüssel 4 Teil II: Entgeltarten BPflV (bei Anwendung §17d)

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 BPflV“ bzw. „krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte“ (2. Stelle des Entgeltarten-
N142 schlüssels = 5 bzw. 9) und Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 7
N204a Satz 1 Nr. 5 BPflV (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 Ent-
N142 geltartenschlüssels =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.

***Hinweis***:
Bei der Abrechnung von Wahlleistungen sind weiterhin die Entgeltschlüssel 53* - 58* zu verwenden. (siehe Anlage 2, Schlüssel 4 Teil I: Entgeltart stationär)

### 1. Stelle: Behandlungsbereich

A vollstationärer Behandlungsbereich
N204a N212d B teilstationärer Behandlungsbereich
N142 C stationärer Behandlungsbereich (gilt für Entgeltbereiche 4, 5, 9, A, B, C, F, V und
N172 N)*
D stationsäquivalenter Behandlungsbereich**

* Die Entgeltbereiche A und F sind somit in den Behandlungsbereichen A, B und C möglich.
N172a ** Die Entgeltbereiche 6, 7, D, G und H sind im Behandlungsbereich D möglich.
N181a Weiterhin sind im Behandlungsbereich D auch Entgelte des Behandlungsbereiches C (stationär) möglich. Ausgenommen hiervon ist der Entgeltbereich 4 (Ergänzende Tagesentgelte).

***Hinweis:***
Die Entgeltschlüssel können an der 4.-8. Stelle je Entgeltbereich (differenziert an der 2. Stelle) jeweils neu, beginnend mit „00000ff“ 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 BPflV [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]

N142 4 Ergänzende Tagesentgelte nach bundesweit vereinbarten Entgeltkatalog § 7 Satz 1 Nr. 1 BPflV
N202 N204a 5 Zusatzentgelte nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog § 7 Satz 1 Nr. 2 BPflV [E2] oder Entgelte nach § 26 KHG
6 Zuschläge [u.a. gemäß KHG]
7 Abschläge [u.a. gemäß KHG]
N182 8 krankenhausindividuell vereinbarte Entgelte [E3.1|E3.3.]
9 krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte [E3.2]
A Entgelte für Modellvorhaben § 64b Abs. 1 SGB V
B Entgelte für regionale und strukturelle Besonderheiten (RSB) nach § 7 Satz 1 Nr. 4 2. HS BPflV
N212d C Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden [ab 2017] § 7 Satz 1 Nr. 5 BPflV
D Teilzahlungsentgelte § 11 Abs. 1 Satz 3 BPflV
E gesonderte Entgelte für Patientinnen/Patienten von Belegärzten § 8 Abs. 2 BPflV
F entfällt
N172b G Bewertete PEPP-Entgelte bei stationsäquivalenter Behandlung (reserviert für Anlage 6a PEPPV)
N172b H Unbewertete PEPP-Entgelte bei stationsäquivalenter Behandlung (Anlage 6b PEPPV)
N224c U Übergangspflege nach § 39e SGB V
V vorstationäre Behandlung
N nachstationäre Behandlung

**Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 1 [PEPP - Entgelte lt. Katalog] Entgeltbezug**

3.-7. Stelle: PEPP-Entgelt Bezeichnung aus gültigem Entgeltkatalog, alphanumerisch

*Zusatzinformation:*

8. Stelle:

N142

| | |
|---|---|
| 1 | Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 1 |
| 2 | Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 2 |
| 3-8 | Entgelte nach Entgeltkatalog gemäß der Vergütungsklassen 3-8 |
| 9 | Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß der Vergütungsklasse 9 |
| A | Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß der Vergütungsklasse 10 |
| B | Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß der Vergütungsklasse 11 |
| … | fortlaufend durch Nutzung aller Buchstaben |
| Z | Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 35 |

**Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 2-3 [Zu- oder Abschläge PEPP - Entgelte lt. Katalog] Entgeltbezug**

3.-7. Stelle: PEPP-Entgelt Bezeichnung aus gültigem Entgeltkatalog, alphanumerisch

*Zusatzinformation:*

8. Stelle: 0 reserviert

N142 **Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 4 [Ergänzende Tagesentgelte]**

**Entgeltbezug**

3. -8. Stelle: Orientierung bei der Entgeltvergabe an Bezeichnung Katalog, alphanumerisch (z.B. ET0101)

**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

N202 N204a 3.-4. Stelle CT Zusatzentgelt für Testung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG)
5.-8. Stelle:
- 9994 Testungen im Pool mit insgesamt mehr als vier Proben und höchstens 10 Proben
- N224b 9995 Testungen im Pool mit insgesamt mehr als zehn Proben und höchstens 20 Proben
- 9996 Testungen im Pool mit insgesamt mehr als 20 Proben
- N213 9997 Testung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG) – zur patientennahen Anwendung durch Dritte als PoC Antigentest
- N213 9998 Testung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG) – mittels Labordiagnostik als Antigentest
- 9999. Testung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG)

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

3. Stelle: 1 Tagesbezogene Zuschläge
4.-8. Stelle:
- 00000 Zuschlag Begleitperson [§ 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 1. HS BPflV]
- 00001 Zuschlag Mitaufnahme Pflegekraft [§ 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 2. HS BPflV]
- 00002 Investitionszuschlag bis 2014 [§8 Abs. 3 BPflV]

3. Stelle: 2 Fallbezogene Zuschläge
4.-8. Stelle:
- 00000 Ausbildungszuschlag [§17a Abs. 6 KHG]
- 00001 Zuschlag Teilnahme an der regionalen Versorgungsverpflichtung
- 00002 reserviert
- 00003 Zuschlag Qualitätssicherung [§17b Abs. 1 Satz 5 KHG]
- 00004 Zuschlag Sicherstellung [§17b Abs. 1 Sätze 6-9 KHG]
- 00005 DRG-Systemzuschlag [§17b Abs. 5 KHG]
- 00006 Systemzuschlag Gemeinsamer Bundesausschuss [§ 91 Abs. 3 Satz 1 SGB V i.V.m. §139 c Satz 1 SGB V]
- 00008 Telematikzuschlag [§ 291a Abs. 7a SGB V]
- N171a 00009 Zuschlag für die Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen [§ 17b Absatz 1a Nummer 4 KHG]
- 00010 Ausbildungszuschlag nach § 33 Abs. 3 Satz 1 PflBG

| | | | |
|---|---|---|---|
| N193 | | | 00011 kombinierter Ausbildungszuschlag nach §§ 17a Abs. 6 bzw. 9 KHG und 33 Abs. 3 Satz PflBG |
| N201 | | | 00012 Zuschlag für nachträglichen pauschalen und abschließenden Ausgleich etwaiger nicht refinanzierter Tarifsteigerungen im Bereich des Pflegepersonals nach § 8 Abs. 7 BPflV |
| N201 N204a | | | 00013 Zuschlag gem. §5 Abs. 3i KHEntgG zur Vergütung von Mehrkosten aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 |
| N203a N204a | | | 00014 Zuschlag gem. §5 Abs. 3i KHEntgG zur Vergütung von Mehrkosten aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 Vergütung der höheren Aufwendungen der Krankenhäuser bei der Materialbeschaffung bei Nachweis einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 (100,- Euro) |
| N212a | 3. Stelle | 4 | Prozentuale Zuschläge – nur Leistungsbereich D* (STÄB) [4] |
| N212a | | 4.-8.Stelle: | CORON Zuschlag für den Ausgleich eines aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandenen Erlösrückgangs (prozentual, Corona-Ausgleichsvereinbarung) |
| N224b | | | AUSGL Zuschlag zur Durchführung von Abschlagszahlungen vor 2022 (prozentual, COVID-19-Abschlagszahlungsvereinbarung nach § 6 KHWiSichV) |
| N224b | | | AUS22 Zuschlag zur Durchführung von Abschlagszahlungen 2022 (prozentual, COVID-19-Abschlagszahlungsvereinbarung nach § 6 KHWiSichV |
| N212c | | 4.-8. Stelle: | EA000 Erwachsene, Arzt<br>EP000 Erwachsene, Psychologe<br>ES000 Erwachsene, Spezialtherapeut<br>KA000 Kinder und Jugendliche, Arzt<br>KP000 Kinder und Jugendliche, Psychologe |
| N191a N191a | | | KF000 Kinder und Jugendliche, pädagogisch-pflegerische Fachperson |

**Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 7 [Abschläge u.a. gemäß KHG]**
**Entgeltbezug**

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 3. Stelle: | 1 | Tagesbezogene Abschläge |
| | | 4.-8. Stelle: | 00000ff. |
| | 3. Stelle: | 2 | Fallbezogene Abschläge |
| | | 4.-8. Stelle: | 00000 Korrektur Ausbildungszuschlag |
| | | | 00001 Abschlag Nichtteilnahme Qualitätssicherung [§ 8 Abs. 4 BPflV] |
| | | | 00002 Abschlag für Nichtbeteiligung an der Notfallversorgung [§17b Abs. 1 Satz 4 KHG] |
| N222b | | | 00008 Telematikabschlag [§ 377 Abs. 1 und 2 SGB V] (für Korrekturen) |
| N242a | | | 00048 Abschlag bei Nichtlieferung von Unterlagen und Daten für die Budgetverhandlungen (§ 11 Abs. 4 Satz 6 KHEntgG - fallbezogen) |

[4] Diese Zuschläge werden für den Behandlungsbereich „D“ vergeben (D64*). Der prozentuale Wert ist auf alle Entgelte der Rechnung ohne andere Zu- und Abschläge [abzüglich [X[6,7]XXXXXX]) zu beziehen.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 3. Stelle: | 2 | | Prozentuale Abschläge |
| N223 | | 4.-8. Stelle | CORON | Abschlag für den Ausgleich eines aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandenen Erlösanstiegs (prozentual, Corona-Ausgleichsvereinbarung) |

N142 N161 **Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 8 [krankenhausindividuell vereinbarte PEPP-Entgelte] Entgeltbezug**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 3. Stelle: | 0 | | Tagesbezogene Entgelte, fortlaufende Vergabe |
| | | 4.-8. Stelle: | 0000ff. | |
| N221 | | | A8000002 | Mehraufwendungen bei der Behandlung von mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patienten in Verbindung mit Pauschalbetrag 3 |
| | 3.-7. Stelle: | PEPP-Entgelt | | Bezeichnung aus gültigem Entgeltkatalog, alphanumerisch (Anlage 1b oder 2b) |
| | | 8. Stelle | 1 | Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 1 |
| | | | 2 | Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 2 |
| | | | 3.-8 | Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklassen 3-8 |
| | | | 9 | Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 9 |
| | | | A | Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 10 |
| | | | B | Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 11 |
| | | | … | fortlaufend durch Nutzung aller Buchstaben |
| | | | Z | Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 35 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 3. Stelle: | 8 | | Fallbezogene Entgelte [E3.1.] |
| N162a N142 | | 4.-8. Stelle: | 00000ff. | bundesweite Vergabe anhand PEPP-Entgeltkatalog (Anlage 1b oder 2b), ansonsten fortlaufende Vergabe |
| | 3. Stelle: | 9 | | Zeitraumbezogene Entgelte |
| N142 N162a | | 4.-8. Stelle: | 00000ff. | bundesweite Vergabe anhand PEPP-Entgeltkatalog (Anlage 1b oder 2b), ansonsten fortlaufende Vergabe |

**Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 9 [krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte] Entgeltbezug**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3. Stelle: | 1 | | Tagesbezogene Zusatzentgelte |
| 4.-8. Stelle: | 00000ff. | | |
| 3. Stelle: | 2 | | Fallbezogene Zusatzentgelte |
| 4.-8. Stelle: | 00000ff. | | |
| 3. Stelle: | 3 | | Zeitraumbezogene Zusatzentgelte |
| 4.-8. Stelle: | 00000ff. | | |

**Zusatzschlüssel für Entgeltbereich A [Entgelte für Modellvorhaben] Entgeltbezug**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 3. Stelle: | 0 | | reserviert |
| | | 4.-8. Stelle: | | 00000ff.[5] |
| | | | 99999 | intern reserviert (BEW-Modellvorhaben) |
| N151b | | | ZZZZT | Teilzahlungsentgelt Modellvorhaben |
| | | | ZZZZK | Teilzahlungskorrektur Modellvorhaben |
| | 3.-7. Stelle | PEPP Entgelt[6] | | Bezeichnung aus gültigem Entgeltkatalog, alphanumerisch (Anlage 1a und 2a PEPP-Entgeltkatalog) |
| N162a | | | | |
| N142 | | 8. Stelle | 1 | Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 1 (oder Entgelt ohne Vergütungsstufe) |
| | | | 2 | Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 2 |
| | | | 3-8 | Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß der Vergütungsklassen 3-8 |
| | | | 9 | Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 9 |
| | | | A | Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 10 |
| | | | B | Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 11 |
| | | | … | fortlaufend durch Nutzung aller Buchstaben |
| | | | Z | Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 35 |
| N151a | 3.- 8. Stelle[7] | Ergänzende Tagesentgelte | | Orientierung bei der Entgeltvergabe an Bezeichnung Katalog, alphanumerisch (z.B. ET0101) |
| | 8[8] | Zuschläge für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V) | | |
| | | 4. Stelle | 0 | Variabler Zuschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V) |
| | | | 5.-8. Stelle | 0000ff. |
| | | | 1 | Fester Zuschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben(§64b Abs. 1 SGB V) |
| | | | 5.-8. Stelle | 0000ff. |
| N151a | 9[9] | Abschläge für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V) | | |
| | | 4. Stelle | 0 | Variabler Abschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V) |
| N162a | | | 5.-8. Stelle | 0000ff. |
| N142 | | | 1 | Fester Abschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V) |
| | | | 5.-8. Stelle | 0000ff. |

N161a

N151a

[5] PEPP-Entgelte der Anlage 1b und 2b (unbewertet) werden hier fortlaufend nummeriert nach Antrag unter www.gkv-clavisdb.de vergeben (Bezeichnung enthält als Klammerwert die jeweilige PEPP)
[6] Nur für den voll- bzw. teilstationären Behandlungsbereich (1. Stelle des Entgeltartenschlüssels = A oder B)
[7] nur für den stationären Behandlungsbereich (1. Stelle des Entgeltartenschlüssels = C)
[8] nur für den stationären Behandlungsbereich (1. Stelle des Entgeltartenschlüssels = C)
[9] nur für den stationären Behandlungsbereich (1. Stelle des Entgeltartenschlüssels = C)

**Zusatzschlüssel für Entgeltbereich B [Entgelte für regionale und strukturelle Besonderheiten (RSB) nach § 7 Satz 1 Nr. 4 2. HS BPflVB]**
**Entgeltbezug**

N212d

3. Stelle: 1 Tagesbezogenes Entgelt
4. Stelle 1 Therapie
2 Diagnostik
3 Infrastruktur
4 Sonstiges
5.-8. Stelle 0000ff.

N172b N212d

3. Stelle: 2 Fallbezogenes Entgelt

4. Stelle 1 Therapie
2 Diagnostik
3 Infrastruktur
4 Sonstiges
5.-8. Stelle 0000ff.

3. Stelle: 3 Zeitraumbezogenes Entgelt

4. Stelle 1 Therapie
2 Diagnostik
3 Infrastruktur
4 Sonstiges
5.-8. Stelle 0000ff.

3. Stelle: 4 Zuschläge tagesbezogenes Entgelt

4. Stelle 1 Therapie
2 Diagnostik
3 Infrastruktur
4 Sonstiges
5.-8. Stelle 0000ff.

3. Stelle: 5 Zuschläge fallbezogenes Entgelt

4. Stelle 1 Therapie
2 Diagnostik
3 Infrastruktur
4 Sonstiges
5.-8. Stelle 0000ff.

3. Stelle: 6 Zuschläge zeitraumbezogenes Entgelt

4. Stelle 1 Therapie
2 Diagnostik
3 Infrastruktur
4 Sonstiges
5.-8. Stelle 0000ff.

3. Stelle: 7 sonstige Zuschläge

4. Stelle 1 Therapie

2 Diagnostik
3 Infrastruktur
4 Sonstiges
5.-8. Stelle 0000ff.

**Zusatzschlüssel für Entgeltbereich C [NUB-Entgelte]**
**Entgeltbezug**

3. Stelle: 0 reserviert
4.-8. Stelle: 00000ff.

**Zusatzschlüssel für Entgeltbereich D [Teilzahlungsentgelte]**
**Entgeltbezug**

3. Stelle: 1 Tagesbezogenes Entgelt
4.-8. Stelle: 00001 Teilzahlungsentgelt
00002 Teilzahlungskorrektur

**Zusatzschlüssel für Entgeltbereich E [Belegpatienten]**
**Entgeltbezug**

3. Stelle: 1 Tagesbezogenes Entgelt
4.-8. Stelle: 00000ff.

3. Stelle: 2 Fallbezogenes Entgelt
4.-8. Stelle: 00000ff.

3. Stelle: 3 Zeitraumbezogenes Entgelt
4.-8. Stelle: 00000ff.

N172b **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

N224c **Zusatzschlüssel für Entgeltbereich U (Übergangspflege):**[10]

3. Stelle 1 Tagesbezogenes Entgelt

[10] Zusätzlich zu diesen Entgeltschlüsseln sind Entgelte beginnend mit C5/C9 in der Abrechnung möglich

4.-8. Stelle 00001 Vergütung je Tag, undifferenziert
00002ff. Vergütung je Tag, weitere Differenzierung

N224c **Für den Behandlungsbereich C finden derzeit die Entgeltbereiche V und N wie folgt Anwendung:**

**Zusatzschlüssel für Entgeltbereich V [vorstationär]**
**Entgeltbezug**

3. Stelle: 0 reserviert
4.-8. Stelle
92900 Fallbezogene Pauschale Allgemeine Psychiatrie
93000 Fallbezogene Pauschale Kinder- und Jugendpsychiatrie
93100 Fallbezogene Pauschale Psychosomatik/Psychotherapie
20001 Anwendung von Arzneimitteln mit monoklonalen Antikörpern gemäß § 2 Abs. 2 Punkt 1 MAKV (450 bzw. 360 Euro)
N223
20002 Anwendung von Arzneimitteln mit monoklonalen Antikörpern gemäß § 4 Abs. 2 MAKV (40 Euro)
20003 Anwendung von Arzneimitteln mit monoklonalen Antikörpern gemäß § 2 Abs. 2 Punkt 2 MAKV bei nicht mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen oder Patienten, die einem erhöhten Risiko eines schweren Verlaufs bei einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 ausgesetzt sind (150 Euro)
20004 Anwendung von Arzneimitteln mit monoklonalen Antikörpern gemäß § 4 Abs. 2a MAKV bei Abholung (40 Euro)
20005 Zuschlag gemäß § 2 Absatz 2 Punkt 2 MAKV bei Besuch der Patientin oder des Patienten in der eigenen Häuslichkeit oder in beschützenden Wohnheimen, Einrichtungen oder Pflege- oder Altenheimen (60 Euro, nur in Verbindung mit Entgeltart CV020003)
N224a
0XXXX Einzelleistungsvergütung med.-techn. Großgeräte (nach DKG-NT I / BG-T-Ziffern), siehe Anhang B Teil III
80010 Vergütung für Leistungen nach Maßgabe des § 5 der Allgemeinen Tarifbestimmungen des DKG-NT/BG-T (z. B. Kontrastmittel) nach Einstandspreis, siehe Anhang B
N142

**Zusatzschlüssel für Entgeltbereich N [nachstationär]**
**Entgeltbezug**

3. Stelle: 0 reserviert
4.-8. Stelle
92900 Tagesbezogene Pauschale Allgemeine Psychiatrie
93000 Tagesbezogene Pauschale Kinder- und Jugendpsychiatrie
93100 Tagesbezogene Pauschale Psychosomatik/Psychotherapie
0XXXX Einzelleistungsvergütung med.-techn. Großgeräte (nach DKG-NT I / BG-T-Ziffern), siehe Anhang B Teil III
N142
80010 Vergütung für Leistungen nach Maßgabe des § 5 der Allgemeinen Tarifbestimmungen des DKG-NT/BG-T (z. B. Kontrastmittel) nach Einstandspreis, siehe Anhang B

***Hinweis***:
Der Entgeltbereich A (§ 64b Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen) ist mit der Maßgabe anzuwenden, dass dieser Entgeltbereich für Krankenhäuser gilt, die Modellvorhaben gemäß § 64b SGB V neu vereinbaren, unabhängig davon, ob sie bereits das neue Vergütungssystem nach §17d KHG anwenden. Bereits vereinbarte Modellvorhaben gemäß § 63 SGB V bzw. §

24 BPflV (alt) sind hiervon nicht betroffen.
Bei den Entgeltschlüsseln im Entgeltbereich 1, in denen der Katalog keine weitere Unterscheidung anhand von Vergütungsklassen vorsieht, ist immer die Zusatzinformation 1 an der 8. Stelle zu verwenden.

**Matrix zu Schlüssel 4 – Entgeltarten Teil III: Entgeltarten BPflV (bei Anwendung §17d)**

N212 Stand 4.3.2021

| 1. Stelle | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | | T tagesbezogen<br>F fallbezogen<br>Z zeitraumbezogen | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **A**<br>Vollstationärer Behandlungsbereich | 1 | PEPP | | | | | 1-Z[1]<br>Vergütungsklasse | | Bewertetes Entgelt nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog (§ 7 Satz 1 Nr. 1 BPflV | |
| | 2 | | | | | | 0 | | Zuschlag nach Überschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten (§ 7 Satz 1 Nr. 1 BPflV) | |
| | 3 | | | | | | | | Abschlag nach Unterschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten (§ 7 Satz 1 Nr. 1 BPflV) | |
| | 6 | 1 | 00000ff. | | | | | **T** | Tagesbezogene Zuschläge | Zuschläge |
| | | 2 | 00000ff. | | | | | **F** | Fallbezogene Zuschläge | |
| | | 3 | 00000ff. | | | | | **F** | Sonstige Zuschläge | |
| | | 4 | 00000ff. | | | | | | Prozentuale Zuschläge | |
| | 7 | 1 | 00000ff. | | | | | **T** | Tagesbezogene Abschläge | Abschläge |
| | | 2 | 00000ff. | | | | | **F** | Fallbezogene Abschläge | |
| | | 3 | 00000ff. | | | | | **F** | Sonstige Abschläge | |
| | 8 | 0 | 00000ff. | | | | | **T** | Entgelt für krankenhausindividuell vereinbarte Leistungen, tagesbezogen (§ 6 Abs. 1 BPflV) | |
| | | PEPP-Entgelt | | | | | 1-Z<br>Vergütungsklasse | **F** | Krankenhausindividuell vereinbarte PEPP-Entgelte | |
| | | 8 | 00000ff. | | | | | **F** | Entgelt für krankenhausindividuell vereinbarte Leistungen, fallbezogen (§ 6 Abs. 1 BPflV) | |
| *oder* | | 9 | 00000ff. | | | | | **Z** | Entgelt für krankenhausindividuell vereinbarte Leistungen, zeitraumbezogen (§ 6 Abs. 1 BPflV) | |
| **B** | | 0 | 00000ff. | | | | | | Individuelle Modellentgelte | Modellvorhaben |
| | | | 99999 | | | | | | intern reserviert (BEW-Modellvorhaben) | |

| 1. Stelle | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | T tagesbezogen<br>F fallbezogen<br>Z zeitraumbezogen | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Teilstationärer Behandlungsbereich | A | | ZZZZT | | | | | | Teilzahlungsentgelt Modellvorhaben | |
| | | | ZZZZK | | | | | | Teilzahlungskorrektur Modellvorhaben | |
| | | 8 | 0 | 0000ff. | | | | | Zuschläge Modellvorhaben, var. Zuschlag | |
| | | | 1 | | | | | | Zuschläge Modellvorhaben, fester Zuschlag | |
| | | 9 | 0 | 0000ff. | | | | | Abschläge Modellvorhaben, var. Abschlag | |
| | | | 1 | | | | | | Abschläge bei Modellvorhaben, fester Abschlag | |
| | | PEPP-Entgelt | | | | | 1-Z[1] Vergütungsklasse | | Entgelt nach PEPP-Entgeltkatalog in Modellvorhaben | |
| | B | 1 | 00000ff. | | | | | T | Entgelt für besondere Einrichtung (§ 17d Abs. 2 Satz 3 BPflV), tagesbezogen (§ 6 Abs. 1 BPflV, ab 2017) | Besondere Einrichtungen |
| | | 2 | 00000ff. | | | | | F | Entgelt für besondere Einrichtung (§ 17d Abs. 2 Satz 3 BPflV), fallbezogen (§ 6 Abs. 1 BPflV, ab 2017) | |
| | | 3 | 00000ff. | | | | | Z | Entgelt für besondere Einrichtung (§ 17d Abs. 2 Satz 3 BPflV), zeitraumbezogen (§ 6 Abs. 1 BPflV, ab 2017) | |
| | C | 0 | 00000ff. | | | | | | NUB-Entgelte | NUB |
| | D | 1 | 00001 | | | | | T | Teilzahlung (§ 11 Abs. 1 Satz 3 BPflV) | Teilzahlungsentgelte |
| | | | 00002 | | | | | T | Teilzahlungskorrektur (§ 11 Abs. 1 Satz 3 BPflV) | |
| | E | 1 | 00000ff. | | | | | T | Entgelt für Belegpatienten, tagesbezogen (§ 8 Abs. 3 Satz 6 BPflV) | Beleg-patienten |
| | | 2 | 00000ff. | | | | | F | Entgelt für Belegpatienten, fallbezogen (§ 8 Abs. 3 Satz 6 BPflV) | |
| | | 3 | 00000ff. | | | | | Z | Entgelt Belegpatienten, zeitraumbezogen (§ 8 Abs. 3 Satz 6 BPflV) | |
| | F | 1 | 1-6 | 1-Z | 000ff. | | | | Entgelt für integrierte Versorgung | Integrierte Versorgung |

| 1. Stelle | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | **T** tagesbezogen<br>**F** fallbezogen<br>**Z** zeitraumbezogen | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 2 | 1-6 | 1-Z | 000ff. | | | | Abschlag für integrierte Versorgung | |
| | 10000000 | | | | | | | | reserviert | |
| **C**<br>Stationärer Behandlungsbereich | 4 | ET0101ff. | | | | | | | Ergänzende Tagesentgelte | |
| | 5 | Z | 0000ff. | | | | 0 | | Zusatzentgelte nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog (§ 7 Satz 1 Nr. 2 BPflV) | Zusatzentgelt für Testung des Corona-virus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG) |
| | | C | T9998 | | | | | | Testung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG) als Antigentest | |
| | | | T9999 | | | | | | Testung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG) | |
| | 9 | 1 | 00000ff. | | | | | **T** | Krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte, tagesbezogen (§ 6 Abs. 1 BPflV) | KH-ind. Zusatz-entgelte |
| | | 2 | 00000ff. | | | | | **F** | Krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte, fallbezogen (§ 6 Abs. 1 BPflV) | |
| | | 3 | 00000ff. | | | | | **Z** | Krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte, zeitraumbezogen (§ 6 Abs. 1 BPflV) | |
| | A | 0 | 00000ff. | | | | | | Individuelle Modellentgelte | Modell-vorhaben |
| | | | 99999 | | | | | | Intern reserviert (BEW-Modellvorhaben) | |
| | | | ET0101ff. (Modelle) | | | | | | Ergänzende Tagesentgelte (Modellvorhaben | |
| | | 8 | 0 | 0000ff. | | | | | Variabler Zuschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§ 64b Abs. 1 SGB V) | |
| | | | 1 | 0000ff. | | | | | Fester Zuschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§ 64b Abs. 1 SGB V) | |
| | | 9 | 0 | 0000ff. | | | | | Variabler Abschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§ 64b Abs. 1 SGB V) | |
| | | | 1 | 0000ff. | | | | | Fester Abschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben, (§ 64b Abs. 1 SGB V) | |
| | C | 0 | 00000ff. | | | | | | NUB-Zusatzentgelte | NUB |

| 1. Stelle | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | T tagesbezogen<br>F fallbezogen<br>Z zeitraumbezogen | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | F | 1 | 1-6 | 1-Z | 000ff. | | | | Entgelt für integrierte Versorgung | Integrierte Versorgung |
| | | 2 | 1-6 | 1-Z | 000ff. | | | | Abschlag für integrierte Versorgung | |
| | N | 0 | 92900 | | | | | T | Entgelte für nachstationäre Behandlung, tagesbezogen | Nachstationär |
| | | | 93000 | | | | | | | |
| | | | 931000 | | | | | | | |
| | | | 0XXXX | | | | | | Einzelleistungsvergütung med.-techn. Großgeräte | |
| | V | | 92900 | | | | | F | Entgelte für vorstationäre Behandlung, fallbezogen | Vorstationär |
| | | | 93000 | | | | | | | |
| | | | 93100 | | | | | | | |
| | | | 0XXXX | | | | | | Einzelleistungsvergütung med.-techn. Großgeräte | |
| | 6 | 1 | 00000ff. | | | | | T | Tagesbezogene Zuschläge | Zuschläge |
| | | 2 | 00000ff. | | | | | F | Fallbezogene Zuschläge | |
| | | 3 | 00000ff. | | | | | F | Sonstige Zuschläge | |
| | | | 00001 | | | | | F | Zuschlag-Aufwandspauschale bei erfolgloser MDK-Prüfung | |
| | | 4 | 00000ff. | | | | | F | Prozentuale Zuschläge | |
| | | | EA000 | | | | | F | Zuschlag Erwachsene, Arzt | |
| | | | EP000 | | | | | F | Zuschlag Erwachsene, Psychologe | |
| | | | ES000 | | | | | F | Zuschlag Erwachsene, Spezialtherapeut | |
| | | | KA000 | | | | | F | Zuschlag Kinder und Jugendliche, Arzt | |
| | | | KF000 | | | | | F | Zuschlag Kinder und Jugendliche, pädagogisch-pflegerische Fachperson | |
| | | | KP000 | | | | | F | Zuschlag Kinder und Jugendliche, Psychologe | |
| | 7 | 3 | 00008 | | | | | F | Abschlag- Fortsetzungspauschale PrüfvV (BPflV_neu) | PrüfvV |
| | D | 1 | 00001 | | | | | T | Teilzahlungsentgelt (stationsäquivalente Behandlungsfälle) | Teilzahlung |
| | | | 00002 | | | | | T | Teilzahlungskorrektur (stationsäquivalente Behandlungsfälle) | |
| | G | 1 | 00000ff | | | | | T | Entgelt für krankenhausindividuell vereinbarte Leistungen, tagesbezogen | |

| 1. Stelle | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | T tagesbezogen<br>F fallbezogen<br>Z zeitraumbezogen | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **D**<br>Stationsäquivalenter Behandlungsbereich | | | PEPP-Entgelt | | | | | **T** | Bewertete PEPP-Entgelte nach Anlage 6a PEPPV, tagesbezogen | |
| | | 2 | 00000ff | | | | | **F** | Entgelt für krankenhausindividuell vereinbarte Leistungen fallbezogen | |
| | | | PEPP-Entgelt | | | | | **F** | Bewertete PEPP-Entgelte nach Anlage 6a PEPPV fallbezogen | |
| | | 3 | 00000ff | | | | | **Z** | Entgelt für krankenhausindividuell vereinbarte Leistungen, zeitraumbezogen | |
| | | | PEPP Entgelt | | | | | **Z** | Bewertete PEPP-Entgelte nach Anlage 6a PEPPV, zeitraumbezogen | |
| | H | 1 | 00000ff | | | | | **T** | Entgelt für krankenhausindividuell vereinbarte Leistungen, tagesbezogen | Anlage 6b, tagesbezogen |
| | | | E0P00 | | | | | **T** | Behandlung bei Erwachsenen, Sachkosten-/Strukturpauschale für SGB V & sonstige nichttherapeutische Basiskosten Je Tag (QA80Z) | |
| | | | EAP01 | | | | | **T** | Behandlung bei Erwachsenen, Arzt, tagesbezogene Pauschale | |
| | | | EPP01 | | | | | **T** | Behandlung bei Erwachsenen, Psychologe, tagesbezogene Pauschale | |
| | | | ESP01 | | | | | **T** | Behandlung bei Erwachsenen, Spezialtherapeut, tagesbezogene Pauschale | |
| | | | K0P01 | | | | | **T** | Behandlung bei Kindern und Jugendlichen, Sachkosten-/Strukturpauschale für SGB V & sonstige nichttherapeutische Basiskosten Je Tag (QK80Z) | |
| | | | KAP01 | | | | | **T** | Behandlung bei Kindern und Jugendlichen, Arzt, tagesbezogene Pauschale | |
| | | | KFP01 | | | | | **T** | Behandlung bei Kindern und Jugendlichen, pädagogisch-pflegerische Fachperson, Tagesbezogene Pauschale | |
| | | | KPP01 | | | | | **T** | Behandlung bei Kindern und Jugendlichen, Psychologe, tagesbezogene Pauschale | |
| | | | PEPP-Entgelt | | | | | **T** | unbewertete PEPP-Entgelte nach Anlage 6b PEPPV, tagesbezogen | |
| | | 2 | 00000ff. | | | | | **F** | Entgelt für krankenhausindividuell vereinbarte Leistungen, fallbezogen | Anlage 6b, fallbezogen |
| | | | PEPP-Entgelt | | | | | **F** | unbewertete PEPP-Entgelte nach Anlage 6b PEPPV fallbezogen | |
| | | | 00000ff. | | | | | **Z** | Entgelt für krankenhausindividuell vereinbarte Leistungen zeitraumbezogen | |
| | | | EA001ff. | | | | | **Z** | Behandlung bei Erwachsenen, Arzt, Therapiezeit | |
| | | | EAF00ff. | | | | | **Z** | Behandlung bei Erwachsenen, Arzt, Fahrzeit | |
| | | | EAP01 | | | | | **Z** | Behandlung bei Erwachsenen, Arzt, Kontaktbezogene Pauschale | |
| | | | EF001ff. | | | | | **Z** | Behandlung bei Erwachsenen, Pflegefachperson, Therapiezeit | |
| | | | EP001ff. | | | | | **Z** | Behandlung bei Erwachsenen, Psychologe, Therapiezeit | |
| | | | EPF00ff | | | | | **Z** | Behandlung bei Erwachsenen, Psychologe, Fahrzeit | |
| | | | EPP01 | | | | | **Z** | Behandlung bei Erwachsenen, Psychologe, kontaktbezogene Pauschale | |
| | | | ES001ff. | | | | | **Z** | Behandlung bei Erwachsenen, Spezialtherapeut, Therapiezeit | |
| | | | ESF00ff. | | | | | **Z** | Behandlung bei Erwachsenen, Spezialtherapeut, Fahrzeit | |

| 1. Stelle | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | T tagesbezogen<br>F fallbezogen<br>Z zeitraumbezogen | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | ESP01 | | | | | Z | Behandlung bei Erwachsenen, Spezialtherapeut, kontaktbezogene Pauschale | |
| | | | KA001ff. | | | | | Z | Behandlung bei Kindern und Jugendlichen, Arzt, Therapiezeit | |
| | | | KAF00ff. | | | | | Z | Behandlung bei Kindern und Jugendlichen, Arzt, Fahrzeit | |
| | | | KAP01 | | | | | Z | Behandlung bei Kindern und Jugendlichen, Arzt, kontaktbezogene Pauschale | |
| | | | KF001ff. | | | | | Z | Behandlung bei Kindern und Jugendlichen, pädagogisch-pflegerische Fachperson, Therapiezeit | |
| | | | KFF00ff. | | | | | Z | Behandlung bei Kindern und Jugendlichen, pädagogisch-pflegerische Fachperson, Fahrzeit | |
| | | | KFP01 | | | | | Z | Behandlung bei Kindern und Jugendlichen, pädagogisch-pflegerische Fachperson, Kontaktbezogene Pauschale | |
| | | | KP001ff. | | | | | Z | Behandlung bei Kindern und Jugendlichen, Psychologe, Therapiezeit | |
| | | | KPF00ff. | | | | | Z | Behandlung bei Kindern und Jugendlichen, Psychologe, Fahrzeit | |
| | | | KPP01 | | | | | Z | Behandlung bei Kindern und Jugendlichen, Psychologe, kontaktbezogene Pauschale | |
| | | | KS001ff. | | | | | Z | Behandlung bei Kindern und Jugendlichen, Spezialtherapeut, Therapiezeit | |
| | | | KSF00ff. | | | | | Z | Behandlung bei Kindern und Jugendlichen, Spezialtherapeut, Fahrzeitzeit | Anlage 6b, zeitraumbezogen |
| | | 3 | KSP01 | | | | | Z | Behandlung bei Kindern und Jugendlichen, Spezialtherapeut, kontaktbezogene Pauschale | |
| | | | PEPP-Entgelt | | | | | Z | Unbewertete PEPP-Entgelte nach Anlage 6b PEPPV, zeitraumbezogen | |

[1] bei fehlender Unterscheidung von Vergütungsklassen immer „1"

**Schlüssel 5: Entlassungs-/Verlegungsgrund**

1. und 2. Stelle:

| | |
|---|---|
| 01 | Behandlung regulär beendet |
| 02 | Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen |
| 03 | Behandlung aus sonstigen Gründen beendet |
| 04 | Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet |
| 05 | Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers |
| 06 | Verlegung in ein anderes Krankenhaus |
| 07 | Tod |
| 08 | Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung |
| 09 | Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung |
| 10 | Entlassung in eine Pflegeeinrichtung |
| 11 | Entlassung in ein Hospiz |
| 12 | interne Verlegung |
| 13 | externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung |
| 14 | Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen |
| 15 | Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen |
| 16 | externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung |
| 17 | interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG |
| 18 | Rückverlegung |
| 19 | Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung |
| 20 | Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation |
| 21 | Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme |
| 22 | Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung |
| 23 | Beginn eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht (BPflV-Bereich, für verlegende Fachabteilung) ab 1.7.2013 |
| 24 | Beendigung eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht (BPflV-Bereich, für Pseudo-Fachabteilung 0003) ab 1.7.2013 |
| 25 | Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung, PEPP, § 4 PEPPV) |
| 26 | Beginn eines Zeitraumes ohne direkten Patientenkontakt (stationsäquivalente Behandlung) |
| 27 | Beendigung eines Zeitraumes ohne direkten Patientenkontakt (stationsäquivalente Behandlung – für Pseudofachabteilung 0004) |
| 30 | Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege |
| 31 | Beginn eines externen Aufenthalts (tagesstationäre Behandlung) |
| 32 | Reguläre Beendigung eines externen Aufenthalts bei tagesstationärer Behandlung |
| 33 | Ungeplante Beendigung eines externen Aufenthalts bei tagesstationärer Behandlung - Notfall |
| 34 | Ungeplante Beendigung eines externen Aufenthalts bei tagesstationärer Behandlung – medizinischer Behandlungsbedarf |
| 35 | Ungeplante Beendigung eines externen Aufenthalts bei tagesstationärer Behandlung – Wunsch des Patienten |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 3. Stelle: | 3 | arbeitsfähig: keine Angabe; invasiv beatmet i.S. B-BEP-Abschlagsvereinbarung; keine Verordnung einer Anschlussversorgung zur Beatmungsentwöhnung |
| N215 | | | |
| | | 4 | arbeitsfähig: keine Angabe; invasiv beatmet i.S. B-BEP-Abschlagsvereinbarung; Verordnung einer Anschlussversorgung zur Beatmungsentwöhnung |
| N215 | | 5 | arbeitsfähig: keine Angabe; invasiv beatmet; B-BEP-Abschlagsvereinbarung nicht anwendbar; keine Verordnung |
| | | 6 | arbeitsfähig: keine Angabe; invasiv beatmet; Anwendung §3 Abs. 6 FPV |
| | | 9 | keine Angabe |

***Hinweis**:*

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

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

N172b Für den Bereich der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (Aufnahmegrund `10`) gelten auch die Schlüssel 21x/22x (siehe Anlage 5 Textziffern 1.4.11).

N193 N215 Durch die Angabe eines Entlassungs-/Verlegungsgrundes (1. und 2. Stelle Ausprägung 01 bis 04 oder 09-11) in Verbindung mit der 3. Stelle (Ausprägung 3-5) dokumentiert das Krankenhaus den Status zur Beatmung bei Entlassung und die formlose Verordnung gemäß § 3 Abs. 7 der B-BEP-

N201 Abschlagsvereinbarung. Eine Angabe arbeitsfähig/arbeitsunfähig erfolgt nicht. Im Falle einer Verlegung in eine Weaningeinheit gemäß §3 Abs. 6 FPV ist die Verlegung eines invasiv beatmeten Patienten mit Verlegungsgrund 1.-2.Stelle 06 und an dritter Stelle 6 anzugeben.

N215

## Schlüssel 6: Fachabteilungen (BPflV)

### Fachabteilungen gemäß Anhang 1 der BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

| | | |
|---|---|---|
| 1. bis 4. Stelle: | 0100 | Innere Medizin |
| | 0200 | Geriatrie |
| | 0300 | Kardiologie |
| | 0400 | Nephrologie |
| | 0500 | Hämatologie und internistische Onkologie |
| | 0600 | Endokrinologie |
| | 0700 | Gastroenterologie |
| | 0800 | Pneumologie |
| | 0900 | Rheumatologie |
| | 1000 | Pädiatrie |
| | 1100 | Kinderkardiologie |
| | 1200 | Neonatologie |
| | 1300 | Kinderchirurgie |
| | 1400 | Lungen- und Bronchialheilkunde |
| | 1500 | Allgemeine Chirurgie |
| | 1600 | Unfallchirurgie |
| | 1700 | Neurochirurgie |
| | 1800 | Gefäßchirurgie |
| | 1900 | Plastische Chirurgie |
| | 2000 | Thoraxchirurgie |
| | 2100 | Herzchirurgie |
| | 2200 | Urologie |
| | 2300 | Orthopädie |
| | 2400 | Frauenheilkunde und Geburtshilfe |
| | 2500 | ~~davon~~ Geburtshilfe |
| | 2600 | Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde |
| | 2700 | Augenheilkunde |
| | 2800 | Neurologie |
| | 2900 | Allgemeine Psychiatrie |
| | 3000 | Kinder- und Jugendpsychiatrie |
| | 3100 | Psychosomatik / Psychotherapie |
| | 3200 | Nuklearmedizin |
| | 3300 | Strahlenheilkunde |
| | 3400 | Dermatologie |
| | 3500 | Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie |
| | 3600 | Intensivmedizin |

*Ergänzung:*

| | |
|---|---|
| 2425 | Frauenheilkunde |
| 3700 | Sonstige Fachabteilung |

*Hinweis:*
Der Fachabteilungsschlüssel wird bei Bedarf fortgeschrieben (siehe Anlage 5).

**Fachabteilungen mit Differenzierung nach Schwerpunkten**

Sofern der Krankenhausplan des jeweiligen Landes eine Differenzierung von/nach Schwerpunkten vorsieht und ein entsprechender Schwerpunkt für das Krankenhaus ausgewiesen ist oder eine Differenzierung im Rahmen eines Vertrages nach § 109 SGB V vereinbart wurde, können die Fachabteilungen wie folgt verschlüsselt werden:

| | | |
|---|---|---|
| | 0102 | Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie |
| | 0103 | Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie |
| | 0104 | Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie |
| | 0105 | Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie |
| | 0106 | Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie |
| | 0107 | Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie |
| | 0108 | Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie |
| | 0109 | Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie |
| | 0114 | Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde |
| | 0150 | Innere Medizin/Tumorforschung |
| $N_{243}$ | 0151 | Innere Medizin/Schwerpunkt Koloproktologie |
| | 0152 | Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten |
| | 0153 | Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes |
| $N_{162a}$ | 0154 | Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde |
| $N_{161a}$ | 0156 | Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten |
| | 0224 | Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde |
| | 0260 | Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) |
| | 0261 | Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze) |
| | 0410 | Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie |
| | 0436 | Nephrologie/Intensivmedizin |
| | 0510 | Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie |
| | 0524 | Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde |
| | 0533 | Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde |
| | 0607 | Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie |
| | 0610 | Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie |
| | 0706 | Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie |
| | 0710 | Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie |
| | 0910 | Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie |
| | 1004 | Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie |
| | 1005 | Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie |
| | 1006 | Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie |
| | 1007 | Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie |
| | 1009 | Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie |
| | 1011 | Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie |
| | 1012 | Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie |
| | 1014 | Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde |
| | 1028 | Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie |
| | 1050 | Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin |
| | 1051 | Langzeitbereich Kinder |
| | 1136 | Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin |
| | 1410 | Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie |
| | 1513 | Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie |
| | 1516 | Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie |
| | 1518 | Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie |
| | 1519 | Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie |
| | 1520 | Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie |
| | 1523 | Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie |
| | 1536 | Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3, 2. Halbsatz BPflV in |

| | | |
|---|---|---|
| | | der am 31.12.2003 geltenden Fassung) |
| | 1550 | Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie |
| | 1551 | Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie |
| $N_{243}$ | 1552 | Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Koloproktologie |
| | 2021 | Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie |
| | 2036 | Thoraxchirurgie/Intensivmedizin |
| | 2050 | Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin |
| | 2118 | Herzchirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie |
| | 2120 | Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie |
| | 2136 | Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) |
| | 2150 | Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin |
| | 2309 | Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie |
| | 2315 | Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie |
| | 2316 | Orthopädie und Unfallchirurgie |
| | 2402 | Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie |
| | 2405 | Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie |
| | 2406 | Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie |
| $N_{171a}$ | 2810 | Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie |
| | 2851 | Neurologie/Schwerpunkt Gerontologie |
| $N_{193}$ | 2852 | Neurologie/Schwerpunkt Neurologische Frührehabilitation |
| $N_{161a}$ $N_{162a}$ | 2856 | Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten |
| | 2928 | Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie |
| | 2930 | Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie |
| | 2931 | Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie |
| | 2950 | Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung |
| | 2951 | Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie |
| | 2952 | Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung |
| | 2953 | Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik |
| | 2954 | Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtklinik |
| | 2955 | Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik |
| | 2956 | Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtklinik |
| | 2960 | Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) |
| | 2961 | Allgemeine Psychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze) |
| | 3060 | Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) |
| | 3061 | Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze) |
| | 3110 | Psychosomatik/Psychotherapie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychosomatik |
| | 3160 | Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) |
| | 3161 | Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze) |
| | 3233 | Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde |
| | 3305 | Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie |
| | 3350 | Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie |
| $N_{222a}$ | 3415 | Dermatologie/Chirurgie |
| | 3460 | Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) |
| | 3601 | Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin |
| | 3603 | Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie |
| | 3610 | Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie |
| | 3617 | Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie |
| | 3618 | Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie |
| | 3621 | Intensivmedizin/Herzchirurgie |
| | 3622 | Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie |
| | 3624 | Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe |
| | 3626 | Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde |
| | 3628 | Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie |

| | | |
|---|---|---|
| | 3650 | Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie |
| | 3651 | Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie |
| | 3652 | Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie |
| | 3750 | Angiologie |
| | 3751 | Radiologie |
| | 3752 | Palliativmedizin |
| | 3753 | Schmerztherapie |
| | 3754 | Heiltherapeutische Abteilung |
| | 3755 | Wirbelsäulenchirurgie |
| | 3756 | Suchtmedizin |
| | 3757 | Visceralchirurgie |
| N171a | 3758 | Weaningeinheit |
| | 3759 | Schmerztherapie/Tagesklinik |
| N242a N224b | 3760 | Palliativmedizin Kinder |

**Fachabteilungen ohne Differenzierung nach Schwerpunkten oder mit sonstigen Spezialisierungen**

| | | |
|---|---|---|
| 1. und 2. Stelle: | 1. und 2. Stelle des Fachabteilungsschlüssels (01 bis 37) | |
| 3. und 4. Stelle: | a) | '00' |
| | b) | '90' |
| | c) | '91' |
| | d) | '92' |
| | e) – j) | '93'-'98' |

N162a N161a

*Beispiele:*

| | |
|---|---|
| 0100 | Innere Medizin A |
| 0190 | Innere Medizin B |
| (0191 | Innere Medizin C) |
| (0192 | Innere Medizin D) |
| N162a (0195 | Innere Medizin G) |
| 1500 | Chirurgie I |
| 1590 | Chirurgie II |
| (1591 | Chirurgie III) |
| (1592 | Chirurgie IV) |
| N162a (1597 | Chirurgie IX) |
| 3700 | Sonstige Fachabteilung I |
| 3790 | Sonstige Fachabteilung II |
| (3791 | Sonstige Fachabteilung III) |
| (3792 | Sonstige Fachabteilung IV) |
| N162a (3797 | Sonstige Fachabteilung IX) |

*Hinweis:*

N162a Zusätzlich zu *'00'* kann in der 3. und 4. Stelle *'90'* bis *'98'* individuell genutzt werden, um spezialisierte Fachabteilungen zu verschlüsseln, für die kein bundeseinheitlicher Fachabteilungsschlüssel vorgesehen ist.

Bei dieser Differenzierung von Fachabteilungen kommt es im Rahmen der Datenübermittlung nicht auf die exakte Benennung der Spezialisierung oder des Schwerpunktes der Fachabteilung an. Voraussetzung für das Verfahren ist, dass die Vertragsparteien im Rahmen der Pflegesatzvereinbarung gemeinsam die oben beschriebene Festlegung der Fachabteilungsschlüssel vornehmen.

**Fachabteilungsschlüssel, bei denen nach BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung 50 % APS-intensiv abgerechnet werden kann und deren Abteilungspflegesätze bei gleichzeitiger Abrechnung eines Sonderentgeltes nicht um 20 % zu ermäßigen sind:**

| | |
|---|---|
| 0436 | Nephrologie/Intensivmedizin |
| 1136 | Kinderkardiologie/Intensivmedizin |
| 1536 | Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) |
| 2021 | Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie |
| 2036 | Thoraxchirurgie/Intensivmedizin |
| 2050 | Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin |
| 2120 | Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie |
| 2136 | Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) |
| 2150 | Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin |
| 36xx | Intensivmedizin |

Na

**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 Wiederaufnahme und/oder ab 1.7.2013 bei externem Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht (siehe Anlage 5) |
| 0001 | Pseudo-Fachabteilung für den Aufenthalt bei Rückverlegung |
| 0002 | Pseudo-Fachabteilung für den externen Aufenthalt bei Wiederaufnahme (siehe Anlage 5, Abschnitt 1.4.4 und 1.4.5, nur Verwendung in ENTL.ETL) |
| 0003 | Pseudo-Fachabteilung für den externen Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht im BPflV-Bereich (ab 1.7.2013) |
| N172b N233b2b 0004 | Pseudofachabteilung für Zeitraum ohne direkten Patientenkontakt (bei stationsäquivalenter Behandlung) |
| 0005 | reserviert |
| 0006 | Pseudo-Fachabteilung für Rückkehr in das Krankenhaus bei tagesstationärer Behandlung |

*Hinweis:*

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

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

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

N172b 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 |

**Schlüssel 7: Internationales Länderkennzeichen**

(alphabetische Verschlüsselung mit dem Internationalen KfZ-Länderschlüssel)

| | |
|---|---|
| ET | Ägypten |
| ETH | Äthiopien |
| AFG | Afghanistan |
| AL | Albanien |
| DZ | Algerien |
| AND | Andorra |
| ANG | Angola |
| *AB* | *Antigua und Babuda* |
| RA | Argentinien |
| AR | Armenien |
| AZ | Aserbaidschan |
| AUS | Australien |
| | |
| BS | Bahamas |
| BRN | Bahrain |
| BD | Bangladesch |
| BDS | Barbados |
| BY | Belarus (Weißrußland) |
| B | Belgien |
| BH | Belize (brit. Honduras) |
| *BEN* | *Benin (Dahorney)* |
| *BHU* | *Bhutan* |
| BOL | Bolivien |
| BIH | Bosnien-Herzegowina |
| RB | Botsuana |
| BR | Brasilien |
| BRU | Brunei Darussalam |
| BG | Bulgarien |
| D | Bundesrepublik Deutschland |
| BF | Burkina Faso |
| *RU* | *Burundi* |
| | |
| RCH | Chile |
| RC | China (Taiwan) |
| *CHI* | *China (Volksrepublik)* |
| CR | Costa Rica |
| CI | Côte d'Ivoire (Elfenbeinküste) |
| | |
| DK | Dänemark |
| WD | Dominica |
| DOM | Dominikanische Republik |
| | |
| EC | Ecuador |
| ES | El Salvador |
| ER | Eritrea |
| EST | Estland |
| | |
| FR | Faröer (dän.) |
| *FAL* | *Falklandinseln* |
| FJI | Fidschi |
| FIN | Finnland |
| F | Frankreich |

| | |
|---|---|
| *GAB* | *Gabun* |
| WAG | Gambia |
| GE | Georgien |
| GH | Ghana |
| GBZ | Gibraltar |
| WG | Grenada |
| GR | Griechenland |
| GB | Vereinigtes Königreich (Großbritannien) |
| GBA | Alderney |
| GBG | Guernsey |
| GBJ | Jersey |
| GBM | Insel Man |
| GCA | Guatemala |
| *GUI* | *Guinea* |
| GUY | Guyana |
| | |
| RH | Haiti |
| HN | Honduras |
| HK | Hongkong |
| | |
| IND | Indien |
| RI | Indonesien |
| IRQ | Irak |
| IR | Iran |
| IRL | Irland |
| IS | Island |
| IL | Israel |
| I | Italien |
| | |
| JA | Jamaika |
| J | Japan |
| *JEM* | *Jemen* |
| JOR | Jordanien |
| | |
| K | Kambodscha |
| *KAM* | *Kamerun* |
| CDN | Kanada |
| KZ | Kasachstan |
| Q | Katar |
| EAK | Kenia |
| KS | Kirgisistan |
| CO | Kolumbien |
| RCB | Kongo |
| CB | Kongo, Demokratische Republik |
| ROK | Korea (Südkorea) |
| *RKS* | *Kosovo* |
| HR | Kroatien |
| C | Kuba |
| KWT | Kuwait |
| | |
| LAO | Laos, Demokratische Volksrepublik |
| LS | Lesotho |
| LV | Lettland |
| RL | Libanon |
| *LBA* | *Liberia* |
| *LBY* | *Libyen* |
| FL | Liechtenstein |
| LT | Litauen |
| L | Luxemburg |

| | |
|---|---|
| RM | Madagaskar |
| MK | Mazedonien |
| MW | Malawi |
| MAL | Malaysia |
| *MDI* | *Malediven* |
| RMM | Mali |
| M | Malta |
| MA | Marokko |
| RIM | Mauretanien |
| MS | Mauritius |
| MEX | Mexiko |
| *MIK* | *Mikronesien, Föderierte Staaten von* |
| MD | Moldau |
| MC | Monaco |
| *MNG* | *Mongolei* |
| *MNE* | *Montenegro* |
| MOC | Mosambik |
| MYA | Myanmar (Birma) |
| NAM | Namibia |
| *NAU* | *Nauru* |
| *NEP* | *Nepal* |
| NZ | Neuseeland |
| NIC | Nicaragua |
| NA | Niederl. Antillen (Curacao) |
| NL | Niederlande |
| RN | Niger |
| WAN | Nigeria |
| N | Norwegen |
| A | Österreich |
| OM | Oman |
| PK | Pakistan |
| PA | Panama |
| *PAP* | *Papua-Neuguinea* |
| PY | Paraguay |
| PE | Peru |
| RP | Philippinen |
| PL | Polen |
| P | Portugal |
| RWA | Ruanda |
| RO | Rumänien |
| RUS | Russische Föderation |
| SAL | Salomonen |
| WL | Santa Lucia |
| WV | St. Vincent u. die Grenadinen |
| Z | Sambia |
| WS | Samoa (Westsamoa) |
| RSM | San Marino |
| SAN | Sansibar |
| STO | Sao Tome und Principe |
| KSA | Saudi Arabien, Königreich |
| S | Schweden |
| CH | Schweiz |
| SN | Senegal |

| | |
|---|---|
| SRB | Serbien |
| SY | Seychellen |
| WAL | Sierra Leone |
| ZW | Simbabwe |
| SGP | Singapur |
| SK | Slowakische Republik |
| SLO | Slowenien |
| SP | Somalia |
| E | Spanien |
| *SRL* | *Sri Lanka (Ceylon)* |
| *STK* | *St. Kitts und Nevis* |
| *SUD* | *Sudan* |
| ZA | Südafrika |
| SME | Suriname |
| SD | Swasiland |
| SYR | Syrien |
| | |
| TJ | Tadschikistan |
| EAT | Tansania |
| THA | Thailand |
| RT | Togo |
| TT | Trinidad und Tobago |
| *TSD* | *Tschad* |
| CZ | Tschechische Republik |
| TN | Tunesien |
| TR | Türkei |
| TM | Turkmenistan |
| | |
| EAU | Uganda |
| UA | Ukraine |
| H | Ungarn |
| ROU | Urugay |
| UZ | Usbekistan |
| | |
| V | Vatikanstadt |
| YV | Venezuela |
| UAE | Vereinigte Arabische Emirate |
| USA | Vereinigte Staaten von Amerika |
| VN | Vietnam |
| | |
| RCA | Zentralafrikanische Republik |
| CY | Zypern |

Quelle: ‘Liste der Nationalitätszeichen im internationalen Kraftfahrzeugverkehr’ Hrsg. vom Bundesverkehrsministerium, Stand 1. Januar 2001

*Die kursiv gedruckten Länder haben kein internationales Kfz-Länderkennzeichen, die Kennzeichen dazu sind frei vergeben worden*

## Schlüssel 8: Merkmal Kostenübernahme

N182 N191a 1. und 2. Stelle:

| | |
|---|---|
| 01 | Kostenübernahme, Pflegegrad nicht relevant* |
| A1 | Kostenübernahme, kein Pflegegrad vorhanden, Einstufung beantragt |
| B1 | Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 1 |
| C1 | Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 1, Antrag auf Neueinstufung |
| D1 | Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 2 |
| E1 | Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 2, Antrag auf Neueinstufung |
| F1 | Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 3 |
| G1 | Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 3, Antrag auf Neueinstufung |
| H1 | Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 4 |
| K1 | Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 4, Antrag auf Neueinstufung |
| L1 | Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 5 |
| M1 | Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 5, Antrag auf Neueinstufung |
| 02 | Änderung der Kostenübernahme (Zuständigkeitswechsel) |
| 03 | Ablehnung, kein Leistungsanspruch |
| 04 | Kostenübernahme, Rechnung zusätzlich in Papierform (Auslands-Versicherter / Auftragsleistung) |
| 05 | Ablehnung, Unfallversicherungsträger zuständig |
| 06 | Ablehnung, Rentenversicherungsträger zuständig |
| 07 | Ablehnung, Krankenversicherungsträger nicht zuständig |
| 08 | Bestätigung des Versichertenverhältnisses, Pflegegrad nicht relevant* |
| N191a N182 A8 | Bestätigung des Versichertenverhältnisses, kein Pflegegrad vorhanden, Einstufung beantragt |
| B8 | Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 1 |
| C8 | Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 1, Antrag auf Neueinstufung |
| D8 | Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 2 |
| E8 | Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 2, Antrag auf Neueinstufung |
| F8 | Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 3 |
| G8 | Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 3, Antrag auf Neueinstufung |
| H8 | Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 4 |
| K8 | Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 4, Antrag auf Neueinstufung |
| L8 | Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 5 |
| M8 | Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 5, Antrag auf Neueinstufung |

3. und 4. Stelle: leer

N182 N191a * Hinweis: Angaben zum Pflegegrad werden nur in den Fällen übermittelt, in denen das Krankenhaus zuvor durch Übermittlung einer zusätzlichen Aufnahmediagnose Z74.9 die Erhebung dieser Angabe angefordert hat.

## Schlüssel 9: Verarbeitungskennzeichen

10 Normalfall
20 Änderung
30 Fallstorno (durch Krankenhaus, nur über PAUF)
  31 Krankenhausinternes Kennzeichen des Versicherten falsch
  32 IK des Krankenhauses falsch
  33 Kostenträgerzuordnung nicht zutreffend
  34 Softwarefehler
  35 Storno stationärer Aufnahme (nur für PAUF)

40 Storno einer Entlassungsanzeige
41 Storno einer Entlassungsanzeige wegen Rückverlegung oder Wiederaufnahme

## Schlüssel 10: Prüfungsvermerk

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 1. und 2. Stelle: | 01 | Rechnungsbetrag wird angewiesen |
| N131 | | 02 | Rechnung wird zur Zeit geprüft (Zahlung/Abweisung erfolgt unverzüglich) |
| | | 03 | Rechnung wurde bereits bezahlt |
| | | 04 | Versicherungsunternehmen ist nicht Kostenträger |
| | | 05 | Rechnungsbetrag wird teilweise angewiesen |
| | | 06 | Es handelt sich bei der Erkrankung um einen Arbeitsunfall bzw. eine Berufskrankheit. Berufsgenossenschaft ist zuständig. |
| | | 07 | Es handelt sich um einen BVG-Fall, einen Grenzgänger oder einen Auslandsversicherten oder einen sonstigen Regressfall. Rechnung bitte zusätzlich in Papierform |

***Hinweis:***
04, 06 gelangt für Fälle zur Anwendung, bei denen ohne vorhergehenden Bestätigungssatz eine Rechnung übermittelt wird.

N131 05 gelangt für Fälle zur Anwendung, bei denen das Versicherungsunternehmen im Rahmen der Gesetzeslage, des Landesvertrages und aktueller Rechtsprechung eine vom Rechnungsbetrag abweichende Zahlung vornimmt.

## Schlüssel 11: Rechnungsart

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 1. Stelle: | 0 | Zahlungssatz wird nicht angefordert |
| N193 | | 2 | Vergütung nach vorstationärer Höhe (Ersatzabrechnung; 2. Stelle = 2) |
| N232 | | 5 | Zahlungssatz wird angefordert (nicht bei 2. Stelle '4' und '6‘) |
| | 2. Stelle: | 1 | Zwischenrechnung |
| | | 2 | Schlussrechnung |
| | | 3 | Nachtragsrechnung |
| | | 4 | Gutschrift/Stornierung |
| N222a | | 5 | Rechnung Übergangspflege |
| | | 6 | Zahlungserinnerung |
| | | 9 | Vorausberechnung nach § 14 Abs. 4 BPflV oder § 14 Abs. 9 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung |

### Schlüssel 16: Lokalisation

| | |
|---|---|
| R | rechts |
| L | links |
| B | beidseitig |

### Schlüssel 18: Währungskennzeichen

| | |
|---|---|
| EUR | Euro |

***Hinweis***: Währungseinheit, codiert nach ISO 4217

### Schlüssel 21: Geschlecht

| | | |
|---|---|---|
| | m | männlich |
| | w | weiblich |
| N191a | d | divers |
| N151b | x | unbestimmt |

**Erläuterung zu Schlüssel 2, Entgeltarten 53 bis 58**

Die Entgeltarten 53 bis 58 korrespondieren mit den Angaben für den Privatversicherten im Segment "Versichertenstatus PKV" der Nachricht PKOS (PKV-Bestätigung des Versichertenverhältnisses).

Ein Abzug wegen Höchstbetrag ('53050000') ist in die Rechnung aufzunehmen, wenn über PVK.08 (Höchstbetrag, EUR je Tag) oder PVK.09 (Höchstbetrag, EUR insgesamt) ein entsprechender Versicherungsschutz angegeben ist. Der Abzug wegen Höchstbetrag ist ggf. auch ergänzend zu einem Abzug wegen Selbstbeteiligung aufzunehmen.

Ein Abzug wegen betragsmäßiger Selbstbeteiligung ('53060000') ist in die Rechnung aufzunehmen, wenn die Information über den Versicherungsschutz für die berechneten allgemeinen Krankenhausleistungen (einschließlich Zuschläge/Abschläge) in PVK.01 (Allg. KH-Leistung, in Prozent) oder PVK.05 (Allg. KH-Leistung, EUR je Tag) dies erfordern oder eine Selbstbeteiligung des Privatversicherten in PVK.10 (Maximale Anzahl Tage Selbstbeteiligung) gemeinsam mit PVK.11 (Selbstbeteiligung, EUR je Tag) oder in PVK.12 (Selbstbeteiligung, EUR gesamt) ausgewiesen ist. Die Eigenbeteiligungen/Zuzahlungen im brancheneinheitlichen Standardtarif und Basistarif werden ebenfalls über PVK.10 in Verbindung mit PVK.11 abgebildet. Abzüge hierfür werden deshalb über
N142 das Entgelt 53060000 abgebildet.

Ein Abzug wegen prozentualer Selbstbeteiligung ('53070000') ist in die Rechnung aufzunehmen, wenn die Information über den Versicherungsschutz für die berechneten allgemeinen Krankenhausleistungen (einschließlich Zuschläge) in PVK.01 (Allg. KH-Leistung, in Prozent) dies erfordert. Die Minderung der Rechnung um einen aus PVK.01 (Allg. KH-Leistung, in Prozent) ermittelten Abzug kann bis auf weiteres auch über die Abzugsart '53060000' übermittelt werden.

Der Schlüssel 53080000 „Abzug des Abschlags bei prozentualer Selbstbeteiligung" (also Vorzeichenumkehr, daher Zuschlag) ist als Abschlagsminderung in die Rechnung aufzunehmen, wenn die Information über den Versicherungsschutz für die berechneten allgemeinen Krankenhausleistungen in PVK.01 (Allg. KH-Leistung, in Prozent) eine prozentuale Selbstbeteiligung ausweist, die auch auf einen zunächst in voller Höhe berücksichtigten Abschlag auf das Entgelt für die berechnete allgemeine Krankenhausleistung (z. B. Abschlag wegen Verlegung auf eine DRG-Fallpauschale) anzuwenden ist (siehe PKV-Beispiel 14).

Die Wahlleistung Unterkunft wird in voller Höhe über die Entgeltarten 54 (1-Bett-Zimmer-Zuschlag) und 55 (2-Bett-Zimmer-Zuschlag) abgerechnet. Besteht ein Versicherungsschutz auch für den Differenzbetrag 1-Bett- zu 2-Bett-Zimmer (in Verbindung mit einem Versicherungsschutz unter 100 v.H.), kann auch der Differenzbetrag (Entgelt 56) berechnet werden. Die Zuschläge für die Wahlleistung Unterkunft sind entweder krankenhausbezogen (3.-6. Stelle: 0000) oder fachabteilungsbezogen (3.-6. Stelle: Fachabteilungsschlüssel) mit jeweils laufender Nummer (7.-8. Stelle) anzugeben.

Über das Segment PVK (Versichertenstatus PKV) wird weiter die Information über den Umfang des Versicherungsschutzes für Wahlleistungen bereitgestellt: PVK.02 (1-Bett-Zuschlag, in Prozent), PVK.03 (2-Bett-Zuschlag, in Prozent) und PVK.04 (Differenz 1-Bett- zu 2-Bett-Zuschlag) oder PVK.06 (1-Bett-Zuschlag, EUR je Tag) oder PVK.07 (2-Bett-Zuschlag, EUR je Tag). Ist der Zuschlag für die Wahlleistung Unterkunft nicht vollständig über den Versicherungsschutz abgedeckt, wird der nicht versicherte Anteil über das Entgelt 53 als Abzug aufgrund Versicherungsregelung abgezogen. In Abhängigkeit von dem berechneten Zuschlag ist '53100000' (Abzug Wahlleistung Unterkunft 1-Bett-Zimmer) oder '53200000' (Abzug Wahlleistung Unterkunft 2-Bett-Zimmer) zu verwenden. Bei Wahlleistung 1-Bett-Zimmer kann weiter '53300000' (Abzug Wahlleistung Unterkunft Differenz 1-Bett- zu 2-Bett-Zimmer) in Betracht kommen.

Abzüge wegen Versicherungsregelung sind für die Rechnungsstellung in der Regel mehrfach zu berücksichtigen, weil sie auf mehrere Entgeltpositionen (z.B. DRG-Fallpauschale, Entgelt wegen

Überschreitung der oGVD, QS-Zuschlag, DRG-Systemzuschlag) zu berechnen sind. In der Rechnung kann der jeweilige Gesamtbetrag für die Abzugsart einmalig ausgewiesen werden. Bei einer Änderung des Versicherungsschutzes sind dann die anteiligen „Gesamtbeträge“ für die Abzugsart für die unterschiedlichen “Versicherungszeiträume” getrennt auszuweisen

Werden abweichend hiervon die ermittelten Einzelbeträge für die Abzugsart jeweils gesondert in der Rechnung mit eigenem, wiederholtem Abzugsentgelt ausgewiesen, können Rundungsdifferenzen, die sich hierbei ergeben, über einen Ausgleich von Rundungsdifferenzen mit der Entgeltart „53030000“ (Abzug wegen Rundungsdifferenz) oder ggf. über „53040000“ (Zuschlag wegen Rundungsdifferenz, Vorzeichenumkehr) ~~auszugleichen~~ausgeglichen werden.

Zur Umsetzung im Rechnungssatz siehe Beispiel 3 der PKV-Beispieldatensätze.

Ein Komfortzuschlag bei Regelleistung (Entgeltart 57) als isolierte Abrechnung ausschließlich von Komfortelementen kann berechnet werden, wenn das 2-Bett-Zimmer den Regelleistungsstandard in einer bettenführenden Fachabteilung darstellt. Der Entgeltartenschlüssel wird im Rahmen der Schlüsselfortschreibung gepflegt.

Ist die Aufnahme einer Begleitperson, die medizinisch nicht erforderlich ist, im Versicherungsschutz enthalten (PVK.13 oder PVK.14), kann das Entgelt “58000000” (Entgelt für Begleitperson) abgerechnet werden.

# Anhang A zur Anlage 2 - Entgeltarten

Die Auflistung der Entgeltartenschlüssel wird gesondert bereitgestellt.

# Anhang B zur Anlage 2 - Fehlerkodes

## Allgemeine Fehler der Prüfstufe 1

| Fehlercode | Fehlertext |
|---|---|
| 10001 | Segment UNB fehlt bzw. folgt nicht auf UNA |
| 10003 | Segment UNH fehlt bzw. folgt nicht auf UNB |
| 10004 | Segment UNT fehlt |
| 10006 | Segment UNZ fehlt |
| 10010 | Segment UNA doppelt |
| 10020 | Segment UNA über 9 Zeichen lang |
| 10021 | Segment UNA Stelle 8 nicht Blank (reserviert für spätere Verwendung) |
| 10022 | Segment UNA nur Sonderzeichen (ohne Umlaute) erlaubt |
| 10023 | Segment UNA Datenelemente 4 bis 7 und 9 nicht alle verschieden |
| 10030 | Verwendetes Trennkennzeichen ist nicht bekannt |
| 10031 | Anzahl der Trennkennzeichen im Segment fehlerhaft |
| 10032 | Datenfeldformat nicht numerisch |
| 10033 | Datenfeldlänge nicht korrekt |
| 10034 | Datenfeldformat nicht Datum: Uhrzeit |
| 10040 | Verwendete Syntax (in UNB) nicht bekannt |
| 10041 | IK Absender der Datei nicht als Kommunikationspartner bekannt |
| 10042 | IK Empfänger der Datei nicht als Kommunikationspartner bekannt |
| 10043 | IK Empfänger der Datei nicht annehmende Stelle |
| 10044 | Erstellungstag und Uhrzeit der Datei > Tag und Uhrzeit der Verarbeitung |
| 10045 | Anwendungsreferenz (UNB 0026) < 8 Stellen oder > 11 Stellen |
| 10046 | Referenz/Passwort des Empfängers (UNB S005) unzulässig gefüllt |
| 10047 | Dateinummernfolge nicht korrekt |
| 10049 | ABSENDER_PHYSIKALISCH aus Auftragsdatei nicht bekannt |
| 10060 | Nachrichten-Referenznummer in UNH nicht lückenlos |
| 10061 | Dateiname aus UNB entspricht nicht Dateiname aus der Auftragsdatei |
| 10066 | Der Absender aus UNB 0004 stimmt nicht mit dem ABSENDER_EIGNER aus der Auftragsdatei überein. |
| 10067 | Der Empfänger aus UNB 0010 stimmt nicht mit dem EMPFÄNGER_NUTZER oder EMPFÄNGER_PHYSIKALISCH aus der Auftragsdatei überein. |
| 10080 | Nach UNT folgt nicht UNH oder UNZ |
| 10090 | Anzahl der Nachrichten in UNZ (0036) entspricht nicht der Anzahl der übermittelten Nachrichten in der Datei |
| 10091 | Datenaustauschreferenz in UNZ ist nicht identisch mit Datenaustauschreferenz aus UNB |
| 10092 | Nach UNZ weiteres Segment vorhanden |
| 10099 | Segment nicht bekannt |
| 10100 | Datenelement im Servicesegment unzulässig leer |
| 10101 | Auf Segment xxx darf Segment yyy nicht folgen |

## Spezifische Fehler der Prüfstufe 1

| Fehlercode | Fehlertext |
|---|---|
| 14001 | IK Absender der Datei nicht Krankenhaus, RZ eines Krankenhauses, Versicherungsunternehmens oder RZ eines Versicherungsunternehmens |

14002 Anwendungsreferenz (UNB 0026) entspricht nicht Anlage 4 (4.1.3)
14003 Dateinummer schon vorhanden
14999 Noch nicht spezifizierter Fehler

## Allgemeine Fehler der Prüfstufe 2

| Fehlercode | Fehlertext |
|---|---|
| 20001 | Datenelement unzulässig leer |
| 20003 | Inhalt Datenelement 1. Stelle nicht Buchstabe |
| 20004 | Negativer Betrag unzulässig |
| 20006 | Inhalt Datenelement NULL ist unzulässig |
| 20020 | Inhalt Datenelement nicht JJMM |
| 20021 | Inhalt Datenelement nicht JJJJMMTT |
| 20022 | Format nicht JJMMTT:HHMM (UNB S004) |
| 20030 | Verwendetes Trennkennzeichen ist nicht bekannt |
| 20031 | Anzahl der Trennkennzeichen im Segment fehlerhaft |
| 20032 | Datenfeldformat nicht numerisch |
| 20033 | Datenfeldlänge nicht korrekt |
| 20034 | Inhalt Datenelement > zulässige Länge |
| 20036 | Datenfeldformat nicht Uhrzeit (HHMM) |
| 20041 | Versicherungsnummer < 6 oder > 12 Stellen unzulässig |
| 20060 | Nachrichtentypen der Datei nicht fortlaufend nummeriert |
| 20061 | Nachrichtentyp-Kennung in UNH nicht in Nachrichtentyptabelle |
| 20062 | Versionsnummer des Nachrichtentyps nicht bekannt |
| 20063 | Nachrichtenreferenznummer des ersten UNH-Segmentes nicht 00001 |
| 20064 | Freigabenummer des Nachrichtentyps nicht 000 |
| 20065 | Verwaltende Organisation des Nachrichtentyps nicht 00 |
| 20070 | Anzahl der Segmente in UNT entspricht nicht der Anzahl der übermittelten Segmente des Nachrichtentyps |
| 20071 | Nachrichtenreferenznummer in UNT entspricht nicht Nachrichtenreferenznummer in UNH |
| 20072 | Segment xxx darf auf Segment yyy nicht folgen |

## Spezifische Fehler der Prüfstufe 2

| Fehlercode | Fehlertext |
|---|---|
| 24002 | Laufende Nummer des Geschäftsvorfalls nicht 01 |
| 24003 | Laufende Nummer des Geschäftsvorfalls darf nicht 00 sein |
| N131 24004 | Unterschiedliche Versionsnummern von Nachrichten zu einem Fall unzulässig |
| 24010 | Segment FKT fehlt |
| 24011 | Segment PNV fehlt |
| 24012 | Segment NAD fehlt |
| 24013 | Segment AUF fehlt |
| 24014 | Segment EAD fehlt |
| 24015 | Segment DAU fehlt |
| 24016 | Segment FAB fehlt |
| 24017 | Segment ETL fehlt |
| 24018 | Segment REC fehlt |
| 24019 | entfällt |
| 24020 | entfällt |
| 24021 | Segment KOS fehlt |
| 24022 | Segment ZPR fehlt |
| 24023 | Segment TXT fehlt |

| | | |
|---|---|---|
| | 24024 | Segment CUX fehlt |
| | 24025 | Segment FHL fehlt |
| | 24026 | Segment DPV fehlt |
| F4 | 24029 | Segment NDG kann nur 49mal vorkommen |
| | 24030 | Segment EAD kann nur 20mal vorkommen |
| | 24031 | Segment FAB kann nur 10mal vorkommen |
| | 24032 | Segment EBG kann nur 2mal vorkommen |
| | 24033 | entfällt |
| F4 | 24034 | Segment ENT kann nur 399mal vorkommen |
| | 24035 | entfällt |
| | 24036 | entfällt |
| | 24037 | Segment TXT kann nur 10mal vorkommen |
| | 24038 | Segment FAB kann nur 10/30/999mal vorkommen |
| | 24039 | Segmentgruppe ETL-NDG kann nur 99mal vorkommen |
| | 24040 | Nach EAD folgt nicht EAD oder UNT |
| | 24041 | Nach FAB folgt nicht FAB oder UNT |
| | 24042 | Nach FAB folgt nicht FAB oder ENT |
| F4 | 24043 | Nach FAB folgt nicht FAB oder IBE |
| | 24044 | Nach ETL folgt nicht EBG oder FAB |
| | 24045 | Nach EBG folgt nicht EBG oder FAB |
| | 24046 | entfällt |
| | 24047 | Nach REC folgt nicht FAB |
| | 24048 | entfällt |
| | 24049 | Nach letztem ENT folgt nicht UNT |
| | 24050 | entfällt |
| | 24051 | entfällt |
| | 24052 | Nach KOS folgt nicht TXT oder UNT |
| | 24053 | Nach ZPR folgt nicht ENT oder UNT |
| | 24054 | Nach TXT folgt nicht TXT oder UNT |
| | 24055 | entfällt |
| | 24056 | entfällt |
| | 24057 | Nach TXT folgt nicht TXT oder UNT |
| | 24058 | Nach REC folgt nicht ZPR |
| | 24059 | Nach letztem ENT folgt nicht UNT |
| | 24060 | entfällt |
| | 24061 | entfällt |
| | 24062 | Nach NDG folgt nicht NDG oder ETL oder EBG oder FAB |
| | 24063 | entfällt |
| | 24064 | entfällt |
| | 24065 | entfällt |
| N233a | 24089 | Segment OKN fehlt, obwohl `Alpha-ID-SE` Version im DPV Segment angegeben wurde |
| | 24090 | Segment OKN darf nur 49mal vorkommen |
| F4 | 24092 | Segment IBE darf nur 10mal vorkommen |
| N242a | 24043 | Nach IBE folgt nicht IBE, ENA oder UNT |
| N242a | 24999 | Noch nicht spezifizierter Fehler |
| N131 | 24A01 | Segment PVA fehlt |
| | 24A02 | Segment BNK fehlt in PREC |

## Allgemeine Fehler der Prüfstufe 3

| | Fehlercode | Fehlertext |
|---|---|---|
| | 30001 | Es ist weder die Versicherungsnummer noch das Geburtsdatum des Versicherten vorhanden |
| | 30002 | Versicherungsnummer gefüllt, aber Personennummer und Gültigkeit der Card für Privatversicherte leer |
| | 30003 | Versicherungsnummer und Personennummer gleich leer, aber Gültigkeit der Card für Privatversicherte ungleich leer |
| | 30004 | Datum > Tag der Verarbeitung unzulässig |
| | 30005 | IK des Versicherungsunternehmens bei der DAV unbekannt |
| | 30006 | Verarbeitungskennzeichen entspricht nicht Schlüssel Verarbeitungskennzeichen |
| | 30007 | entfällt |
| | 30008 | entfällt |
| | 30009 | Datum liegt vor dem 01.01.1901 |
| | 30010 | Anschriftenfelder (teilweise) leer |
| | 30011 | Straße und Hausnummer gefüllt, aber Wohnort leer |
| | 30012 | PLZ gefüllt, aber Wohnort leer |
| | 30013 | PLZ nicht 5 Stellen und Länderkennzeichen leer oder gleich D ist unzulässig |
| | 30014 | PLZ fehlt |
| | 30015 | Wohnort fehlt |
| | 30016 | entfällt |
| $N_{141}$ | 30020 | Geburtsdatum fehlt |
| | 30A01 | IBAN des Krankenhauskontos ist fehlerhaft (Prüfziffernvalidierung) |
| | 30A02 | Die Kombination von BIC und IBAN ist nicht zulässig |
| | 30A03 | Register-Nummer für das Krankenhaus (IK) ist falsch. |
| | 30A04 | Register-Nummer fehlt, obwohl Wahlleistung Unterkunft in PVA angegeben |

## Spezifische Fehler der Prüfstufe 3

| | Fehlercode | Fehlertext |
|---|---|---|
| | 34001 | IK des Krankenhauses nicht bekannt oder nicht mit IK in UNB verknüpft |
| | 34002 | IK nicht als Stationäre Einrichtung bekannt |
| | 34003 | entfällt |
| | 34004 | Personennummer gleich leer unzulässig bei Nachrichtentyp ungleich PAUF oder Nachrichtentyp PKOS mit Merkmal Kostenübernahme Stellen 1 und 2 nicht ‘07’ |
| | 34005 | IK der Vorsorge- / Rehabilitationseinrichtung nicht bekannt |
| | 34006 | ENT fehlt, obwohl Zahlungsbetrag abweichend vom Rechnungsbetrag |
| | 34007 | entfällt |
| | 34008 | Verarbeitungskennzeichen gleich 30, 31, 32, 33 oder 34 unzulässig bei Nachrichtentyp ungleich PAUF |
| $N_{131}$ | 34009 | entfällt |
| | 34010 | Aufnahmegrund entspricht nicht Schlüssel 1 |
| | 34011 | entfällt |
| | 34012 | entfällt |
| | 34013 | Entgeltart entspricht nicht Schlüssel 4 |
| | 34014 | Entlassungsgrund/Verlegungsgrund entspricht nicht Schlüssel 5 |
| | 34015 | Fachabteilung entspricht nicht Schlüssel 6 |
| | 34016 | Länderkennzeichen entspricht nicht Schlüssel 7 |

| | | |
|---|---|---|
| | 34017 | Merkmal Kostenübernahme entspricht nicht Schlüssel 8 |
| | 34018 | Prüfungsvermerk entspricht nicht Schlüssel 10 |
| | 34019 | Rechnungsart entspricht nicht Schlüssel 11 |
| | 34020 | entfällt |
| | 34021 | Währungskennzeichen entspricht nicht Schlüssel 18 |
| | 34022 | entfällt |
| | 34023 | Operationsschlüssel entspricht nicht amtlichem OP-Schlüssel |
| | 34024 | Diagnose entspricht nicht ICD-Schlüssel |
| | 34025 | Diagnose 3-stellig, obwohl 4-stelliger ICD-Schlüssel vorhanden |
| | 34026 | entfällt |
| | 34027 | Klassifikation (Sonderzeichen) der Diagnose unzulässig oder in diesem Datenfeld nicht zulässig |
| | 34028 | Lokalisation entspricht nicht Schlüssel 16 |
| | 34030 | Datum > Tag der Verarbeitung unzulässig |
| | 34031 | Datum < Tag der Verarbeitung unzulässig |
| | 34032 | Datum bis < Datum von |
| N171a | 34033 | Vorstationäre Behandlung außerhalb der Frist |
| | 34034 | Entlassungstag/Verlegungstag < Aufnahmetag |
| | 34035 | Tag der Entbindung < Aufnahmetag |
| | 34036 | Tag der Wundheilung < Aufnahmetag |
| | 34037 | Voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung oder AU-begründendes Datum der Diagnose < Aufnahmetag |
| | 34038 | Rechnungsdatum < Aufnahmetag / Tag des Zugangs / Tag der Behandlung |
| | 34039 | Nachfolgediagnose, die ab dem ... AU allein begründet, ist vorhanden, aber Datum, ab dem ... nicht angegeben oder umgekehrt |
| | 34040 | AU-begründendes Datum > voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung |
| | 34041 | AU-begründendes Datum > Entlassungstag |
| | 34042 | Tag der Entbindung > Entlassungstag |
| | 34043 | Kostenübernahme ab > Kostenübernahme bis |
| | 34044 | Bei Ablehnung der Kostenübernahme darf Kostenübernahme ab/bis nicht gefüllt sein |
| | 34045 | entfällt |
| | 34046 | entfällt |
| | 34047 | entfällt |
| | 34048 | Operationsschlüssel angegeben, aber Operationsdatum nicht oder umgekehrt |
| | 34049 | Kostenübernahme ab unzulässig leer |
| | 34050 | Versionskennung für den OP-Schlüssel fehlt |
| | 34051 | Abrechnung bis ungleich Abrechnung von bei Abrechnung von Sonderentgelten nicht zulässig |
| N204a | 34053 | Abrechnung von kleiner Aufnahmetag nicht zulässig (gilt nicht für Rechnungspositionen zu vorstationären Kontakten. |
| | 34054 | Anzahl abgerechneter Tage bei Fallpauschale > Grenzverweildauer |
| | 34055 | Tag der Wundheilung gefüllt, aber Entgeltart keine A-Fallpauschale |
| | 34056 | Aufnahmegewicht muss vorhanden sein bei Aufnahmegrund 06 |
| | 34057 | entfällt |
| | 34058 | entfällt |
| | 34059 | entfällt |
| | 34060 | entfällt |
| | 34061 | entfällt |
| | 34062 | entfällt |
| | 34063 | entfällt |
| | 34064 | Rechnungsbetrag zur Zahlung angewiesen > Rechnungsbetrag gefordert |
| | 34065 | entfällt |
| | 34066 | entfällt |

| | | |
|---|---|---|
| | 34067 | Summe der Entgelte (Abschläge subtrahiert) entspricht nicht dem Rechnungsbetrag |
| | 34068 | Summe aus Entgeltanzahl und Anzahl Tage ohne Berechnung/Behandlung darf nicht größer sein als Anzahl abgerechneter Tage |
| | 34069 | entfällt |
| | 34070 | entfällt |
| | 34071 | Summe aus Entgeltanzahl und Anzahl Tage ohne Berechnung/Behandlung entspricht nicht der Anzahl abgerechneter Tage |
| | 34072 | Entgeltanzahl ungleich 1 unzulässig bei Sonderentgelten, DRG-Systemzuschlag, G-BA- und AIP-Zuschlag und Zuschlag zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen |
| | 34073 | Entgeltbetrag oder Entgeltanzahl ungleich 0 unzulässig bei Wiederaufnahme eines Fallpauschalen-Patienten vor Ablauf der Grenzverweildauer |
| | 34074 | Entgeltanzahl ungleich 0 oder 1 unzulässig bei fallbezogenen Pauschalen |
| | 34079 | entfällt |
| | 34080 | Lokalisation gefüllt, aber Diagnoseschlüssel nicht vorhanden |
| | 34081 | Es darf entweder IK des veranlassenden Krankenhauses oder veranlassende Stelle bei Notfallaufnahme angegeben werden |
| | 34082 | Es ist weder IK des veranlassenden Krankenhauses noch veranlassende Stelle bei Notfallaufnahme angegeben |
| | 34083 | entfällt |
| | 34084 | Es ist weder Aufnahmediagnose noch Einweisungsdiagnose angegeben |
| | 34085 | Zusatzschlüssel Diagnose gefüllt, aber Diagnose nicht vorhanden |
| | 34086 | Zusatzschlüssel 1 Operation gefüllt, aber Operation nicht vorhanden |
| | 34087 | Fachabteilung aus Entgeltart in angegebenen Fachabteilungen nicht vorhanden |
| | 34088 | Zusatzschlüssel 2 Operation gefüllt, aber Zusatzschlüssel 1 Operation nicht vorhanden |
| | 34089 | entfällt |
| | 34090 | IK der aufnehmenden Institution nicht gefüllt, obwohl Entlassungsgrund gleich 06, 08, 13, 16 oder 22 |
| N204a | 34091 | IK der aufnehmenden Institution gefüllt, obwohl Entlassungsgrund nicht 06, 08, 09, 10, 11, 13, 16, 17 22 oder 29 |
| | 34092 | entfällt |
| | 34093 | entfällt |
| | 34094 | Sekundär-Diagnose gefüllt, aber Primär-Diagnose nicht vorhanden |
| | 34095 | Verarbeitungskennzeichen gleich 40 unzulässig bei Nachrichtentyp ungleich PENT |
| | 34096 | IK der Pflegeeinrichtung nicht bekannt |
| | 34097 | IK des Hospizes nicht bekannt |
| | 34098 | entfällt |
| | 34099 | FAB = 0000 darf nur einmal und muss bei interner Verlegung im letzten ETL-Segment angegeben werden |
| N233b | 34100 | Es wurde nur FAB = 0000, 0001, 0002, 0003, 0004 oder 0006 übermittelt |
| N171a N233b | 34101 | Entlassungs-/Verlegungsgrund gleich ‘12x’, ‘16x’, ‘18x’ bis ’21x‘, ’23x’, ’24x’, oder ’31x ’ bis ’35x ’ im (zeitlich) letzten ETL-Segment unzulässig |
| N171a N233b | 34102 | Entlassungs-/Verlegungsgrund ungleich ‘12x’, ‘16x’, ‘18x’ bis ’21x‘, ’23x’, ’24x’ oder ’31x ’ bis ’35x ’ in einem (zeitlich) nicht letzten ETL-Segment unzulässig |
| | 34103 | Veranlassende Stelle bei Notfallaufnahme bei Aufnahmegrund xxx1 unzulässig |
| | 34104 | Aufnahmediagnose im ersten EAD-Segment ist obligatorisch |
| | 34105 | Angabe Qualifizierung unzulässig |
| | 34106 | Verarbeitungskennzeichen ungleich 20 unzulässig bei Rechnungsart 05 |
| | 34107 | Gültigkeit der Card für Privatversicherte nicht JJMM |
| | 34108 | entfällt |
| N233b | 34109 | Angabe von Nebendiagnosen für Pseudo-Fachabteilung 0001, 0002 0003, 0004 |

| | |
|---|---|
| | oder 0006 nicht zulässig |
| 34110 | Die Angabe des Entlassungs-/Verlegungsgrundes 18x ist nur in Zusammenhang mit der Pseudo-Fachabteilung 0001 zulässig. |
| 34111 | Wert hat zu viele Vorkommastellen |
| 34112 | Wert hat zu viele Nachkommastellen oder beinhaltet unzulässige Zeichen |
| 34113 | Angabe der Beatmungsstunden im DAU-Segment fehlt |
| 34114 | Verarbeitungskennzeichen ungleich 10 unzulässig bei Rechnungsart 04 |
| 34115 | Angegebene ICD-Version ist ungültig |
| 34116 | Angegebene OPS-Version ist ungültig |
| 34117 | Keine OPS-Version angegeben, obwohl OPS-Datum vorhanden |
| 34118 | ICD-Version zum Aufnahmedatum unzulässig |
| 34119 | OPS-Version zum Aufnahmedatum unzulässig |
| 34120 | Bei Aufnahmegrund 06 ist die Versichertennummer erforderlich |
| 34122 | Entlassungs-/Verlegungsgrund 19x und 20x nur für die Pseudo-Fachabteilung 0002 zulässig |
| 34123 | Lokalisation gefüllt, aber Prozedurenschlüssel nicht vorhanden |
| 34124 * | entfällt |
| 34125 * | entfällt |
| 34126 * | entfällt |
| 34127 | Verarbeitungskennzeichen 20 bei Rechnungen nicht zulässig |
| 34128 | entfällt |
| 34129 | entfällt |
| 34130 | Geschlecht entspricht nicht Schlüssel 21 |
| 34131 | Rechnungsart Stelle 1 ungleich 0 und 5 unzulässig |
| 34132 | Rechnungsart Stelle 2 gleich 0 unzulässig |
| 34133 | entfällt |
| 34134 | entfällt |
| 34135 | Betriebsstättennummer des ein-/überweisenden Arztes gefüllt, aber Arztnummer des ein-/überweisenden Arztes leer |
| 34136 | Betriebsstättennummer des ein-/überweisenden Arztes fehlt |
| 34137 | entfällt |
| 34138 | entfällt |
| 34139 | entfällt |
| 34140 | entfällt |
| 34141 | Angabe des Leistungsbereiches fehlt |
| 34142 | Mehrfache Angabe des Leistungsbereiches unzulässig |
| 34143 | Entgelt xxxxxxxx darf nur einmal je Fall abgerechnet werden |
| 34144 | entfällt |
| 34145 | entfällt |
| 34146 | entfällt |
| 34147 | entfällt |
| 34148 | entfällt |
| 34149 | entfällt |
| 34155 | ICD beginnt unzulässig numerisch |
| 34156 | OPS beginnt unzulässig alphanumerisch |
| 34177 | lfd. Nummer des Geschäftsvorfalls unzulässig |
| 34208 | `Standort Ende` bzw. `Standort Ende Uhrzeit` liegt vor Aufnahmetag (Ausnahme Fälle mit vorstationärem Aufenthalt) |

$F_3$ (ab 1.1.2021)

| | | |
|---|---|---|
| | 34209 | Letztes Segment `Standort Ende` bzw. `Standort Ende Uhrzeit` ungleich `Tag der Entlassung/Verlegung` bzw. `Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit` (Ausnahme Fälle mit nachstationärem Aufenthalt) |
| N151a | 34211 | Pflegeentgelt nur mit der Abrechnung eines korrespondierenden Basisentgeltes zulässig |
| N193 | | |
| N193 | 34212 | Höhe des Pflegeentgeltwertes bei der Ermittlung des Pflegeerlöses nicht korrekt |
| | 34214 | Standortnummer bzw. Standortnummer/Betriebsstättennummer fehlt |
| | 34215 | Standortnummer [$$$$$$$$] fehlerhaft (beginnt nicht mit 77 oder ist nicht neunstellig) |
| F3 (ab | | |
| 1.1.2021) | 34216 | Standortnummer [$$$$$$$$] lt. Standortverzeichnis für IK im FKT-Segment nicht vorhanden |
| N204a | 34217 | Datum zum Ende des Standorts [$$$$$$$$] ist nicht korrekt (Pseudowert gemeldet) - bzw. Zwischenrechnungen anzuwenden |
| | 34218 | Uhrzeit zum Standort Ende fehlt |
| | 34219 | Datum und Uhrzeit zum Ende des Standorts [$$$$$$$$] bereits in anderem STA-Segment vorhanden |
| N222b | | |
| 193 N201 | 34220 | Pflegeentgelte (74*) nur in einer Schlussrechnung (Rechnungsart 02/52, Zahlungserinnerungen und Mahnungen (Rechnungsart 55/57/58/05/07 oder 08) oder Gutschrift/Stornierung (Rechnungsart 04) zulässig |
| N193 N242a | | |
| | 34221 | Rechnungsart `22´ darf nur vorstationäre Entgelte enthalten |
| F4 | 34224 | Alpha-ID SE Version unzulässig |
| | 34225 | Orpha-Kennnummer stimmt nicht mit Schlüsselverzeichnis überein |
| N241c | 34226 | Berechneter Hashwert im IBE Segment weicht von dem übermittelten Hashwert ab |
| | 34227 | ID Meldebestätigung stimmt nicht mit Angabe IBE überein |
| N241c | 34228 | Nicht alle auslösenden OPS-Codes in der Entlassungsanzeige sind in den OPS-Listen der Hash-Strings enthalten |
| | 34229 | Angabe Produktzuordnung entspricht nicht `0` oder `1` |
| N241c N246b | | |
| N241c | 34238 | Die Angabe des Verlegungs-/Entlassungsgrundes 32x – 35x ist nur in Zusammenhang mit der Pseudo-Fachabteilung 0006 zulässig |
| N241c N246b | 34239 | Meldebestätigung wurde beim IRD als nicht valide zurückgemeldet |
| N241c | 34240 | IBE-Segment übermittelt ohne auslösenden OPS-Code |
| N241c | 34241 | ID-Meldebestätigung wurde bereits verwendet |
| N241c | 34242 | Nicht alle auslösende OPS-Codes der Hash-Strings sind in der Entlassungsanzeige enthalten |
| | 34999 | Noch nicht spezifizierter Fehler |

# Anlage 4: Technische Anlage:


**1 Allgemeines**
**2 Teilnahme**
**3 Abwicklung der Datenübertragung**
**4 Übertragungsarten**
**4.1 Zeichenvorrat**
**4.1.1 Komprimierung**
**4.1.2 Verschlüsselung**
**4.1.3 Dateiname**
**4.2 Datenfernübertragung**
**4.2.1 Anwendungsorientierte Funktionen**
**4.2.2 Transportorientierte Funktionen**
**4.2.3 Transportsicherung**
**4.2.4 Dokumentation**
**5 Austauschformate**
**5.1 Dateibeschreibung**
**5.2 Struktur der Datei**
**6 Fehlerverfahren**
**6.1 Stufe 1 - Prüfung von Datei und Dateistruktur**
**6.2 Stufe 2 - Prüfung der Syntax**
**6.3 Stufe 3 - Formale Prüfung auf Feldinhalte**
**6.4 Stufe 4 - Prüfung in den Fachverfahren der Versicherungsunternehmen**
**7 Korrekturverfahren**
**8 Informationsstrukturdaten**
**9 Datenflüsse**
**10 Testverfahren**

**Anhang: Verschlüsselung, Struktur der Übertragungsdateien (FTAM, MHS)**


## 1. Allgemeines

(1) Diese Technische Anlage regelt organisatorische und technische Sachverhalte, die zur Erfüllung der Rahmenvereinbarung einer Regelung bedürfen.
(2) Die Pflege der Anlage erfolgt durch Austausch/Ergänzung einzelner Seiten oder Abschnitte. Die Änderung muss nach Abstimmung zwischen den Vertragsparteien beschlossen werden.
(3) Die Regelungen dieser Technischen Anlage entsprechen im Wesentlichen den Grundsätzen für Datenübermittlung und Datenträgeraustausch in der Fassung vom Dezember 1990, die von der Koordinierungs- und Beratungsstelle der Bundesregierung für Informationstechnik in der Bundesverwaltung (KBSt) herausgegeben wurden.
(4) Für den Abschnitt zur Datenübermittlung wird des Weiteren auf das EPHOS-Handbuch der KBSt, Stand 1992, Bezug genommen.

N162a
N161a

## 2. Teilnahme

(1) Die Einzelheiten zur Durchführung der Datenübertragung sind rechtzeitig vor der erstmaligen Durchführung oder Änderung zwischen dem Absender und dem Empfänger der Daten abzustimmen.
(2) Durch ein zwischen Absender und Empfänger abgestimmtes Testverfahren vor der erstmaligen Durchführung und vor Änderung des Verfahrens der Datenübertragung ist die ordnungsgemäße Verarbeitung sicherzustellen.

## 3. Abwicklung der Datenübertragung

(1) Ein Geschäftsvorfall ist jeweils in einer eigenen Nachricht gemäß DIN EN 29735 (UNH bis UNT) zu übertragen.
(2) Die übermittelten Daten müssen den vereinbarten Inhalten und Strukturen entsprechen.
(3) Über die Datenübertragung ist eine Dokumentation zu führen (siehe 4.2.4 bzw. 4.3.4).
(4) Der Absender hat sicherzustellen, dass nur geprüfte Datensätze übermittelt werden. Der Umfang der Prüfungen ist in Abschnitt 6 festgelegt.
(5) Der Absender hat die Datenübertragung innerhalb der vereinbarten Fristen vorzunehmen. Er hat für die Möglichkeit der Rekonstruktion der Daten im Falle eines Dateiverlustes auf dem Transportweg oder einer Dateirückweisung Sorge zu tragen.
(6) Der Empfänger hat die Übernahme der Daten zu bestätigen.
(7) Werden bei oder nach der Übermittlung Mängel festgestellt, die eine ordnungsgemäße Verarbeitung der Daten ganz oder teilweise beeinträchtigen, werden vom Empfänger nur die fehlerfreien Daten weiterverarbeitet. Das Fehlerverfahren ist in Abschnitt 6 geregelt.
(8) Der Absender ist über die festgestellten Mängel unverzüglich zu unterrichten. Dieser ist verpflichtet, seinerseits unverzüglich die zurückgewiesenen Daten zu berichtigen und die korrigierten Daten erneut zu übertragen. Jede erneute Datenlieferung nach Rückweisung fehlerhafter Daten hat ggf. eine erneute Terminsetzung zur Folge. Die elektronische Zurückweisung von Fehlernachrichten (Nachrichtentyp „PFEH“ oder um FHL-Segmente ergänzte Nachrichten) ist zur Vermeidung von Endlosschleifen nicht zulässig.
N131
(9) Datenträger mit personenbezogenen Daten sind nach der Datenübernahme unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorschriften zu löschen bzw. zu vernichten. Für die Zurückweisung fehlerhafter Datenträger oder Dateien gelten besondere Regelungen (siehe Abschnitt 6).
N162a N161a

## 4. Übertragungsarten

Na (1) Für die Übertragung von Daten ist die Datenfernübertragung (DFÜ) als Übertragungsart zu verwenden.
(2) Die Kosten für die Datenübertragung übernimmt der Absender.

### 4.1 Zeichenvorrat

(1) Der Bezugscode für den Austausch digitaler Daten ist der Code gemäß DIN 66 303:2000-06 - (Deutsche Referenzversion des 8-Bit-Code). Dieser Code enthält die Ziffern, die Groß- und Kleinbuchstaben, Sonderzeichen sowie nationale Buchstaben, so dass eine korrekte deutschsprachige Namensschreibung ermöglicht wird.
(2) Wenn bei der übermittelnden Stelle die technischen Voraussetzungen eine Verwendung des Codes nach Abschnitt 1 nicht vorhanden sind, kann der Code gemäß DIN 66 003 DRV (Deutsche Referenzversion des 7-Bit-Code) verwendet werden.
(3) Alternativ kann der Zeichensatz ISO 8859-15 oder ISO 8859-1 genutzt werden.
(4) Der jeweils verwendete Code ist zwischen Absender und Empfänger zu vereinbaren. Im Feld „Zeichensatz“ des Auftragssatzes ist der für die Nutzdaten verwendete Zeichensatz zu dokumentieren.
(5) Eine Zeilenende-Markierung CR / LF (ASCII-Wert 13 = CR, ASCII-Wert 10 = LF) darf im Zeichenvorrat nicht verwendet werden.

#### 4.1.1 Komprimierung

N162A

(1) Die Daten können vor der Übertragung komprimiert werden, wenn Absender und Empfänger dies vereinbaren. Dabei sollen ausschließlich genormte und herstellerunabhängige Komprimierungsverfahren verwendet werden).

### 4.1.2 Verschlüsselung - siehe Anhang -

### 4.1.3 Dateiname

Für den Dateinamen wird folgende Syntax verwendet:

| Stellen | Status | Inhalt |
|---|---|---|
| 1 | M | „E“|„T“ (Echt-/Testkennzeichen) |
| 2 - 5 | M | Klassifikation = "PKH0" |
| 6 - 8 | M | zur freien Verfügung |
| 9 - 11 | K | zur freien Verfügung |

## 4.2 Datenfernübertragung

(1) Die Festlegungen zur Regelung der Datenübertragung sollen dem Referenzmodell für die offene Kommunikation (OSI), ISO 7498, entsprechen. Die transportorientierten Funktionen werden durch die Ebenen 1 bis 4, die anwendungsorientierten Funktionen durch die Ebenen 5 bis 7 abgedeckt.

N161a N162a (2) Für die Realisierung der anwendungsorientierten Funktionen können "File Transfer, Access and Management" (FTAM) zur Datenübertragung sowie "Message Handling System" (MHS; X.400 Version 1988) als Nachrichtenübermittlungssystem gemäß ISO/OSI verwendet werden.
Der Einsatz von MHS (X.400) endet zum 31.12.2017. Ab dem 1.1.2018 wird weiterhin FTAM unterstützt.

N162a (3) Für die Realisierung der Transportfunktionen wird bis zum 31.12.2017 als Medium das Integrated Services Digital Network (ISDN) verwendet. Es können auch andere Medien und Techniken, z.B. DATEX-P, das analoge Fernsprechnetz als Zugang zum nächsten DATEX-P-Knoten oder Standleitungen, vereinbart werden. Die Versicherungsunternehmen erklären sich bereit, sofern notwendig, bei ihren Datenannahme- und Verteilstellen ein DFÜ-Verfahren gemäß CCITT X.25 vorzuhalten.
N161a N171a Spätestens ab dem 1.1.2018 werden als Übermittlungsmedium nur noch normierte Internetprotokolle (TCP/IP) verwendet.

(4) Für jedes Transportmedium sind geeignete Mechanismen zur Zugriffskontrolle zu vereinbaren, um den Ansprechpartner zu identifizieren und authentifizieren.

N162a N161a (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.

N172a **Verlängerung der Annahmebereitschaft 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 Annahmebereitschaft der PKV-Datenannahmestelle für die zum 31.12.2017 beendeten Verfahren FTAM / ISDN bzw. X.400 / MHS einmalig um drei Monate bis zum 31.3.2018 zu verlängern. Die Vereinbarungspartner**

**stimmen darin überein, dass eine weitere Verlängerung über den 31.3.2018 nicht vorgesehen ist. Diese Regelung bedingt die Verfügbarkeit der bisher genutzten ISDN-Anschlüsse sowohl auf Seiten der Datenannahmestellen als auch der Krankenhäuser.**

N171a

### 4.2.1 Verbindungsaufbau bei FTAM/IP

**(1) Bei FTAM über TCP/IP (FTAM/IP) erfolgt die Adressierung des Kommunikationspartners entweder über das Domain Name System (DNS) oder über eine feste IP-Adresse und der Angabe des entsprechenden Ports. Es werden IPv4-Netzwerkadressen verwendet; IPv6-Adressen können nach bilateraler Vereinbarung ebenfalls verwendet werden.**

N171a

**Die Datenannahmestellen müssen diese Parameter jedes Kommunikationspartners kennen.**

N171a

**(2) Bei der Verbindungsaufnahme zwischen FTAM-Initiator und Responder wird entschieden, ob der Nutzer berechtigt ist, Zugriff auf das System zu erhalten. Dieser Verbindungsaufbau erfolgt beim Einsatz von FTAM mittels der PDU (protocol-data-unit). Die PDU enthält die Parameter**

- **initiator-identity**
- **account**
- **filestore-password**

**Der Parameter initiator-identity ist mit dem weithin bekannten login gleichzusetzen und spezifiziert den Namen des Nutzers, der den Aufbau einer FTAM-Verbindung verlangt. Das filestore-password berechtigt den Nutzer zum Zugriff auf das Zielsystem. Der Parameter account dient üblicherweise zu Abrechnungszwecken. Der FTAM-Responder legt fest, welche von diesen 3 Parametern benötigt werden, um dem Nutzer den Zugang zum System zu ermöglichen. Für die Datenübertragung von Abrechnungsdaten bei Krankenhausleistungen in Verbindung mit § 17c KHG ist der Parameter „Initiator-identity“ (IK der Datenannahmestelle bzw. des Krankenhauses) eine Pflichtangabe.**

### 4.2.2 Anwendungsorientierte Funktionen

(1) Für die Verwendung anwendungsorientierter Funktionen werden folgende Normen zugrunde gelegt, unabhängig von der gewählten Zugriffsart:

| | | |
|---|---|---|
| OSI-Ebene 7: | ISO IS 8571 | OSI-FTAM-Standard |
| | ISO IS 8649/8650 | Funktionselement für Anwendungen (ACSE) |
| OSI-Ebenen 5/6 | ISO IS 8822/8823 | Darstellung |
| | ISO IS 8326/8327 | Kommunikationssteuerung |

(2) Zur Verwendung des FTAM-Dienstes müssen folgende Normen und Profile beachtet werden:

| | | |
|---|---|---|
| | ENV 41204 | Vollständige Übermittlung einfacher Dateien |
| | ENV 41205 | Dateiverwaltung |
| | FTAM Typ 3 | Unstructured binary files |

N162a N161a

(3) Zur Verwendung des MHS-Dienstes bis 31.12.2017 müssen folgende Normen und Profile beachtet werden:

| | | |
|---|---|---|
| MHS: | CCITT X.400 | X.400-Standard, Version 1988 |
| Pedi (P35) | CCITT X.435 | Übertragung von EDIFACT-Nachrichten |
| Verbindung | ENV 41201 | Private Verwaltungsbereiche |
| Verbindung | ENV 41202 | Öffentlicher Verwaltungsbereich |

(4) Die Struktur der Übertragungsdateien bei FTAM und MHS ist im Anhang (Abschnitt 2) definiert.

### 4.2.3 Transportorientierte Funktionen

(1) Die ISO-Normen IS 8072/8073 definieren die zu verwendenden Transportdienste und -protokolle.

(2) Als Protokolle für den D-Kanal sind E-DSS1 (Euro-ISDN) zu unterstützen. Im B-Kanal wird gemäß der Telekom-Richtlinie 1TR24 das Schicht3-Protokoll ISO 8208 (entspricht X.25 PLP) genutzt.

(3) Der Transport über DATEX-P der Telekom erfolgt nach ENV 41104/41105/CCITT X.25.

N162a N171a N161a

(4) Die zu verwendenden Vermittlungs- und Transportdienste nach OSI-Ebene 3 und 4 werden bei Nutzung des Internets durch das Transmission Control Protocol (TCP) gemäß RFC 793, sowie durch das Internetprotokoll (IPv4/IPv6) gemäß RFC 791 u. a. definiert. Da in den generischen FTAM-Spezifikationen eine native Nutzung von TCP/IP nicht vorgesehen ist, wird die Implementierung gemäß RFC 1006 (ISOonTCP) genutzt.

### 4.2.4 Transportsicherung

(1) Die Initiative für den Kommunikationsvorgang übernimmt der Absender.

(2) Absender und Empfänger können zum gegenseitigen Nachweis der Berechtigung für die Datenübertragung entsprechende Passwörter vereinbaren.

(3) Innerhalb des ISDN/DATEX-P wird die Rufnummer des aktiven Partners übergeben und vom passiven Partner geprüft. Deshalb muss die ISDN/DATEX-P-Nummer jedes möglichen aktiven Partners den passiven Partnern gemeldet werden; jede Änderung ist unverzüglich und rechtzeitig im Voraus den beteiligten Stellen bekannt zu geben.

#### 4.2.4.1 Transportsicherung bei FTAM

Einigen sich Absender und Empfänger nicht auf das automatische Recovery gemäß ISO IS 8171 FTAM, gilt für Übertragungsabbrüche, dass die betroffene Datei vom Absender erneut übertragen wird.

#### 4.2.4.2 Transportsicherung bei MHS bis 31.12.2017

N162a

Beim Sendevorgang soll der Absender vom Empfänger eine Empfangsbestätigung (Delivery Report) anfordern. Bei fehlender bzw. negativer Rückmeldung ist die Datei erneut zu verschicken.

### 4.2.5 Dokumentation

(1) Für die Datenübertragung ist eine Dokumentation zu führen. Sie ist bis zum Abschluss des jeweiligen Vorgangs (Bezahlung der Schlussrechnung) vorzuhalten. Die Dokumentation muss die folgenden Mindestinhalte umfassen:

- Inhalt der Datenübertragung (Dateiname)
- Laufende Nummer der Datenübertragung
- Eindeutige Bezeichnung der Kommunikationspartner
- Beginn und Ende der Datenübertragung
- Übertragungsmedium
- Dateigröße
- Verarbeitungshinweise
  - Senden/Empfangen
  - Verarbeitungskennzeichen (fehlerfrei/fehlerhaft)
  - wenn fehlerhaft: Fehlerstatus aus Übertragungsprogramm

# 5. Austauschformate

## 5.1 Dateibeschreibung

(1) Der Aufbau einer Datei entspricht dem EDIFACT-Standard (DIN EN 29 735).

(2) Die einzelnen Nachrichtentypen werden durch Satzkennzeichen und Versionsnummern gekennzeichnet bzw. unterschieden. Die Nachricht selbst ist in eine definierte Folge von anwendungsbezogenen Segmenten gegliedert, die durch ihre Kennung identifiziert werden. Segmente enthalten Datenelemente. Datenelemente und Segmente werden durch vereinbarte Steuerzeichen begrenzt, so dass innerhalb einer Nachricht nur signifikante Daten zu übertragen sind und am Segmentende nicht gefüllte Datenelemente weggelassen werden können.

Nicht gefüllte Kann-Datenelemente/Datenelementgruppen müssen durch ein Datenelement(gruppen)-Trennzeichen dargestellt werden, sofern sie nicht am Ende des Segmentes stehen.
Die einzelnen Segmente dürfen nicht mit CR/LF abgeschlossen werden.

(3) Zu den Trennzeichen werden folgende Festlegungen getroffen:
**UNA, Trennzeichen-Vorgabe**
Funktion: Dient zur Definition der Trennzeichen-Angabe und der anderen Zeichen mit Sonderfunktionen, die in der folgenden Übertragungsdatei verwendet werden.

Wenn die Trennzeichen-Vorgabe übertragen werden soll, muss sie dem Nutzdaten-Kopfsegement UNB unmittelbar vorangestellt werden. Die Vorgabe beginnt mit dem Großbuchstaben UNA, dann folgen unmittelbar die sechs festgelegten Trennzeichen in der nachstehend aufgeführten Reihenfolge:

| Darstellung | | Status | Name Inhalt |
|---|---|---|---|
| an1 | M | GRUPPENDATENELEMENT-TRENNZEICHEN | Doppelpunkt |
| an1 | M | SEGMENT-BEZEICHNER- UND DATENELEMENT-TRENNZEICHEN | Pluszeichen |
| an1 | M | DEZIMALZEICHEN | Komma |
| an1 | M | FREIGABEZEICHEN | Fragezeichen |
| an1 | M | Reserviert für spätere Verwendung | Leerzeichen |
| an1 | M | SEGMENT-ENDEZEICHEN | Apostroph |

Abweichend von allen anderen Segmenten, werden im UNA-Segment keine Trennzeichen verwendet.
Aufbau des UNA-Segments: **UNA:+,? '**

Soll eines der verwendeten Steuerzeichen (Doppelpunkt, Plus-Zeichen, Komma, Fragezeichen, Apostroph) innerhalb eines Feldes als Textzeichen übermittelt werden, so muss das Freigabezeichen vorangestellt werden. Es gilt für das unmittelbar folgende Zeichen.
Beispiele:
Für den Patienten *Luigi D'Angelo* müssten die Felder Nachname und Vorname wie folgt übermittelt werden: *D?'Angelo+Luigi+*
Das Textfeld *Berechnungsgrundlage: Betrag=Honorarsumme + Einzelvergütung* sähe wie folgt aus:
*Berechnungsgrundlage?: Betrag=Honorarsumme ?+ Einzelvergütung+*

## 5.2 Struktur der Datei

(1) Die zu übertragenden Daten können mit einer Trennzeichen-Vorgabe UNA beginnen.

(2) Jede Datei beginnt mit einem Nutzdaten-Kopfsegment (UNB) und endet mit einem Nutzdaten-Endesegment (UNZ).
Im Nutzdaten-Kopfsegment wird als Absenderbezeichnung das Institutionskennzeichen der datenverschlüsselnden Stelle und als Empfängerbezeichnung das Institutionskennzeichen des datenentschlüsselnden Empfängers eingetragen. Eine Datei enthält deshalb nur Daten für die in der Empfängerbezeichnung angegebene Datenannahmestelle.

Für ein Absender-Empfänger-Paar ist die Datenaustauschreferenz fortlaufend je Datenübertragung um 1 zu erhöhen. Bei Datenüberlauf (99999 + 1 = 00001) ist mit '00001' neu aufzusetzen. Die Zählung ist für Testverfahren und für Echtverfahren getrennt vorzunehmen.
(Zum Umgang mit der Datenaustauschreferenz in Bezug auf Fehlermeldungen der Stufe 1 siehe Kapitel 6 'Fehlerverfahren'.)

(3) Eine Nachricht eines Absenders (z.B. Aufnahmesatz) an einen bestimmten Empfänger wird jeweils mit einem Nachrichten-Kopfsegment (UNH) eingeleitet und mit einem Nachrichten-Endesegment (UNT) beendet. Innerhalb dieser beiden Segmente befinden sich alle Nutzdatensegmente der Nachricht. Gemäß DIN EN 29 735 ist je Nachricht (innerhalb von UNH und UNT) nur die Übertragung eines Geschäftsvorfalls möglich. Die Institutionskennzeichen des Absenders und des Empfängers sind in den Nutzdaten gespeichert.

N162a
N161a
N171a

(4) Eine Nutzdatendatei darf nur ein UNB-Segment und ein UNZ-Segment enthalten.

**Nutzdaten-Kopfsegment**
Funktion: Dient dazu, eine Übertragungsdatei zu eröffnen, zu identifizieren und zu beschreiben.

| Kennung | Darstellung | Status | Name | Inhalt / Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|
| **UNB** | a3 | M | Segment-Bezeichner | UNB |
| S001 | | M | SYNTAX-BEZEICHNER | |
| 0001 | a4 | M | Syntax-Kennung | UNOC |
| 0002 | n1 | M | Syntax-Versionsnummer | 3 |
| S002 | | M | ABSENDER DER ÜBERTRAGUNGSDATEI | |
| 0004 | an..35 | M | Absenderbezeichnung | IK der absendenden Stelle |
| S003 | | M | EMPFÄNGER DER ÜBERTRAGUNGSDATEI | |
| 0010 | an..35 | M | Empfängerbezeichnung | IK der empfangenden Stelle |
| S004 | | M | DATUM/UHRZEIT DER ERSTELLUNG | |
| 0017 | n6 | M | Datum der Erstellung | JJMMTT |
| 0019 | n4 | M | Zeit der Erstellung | HHMM |
| 0020 | an..14 | M | DATENAUSTAUSCHREFERENZ | 5 Stellen Dateinummer fortlaufend |
| S005 | | K | REFERENZ/PASSWORT DES EMPFÄNGERS | leer |
| 0026 | an..14 | M | ANWENDUNGSREFERENZ | 11 Stellen Dateiname, siehe 4.1.3 |

Beispiel für den Aufbau eines UNB:

UNB+UNOC:3+101234567+261234567+970118:1145+00001**++EPKH0**xxxxxx'

**Nachrichten-Kopfsegment**
Funktion: Dient dazu, eine Nachricht zu eröffnen, sie zu identifizieren und zu beschreiben.

| Kennung | Darstellung | Status | Name | Inhalt / Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|
| **UNH** | a3 | M | Segment-Bezeichner | UNH |
| 0062 | an..14 | M | NACHRICHTEN-REFERENZNUMMER | 5 Stellen fortlaufende Nummer (innerhalb UNB und UNZ) |
| S009 | | M | NACHRICHTEN-KENNUNG | |
| 0065 | an..6 | M | Nachrichtentyp-Kennung | PAUF, PVER, PREC, PENT PKOS, PZAH oder PFEH |
| N162a F4 0052 | an..3 | M | Versionsnummer des Nachrichtentyps | 16 [11] |
| 0054 | an..3 | M | Freigabenummer des Nachrichtentyps | 000 |
| 0051 | an..2 | M | Verwaltende Organisation, codiert | 00 |

**Nachrichten-Endesegment**
Funktion: Dient dazu, eine Nachricht zu beenden und sie auf Vollständigkeit zu prüfen.

| Kennung | Darstellung | Status | Name | Inhalt / Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|
| **UNT** | a3 | M | Segment-Bezeichner | UNT |
| 0074 | n..6 | M | ANZAHL DER SEGMENTE IN EINER NACHRICHT | Kontrollzähler über die gesamte Anzahl der Segmente in der Nachricht (inklusiv der UNH- und UNT-Segmente) |
| 0062 | an..14 | M | NACHRICHTEN-REFERENZNUMMER | wie in UNH (0062) |

**Nutzdaten-Endesegment**
Funktion: Dient dazu, eine Übertragungsdatei zu beenden und sie auf Vollständigkeit zu prüfen.

| Kennung | Darstellung | Status | Name | Inhalt / Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|
| **UNZ** | a3 | M | Segment-Bezeichner | UNZ |
| 0036 | n..6 | M | DATENAUSTAUSCHZÄHLER | Nachrichtenanzahl innerhalb einer Übertragungsdatei |
| 0020 | an..14 | M | DATENAUSTAUSCHREFERENZ | wie in UNB (0020) |

N171B

N162a F4 F3 (ab 1.1.2021)

[11] Die Versionsnummer muss immer der in der Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V für den Behandlungsfall gültigen Versionsnummer entsprechen *Die Fortschreibung der Rahmenvereinbarung zur Datenübertragung von Abrechnungsdaten bei Krankenhausleistungen in Verbindung mit § 17c KHG vom 10.7.2020 zum 1.1.2021 führte nicht zur Änderung der Versionsnummer, da sie mit der Aufnahme der Standortangaben die Anpassungen der 15. Fortschreibung des § 301-Verfahrens umsetzt.*

# 6. Fehlerverfahren

Um die Datenübertragung ohne zeitliche Verzögerung durchzuführen, ist bei Fehlern eine sofortige Reaktion erforderlich. Das bedeutet, dass die als fehlerhaft erkannten Daten umgehend zurückgeschickt werden müssen.

Die per DFÜ übertragenen Daten werden einer mehrstufigen Prüfung unterzogen.

## 6.1 Stufe 1 - Prüfung von Datei und Dateistruktur

Übertragungsdateien werden auf ihre physikalische Lesbarkeit, korrekte Reihenfolge und Syntax der Servicesegmente (UNA, UNB, UNH, UNT, UNZ) sowie auf Gültigkeit der Kommunikationspartner geprüft.

Sollte die übermittelte Übertragungsdatei (DFÜ) nicht lesbar sein, erfolgt eine Klärung unmittelbar zwischen der empfangenden und der absendenden Stelle. Sollte die übermittelte Übertragungsdatei (DFÜ) lesbar sein und Fehler in den Service-Segmenten oder falsche Absender- bzw. Empfängerangaben enthalten, so wird eine eigene Übertragungsdatei, die als Nachrichtentyp ausschließlich 'PFEH' (mit einem oder mehreren Fehlersegmenten) enthält, erzeugt (Struktur der Datei: UNB, UNH mit Nachrichtentyp-Kennung PFEH, Datensegment(e) FHL; UNT, UNZ) und an den Absender zurückübermittelt, sofern die Fehlersituation eine maschinelle Bearbeitung ermöglicht. Die Übertragungsdatei wird in diesem Fall nicht als übermittelt betrachtet, bei der nächsten Übertragung wird deshalb die Datenaustauschreferenz (UNB 0020) nicht hochgezählt.

## 6.2 Stufe 2 - Prüfung der Syntax

Je Nachricht wird die Reihenfolge der Segmente geprüft, innerhalb eines Segmentes erfolgen die Prüfungen auf Feldebene in Bezug auf Typ, Länge und Vorkommen (Kann- oder Muss-Datenelement).

Wenn die Syntax verletzt ist, z.B. bei falschen Segmenten, zu großer Feldlänge oder alphanumerischen Inhalten in numerisch definierten Datenelementen, ist die gesamte Nachricht von UNH bis UNT zurückzuweisen.

Es wird dann eine Fehlernachricht mit der Nachrichtentyp-Kennung 'PFEH' (Segmentfolge UNH, FKT, FHL, UNT) erzeugt und an den Absender übertragen.

## 6.3 Stufe 3 - Formale Prüfung auf Inhalte

Die einzelnen Datenelemente eines Segmentes werden auf plausiblen Inhalt geprüft (z.B. Datum, Uhrzeit). Schlüsselausprägungen müssen korrekt sein im Hinblick auf das Schlüsselverzeichnis (Anlage 2) bzw. auf die Informationsstrukturdaten (IK, ICD, Amtlicher OP-Schlüssel). Weiter finden Kombinationsprüfungen über mehrere Datenelemente statt.

Eine als fehlerhaft erkannte Nachricht wird um Fehlersegmente ergänzt und an den Absender zurück übertragen.

## 6.4 Stufe 4 - Prüfung in den Fachverfahren der Versicherungsunternehmen

Die vertrags- und leistungsrechtlichen Prüfungen werden individuell bei den einzelnen Versicherungsunternehmen durchgeführt. **Für diesen Bereich werden gesondert übergreifende Regelungen vereinbart**. Ein als fehlerhaft erkannter Geschäftsvorfall wird um Fehlersegmente ergänzt und an den Absender zurück übertragen.

# 7. Korrekturverfahren

## 7.1 Funktionalität

Das Korrekturverfahren gilt für inhaltlich falsch übermittelte Daten innerhalb des Datenaustauschs. Es berührt nicht das Fehlerverfahren für programmtechnisch festgestellte Fehler, die zu Rückweisungen von einzelnen Nachrichten oder Dateien führen.

Das Korrekturverfahren schafft die DV-technische Voraussetzung, um formal richtige, aber durch Erfassungs- oder Softwarefehler inhaltlich falsche Daten, die auch in Plausibilitätsprüfungen nicht als falsch erkannt werden, zu korrigieren oder zu stornieren. Es dient auch zur nachträglichen Übertragung inhaltlicher Änderungen.

## 7.2 Technische Umsetzung

Voraussetzung für die Korrektur bereits übermittelter Daten ist deren eindeutige Identifizierung, d.h. die Zuordnung zum jeweiligen Fall. Darüber hinaus müssen Nachrichten des gleichen Typs zu einem Fall - z.B. mehrere Rechnungssätze - voneinander unterschieden werden können.

### 7.2.1 Identifizierende Merkmale

Ein Krankenhausfall ist durch das Institutionskennzeichen des Krankenhauses in FKT und das KH-interne Kennzeichen des Versicherten in PNV eindeutig identifiziert. Das KH-interne Kennzeichen muss eine eindeutige Identifikation des Behandlungsfalls sicherstellen. Das IK des Krankenhauses in FKT darf - bezogen auf einen Fall - nicht geändert werden. Nach einem Fallstorno (siehe 7.3.3) darf das KH-interne Kennzeichen für die Übertragung an dasselbe Versicherungsunternehmen nicht noch einmal verwendet werden, es ist dann ein neues KH-internes Kennzeichen zu vergeben. Werden nach einem Fallstorno aufgrund falscher Kostenträgerzuordnung die Daten an das tatsächlich zuständige Versicherungsunternehmen übermittelt, so kann das KH-interne Kennzeichen beibehalten werden.

Zur Steuerung der DV-technischen Korrektur wird das Funktionssegment FKT verwendet, das jede Nachricht einleitet.

### 7.2.2 Mehrfach vorkommende Nachrichten

Einige Geschäftsvorfälle, wie die Verlängerungsanzeige, können innerhalb eines Krankenhausfalls mehrfach vorkommen. Das Funktionssegment FKT enthält das Feld "Laufende Nummer des Geschäftsvorfalls", das zur Unterscheidung von mehrfach vorkommenden Nachrichten (lückenlos fortlaufend ab ‘01') verwendet werden kann.

### 7.2.3 Mehrfachänderungen einer Nachricht

Aus technischen Gründen, z.B. weil eine Datei wegen Nichtlesbarkeit zurückgeschickt werden muss, kann es vorkommen, dass übermittelte Nachrichten nicht in der zeitlichen Reihenfolge des Absendens beim Empfänger ankommen bzw. verarbeitet werden. Dies kann auch durch mehrfache Änderungen in kurzem Abstand eintreten. In solchen Fällen soll bilateral geklärt werden, ob der vom Absender gewünschte Dateninhalt auch tatsächlich als aktueller Stand beim Empfänger vorliegt.

### 7.2.4 Aufbau des Segments Funktion

| Kennung | Darstellung | Status | Name | Inhalt / Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|
| **FKT** | an3 | M | Segment-Bezeichner | FKT |
| | an2 | M | Verarbeitungskennzeichen | Schlüssel 9 |
| | an2 | M | Laufende Nummer des Geschäftsvorfalls | 01,.. bei mehrfach vorkommenden Nachrichten, fortlaufend |
| | an9 | M | IK des Absenders | IK des Krankenhauses / IK des Versicherungsunternehmens |
| | an9 | M | IK des Empfängers | IK des Versicherungsunternehmens / IK des Krankenhauses |

## 7.3 Allgemeine Verfahrensregeln

Im Datenübertragungsverfahren können einzelne Nachrichten korrigiert werden, wobei das Institutionskennzeichen und das krankenhausinterne Kennzeichen des Versicherten als identifizierende Felder nicht geändert werden dürfen (Sicherstellung durch Plausibilitätsprüfungen in den Fachverfahren).

Müssen diese identifizierenden Felder durch das Krankenhaus geändert werden, ist ein "Fallstorno" erforderlich. Die Fachverfahren haben den Nachweis von Änderungen und Fallstorni zu gewährleisten.

### 7.3.1 Normalfall

Im Funktionssegment (FKT) ist das Verarbeitungskennzeichen auf '10' zu setzen.

Wenn es sich um mehrfach vorkommende Nachrichten handelt - z. B. Verlängerungsanzeigen zu einem Krankenhausfall -, ist die laufende Nummer in FKT ab 01 lückenlos hochzuzählen.

### 7.3.2 Änderung

Änderungen werden nachrichtenbezogen durchgeführt. Wurde z. B. bei einer Krankenhausaufnahme die Fachabteilung in dem Aufnahmesatz falsch verschlüsselt, so ist vom Krankenhaus über einen erneuten Aufnahmesatz eine Änderung zu übertragen. Im Funktionssegment (FKT) ist dann das Verarbeitungskennzeichen auf '20' zu setzen. Wurde jedoch bereits eine Schlussrechnung übermittelt, ist eine Änderung der Entlassungsanzeige erst nach erfolgter Gutschrift der Schlussrechnung zulässig.

Eine automatische Fortschreibung in andere Nachrichten erfolgt nicht, diese sind ggf. ebenfalls mit Verarbeitungskennzeichen '20' zu ändern.

### 7.3.3 Fallstorno

In folgenden Fällen ist durch das Krankenhaus ein Fallstorno durchzuführen:

- KH-internes Kennzeichen des Versicherten falsch
- IK des Krankenhauses fehlerhaft
- Kostenträgerzuordnung nicht zutreffend

- Softwarefehler

Das Fallstorno ist in der ersten Nachricht zu einem Fall (Aufnahmesatz) mitzuteilen. Im Funktionssegment FKT ist das Verarbeitungskennzeichen auf '30' bis '34' (siehe Schlüssel 9) zu setzen.

Die Fachverfahren der Versicherungsunternehmen stellen bei einem Fallstorno sicher, dass alle bisher übertragenen und ggf. noch folgenden Nachrichten zum Fall als ungültig gekennzeichnet werden.

### 7.3.4 Rechnungsstorno

Rechnungen dürfen nicht geändert werden.

Änderungen von Datenfeldern in Rechnungen erfordern zunächst ein Rechnungsstorno durch das Krankenhaus über den Schlüssel 11, Rechnungsart: '04' (Gutschrift/Stornierung). Das Verarbeitungskennzeichen in FKT ist auf '10' (Normalfall) zu setzen, die Laufende Nummer des Geschäftsvorfalls wird um 1 erhöht. Der dann richtig gestellte Rechnungssatz ist mit Verarbeitungskennzeichen '10' (Normalfall) in FKT zu übertragen, die Laufende Nummer wird wiederum um 1 erhöht.

### 7.3.5 Nachtragsrechnung

Wurde bei einer bereits übermittelten Rechnung für einen bestimmten Zeitraum ein Entgelt versehentlich nicht berechnet, so kann dieses über eine Nachtragsrechnung (Schlüssel 11, Rechnungsart '03'/'53') mit dem Verarbeitungskennzeichen '10' (Normalfall) nachträglich übertragen werden, die laufende Nummer in FKT ist dabei um 1 zu erhöhen.

### 7.3.6 Gutschrift

Ist eine Gutschrift erforderlich, so wird diese über den Schlüssel 11 (Rechnungsart '04') mit dem Verarbeitungskennzeichen '10' (Normalfall) übertragen, die Laufende Nummer des Geschäftsvorfalls in FKT wird um 1 erhöht.

### 7.3.7 Fallstorno nach Rechnungsstellung

Die Funktionalität des Datenaustausches endet mit der Übertragung des Fallstornos, weil die Verfolgung des bisherigen Geldflusses nur über die hausinterne Buchhaltung möglich ist. Es ist den Fachverfahren überlassen, inwieweit hier programmtechnische Unterstützung geleistet wird.

### 7.3.8 Irrtümliche Entlassungsanzeige

Wurde für einen Patienten irrtümlich eine Entlassungsanzeige übertragen, so kann diese mit dem Verarbeitungskennzeichen '40' (Storno einer Entlassungsanzeige) storniert oder mit dem Verarbeitungskennzeichen '20' nach der tatsächlichen Entlassung berichtigt werden. Wurde mit der irrtümlichen Entlassungsanzeige bereits eine Schlussrechnung übertragen, so muss diese storniert werden, bevor die Entlassungsanzeige storniert oder geändert werden kann.

### 7.3.9 Ergänzende Erläuterungen

(1) Eine Änderung einer Aufnahmeanzeige soll nur erfolgen, wenn sich die Angaben zum Aufnahmegrund, Aufnahmetag, zur Wahlleistung Unterkunft, zur Begleitperson oder zur Aufnahmediagnose ändern. Ergänzungen der Aufnahmediagnose, die nach der Aufnahme festgestellt werden, erfordern keine Änderungsmeldung, sondern werden mit der Entlassungsanzeige übermittelt. Eine neue Bestätigung des Versichertenstatus wird nicht übermittelt, wenn sich der Inhalt der Kostenzusage nicht ändert.

(2) Eine Stornierung eines Zahlungssatzes ist nicht vorgesehen.
(3) Ablauf, wenn ein Zahlungssatz mit dem Prüfungsvermerk ‘02’ - wird geprüft - übermittelt wurde:

- Der Zahlungssatz mit Prüfungsvermerk '02' enthält in ZPR Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen, = Null, und keine ENT-Segmente.
- Es muss ein neuer Zahlungssatz mit erhöhter laufender Nummer und Verarbeitungskennzeichen '10' folgen mit z. B. Prüfungsvermerk '01', wenn der Rechnungsbetrag anerkannt wird, oder mit Prüfungsvermerk '05', wenn der zur Zahlung angewiesene Betrag vom Rechnungsbetrag abweicht (dann mit nachfolgenden ENT-Segmenten).

(4) Eine Rechnung kann storniert werden, solange noch keine Zahlung erfolgte, danach ist eine Gutschrift erforderlich (Anlage 5, Kap. 1.2.4).
Sollte es im Einzelfall Unstimmigkeiten geben, weil ein Rechnungsstorno abgewiesen wird, weil die Zahlung bereits angewiesen bzw. das Geld auf dem Überweisungsweg ist, so ist bilateral (z. B. per Telefon) eine Klärung herbeizuführen.
(5) Eine Gutschrift hat nicht zwingend eine Rücküberweisung zur Folge. Es ist bilateralen Absprachen überlassen, ob Zahlungen und Gutschriften intern verrechnet werden.
(6) Kombinationen von Rechnungsarten

In der nachfolgenden Tabelle ist dargestellt, welche Rechnungsarten in einem Abrechnungszeitraum in Folge möglich sind.

**Tabelle: Mögliche Reihenfolge von Rechnungssätzen (Rechnungsarten '1' bis '5') für einen Abrechnungszeitraum**

Der erste Rechnungssatz für einen Abrechnungszeitraum muss eine Zwischen- oder Schlussrechnung sein (Rechnungsart '1' oder '2').
Nach einer Schlussrechnung darf kein weiterer Abrechnungszeitraum folgen, nachstationäre Behandlung ist in der Schlussrechnung anzugeben, ggf. als Nachtrag.

| | Unmittelbar nachfolgender Rechnungssatz für denselben Abrechnungszeitraum | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Vorhergehender Rechnungssatz | 1 Zwischen-Rechnung | 2 Schluss-Rechnung | 3 Nachtrag | 4 Gutschrift | 5 Stornierung |
| 1 Zwischenrechnung | nein | nein | ja | ja | ja |
| 2 Schlussrechnung | nein | nein | ja | ja | ja |
| 3a Nachtrag zu Zwischenrechnung | nein | nein | ja | ja | ja |
| 3b Nachtrag zu Schlussrechnung | nein | nein | ja | ja | ja |
| 4a Gutschrift zu Zwischenrechnung | ja | ja [1)] | nein | ja [5)] | ja [4)] |
| 4b Gutschrift zu Schlussrechnung | ja | ja | nein | ja [5)] | ja [4)] |
| 4c Gutschrift zu Nachtrag | ja [6)] | ja [6)] | ja | ja [3)] | nein |
| 5a Stornierung einer Zwischenrechnung | ja | ja [1)] | nein | nein | nein |
| 5b Stornierung einer Schlussrechnung | ja | ja | nein | nein | nein |
| 5c Stornierung eines Nachtrags | nein | nein | ja | ja [3)] | ja [2)] |

Erläuterungen:
1) wenn noch keine Schlussrechnung vorhanden war (es darf nur eine Schlussrechnung pro Fall geben)
2) wenn zum selben Abrechnungszeitraum noch ein Nachtrag oder eine Rechnung vorhanden ist, der/die noch nicht bezahlt wurde
3) wenn zum selben Abrechnungszeitraum noch ein Nachtrag oder eine Rechnung vorhanden ist, der/die bereits bezahlt wurde
4) wenn zum selben Abrechnungszeitraum noch ein Nachtrag vorhanden ist, der noch nicht bezahlt wurde
5) wenn zum selben Abrechnungszeitraum noch ein Nachtrag vorhanden ist, der bereits bezahlt wurde
6) wenn zum selben Abrechnungszeitraum keine Rechnung mehr vorhanden ist (d. h. Storno oder Gutschrift liegt vor)

## 7.4 Änderungen von Versichertendaten außerhalb des Korrekturverfahrens

Das Korrekturverfahren bezieht sich auf die Änderungen von selbsterzeugten Nachrichten. Die Möglichkeit der Änderung von Versichertendaten wird nicht im Korrekturverfahren geregelt.

### 7.4.1 Notwendigkeit des Verfahrens

Bei den Versichertendaten in den Segmenten PNV und NAD

- Versicherungsnummer
- Name des Versicherten
- Vorname des Versicherten
- Geburtsdatum des Versicherten

ist damit zu rechnen, dass bei einer manuellen Datenerfassung (z. B. bei Nichtvorlage der Card für Privatversicherte) fehlerhafte Angaben übermittelt werden. Andererseits können Änderungen bei Versichertendaten auftreten, auf die das Versicherungsunternehmen noch nicht mit der Ausgabe einer neuen Card für Privatversicherte reagieren konnte. Es handelt sich hier z.B. um:

- Namensänderung infolge Heirat, Scheidung oder auf Antrag
- Namensgebung bei Neugeborenen nach stationärer Aufnahme
- Änderung des Versichertenstatus bei gleichzeitiger Neuvergabe einer Card für Privatversicherte

### 7.4.2 Technische Umsetzung

Ist eine eindeutige Identifizierung des Versicherten durch das Versicherungsunternehmen erfolgt, reagiert es mit der Übertragung ihrer eigenen Versichertendaten an das Krankenhaus in den Segmenten PNV und NAD. Im Fachverfahren des Versicherungsunternehmens ist sicherzustellen, dass ggf. notwendige Anpassungen der persönlichen Daten des Versicherten nach Prüfung der Sachlage im Mitgliederbestand durchgeführt werden.

Stellt das Krankenhaus aufgrund der Rückmeldung des Versicherungsunternehmens fest, dass sich identifizierende Merkmale des Versicherten geändert haben - z. B. Name/Vorname - so übernimmt das Krankenhaus diese Daten in den folgenden Übertragungen.

Wenn das Krankenhaus eine falsche Versicherungsnummer übertragen hat, das Versicherungsunternehmen den Versicherten anhand weiterer Daten im Aufnahmesatz aber trotzdem zuordnen kann, ist nach Empfang der Bestätigung des Versichertenstatus mit der richtigen Versicherungsnummer durch das Krankenhaus die weitere Übertragung mit der richtigen Versicherungsnummer durchzuführen.

Bei einer Änderung der Versicherungsnummer ist eine DV-technische Lösung nicht mit angemessenem Aufwand realisierbar. Die ursprünglich übertragene Versicherungsnummer oder Personennummer wird daher bis zum Abschluss der Behandlung beibehalten. Eine nachträgliche Trennung des Falles (aus Gründen der Kontierung) ist im Fachverfahren des Versicherungsunternehmens sicherzustellen.

N162a

# 8. Kostenträgerdateien

## 8.1 Kostenträgerdaten der Versicherungsunternehmen

Die Kostenträgerdatei (IK-Nummern und Adressen) der Versicherungsunternehmen wird den Krankenhäusern auf Anfrage durch den PKV-Verband kostenfrei zur Nutzung zur Verfügung gestellt (z. B. über das Internet).

N162a

# 9. Datenflüsse

Der Verband der Privaten Krankenversicherung stellt die Kommunikationsparameter der Datenannahmestelle(n) jeweils aktuell zur Verfügung. Die Angaben werden in diesem Abschnitt veröffentlicht und bei Bedarf fortgeschrieben.

Die PKV Datenannahme- und Verteilstelle (PKV-DAV) wird vom PKV-Verband als zentrale Annahmestelle ohne Entschlüsselungsberechtigung für alle PKV-Unternehmen unterhalten. Die an die PKV-DAV übertragenen Dateien (siehe 5.2) werden an den entschlüsselungsberechtigten Empfänger (PKV-Unternehmen oder Krankenhaus) weitergeleitet. Als Übertragungsarten können FTAM oder MHS (X.400) genutzt werden. Für den Testbetrieb und den Echtbetrieb gelten gesonderte Kommunikationsparameter. Die benötigten öffentlichen Schlüssel (X.509) werden durch das Trustcenter über die Datei pkv_sha256.key bereitgestellt. Während des Parallelbetriebs der Hash-Algorithmen SHA-1 und SHA-256 werden die entsprechenden SHA-1-Schlüssel in der Datei pkv.key bereitgestellt.

PKV-Datenannahme- und Verteilstelle (PKV-DAV)
Innovas GmbH (Team PKV-DAV)
Theodor-Heuss-Ring 19-21
50668 Köln
E-Mail: pkv-dav@innovas.de
Internet: www.pkv-dav.de
IK: 590533311

# 10. Testverfahren

NNN
N161a
62a

Bei Neuaufnahme des Datenaustausches kann zwischen den Beteiligten ein Testverfahren bilateral vereinbart werden. Im Testbetrieb werden vereinbarte Testdaten für fiktive Testfälle an die PKV-DAV übertragen und geprüft. Die PKV-DAV überträgt im Fehlerfall die zugehörige Fehlernachricht. Bei erfolgreichem Abschluss des Testverfahrens bestätigt die PKV-DAV die Übereinstimmung mit den Vorgaben der Rahmenvereinbarung. Das Testverfahren wird bei erfolgreichem Test einer Softwareversion für Krankenhäuser mit identischer Softwareversion in vereinfachter Form durchlaufen (Anbindungstest).

Weitere Einzelheiten eines gemeinsam ausgestalteten Testverfahrens werden gesondert geregelt.

# Anhang zu Anlage 4 (Verschlüsselung und Signatur, Übertragungsdateien)

## Vorbemerkung

Die nachfolgenden Regelungen dienen der Übernahme der für die Datenübermittlung nach § 301 SGB V bestehenden Verfahrenslösungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen. Die Partner dieser Rahmenvereinbarung streben eine einheitliche Sicherheitsinfrastruktur für eine vertrauenswürdige und rechtssichere Kommunikation an.

## 1. Verschlüsselung und Signatur

Als Basis für die Verschlüsselung wird ein asymmetrisches Verfahren für die Kommunikation eingesetzt, das folgenden Anforderungen genügt:

N161
- Das Verschlüsselungsverfahren beruht auf RSA/AES.
- Die Schlüsselerzeugung erfolgt dezentral.
- Das Schlüsselmanagement erfolgt zentral über Trust-Center.

N171a Die Nutzdatendateien werden vor der Verschlüsselung elektronisch signiert, um sie einerseits gegen unbefugte Veränderung zu schützen (Integrität) und andererseits deren Herkunft nachzuweisen (Authentizität). Der Signaturalgorithmus stellt eine Kombination aus einer Einweg-Hashfunktion und einem Public-Key-Verfahren dar.

N181a Für die einzusetzenden kryptografischen Verfahren (einschließlich der erforderlichen PKI) sowie die Parameter für deren Verwendung gelten die Vorgaben der Security Schnittstelle für den Datenaustausch im Gesundheits- und Sozialwesen (Anlage 16 Gemeinsame Grundsätze Technik nach § 95 SGB IV) in der Fassung vom 26.10.2017, gültig ab 01.01.2018.

N181a

# 2. Struktur der Übertragungsdateien

## 2.1 Übertragungsdateien bei FTAM

Zu jeder Nutzdatendatei muss für die Übertragung die nachfolgend definierte Auftragsdatei generiert werden, die z. B. für das Routing benutzt wird. Die Übertragung jeder Nutzdatendatei erfolgt als separate Datei. Vor der Übertragung einer Nutzdatendatei wird die dazugehörige Auftragsdatei übertragen. Innerhalb einer bestehenden FTAM-Session wird ein Dateipaar, bestehend aus
N171a Auftragsdatei und Nutzdatendatei, übermittelt.

N162a

## 2.2 Festlegung der Transferdateinamen und der Verfahrenskennung)

Auf der Seite des Absenders besteht der Transferdateiname aus der Dateitypbezeichnung (Feld VERFAHREN_KENNUNG) und einer laufenden Nummer (Feld TRANSFER_NUMMER). Der Name der zugehörigen Auftragsdatei besteht aus dem vorstehend beschriebenen Transferdateinamen mit dem Zusatz '.AUF'.

| | Auftragsdatei 1 | Nutzdatendatei 1 | Auftragsdatei 2 | Nutzdatendatei 2 | |
|---|---|---|---|---|---|
| z.B.: | EPKH0007.AUF | | EPKH0007 | EPKH0008.AUF | EPKH0008 |

N162a Die Verfahrenskennung lautet: „EPKH0" für Echtdaten
„TPKH0" für Testdaten)

Bei jeder erfolgreichen Übertragung einer Datei wird das Feld TRANSFER_NUMMER um eins erhöht. Ist eine Übertragung fehlerhaft, so wird die TRANSFER_NUMMER für diesen Übertragungswunsch beibehalten und bei einer späteren Übertragung derselben Datei wiederverwendet.

### 2.2.1 Format der Auftragsdatei

Der Auftragssatz ist nur aus logischen Gründen in mehrere Tabellen (Objekte) aufgeteilt worden. Physikalisch handelt es sich um einen zusammenhängenden Satz. Alle Objekte müssen vorhanden sein.

Die Abkürzungen in den folgenden Spalten haben die Bedeutung:

**L Länge**

**N Nutzungtypen**
- R: Routing-Informationen
- L: Logging- und Statusinformationen
- K: Verfahrensspezifische Information
- D: Datenträgerspezifische Informationen
- I: Interne Nutzung
- A: Allgemeine Informationen
- S: Informationen zur Verschlüsselung

**T (Feld-) Typen**
- N: Numerisch (rechtsbündig mit führenden Nullen)
- A: Alpha (linksbündig mit Leerzeichen aufgefüllt)
- AN: Alphanumerisch (linksbündig mit Leerzeichen aufgefüllt)

**A (Feld-) Art**

M: Muss versorgt werden

N171a K: Kann versorgt werden (sind immer zu liefern, wenn die zu diesem Feld definierte Bedingung erfüllt ist)

**1. Teil Allgemeine Beschreibung**

| Bezeichnung | Stellen | L | N | T | A | Inhalt / Beschreibung |
|---|---|---|---|---|---|---|
| IDENTIFIKATOR | 01 - 06 | 6 | A | N | M | Inhalt: ‘500000’ |
| VERSION | 07 - 08 | 2 | A | N | M | Inhalt: ‘01’ |
| LÄNGE_AUFTRAG | 09 - 16 | 8 | A | N | M | Länge der Auftragsdatei in Bytes Inhalt: '00000348' |
| SEQUENZ_NR | 17 - 19 | 3 | A | N | M | Laufende Nummer bei Teillieferung ‘000’ Nachricht ist komplett vorhanden |
| VERFAHREN_KENNUNG | 20 - 24 | 5 | R | AN | M | Kennung des Verfahrens: Stelle 20-23: 'EPKH’ (Echtdaten) oder 'TPKH' (Testdaten) Stelle 24: „0“ Ziffer für Version des Verfahrens |
| TRANSFER_NUMMER | 25 - 27 | 3 | A | N | M | Laufende Transfernummer bei der Übertragung zwischen zwei direkt verbundenen Kommunikationspartnern. |
| VERFAHREN_KENNUNG _SPEZIFIKATION | 28 - 32 | 5 | R | AN | K | ' ' (5 Blanks) |
| ABSENDER_EIGNER | 33 - 47 | 15 | R | AN | M | IK des absendenden Eigners der Nutzdaten. Der Eigner nimmt die Verschlüsselung vor. |
| ABSENDER_PHYSIKALISCH | 48 - 62 | 15 | R | AN | M | IK des tatsächlichen (physikalischen) Absenders der Nutzdaten |
| EMPFÄNGER_NUTZER | 63 - 77 | 15 | R | AN | M | IK des Empfängers, der die Daten nutzen soll. Dieser Empfänger ist im Besitz des Schlüssels, um verschlüsselte Informationen zu entschlüsseln |
| EMPFÄNGER_PHYSIKALISCH | 78 - 92 | 15 | R | AN | M | IK des Empfängers, der Daten physikalisch empfangen soll. |
| FEHLER_NUMMER | 93 - 98 | 6 | R | N | M | Inhalt: '000000’ |
| FEHLER_MAßNAHME | 99 - 104 | 6 | R | N | M | Inhalt: ‘000000’ |
| DATEINAME | 105 - 115 | 11 | A | AN | M | siehe Anhang 4, 4.1.3 |
| DATUM_ERSTELLUNG | 116 - 129 | 14 | L | N | M | Erstellungsdatum der Datei Format JJJJMMTThhmmss |
| DATUM_ÜBERTRAGUNG _GESENDET | 130 - 143 | 14 | L | N | K | Start der Übermittlung der Datei Format JJJJMMTThhmmss Diese Zeit kann als Logging-Information oder auch für Wiederaufsatzverfahren genutzt werden. Muss vom Absender ausgefüllt werden. |
| DATUM_ÜBERTRAGUNG _EMPFANGEN_START | 144 - 157 | 14 | L | N | K | Start des Empfangs der Datei Format JJJJMMTThhmmss Wird nur vom ersten Empfänger ausgefüllt, der vertraglich die annehmende Stelle ist und dessen Annahmezeit daher vertragliche Auswirkungen hat. Das Feld ist vom ersten Absender mit Nullen zu füllen. |
| DATUM_ÜBERTRAGUNG _EMPFANGEN_ENDE | 158 - 171 | 14 | L | N | K | Ende des Empfangs der Datei Format JJJJMMTThhmmss |
| DATEIVERSION | 172 - 177 | 6 | A | N | M | Inhalt: '000000' |
| KORREKTUR | 178 | 1 | A | N | M | Inhalt: ‘0’ |

| Bezeichnung | Stellen | L | N | T | A | Inhalt / Beschreibung |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DATEIGRÖßE_NUTZDATEN | 179 - 190 | 12 | A | N | M | Größe der Nutzdatendatei in Bytes (unverschlüsselt und unkomprimiert) |
| DATEIGRÖßE_ÜBERTRAGUNG | 191 - 202 | 12 | A | N | M | Größe der Nutzdatendatei in Bytes (verschlüsselt und komprimiert) |
| ZEICHENSATZ | 203 - 204 | 2 | A | AN | M | 'I1': ISO 8859-1* bzw. DIN 66303: 2000-06* * die Zeichensätze sind identisch |
| N142 | | | | | | 'I5' ISO 8859-15 |
| | | | | | | 'I7': ISO 7-bit |
| | | | | | | 'I8': ISO 8-bit |
| KOMPRIMIERUNG | 205 - 206 | 2 | A | N | M | '00' keine |
| | | | | | | '02' (komprimiert) |
| VERSCHLÜSSELUNGSART | 207 - 208 | 2 | A | N | M | '00' keine (nur für Testdaten) |
| | | | | | | '03' PKCS#7-Format |
| ELEKTRONISCHE UNTERSCHRIFT | 209 - 210 | 2 | A | N | M | '00' keine |
| | | | | | | '03' PKCS#7-Format |

**2. Teil Spezifische Information zur Bandverarbeitung**

| Bezeichnung | Stellen | L | N | T | A | Beschreibung |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SATZFORMAT | 211 - 213 | 3 | D | A | M | Satzformat der Datei auf dem Datenträger:<br>F = FIX<br>U = Undefiniert<br>FB = FIX_geblockt<br>FBA=FIX_geblockt, ... |
| SATZLÄNGE | 214 - 218 | 5 | D | N | M | Satzlänge bei fixem Satzformat |
| BLOCKLÄNGE | 219 - 226 | 8 | D | N | M | Blocklänge in Bytes, sofern geblockt. |

**3. Teil Verfahrensspezifische Informationen**

Felder dürfen vom Absender nicht ausgefüllt werden.

| Bezeichnung | Stellen | L | N | T | A | Beschreibung |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Status | 227 | 1 | K | N | K | Inhalt: '0' |
| Wiederholung | 228 - 229 | 2 | K | N | K | Inhalt: '00' |
| Übertragungsweg | 230 | 1 | K | N | K | Inhalt: '0' |
| Verzögerter Versand | 231 - 240 | 10 | K | N | K | Inhalt: '0000000000' |
| Info und Fehlerfelder | 241 - 246 | 6 | K | N | K | Inhalt: '000000' |
| Variables Info-Feld | 247 - 274 | 28 | K | AN | K | Inhalt: Leerzeichen |

**4. Teil Spezifische Information zur Verarbeitung innerhalb eines RZ**

Felder müssen vom Absender nicht ausgefüllt werden:

| Bezeichnung | Stellen | L | N | T | A | Beschreibung |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DATEINAME_PHYSIKALISCH | 275 - 318 | 44 | I | AN | K | Interner physischer Dateiname |
| DATEI_BEZEICHNUNG | 319 - 348 | 30 | I | AN | K | Für Zusatzinformationen zur Datei |

N161a

## 2.3 Übertragungsdatei bei MHS bis zum 31.12.2017

Der MHS-Dienst benötigt die für den FTAM-Dienst vorgesehene Aufteilung der Übertragungsdateien in eine unverschlüsselte Auftragsdatei und eine verschlüsselte Nutzdatendatei nicht. Die

N161a

nachfolgende Definition der Struktur einer MHS-Übertragungsdatei stellt insofern einen Kompromiss mit Rücksicht auf die unter 2.1 genannte FTAM-Lösung dar. Sie ist eine Übergangsregelung in Richtung auf eine MHS-konforme Lösung.

### 2.3.1 Struktur der MHS-Nachricht

Die Übertragungsdatei entsprechend dem in X.400 definierten MHS-System setzt sich als Interpersonal-Nachricht (Interpersonal Message, IPM) zusammen aus:

| | |
|---|---|
| Umschlag | (Envelope header) |
| Inhalt | (Envelope contents) |
| Kopf | (Contents heading) |
| Rumpf | (Contents body) |

Die verschlüsselte Nutzdatendatei und der Auftragssatz (s. 2.2.1) sind Bestandteile (Body parts) des Rumpfes:

| | |
|---|---|
| Nutzdatendatei | 1. Bestandteil, undefined |
| Auftragssatz | 2. Bestandteil, im IA5 - Format. |

Der Kopf der IP-Nachricht enthält folgende Elemente:

| | | |
|---|---|---|
| Identifikation der Nachricht (Message Id) | : | (vom Anwender/-system festzulegen) |
| Absendername (Originator's name) | : | (Absendername) |
| Empfängername (Recipient's name) | : | (Empfängername) |
| Kopie (copy recipient names) | : | leer |
| Betreff (Subject) | : | logischer Dateiname, s. Anhang 4, 4.1.3 |
| Art des Inhalts (Contents type) | : | - |
| Vertraulichkeit (Sensitivity) | : | (vertraulich) |

Der Umschlag enthält folgende Elemente:

| | | |
|---|---|---|
| Identifikation der Nachricht (Message Id) | : | (vom MHS-Dienst festzulegen) |
| Absenderadresse (Originator's address) | | siehe 2.3.2 |
| Empfängeradresse (Recipient's address) | : | siehe 2.3.2 |
| Art des Inhalts (Contents Type) | : | - |
| Verschlüsselung (Encryption Id) | : | leer |

Gemäß ENV 41201 darf die vollständige Nachricht die Größe von insgesamt 2 MB nicht überschreiten.

### 2.3.2 Struktur der MHS-/X.400-Adresse

Für die Struktur der MHS-/X.400-Adresse wird die Form 1 Variant 1 (Mnemonic O/R Address) der X.400-Version 1988 zugrunde gelegt:

| | | | |
|---|---|---|---|
| C | Country | an..3 | DE |
| A | Administrative Management Domain | an..16 | (abhängig von ADMD) |
| P | Private Management Domain | an..16 | (abhängig von PRMD) |
| O | Organization | an..64 | (Organisation) |
| OU | Organization Unit (OU1 bis OU4 möglich) | an..32 | (Organisationseinheit) |
| CN | Common Name (Allgemeiner Name) | an..64 | Absendername |
| PN | Personal Name | | Ansprechpartner |
| S | Surname | an..40 | (Name) |
| G | Given Name | an..16 | (Vorname) |
| I | Initials | an..5 | (Initialen) |
| GQ | Generation Qualifier | an..3 | (z.B. jr.) |

# Anlage 5: Durchführungshinweise

## 1 Hinweise zur Datenübertragung

1.1 Übertragungsfristen
1.2 Übertragung von Krankenhaus an Versicherungsunternehmen
1.2.1 Aufnahmesatz
1.2.2 Verlängerungsanzeige
1.2.3 entfällt
1.2.4 Rechnungssatz
1.2.5 Entlassungsanzeige
1.2.6 Fehlersatz
1.3 Übertragung von Versicherungsunternehmen an Krankenhaus
1.3.1 Bestätigung des Versichertenstatus
1.3.2 entfällt
1.3.3 Zahlungssatz
1.3.4 Fehlersatz
1.4 Vorgaben für besondere Fallkonstellationen
1.4.1 Versorgung von Neugeborenen im G-DRG-System
1.4.2 Teilstationäre Leistungen
1.4.3 Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen
1.4.4 Rückverlegung oder Wiederaufnahme in den DRG-Fallpauschalenbereich
1.4.5 Rückverlegung in einen Entgeltbereich nach der BPflV oder einen Entgeltbereich für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
1.4.6 Abrechnungszeiträume für Abschläge bei Verlegung und Nichterreichen der unteren GVD
1.4.7 Transplantationen
1.4.8 frei
1.4.9 Beispiele für Verlegungsfälle
1.4.10 Externe Aufenthalte mit Abwesenheiten über Mitternacht bei Versicherten in Psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen (BPflV)
1.4.11 Abrechnung psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen gemäß BPflV (bei Anwendung § 17d KHG)
1.4.11.1 Rückverlegung und Wiederaufnahme in den Entgeltbereich nach der BPflV (bei Anwendung § 17d KHG)
1.4.11.2 Entlassungen zum Jahresende für Zwecke der Abrechnung
1.4.11.3 Dialyse in eigener Dialyseeinrichtung

## 2 Hinweise zu den Datenelementen

Anhang A PKV-Beispieldatensätze
Anhang D Verwendung von Verarbeitungskennzeichen und laufender Nummer des Geschäftsvorfalls

## 1. Hinweise zur Datenübertragung

Das Datenübertragungsverfahren beginnt zum vereinbarten Stichtag bei neuen Behandlungsfällen mit dem Aufnahmesatz. Behandlungsfälle, deren Aufnahmedatum vor Beginn des Übertragungsverfahrens liegt, werden im Allgemeinen mit dem bis zum Stichtag vereinbarten Verfahren (z.B. Rechnungen in Papierform) zu Ende geführt.

Langzeitfälle bedürfen einer besonderen Regelung, die im Testverfahren zwischen den einzelnen Testpartnern zu vereinbaren ist. Dabei entfällt die erneute Übertragung eines Aufnahmesatzes.

**Vorgehen bei Versionswechsel:**

Die Fallabwicklung orientiert sich ausschließlich am Aufnahmetag. Für alle Nachrichten eines Falles, einschließlich Entlassungsanzeige, Rechnungssatz und Zahlungssatz, sind die am Aufnahmetag gültigen Versionen der Schlüsselverzeichnisse (insbesondere ICD, OPS, DRG-Katalog) und der Datenaustauschstrukturen maßgeblich. Ein Fall ist somit mit der Nachrichtenversion zu Ende zu führen, mit der er im Aufnahmesatz begonnen wurde. Nachträglich übermittelte Änderungsmeldungen dürfen nur in der Version der zu ändernden Ursprungsnachricht erfolgen. Dies bedingt zwingend eine Versionsfähigkeit der eingesetzten Software.

Je Übermittlungsdatei sind mehrere Nachrichtenversionen zulässig. Eine Fehlernachricht der Stufe1 (PFEH) wird in der neuen Nachrichtenversion übermittelt.

Kommt es zu Verzögerungen bei der Bereitstellung der Software für die neue Nachrichtenversion, werden Datenmeldungen für Fälle mit Aufnahmedatum in dem Quartal, in das die Versionsumstellung fällt, nur dann angenommen, wenn durch die Verwendung der veralteten Version keine gruppierungsrelevanten Informationen verloren gehen. Die Versicherungsunternehmen übermitteln in diesen Fällen die Antwortnachrichten in der Version, in der die zu beantwortende Nachricht vom Krankenhaus übermittelt wurde. Für Aufnahmen ab dem folgenden Quartal werden Nachrichten in der veralteten Version abgewiesen.

Die Einstufung eines Nachtrages/einer Fortschreibung als „gruppierungsrelevant“ oder „nicht gruppierungsrelevant“ wird jeweils mit der Veröffentlichung des Nachtrages / der Fortschreibung vorgenommen.

## 1.1 Übertragungsfristen

Die nachstehende Tabelle enthält für die vereinbarten Satzarten (Nachrichtentypen) die nach § 4 der Rahmenvereinbarung bestehenden Übertragungsfristen.

**PKV-Aufnahmesatz:**

spätestens 3 Arbeitstage nach Aufnahme (Anlaufphase: unverzüglich, wenn nicht in 3 AT möglich)

**PKV-Verlängerungsanzeige:**

vor Ablauf der mit dem Aufnahmesatz angegebenen voraussichtlichen Dauer der Krankenhausbehandlung

**PKV-Rechnungssatz:**

in der Regel einmal pro Kalenderwoche

**PKV-Entlassungsanzeige:**

innerhalb von 3 Arbeitstagen nach Entlassung oder Verlegung spätestens mit der Schlussrechnung

**PKV-Bestätigung des Versichertenstatus:**

spätestens 3 Arbeitstage nach Eingang des Aufnahmesatzes bzw. der Verlängerungsanzeige (Anlaufphase: unverzüglich, wenn nicht in 3 AT möglich)

**PKV-Zahlungssatz:**

in der Regel einmal pro Kalenderwoche (innerhalb der Zahlungsfrist)

## 1.2 Übertragung von Krankenhaus an Versicherungsunternehmen

### 1.2.1 Aufnahmesatz

Mit dem Aufnahmesatz gibt das Krankenhaus dem Versicherungsunternehmen die Aufnahme eines Privatversicherten bekannt. Der Aufnahmegrund ist entsprechend Schlüssel 1 anzugeben. 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.

Bei vorstationärer Behandlung wird ein Aufnahmesatz erst mit der Aufnahme des Patienten zur vollstationären Behandlung (= Aufnahmetag) übertragen. Die Tatsache der vorstationären Behandlung wird in Schlüssel 1 (Aufnahmegrund: 02) nachgewiesen. Schließt sich an die vorstationäre Behandlung im Einzelfall keine vollstationäre Behandlung an, wird ein "Aufnahmesatz" übertragen, der dies in Schlüssel 1 (Aufnahmegrund: 04) nachweist.

Bei Übergang von Krankenhausbehandlung zur stationären Entbindung (oder umgekehrt) ist kein erneuter Aufnahmesatz zu übertragen.

Findet während einer noch nicht abgeschlossenen teilstationären Behandlung eine Aufnahme zu einer vollstationären Behandlung statt (und umgekehrt), ist für den Patienten ein gesonderter Aufnahmesatz mit neuem KH-internen Kennzeichen zu übermitteln. Die teilstationäre und vollstationäre Behandlung wird entsprechend den jeweiligen KH-internen Kennzeichen getrennt bei der Übertragung abgewickelt. (Ausnahme: teilstationäre Dialyse bei vollstationärer Behandlung, § 14 Abs.2 Satz 4 bzw. § 14 Abs.6 Nr.2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung). Wird ein teilstationärer Quartalsfall durch eine vollstationäre Behandlung lediglich unterbrochen, kann der teilstationäre Fall ohne Wechsel des KH-internen Kennzeichens nach Beendigung der vollstationären Behandlung fortgeführt werden. Der erste Aufenthalt darf hierzu nicht durch eine Entlassungsanzeige abgeschlossen sein.

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

Für die Fallzählung von teilstationären Behandlungen bei Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG ist § 8 KFPV 2004/FPV zu beachten.

Bei teilstationären Fällen im Budgetbereich, die wegen derselben Erkrankung regelmäßig oder mehrfach behandelt werden (je Quartal ein Fall) besteht bei Abrechnung von tagesbezogenen Entgelten jeweils zu Quartalsende folgende Abrechnungsmöglichkeit:

> Entlassung, Schlussrechnung und gleichzeitige (Neu-)Aufnahme nach dem Entlassungstag unter neuem KH-internen Kennzeichen,
>
> Zwischenrechnung und Fortführung des KH-internen Kennzeichens im Folgequartal.

In beiden Fällen ist ein DRG-Systemzuschlag pro Abrechnungsquartal in Rechnung zu stellen.

In der Rechnung zu Quartalsende sind die Tage, an denen keine Behandlung erfolgte, in den Segmenten ENT im Datenelement „Tage ohne Berechnung/Behandlung” auszuweisen. Soweit Tage der Beurlaubung mit Entgeltschlüssel 43xxxxxx abgerechnet werden, sind lediglich verbleibende Tage ohne Behandlung im Datenelement „Tage ohne Berechnung/Behandlung” zu berücksichtigen. Erfolgt die Behandlung und Entlassung eines teilstationären Patienten zu Quartalsbeginn, soll

zur Abrechnung zunächst eine Zwischenrechnung gestellt werden, wenn eine erneute Behandlung wegen derselben Erkrankung im verbleibenden Quartalsrest nicht ausgeschlossen werden kann. Zu Quartalsende ist dann eine Entlassung am Quartalsletzten und Schlussrechnung einschließlich fallbezogener Zu- und Abschläge (z. B. DRG-Systemzuschlag) mit Ausweis von Tagen ohne Berechnung/Behandlung bis zum Quartalsletzten erforderlich.

Tritt während der mittels tagesbezogener Entgelte nach § 6 Abs. 1 des KHEntgG, tagesbezogener teilstationärer Fallpauschalen oder mit Pflegesätzen nach BPflV vergüteten Behandlung ein Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers ein, wird an das dann zuständige Versicherungsunternehmen ein Aufnahmesatz übertragen, der in Schlüssel 1 (Aufnahmegrund) den Zuständigkeitswechsel durch eine „2“ in der 3. Stelle ausweist. Die Kosten der einzelnen Belegungstage sind mit dem Kostenträger abzurechnen, der am Tag der Leistungserbringung leistungspflichtig war.

Ausnahmeregelung bei Fallpauschalenpatienten und Wechsel des Kostenträgers:

> Die Entgelte für Fallpauschalenpatienten (ggf. auch in Kombination mit Sonderentgelten) werden mit dem Kostenträger abgerechnet, bei dem das Versicherungsverhältnis am Tag der Aufnahme bestand. Diese Regelung gilt auch für alle weiteren angefallenen Entgelte.

Stellt das Krankenhaus fest, dass ein Aufnahmesatz (und ggf. folgende Sätze) zu einem Behandlungsfall mit falschen identifizierenden Merkmalen (KH-internes Kennzeichen des Versicherten und/oder IK des Krankenhauses falsch) übertragen wurde(n), oder, dass die Kostenträgerzuordnung nicht zutreffend ist oder ein Softwarefehler vorliegt oder die Abrechnung als ambulante Leistung erfolgen muss, sind die bis dahin zu dem Behandlungsfall übertragenen Daten durch ein Fallstorno zu stornieren. Ein Fallstorno wird über einen Aufnahmesatz mit dem Verarbeitungskennzeichen 30/31/32/33/34/35 in dem Segment FKT vorgenommen. Die Daten zu dem Behandlungsfall sind danach von Anfang an mit den korrekten Angaben zu übertragen.

Änderung der Aufnahmediagnose

> Bei einer Änderung der Aufnahmediagnose überträgt das Krankenhaus die nachfolgende(n) Diagnose(n) mit der Entlassungsanzeige. Eine Änderung einer Aufnahmeanzeige soll nur erfolgen, wenn sich die Angaben zum Aufnahmegrund, Aufnahmetag, zur Wahlleistung Unterkunft, zur Begleitperson oder zur Aufnahmediagnose ändern. Ergänzungen der Aufnahmediagnose, die nach der Aufnahme festgestellt werden, erfordern keine Änderungsmeldung, sondern werden mit der Entlassungsanzeige übermittelt.
>
> Eine Änderung des Aufnahmegrundes oder des Aufnahmetages eines Aufnahmesatzes ist nur dann zulässig, wenn es keine weiteren gültigen Nachrichten des Krankenhauses zu diesem Fall gibt. Wurde z. B. bereits eine Entlassungsanzeige zu diesem Fall übermittelt, ist zuerst die Entlassungsanzeige zu stornieren, bevor der Aufnahmesatz geändert werden darf. Ausgenommen von der Notwendigkeit der Stornierung ist die Verlängerungsanzeige, da diese nicht storniert werden kann.

Vorstationäre Behandlung:

> Bei nur vorstationärer Behandlung ist der Aufnahmegrund mit ‘04’ anzugeben. Die Behandlungsinformation und der Behandlungsabschluss werden mit der Schlussrechnung angegeben.

BPflV (bei Anwendung des §17d KHG):

Für jeden teilstationären Fall ist eine separate Aufnahmeanzeige mit eigenem KH-internen Kennzeichen zu übermitteln. Je Aufnahme ist mit der Schlussrechnung ein DRG-Systemzuschlag mit dem spezifischen Entgeltschlüssel „B6200005“ in Rechnung zu stellen.

Tritt bei „§17d KHG Patienten“ während der stationären Behandlung ein Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers ein, wird der gesamte Krankenhausfall (mit allen anfallenden Entgelten) mit dem Kostenträger abgerechnet, der am Tag der Aufnahme leistungspflichtig war.

### 1.2.2 Verlängerungsanzeige

Mit der Verlängerungsanzeige wird dem Versicherungsunternehmen eine Verlängerung der Krankenhausbehandlung angezeigt. Die Verlängerungsanzeige soll vor Ablauf der mit dem Aufnahmesatz gemeldeten voraussichtlichen Dauer der Krankenhausbehandlung übertragen werden.

In der Verlängerungsanzeige sind die behandelnde Fachabteilung und die Aufnahmediagnose oder eine in der Zwischenzeit ggf. festgestellte Nachfolgediagnose anzugeben. Nebendiagnosen sind zu der behandelnden Fachabteilung in weiteren FAB-Segmenten zu übermitteln, der Fachabteilungsschlüssel ist dann zu wiederholen.

Wiederholte Verlängerungen sollen nicht durch Änderungsmeldung einer vorangegangenen Verlängerungsanzeige, sondern durch eine neue Meldung mit Verarbeitungskennzeichen „10“ und erhöhter laufender Nummer des Geschäftsvorfalls übertragen werden.

### 1.2.3 entfällt

### 1.2.4 Rechnungssatz

Mit dem Rechnungssatz stellt das Krankenhaus dem Versicherungsunternehmen die Entgelte nach der Bundespflegesatzverordnung, dem Krankenhausentgeltgesetz und nach § 115a SGB V sowie die Wahlleistungen in Rechnung. Die abgerechneten Entgelte sind nach Schlüssel 4 anzugeben. Entsprechend Schlüssel 6 sind korrespondierend zu den berechneten Entgelten die behandelnden Fachabteilungen auszuweisen.

Bei Zwischenrechnungen werden Rechnungssätze jeweils für zeitlich aufeinander folgende, abgegrenzte Abrechnungszeiträume übertragen. Die Beträge von prozentualen Zu- oder Abschlägen sind hierbei auf die je Zwischen- oder Schlussrechnung angegebenen Entgelte zu beziehen. Zu- oder Abschläge werden im Entgeltbereich des Vergütungssystems der BPflV (bei Anwendung §17d KHG) mit der Schlussrechnung in Rechnung gestellt. Der gesamte Abrechnungsbetrag ergibt sich aus der Summe aller in Rechnungssätzen (Zwischenrechnung und Schlussrechnung) berechneten Entgelte. Die Rechnungsnummer ist hierbei für jede Einzelrechnung (Zwischen-, Schluss-, Nachtragsrechnung) eindeutig zu vergeben. Einmal vergebene Rechnungsnummern dürfen auch nach Rechnungs- oder Fallstornierungen nicht wieder verwendet werden.

Jeder stationäre Krankenhausfall ist mit einer Schlussrechnung abzuschließen, der in Bezug auf den in der Schlussrechnung gemeldeten Abrechnungszeitraum nur noch Nachtragsrechnungen folgen dürfen. Für den Fall, dass der gesamte Abrechnungszeitraum bereits in Zwischenrechnungen in Rechnung gestellt worden ist, ist die letzte Zwischenrechnung gutzuschreiben/zu stornieren und eine Schlussrechnung für diesen Abrechnungszeitraum zu erstellen. Der Rechnungsbetrag der Gutschrift/Stornierung ist ohne Vorzeichen zu übermitteln.

Zur Abrechnung von Abteilungspflegesätzen in Verbindung mit Sonderentgelten für operative Leistungen, siehe Abschnitt 2 (Segment ENT).

Bei der Rechnungslegung für nachstationäre Behandlungen sind die nachstationären Behandlungen innerhalb der oberen Grenzverweildauer und die außerhalb der oberen Grenzverweildauer einer in Rechnung gestellten Fallpauschale in zwei getrennten ENT-Segmenten anzugeben.

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

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

Vollständige Tage der Abwesenheit (z.B. Belastungserprobungen, Beurlaubungen), die während eines Behandlungsfalles bei BPflV Krankenhäusern (BPflV bei Anwendung §17d KHG) anfallen, sind keine Berechnungstage. Sie sind in den Segmenten ENT im Datenelement Tage ohne Berechnung/Behandlung auszuweisen und werden bei der Ermittlung der Vergütungsklassen nicht berücksichtigt. Tage des Antritts und der Wiederkehr werden mit einem entsprechenden tagesbezogenen PEPP in voller Höhe abgerechnet und nicht im Datenelement Tage ohne Berechnung/Behandlung ausgewiesen.

N142

Einigt sich ein Krankenhaus mit dem Kostenträger darauf, dass ein Krankenhausfall nach einer kürzeren Behandlungszeit hätte abgeschlossen sein müssen, so dass die letzten Behandlungstage nicht mehr vergütet werden, werden diese Tage bei der Abrechnung der Hauptleistung oder von Zuschlägen nach Überschreiten der oberen Grenzverweildauer als Tage ohne Berechnung ausgewiesen. Ergibt die Einigung, dass ein Fall hätte ambulant durchgeführt werden müssen, so dass die Rechnungslegung nicht als stationärer Krankenhausfall erfolgt, ist der stationäre Fall mit dem Verarbeitungskennzeichen „35“ (Storno stationärer Aufnahme) zu stornieren; hierfür kann auch „30“ (Fallstorno) verwendet werden.

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

N142

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

N172b

Unterschreitet die Summe der Teilzahlungen den regulären Rechnungsbetrag, ist dieser über eine Teilzahlungskorrektur um diese Summe zu mindern. Dazu wird die Entgeltart AD100002, BD100002 oder DD10002 (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.

N172b

N142
N172b

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

N172b

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

Wird der Patient nach Übermittlung einer Schlussrechnung erneut aufgenommen und treffen die Voraussetzungen für eine Fallzusammenführung zu, ist die Schlussrechnung der ersten Behandlungsepisode gutzuschreiben. Das Krankenhaus kann eine Teilzahlung (und ggf. weitere) über die

noch nicht mit vorausgegangenen Zwischenrechnungen berechneten Behandlungstage in Rechnung stellen.

**Technische Beispiele für Abrechnungen nach PEPP mit Abschlagszahlungen (fiktive Werte)**

**Beispiel A Normalfall mit Verrechnung von Teilzahlungen („Unterzahlung“)**

| | |
|---|---|
| Aufnahme vollstationär: | 10.01.2018 |
| Tag mit vollständiger Abwesenheit: | 25.01.2018 |
| Entlassung vollstationär: | 03.02.2018 |
| Basisentgeltwert (BEW, fiktiver Wert): | 250,00€ |
| Teilzahlungsentgelt (AD100001, AD100002): | 300,00€ |

Das Gruppieren bei Entlassung ergibt das PEPP „PA02A“ (2018-Vergütungsklasse bis maximal 17 bei insgesamt 24 Behandlungstagen bei 1,0894Bewertungsrelation (BWR)/Tag)

1. Zwischenrechnung am 20.1.2018, ENT-Segment (über 300 € * 10 = 3.000 €):

| | |
|---|---|
| Entgeltart: | AD100001 |
| Entgeltbetrag: | 300,00 |
| Abrechnung von: | 10.01.2018 |
| Abrechnung bis: | 19.01.2018 |
| Entgeltanzahl: | 10 |

REC-Rechnungsbetrag: 3000,00

2. Zwischenrechnung am 30.1.2018, ENT-Segment (über 300 €* 9= 2.700 €):

| | |
|---|---|
| Entgeltart: | AD100001 |
| Entgeltbetrag: | 300,00 |
| Abrechnung von: | 20.01.2018 |
| Abrechnung bis: | 29.01.2018 |
| Entgeltanzahl: | 9 |
| Tage ohne Berechnung/Behandlung: | 1 |

REC-Rechnungsbetrag: 2700,00

Schlussrechnung am 4.2.2018 (über 24d * 1,0894 * 250€ - (3000 € + 2700 €) = 836,40 € nach Verrechnung der Teilzahlungen):

1. ENT-Segment:

| | |
|---|---|
| Entgeltart: | A1PA02AH |
| Entgeltbetrag: | 1,0894 * 250 € = 272,35 € |
| Abrechnung von: | 10.01.2018 |
| Abrechnung bis: | 03.02.2018 |
| Entgeltanzahl: | 24 |
| Tage ohne Berechnung | 1 |

2. ENT-Segment:

| | |
|---|---|
| Entgeltart: | AD100002 |
| Entgeltbetrag: | 300,00 |
| Abrechnung von: | 10.01.2018 |
| Abrechnung bis: | 29.01.2018 |
| Entgeltanzahl: | 19 |
| Tage ohne Berechnung/Behandlung: | 1 |

REC-Rechnungsbetrag: 24 * 272,35 € + 19 * -300 € = 836,40 €

**Beispiel B Ausnahmefall mit Storno von Teilzahlungen („Überzahlung“)**

| | |
|---|---|
| Aufnahme vollstationär: | 10.01.2018 |
| Tag mit vollständiger Abwesenheit: | 25.01.2018 |
| Entlassung vollstationär: | 10.02.2018 |
| Basisentgeltwert (BEW, fiktiver Wert): | 250,00€ |
| Teilzahlungsentgelt (AD100001, AD100002): | 300,00€ |

Das Gruppieren bei Entlassung ergibt das PEPP „PA02A“ (2018-Vergütungsklasse bis maximal 17 bei insgesamt 31 Behandlungstagen bei 1,0894Bewertungsrelation (BWR)/Tag

**1. Zwischenrechnung am 20.1.2018, ENT-Segment (über 3.000 €):**

| | |
|---|---|
| Entgeltart: | AD100001 |
| Entgeltbetrag: | 300,00 |
| Abrechnung von: | 10.01.2018 |
| Abrechnung bis: | 19.01.2018 |
| Entgeltanzahl: | 10 |

REC-Rechnungsbetrag: 3000,00

**2. Zwischenrechnung am 30.1.2018, ENT-Segment (über 2.700 €):**

| | |
|---|---|
| Entgeltart: | AD100001 |
| Entgeltbetrag: | 300,00 |
| Abrechnung von: | 20.01.2018 |
| Abrechnung bis: | 29.01.2018 |
| Entgeltanzahl: | 9 |
| Tage ohne Berechnung/Behandlung: | 1 |

REC-Rechnungsbetrag: 2700,00

**3. Zwischenrechnung am 9.2.2018, ENT-Segment (über 3.000 €):**

| | |
|---|---|
| Entgeltart: | AD100001 |
| Entgeltbetrag: | 300,00 |
| Abrechnung von: | 30.01.2018 |
| Abrechnung bis: | 08.02.2018 |
| Entgeltanzahl: | 10 |

REC-Rechnungsbetrag: 3000,00

Die Schlussrechnung am 10.2.2018 ergäbe ohne Berücksichtigung der Teilzahlungen in Höhe von insgesamt 8.700 € einen geringeren Rechnungsbetrag von 31d * 1,0894 * 250€ = 8442,85 €.

Die drei Zwischenrechnungen (Teilzahlungen) müssen daher storniert werden:

Rechnungsstorno 1. Zwischenrechnung vor Schlussrechnung am 10.2.2018
Rechnungsstorno 2. Zwischenrechnung vor Schlussrechnung am 10.2.2018
Rechnungsstorno 3. Zwischenrechnung vor Schlussrechnung am 10.2.2018

**Schlussrechnung am 10.2.2018:**

1. ENT-Segment (über 31d * 1,0894 * 250 € = 8442,85 €):

| | |
|---|---|
| Entgeltart: | A1PA02AH |

| | |
|---|---|
| Entgeltbetrag: | 1,0894 * 250 € = 272,35 € |
| Abrechnung von: | 10.01.2018 |
| Abrechnung bis: | 10.02.2018 |
| Entgeltanzahl: | 31 |
| Tage ohne Berechnung/ Behandlung | 1 |

In den REC-Rechnungsbetrag geht die Summe von 8442,85 € (zzgl. evtl. abrechenbarer Zuschläge) ein.

Definition: Ein PEPP ergibt entsprechend der im Katalog ausgewiesenen Vergütungsklassen eine PEPP-Entgeltart je Fall. Bei der Abrechnung von PEPP wird in den Datenfeldern „Abrechnung von" bzw. „Abrechnung bis" (Segment „ENT") der kalendarische Beginn bzw. das Ende der Behandlung (inklusive Entlassungstag) angegeben. Im Datenfeld „Entgeltanzahl" wird die Anzahl der Berechnungstage in der PEPP-Vergütungsklasse angegeben. „Tage ohne Berechnung/Behandlung" sind die Tage, die nicht vergütet werden (z.B. Tage der vollständigen Abwesenheit). Der tagesbezogene Entgeltbetrag für eine PEPP-Entgeltart wird ermittelt, indem die Bewertungsrelation nach Anlage 1a oder 2a des PEPP-Katalogs für die maßgebliche (nach Anzahl der Berechnungstage) Vergütungsklasse mit dem Basisentgeltwert multipliziert wird. Das Ergebnis wird kaufmännisch auf 2 Nachkommastellen gerundet. Die Multiplikation dieses Entgeltbetrages mit der Anzahl der zugehörigen Berechnungstage (Entgeltanzahl) geht in den Rechnungsbetrag (Segment REC) ein. Ist die Anzahl an Berechnungstagen größer als die für die relevante PEPP letzte ausgewiesene Vergütungsklasse im Katalog, wird für die Abrechnung die Bewertungsrelation der letzten ausgewiesenen Vergütungsklasse verwendet.

**Beispiel C – Abrechnung von ergänzenden Tagesentgelten:**

| | |
|---|---|
| Aufnahme vollstationär: | 14.01.2018 |
| 1:1 Betreuung (ET01.04): | 16.01.2018 |
| 1:1 Betreuung (ET01.04): | 21.01.2018 |
| Entlassung vollstationär: | 24.01.2018 |
| BEW: | 250,00 € |

Das Gruppieren bei Entlassung ergibt das PEPP „PA02A" (2018-Vergütungsklasse = 11 bei 1,1506 BWR/Tag). Darüber hinaus ist das ergänzende Tagesentgelt „ET01.04" (BWR 1,2833) zusätzlich zu PEPP „PA02A" an den Tagen 16.01.2018 und 21.01.2018 abrechenbar.

| | |
|---|---|
| 1.ENT-Segment: | |
| Entgeltart: | A1PA02AB |
| Entgeltbetrag: | 1,1506 * 250 = 287,65 € |
| Abrechnung vom: | 14.01.2018 |
| Abrechnung bis: | 24.01.2018 |
| Entgeltanzahl: | 11 |

| | |
|---|---|
| 2.ENT-Segment: | |
| Entgeltart: | C4ET0104 |
| Entgeltbetrag: | 1,2833 * 250 € = 320,83 € |
| Abrechnung vom: | 16.01.2018 |
| Abrechnung bis: | 16.01.2018 |
| Entgeltanzahl: | 1 |

| | |
|---|---|
| 3.ENT-Segment: | |
| Entgeltart: | C4ET0104 |
| Entgeltbetrag: | 1,2833 * 250 € = 320,83 € |
| Abrechnung vom: | 21.01.2018 |
| Abrechnung bis: | 21.01.2018 |

Entgeltanzahl: 1

Es sind 3 ENT-Segmente tagesgenau zu übermitteln. In den REC-Rechnungsbetrag geht die Summe von 3164,15 € + 320,83 € + 320,83 € = 3805,81 € (zzgl. evtl. abrechenbarer Zuschläge) ein.

**Beispiel D Abrechnung von ergänzenden Tagesentgelten:**

| | |
|---|---|
| Aufnahme vollstationär: | 14.01.2018 |
| 1:1 Betreuung (ET01.04): | 16.01. 2018 |
| 1:1 Betreuung (ET01.04): | 17.01. 2018 |
| 1:1 Betreuung (ET01.04): | 21.01. 2018 |
| Entlassung vollstationär: | 24.01. 2018 |
| BEW: | 250,00 € |

Das Gruppieren bei Entlassung ergibt das PEPP „PA02A“ (2018-Vergütungsklasse = 11 bei 1,1506 BWR/Tag). Darüber hinaus ist das ergänzende Tagesentgelt „ET01.04“ (BWR 1,1613 je Tag) zusätzlich zu PEPP „PA02A“ an den Tagen 16.01.2018, 17.01.2018 und 21.01.2018 abrechenbar.

| | |
|---|---|
| 1.ENT-Segment: | |
| Entgeltart: | A1PA02AB |
| Entgeltbetrag: | 1,1506 * 250 = 287,65 € |
| Abrechnung vom: | 14.01.2018 |
| Abrechnung bis: | 24.01.2018 |
| Entgeltanzahl: | 11 |
| | |
| 2.ENT-Segment: | |
| Entgeltart: | C4ET0104 |
| Entgeltbetrag: | 1,2833 * 250 € = 320,83 € |
| Abrechnung vom: | 16.01.2018 |
| Abrechnung bis: | 17.01.2018 |
| Entgeltanzahl: | 2 |
| | |
| 3.ENT-Segment: | |
| Entgeltart: | C4ET0104 |
| Entgeltbetrag: | 1,2833 * 250 € = 320,83 € |
| Abrechnung vom: | 21.01.2018 |
| Abrechnung bis: | 21.01.2018 |
| Entgeltanzahl: | 1 |

Die zusammenhängend liegenden Tage mit ergänzenden Tagesentgelten können in einem zusammenhängenden ENT-Segment zusammengefasst werden. In den REC-Rechnungsbetrag geht die Summe von 2 * 320,83 + 1* 320,83 + 11 * 287,65 = 4126,64 € (zzgl. evtl. abrechenbarer Zuschläge) ein.

**Beispiel E Abrechnung von ergänzenden Tagesentgelten:**

| | | |
|---|---|---|
| Aufnahme vollstationär: | 14.01.2018 | |
| Intensivbehandlung 3-4 Merkmale (ET02.01): | 14.01. 2018 | -(aus Segment FAB) |
| 1 Tag mit vollständiger Abwesenheit: | 18.01. 2018 | -(aus FAB = ‘0003‘) |
| Intensivbehandlung 4-5 Merkmale (ET02.02):): | 21.01. 2018 | -(aus Segment FAB) |
| Entlassung vollstationär: | 24.01. 2018 | |
| BEW: | 250,00 € | |

Das Gruppieren bei Entlassung ergibt das PEPP „PA02A“ (2018-Vergütungsklasse = 10 bei 1,1608 BWR/Tag). Darüber hinaus ist das ergänzende Tagesentgelt „ET02.03“ (BWR 0,1667je Tag) zusätzlich zu PEPP „PA02A“ an den Tagen 14.01.-17.01. (4x) und 19.01.-20.01. (2x) und das ergänzende tagesbezogene Entgelt „ET02.04“ (BWR 0,2065) vom 21.01.-24.01. (4x) abrechenbar.

| 1.ENT-Segment: | |
|---|---|
| Entgeltart: | A1PA02AA |
| Entgeltbetrag: | 1,1608 * 250 € = 290,20 € |
| Abrechnung vom: | 14.01. 2018 |
| Abrechnung bis: | 24.01. 2018 |
| Entgeltanzahl: | 10 |
| Tage ohne Berechnung: | 1 |

| 2.ENT-Segment: | |
|---|---|
| Entgeltart: | C4ET0203 |
| Entgeltbetrag: | 0,1667 * 250 € = 41,68 € |
| Abrechnung vom: | 14.01. 2018 |
| Abrechnung bis: | 20.01. 2018 |
| Entgeltanzahl: | 6 |
| Tage ohne Berechnung: | 1 |

| 3.ENT-Segment: | |
|---|---|
| Entgeltart: | C4ET0204 |
| Entgeltbetrag: | 0,2065 * 250 € = 51,63 € |
| Abrechnung vom: | 21.01. 2018 |
| Abrechnung bis: | 24.01. 2018 |
| Entgeltanzahl: | 4 |

Die Tage mit ergänzenden Tagesentgelten können in einem zusammenhängenden ENT-Segment zusammengefasst werden, da diese durch die Angabe der „Tage ohne Berechnung“ (FAB: `0003`) die Tage der ET ermitteln werden können. Ein ET mit einem OPS, das einen Wochenbezug aufweist (z.B. Merkmale pro Woche) ist mit jedem Tag der Gültigkeit des OPS abrechenbar. Die Gültigkeit des OPS wird dem `Operationstag` im FAB Segment (Entlassungsanzeige) entnommen (der Gültigkeitszeitraum ergibt sich aus dem 1. Tag des OP-Tages aus FAB und dem Datum eines anderen OPS bzw. einer Entlassung). Tage ohne Berechnung sind in dem Feld `Tage ohne Berechnung zu dokumentieren.
In den REC-Rechnungsbetrag geht die Summe von 2902,00 € (10 * 290,20 €) + 250,08 € (6 * 41,68 €) + 206,50 € (4 * 51,63 €) = 3358,58 € (zzgl. evtl. abrechenbarer Zuschläge) ein.

**Beispiel F Abrechnung bei unterjährigem Budgetabschluss:**

| | |
|---|---|
| Aufnahme vollstationär: | 22.09.2018 |
| Entlassung vollstationär: | 07.10.2018 |
| BEW vor dem 01.10.2018 | 400,00€ |
| BEW ab dem 01.10.2018 | 405,00€ |

Das Gruppieren bei Entlassung ergibt das PEPP „PA02B“ (2018-Vergütungsklasse = 16 bei 1,0516BWR/Tag).

| 1. ENT-Segment: | |
|---|---|
| Entgeltart: | A1PA02BG |
| Entgeltbetrag: | 400 * 1,0516 = 420,64 € |
| Abrechnung von: | 22.09.2018 |
| Abrechnung bis: | 30.09.2018 |
| Entgeltanzahl: | 9 |

2. ENT-Segment:

| | |
|---|---|
| Entgeltart: | A1PA02BG |
| Entgeltbetrag: | 405 € * 1,0516 = 425,90 € |
| Abrechnung von: | 01.10.2018 |
| Abrechnung bis: | 07.10.2018 |
| Entgeltanzahl: | 7 |

In den REC-Rechnungsbetrag geht die Summe von 9 * 420,64 € + 7 * 425,90 € = 6812,06 € (zzgl. evtl. abrechenbarer Zuschläge) ein.

### Gutschrift/Storno

Stellt sich im Nachhinein heraus, dass durch das Krankenhaus eine Rechnungslegung irrtümlich erfolgte, ist durch das Krankenhaus über einen Rechnungssatz mit Rechnungsart ‘04’ eine Gutschrift/Stornierung vorzunehmen. Dabei ist die Rechnungsnummer der ursprünglichen Rechnung anzugeben. Das Verarbeitungskennzeichen in dem Segment FKT ist zugleich auf '10' (Normalfall) zu setzen.

Ein Rechnungsstorno ist auch in den Fällen erforderlich, in denen Datenfelder eines bereits übertragenen Rechnungssatzes geändert werden müssen (z.B. Entgeltart, Abrechnungszeitraum). Zusätzlich zu dem Rechnungsstornosatz (Verarbeitungskennzeichen in FKT: '10' und Rechnungsart in REC: '04') ist der richtig gestellte Rechnungssatz mit Verarbeitungskennzeichen in FKT: '10' (Normalfall) und Rechnungsart in REC: '01' oder ‘51’ (Zwischenrechnung) oder '02' oder ‘52’ (Schlussrechnung) zu übermitteln (siehe Anlage 4, Abschnitt 7).

### Nachtragsrechnung

Wurde bei einer bereits übertragenen Rechnung für einen bestimmten Zeitraum ein Entgelt versehentlich nicht berechnet, so kann dieses Entgelt über eine Nachtragsrechnung mit dem Verarbeitungskennzeichen in FKT: '10' (Normalfall) und der Rechnungsart in REC: '03' (Nachtragsrechnung) nachträglich berechnet werden.

### Rechnung in Papierform

Wird von dem Versicherungsunternehmen eine Rechnung in Papierform angefordert, so ist diese mit den persönlichen Daten des Privatversicherten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift) zu versehen und an das Versicherungsunternehmen direkt zu schicken. Alle übrigen Geschäftsvorfälle sind gemäß Anlage 1 maschinell zu übermitteln.

### 1.2.5 Entlassungsanzeige

Mit der Entlassungsanzeige meldet das Krankenhaus dem Versicherungsunternehmen die Entlassung oder externe Verlegung des Versicherten aus der voll- oder teilstationären Behandlung sowie die interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG oder den Wechsel von voll- und teilstationärer Behandlung. Der Entlassungs-/Verlegungsgrund ist nach Schlüssel 5 anzugeben.

Bei teilstationärer Fortführung einer zunächst vollstationär begonnenen Behandlung (oder umgekehrt) wird als Entlassungs-/Verlegungsgrund des vollstationären (bzw. des teilstationären) Falles der Schlüssel „22“ („Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung“) angegeben.

Bei Wiederaufnahme (mindestens 24 Stunden Aufenthalt außerhalb eines Krankenhauses) eines zunächst extern oder in einen anderen Entgeltbereich verlegten Patienten ist als Entlassungs-/Verlegungsgrund des ersten Aufenthaltes in der Entlassungsanzeige des zusammengeführten Falles der Schlüssel „21“ („Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme“) anzugeben.

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

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

Die internen Verlegungen werden für jede behandelnde Fachabteilung (bei Rückverlegungen mehrfach) je Belegungszeitraum mit Angabe des Verlegungstages angegeben (Entlassungsgrund ‘12' interne Verlegung).

Die Segmentgruppe SG1 mit den Segmenten ETL und NDG dient der Dokumentation des Ablaufs der Krankenhausbehandlung. Es werden die bei der Entlassung oder Verlegung aus der Fachabteilung festgestellten Diagnosen übermittelt.

Die Segmentgruppe SG1 ist für jede interne Verlegung aus einer Fachabteilung und für die externe Entlassung/Verlegung zu übermitteln. Sie wird immer durch ein Segment ETL eingeleitet, das die Fachabteilung für den jeweiligen (anhand des Entlassungs-/Verlegungstages bestimmten) Behandlungszeitraum enthält. Die Angaben in den ETL-Segmenten dokumentieren so den gesamten Behandlungsverlauf. Für jedes ETL-Segment (= jeden einzelnen Behandlungszeitraum in einer Fachabteilung) können bis zu 40 Nebendiagnosen zur Hauptdiagnose mit Hilfe des Segmentes NDG angegeben werden.

$N_{233b}$ Erfolgt eine interne Verlegung, Rückverlegung, tagesstationäre Behandlung oder Wiederaufnahme [oder bei Versicherten in Krankenhäusern, die gemäß BPflV vergütet werden, eine Unterbrechung des stationären Aufenthalts durch einen externen Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht], muss zusätzlich zu den ETL-Segmenten für die behandelnden Fachabteilungen (und deren Daten) die für den gesamten Krankenhausfall maßgebliche Hauptdiagnose bei Anwendung des Vergütungssystems nach § 17d KHG: Hauptdiagnose gemäß § 2 PEPPV 2013, (ggf. mit Nebendiagnosen) durch eine weitere (letzte!) Segmentgruppe SG1 übertragen werden, die im Segment ETL den Pseudo-Fachabteilungscode „0000“ für den Krankenhausbezug sowie die Daten der Entlassung/Verlegung enthält. Für die Gruppierung in eine DRG bzw. PEPP werden nur die Diagnoseangaben dieser letzten Segmentgruppe SG1 verwendet.

N233b Fand keine interne Verlegung, Rückverlegung, tagesstationäre Behandlung und keine Wiederaufnahme [oder bei Versicherten in Krankenhäusern, die gemäß BPflV vergütet werden, keine Unterbrechung des stationären Aufenthaltes durch externen Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht] statt, darf keine Segmentgruppe SG1 für die Krankenhausfall-Hauptdiagnose mit der Pseudo-Fachabteilung „0000“ übertragen werden. Die Krankenhausfall-Hauptdiagnose und die zugehörigen Nebendiagnosen sind dann identisch mit der Hauptdiagnose und den Nebendiagnosen der einzigen behandelnden Fachabteilung.

Die Hauptdiagnose für den Krankenhausfall ist in der als „Hauptdiagnose“ bezeichneten Datenelementgruppe anzugeben. Ausschließlich in den Fällen, in denen nach den Deutschen Kodierrichtlinien als Hauptdiagnose eine ”Stern-Diagnose” verschlüsselt werden muss, ist es zulässig, den Stern-Kode in der im ETL-Segment als „Hauptdiagnose“ bezeichneten Datenelementgruppe anzugeben. Die Kreuz-Diagnose ist ausschließlich in diesem Fall in der im ETL-Segment als „Sekundär-Diagnose“ bezeichneten Datenelementgruppe anzugeben. Hinweis: Wenn eine Sekundär-Diagnose angegeben wird, wird diese im G-DRG- bzw. PEPP-System immer als Nebendiagnose interpretiert.

Für die Diagnoseangaben sind die Deutschen Kodierrichtlinien bzw. die Deutschen Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik zu berücksichtigen. zu berücksichtigen.

Die FAB-Segmente enthalten als Muss-Segmente alle behandelnden Fachabteilungen, die mit den Fachabteilungen im ETL-Segment korrespondieren. Bei interner Rückverlegung ist ein erneutes FAB-Segment nicht zwingend erforderlich.

N142 Als Operation sind grundsätzlich operative Maßnahmen sowie nicht-operative Maßnahmen entsprechend den Deutschen Kodierrichtlinien anzugeben. Insbesondere ist P005 „Multiple/Bilaterale Prozeduren“ zu beachten.

Die Angabe der Operation ist unabhängig von der Diagnoseangabe, gegebenenfalls können Prozeduren auch ohne Diagnosen angegeben werden.

Die Entlassungsanzeige ist innerhalb von 3 Arbeitstagen nach Entlassung oder Verlegung, spätestens mit der Schlussrechnung zu übermitteln.

Bei Zuständigkeitswechsel des Versicherungsunternehmens (Entlassungsgrund '05') kann die Entlassungsanzeige an das erste Versicherungsunternehmen auch früher - unmittelbar nach Beendigung der Leistungspflicht des Versicherungsunternehmens – übertragen werden (siehe Segment DAU). Nachrichten, die sich auf Zeiten nach der Beendigung der Leistungspflicht beziehen, können nicht mehr Gegenstand der Übertragung an das erste Versicherungsunternehmen sein.

Ausnahmeregelung: Bei Fallpauschalenpatienten und PEPP-Patienten wird der gesamte Krankenhausfall (mit allen anfallenden Entgelten) mit dem Versicherungsunternehmen abgerechnet, das die erste Bestätigung des Versichertenstatus erteilt hat.

Wurde für einen Patienten irrtümlich eine Entlassungsanzeige übertragen, so kann diese mit dem Verarbeitungskennzeichen „40“ (Storno einer Entlassungsanzeige) storniert oder mit dem Verarbeitungskennzeichen „20“ nach der tatsächlichen Entlassung berichtigt werden. Wurde mit der irrtümlichen Entlassungsanzeige bereits eine Schlussrechnung übertragen, so muss diese storniert werden, falls die Entlassungsanzeige storniert oder geändert werden soll. Erst nach Gutschrift/Stornierung des Rechnungssatzes kann die Entlassungsanzeige storniert und ein erneuter Rechnungssatz übertragen werden.

N142 BPflV (bei Anwendung §17d KHG): Die Leistungen (Prozeduren) der vor- und nachstationären Behandlung sind bei der Gruppierung und Abrechnung des Behandlungsfalles nach PEPPV nicht zu berücksichtigen.

### 1.2.6 Fehlerbehandlung

Nachrichten des Versicherungsunternehmens, die beim Empfänger als fehlerhaft erkannt werden, sind dem Absender entsprechend der in Anlage 4, Abschnitt 6, beschriebenen Vorgehensweise mitzuteilen.

## 1.3 Übertragung von Versicherungsunternehmen an Krankenhaus

### 1.3.1 Bestätigung des Versichertenstatus

Mit der Bestätigung des Versichertenstatus teilt das Versicherungsunternehmen dem Krankenhaus die Bestätigung des Versichertenverhältnisses, die Kostenübernahme oder ggf. ihre Ablehnung
N182 sowie einen ggf. bestehenden Pflegegrad mit. Das Merkmal Kostenübernahme (Schlüssel 8) enthält hierzu die erforderlichen Angaben. Bei Änderungen des Versichertenstatus PKV erfolgt die zeitliche Abgrenzung über die Datenelemente „Kostenübernahme ab“ und „Kostenübernahme bis“. Ansonsten kann das Datenelement „Kostenübernahme bis“ leer bleiben.

N191a Kommt die Abrechnung eines Zusatzentgelts für erhöhten Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten in Betracht, so fragt das Krankenhaus im begründeten Einzelfall im Wege der elektronischen Datenübermittlung beim Krankenversicherer das Vorhandensein eines Pflegegrades ab. Ein begründeter Einzelfall ist dann gegeben, wenn keine hinreichend sicheren Angaben des Patienten vorliegen, aber Hinweise oder Angaben des Patienten bzw. Umstände, die auf eine Pflegebedürf-
N182 tigkeit des Patienten mit Pflegegrad 3 bis 5 hindeuten, vorhanden sind. In diesen Fällen teilt das Krankenhaus dem Versicherungsunternehmen die Notwendigkeit zur Erhebung eines ggf. bestehenden Pflegegrades mit der Aufnahmeanzeige durch Übermittlung einer weiteren (zusätzlichen) Aufnahmediagnose (ICD Z74.9 „Problem mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit, nicht näher bezeichnet“) mit.

N182 Das Versicherungsunternehmen ermittelt in diesen Fällen den ggf. bestehenden Pflegegrad des Patienten und teilt diesen dem Krankenhaus im Wege einer Bestätigung des Versichertenstatus (Nachricht PKOS) innerhalb der für die Nachricht PKOS vorgesehenen Frist von 3 Arbeitstagen nach Übermittlung der Aufnahmeanzeige unter Verwendung von Schlüssel 8 (Merkmal Kostenübernahme) mit. Sollte die Ermittlung des Pflegegrades im Ausnahmefall länger als die zulässige Frist dauern, ist fristgerecht eine Nachricht PKOS mit den Schlüsseln ‚01‘ oder ‚08‘‘, die keine Aus-
N191a sagen über den Pflegegrad treffen, als „Vorgabewert“ zu übermitteln und der dann ermittelte Pflegegrad unverzüglich mit einer geänderten Nachricht PKOS an das Krankenhaus zu übermitteln. Wurde zwischenzeitlich ermittelt, dass kein Pflegegrad besteht, erfolgt eine erneute Übermittlung
N191a mit der Schlüsselausprägung 01.

N191a Die Anforderung der Pflegegradübermittlung setzt die vorherige Einwilligung des Patienten in die Datenübermittlung des Pflegegrades voraus. Widerruft der Patient diese Einwilligung, teilt das Krankenhaus dies dem Versicherungsunternehmen unverzüglich in geeigneter Weise außerhalb der elektronischen Datenübermittlung mit.

N182 Ändert sich während der stationären Behandlung der Pflegegrad (Erst- bzw. Neueinstufung), hat das Versicherungsunternehmen einen ggf. höheren Pflegegrad in einer geänderten Nachricht PKOS (VKZ: 20) unverzüglich (ggf. auch nach Entlassung und Rechnungsstellung) an das Krankenhaus zu übermitteln. Die Übermittlung des Pflegegrades erfolgt auch im Falle eines geänderten Aufnahmesatzes, der den ICD-Code Z74.9 erstmals enthält.

N182 Das Krankenhaus kann den Rechnungssatz stornieren/gutschreiben, um das abrechnungsfähige Zusatzentgelt erneut in Rechnung zu stellen. Weiterhin muss die Entlassungsanzeige storniert bzw. geändert werden, wenn eine Korrektur der OPS-Angaben zum Pflegegrad notwendig ist. Erfolgt eine solche Datenkorrektur oder –Ergänzung, ist zeitgleich mit dem Rechnungsstorno eine neue Rechnung zu übermitteln. Es ist lediglich ein Ausgleich der Differenz zwischen dem Zahlbetrag der vorhergehenden Rechnung und dem sich nach Abschluss der in dieser Vereinbarung festgelegten Kontrollen ergebenden neuen Rechnungsbetrag zulässig. Zeitgleich in diesem Sinne ist eine Übermittlung dann, wenn sie in einer Datenlieferung d.h. unter derselben Dateinummer (Datenaustauschreferenz) erfolgt.

N182 Weder die Übermittlung einer zusätzlichen Aufnahmediagnose Z74.9 noch die Übermittlung eines Pflegegrades in der Nachricht PKOS sind Voraussetzung für die Abrechnung pflegegradbezogener

Zusatzentgelte. Für die Abrechnung der Zusatzentgelte sind einzig die hierfür festgelegten Abrechnungsgrundsätze maßgeblich.

Bei einer Änderung des Versicherungsunternehmens während der Behandlung überträgt das neu zuständige Versicherungsunternehmen eine Bestätigung des Versichertenstatus mit dem Merkmal Kostenübernahme „Änderung der Kostenübernahme“ (Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers) (Schlüssel 8, „02“).

Eine Änderung der Kostenübernahme findet in Fällen Anwendung, in denen ein Aufnahmesatz bei Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers an das neu zuständige Versicherungsunternehmen erN182 folgt (Schlüssel 1: 3. + 4. Stelle „21“ bis „27“) oder seitens des Krankenhauses ein Pflegegrad angefragt wurde, der mit einer (ggf. geänderten) PKOS-Nachricht übermittelt wird.

Benötigt das Versicherungsunternehmen die Rechnung in Papierform, teilt sie dies im Merkmal Kostenübernahme mit.

Das Versicherungsunternehmen teilt in der Bestätigung des Versichertenstatus für die bei ihr versicherten Personen die aktuellen Daten der Card für Privatversicherte und Art und Umfang des Versicherungsschutzes mit. Bei Neugeborenen entfällt diese Übertragung.

### 1.3.2 entfällt

### 1.3.3 Zahlungssatz

Mit dem Zahlungssatz teilt das Versicherungsunternehmen dem Krankenhaus mit, ob der in Rechnung gestellte Abrechnungsbetrag zur Zahlung angewiesen ist, oder aus welchem Grund die Rechnung abgelehnt wird (Schlüssel 10). Der Zahlungssatz muss übertragen werden, wenn der Zahlungsbetrag vom Rechnungsbetrag abweicht (Schlüssel 10 = „05“), eine Rechnung in Papierform angefordert wird (Schlüssel 10 = „07“) oder im Fall einer Ablehnung (Schlüssel 10, „04“ oder „06“). Eine Anforderung durch das Krankenhaus soll vermieden werden.

Stellt ein Versicherungsunternehmen bei der Rechnungsprüfung Fehler in der Rechnungslegung fest, deren Korrektur unstrittig ist, kann es von einem Fehlerverfahren absehen und mit dem Prüfungsvermerk „05“ den vom Rechnungsbetrag abweichenden Zahlungsbetrag übermitteln. In diesem Falle überträgt das Versicherungsunternehmen alle Entgeltsegmente mit den Dateninhalten, die dem zur Zahlung angewiesenen Betrag zugrunde liegen, sofern dieser ungleich Null ist.

### 1.3.4 Fehlerbehandlung

Nachrichten des Krankenhauses, die beim Empfänger als fehlerhaft erkannt werden, sind dem Absender entsprechend der in Anlage 4, Abschnitt 6, beschriebenen Vorgehensweise mitzuteilen.

## 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.

N172a Wird eine im Fallpauschalen-Katalog vorgegebene Mindestverweildauer für die Fallpauschale (P60C) nicht erreicht, ist die Versorgung des Neugeborenen mit dem Entgelt für die Mutter abgegolten. In diesem Falle wird keine Rechnung für den Fall des Neugeborenen übertragen.

#### 1.4.1.1 Gesundes Neugeborenes

N172a Für das nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftige Neugeborene ist ein Aufnahmesatz mit dem Aufnahmegrund „0601“ (Geburt) vom Krankenhaus an das Versicherungsunternehmen der Mutter zu übermitteln.

N172a Neugeborene gelten als nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftig, wenn die in der FPV definierten Vorgaben (§ 1 Abs. 5 FPV) erfüllt sind.

N161B Dies gilt auch für die Mitaufnahme eines gesunden Neugeborenen bei Erkrankung der Mutter (bis Vollendung des 28. Tags nach Geburt) in einem Krankenhaus, in dem die Geburt nicht stattgefunden hat.

N131 F4 Im Datenfeld „Versicherungsnummer“ ist, soweit vorhanden, die Versicherungsnummer der Mutter anzugeben. Im Datenfeld „Krankenversichertennummer“ ist, soweit vorhanden, der unveränderbare Teil der Krankenversichertennummer nach § 290 SGB V anzugeben. Als Aufnahmetag ist der Tag der Geburt und als Aufnahmegewicht das Geburtsgewicht als Mussfeld anzugeben.

N161B Im Falle der o. g. Mitaufnahme ist als Aufnahmetag der Tag der Aufnahme und als Aufnahmegewicht das tatsächliche Gewicht des gesunden Neugeborenen anzugeben.

Ist der Vorname noch nicht bekannt, ist „Säugling m“ für männliche und „Säugling w“ für weibliche Säuglinge anzugeben. Für den Namen und Vornamen der Mutter sollen die Datenelemente „Name“ und „Vorname“ im Segment PNV (Segment Information Privatversicherter) verwendet werden.

Bei vorliegender Einweisung der Mutter ist der die Mutter einweisende Arzt auch im Aufnahmesatz des Neugeborenen im Datenfeld ‚Arztnummer des einweisenden Arztes’ anzugeben. Bei Notfallaufnahme der Mutter ist für das Neugeborene die „Veranlassende Stelle bei Notfallaufnahme“ mit dem Eintrag „Entbindung“ zu füllen. In jedem Fall ist der Aufnahmegrund („0601“) als Normalfall anzugeben.

Eine Bestätigung des Versichertenstatus wird für den Fall des Neugeborenen nicht übertragen.

F4 Der Fall des Neugeborenen wird unter der Versicherungsnummer der Mutter mit einer eigenen Entlassungsanzeige abgeschlossen. Im Datenfeld „Krankenversichertennummer“ ist, soweit vorhanden, der unveränderbare Teil der Krankenversichertennummer nach § 290 SGB V anzugeben. Die Fallpauschale für das Neugeborene wird über eine eigene Rechnung für das Neugeborene unter der Versicherungsnummer der Mutter in Rechnung gestellt. Die Entbindungsdaten (EBG-Segment) werden in der Entlassungsanzeige für den Krankenhausfall der Mutter übertragen.

Anmerkung: Siehe Anmerkung zu Abschnitt 1.4.1.2

Tritt zwischen dem Aufnahmetag und dem Tag der Geburt für die Mutter ein Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers ein, wird bei der Abrechnung von Fallpauschalen der Fall der Mutter mit dem am Aufnahmetag zuständigen Kostenträger und der Fall des gesunden Neugeborenen mit dem hiernach am Tag der Geburt zuständigen Kostenträger abgewickelt.

#### 1.4.1.2 Krankheitsbedingt behandlungsbedürftiges Neugeborenes

F4 In dem Aufnahmesatz für das krankheitsbedingt behandlungsbedürftige Neugeborene ist weder eine Versicherungsnummer noch eine Krankenversichertennummer anzugeben. Der Aufnahmesatz ist mit dem Aufnahmegrund „01“ (Krankenhausbehandlung, vollstationär) an das für das Neugeborene zuständige Versicherungsunternehmen zu übertragen.

Die Versicherungsnummer des Neugeborenen wird dem Krankenhaus in der Bestätigung des Versichertenstatus durch das dann zuständige Versicherungsunternehmen mitgeteilt.

Für die Mutter und das Neugeborene werden an das/die jeweils zuständige(n) Versicherungsunternehmen jeweils getrennte Entlassungsanzeigen und Rechnungssätze übertragen.

Anmerkung:

Der Aufnahmesatz für das Neugeborene ist abweichend von der generellen Übertragungsfrist erst zu übertragen, wenn feststeht, ob das Neugeborene krankheitsbedingt behandelt wurde.

Wird trotz der Ausnahmeregelung beim Aufnahmesatz für das Neugeborene irrtümlich eine falsche Konstellation für die Übertragung zugrunde gelegt, darf eine anschließende Korrektur nicht durch eine Änderungsmeldung zu dem vorangegangenen Aufnahmesatz vorgenommen werden. In diesem Fall ist zunächst der Aufnahmesatz durch ein Fallstorno zu stornieren und die Versorgung oder Behandlung des Neugeborenen in Abhängigkeit von dem Ausgangsfehler wie folgt zu übertragen:

> Wurde irrtümlich für ein gesundes Neugeborenes gemeldet, ist die Behandlung des Neugeborenen als neuer Fall entsprechend Abschnitt 1.4.1.2 zu übertragen. Ist das Neugeborene bei demselben Versicherungsunternehmen wie die Mutter versichert, muss hierbei ein neues krankenhausinternes Kennzeichen verwendet werden.
>
> Wurde irrtümlich für ein krankheitsbedingt behandlungsbedürftiges Neugeborenes gemeldet, ist die Versorgung des Neugeborenen als Fall der Mutter entsprechend Abschnitt 1.4.1.1 zu übertragen. Ist das Neugeborene bei demselben Versicherungsunternehmen wie die Mutter versichert, muss hierbei ebenfalls ein neues krankenhausinternes Kennzeichen verwendet werden.

Um eine derartige Konsequenz (Neuvergabe des krankenhausinternen Kennzeichens!) zu vermeiden, muss das Krankenhaus durch geeignete, wirksame Kontrollen dafür Sorge tragen, dass ein Aufnahmesatz für ein Neugeborenes auf keinen Fall irrtümlich gemeldet wird.

Besonderer Hinweis: Zur Abrechnung eines Zuschlags für Begleitperson („75100003“) bei Verbleib der gesunden Mutter siehe § 1 Abs. 5 FPV.

### 1.4.2. Teilstationäre Leistungen

Jedes fallbezogene Entgelt nach § 6 KHEntgG wird nach § 8 Abs. 2 Nr. 1 KFPV 2004FPV als ein Krankenhausfall gezählt. Die Fallabwicklung erfolgt in der Regel in der Abfolge der Nachrichtentypen Aufnahmesatz -> Bestätigung des Versichertenstatus -> Entlassungsanzeige -> Rechnungssatz. Diese Nachrichtenfolge wird auch für Tagesfälle eingehalten.

Die Regelungen zum Wechsel von teil- und vollstationärer Behandlung in Bezug auf den Fallabschluss (Entlassungsanzeige und Schlussrechnung) der ersten Behandlung und Neuaufnahme (Aufnahmesatz mit neuer Fallnummer und Bestätigung des Versichertenstatus) der nachfolgenden

Behandlung gelten auch im Geltungsbereich des KHEntgG weiter. Als Entlassungsgrund für die erste Behandlungsart ist „229“ (Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung) anzugeben.

Wird ein Patient innerhalb des Zeitraums bis einschließlich drei Tage nach Überschreiten der abgerundeten mittleren Verweildauer einer Fallpauschale wieder zur teilstationären Behandlung aufgenommen oder findet ein Wechsel von einer vollstationären Versorgung in eine teilstationäre Versorgung statt, kann für den Zeitraum bis einschließlich drei Tage nach Überschreiten der abgerundeten mittleren Verweildauer einer zuvor abrechenbaren Fallpauschale ein tagesbezogenes teilstationäres Entgelt nach § 6 Abs. 1 KHEntgG nicht zusätzlich berechnet werden.

N142

Für diesen teilstationären Patienten ist ein neuer Aufnahmesatz mit neuem krankenhausinternen Kennzeichen und Aufnahmegrund „0301“ („Krankenhausbehandlung, teilstationär“) zu übertragen. Die Anzahl der nicht berechenbaren Tage innerhalb des Zeitraums bis einschließlich drei Tage nach Überschreiten der abgerundeten mittleren Verweildauer der zuvor berechneten DRG-Fallpauschale wird im ENT-Segment im Datenfeld „Entgeltanzahl“ mit der Entgeltart „78999999“ und dem Entgeltbetrag 0,00 EUR ausgewiesen. Das Datenfeld „Abrechnung von“ enthält das Datum der ersten teilstationären Behandlung innerhalb des Zeitraums bis einschließlich drei Tage nach Überschreiten der abgerundeten mittleren Verweildauer der vollstationären DRG-Fallpauschale. Das Datenfeld „Abrechnung bis“ enthält das Datum des dritten Tages nach Überschreiten der abgerundeten mittleren Verweildauer der vollstationären DRG-Fallpauschale. Das Datenfeld „Tage ohne Berechnung/Behandlung“ dieses ENT-Segmentes enthält die Anzahl der Tage, an denen der Patient nicht in teilstationärer Behandlung war.

Die außerhalb des Zeitraums bis einschließlich drei Tage nach Überschreiten der abgerundeten mittleren Verweildauer der zuvor berechneten vollstationären DRG-Fallpauschale erbrachten teilstationären Behandlungen werden in einem neuen ENT-Segment mit der zugehörigen Entgeltart abgerechnet. Wurden bei der Abrechnung der vollstationären Fallpauschale Abschläge nach § 1 Abs. 3 oder § 3 vorgenommen, sind zusätzlich zu obigen Entgelten für jeden teilstationären Behandlungstag tagesbezogene teilstationäre Entgelte zu berechnen; höchstens jedoch bis zur Anzahl der vollstationären Abschlagstage. Das Datenfeld „Abrechnung bis“ im ENT-Segment für die Entgeltart „78999999“ (Abrechnungszeitraum vom Beginn der teilstationären Behandlung bis zum Ende des nicht abrechenbaren Zeitraums) sowie das Datenfeld „Abrechnung von“ im ENT-Segment für das teilstationäre Entgelt (Abrechnungszeitraum ab dem Beginn des zusätzlich abrechenbaren Zeitraums) sind entsprechend anzupassen.

Ausgenommen von dieser Regelung sind Leistungen der Onkologie, der Schmerztherapie, die HIV-Behandlung sowie für Dialysen.

Die teilstationären Prozeduren sind nicht bei der Gruppierung der zuvor abgerechneten Fallpauschale zu berücksichtigen.

### 1.4.3 Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen

Bei einer internen Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG sind die unterschiedlichen Entgeltbereiche wie eigenständige Krankenhäuser zu behandeln und für den Entgeltbereich der DRG-Fallpauschalen die Abrechnungsbestimmungen nach § 3 KFPVFPV anzuwenden (Abschläge bei Nichterreichen der mittleren Verweildauer, Rückverlegung). Um dies zu gewährleisten ist eine Falltrennung vorzunehmen. Als Entlassungs-/Verlegungsgrund ist in der Entlassungsanzeige zur ersten Behandlung der Schlüssel „179“ (interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG) anzugeben.

Für die nachfolgende Behandlung ist ein erneuter Aufnahmesatz mit neuem krankenhausinternen Kennzeichen zu übertragen. Das Datenfeld „IK des veranlassenden Krankenhauses“ ist mit dem eigenen IK des Krankenhauses zu füllen.

### 1.4.4 Rückverlegung oder Wiederaufnahme in den DRG-Fallpauschalenbereich

Wird ein Versicherter, für den Leistungen mit DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden, in einen Entgeltbereich nach der BPflV, ebenfalls bei Anwendung des Vergütungssystems nach § 17d KHG, 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 das Versicherungsunternehmen zu übertragen. Das Versicherungsunternehmen überträgt hierauf eine Bestätigung des Versichertenstatus.

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

Nach Fallabschluss durch Entlassung, externe Verlegung oder interne Verlegung in einen anderen Entgeltbereich ist zu prüfen, ob eine Neueinstufung gemäß § 2 oder § 3 Abs. 3 und 4 KFPV 2004/FPV vorzunehmen ist.

Eine Neueinstufung mit Zusammenfassung der Falldaten ist unter den folgenden Bedingungen durchzuführen:

1. Wiederaufnahme:

   a. innerhalb der oberen Grenzverweildauer der DRG-Fallpauschale, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Aufnahmedatum des ersten Aufenthalts, sofern die separate DRG-Einstufung der Wiederaufnahme auf dieselbe Basis-DRG führt und die Fallpauschalen dieser Basis-DRG im Fallpauschalen-Katalog nicht als Ausnahme von der Wiederaufnahme gekennzeichnet sind oder die Wiederaufnahme auf Grund einer Komplikation im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung erfolgt,

   b. innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Aufnahmetag des ersten Aufenthalts, sofern innerhalb der gleichen Hauptdiagnosengruppe (MDC) die zuvor abrechenbare Fallpauschale in die medizinische Partition oder die andere Partition und die anschließende Fallpauschale in die operative Partition einzugruppieren ist und keiner der Krankenhausaufenthalte zu einer Fallpauschale führt, die im Fallpauschalen-Katalog als Ausnahme von der Wiederaufnahme gekennzeichnet ist.

2. Rückverlegung in den Entgeltbereich der DRG-Fallpauschalen

   innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Entlassungsdatum des ersten Aufenthalts nach externem Krankenhausaufenthalt oder internem Aufenthalt in einem Entgeltbereich nach der BPflV oder einem Entgeltbereich für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG, sofern nicht mehr als 24 Stunden zwischen der Rückverlegung und der Aufnahme vergangen sind, und die Neueinstufung auf eine DRG-Fallpauschale führt, die nicht zur MDC 15 (Neugeborene) gehört.

#### 1.4.4.1 Keine Neueinstufung

Das Krankenhaus überträgt nach Fallabschluss der Wiederaufnahme/Rückverlegung die Entlassungsanzeige und eine Schlussrechnung für den neuen Krankenhausfall an das Versicherungsunternehmen.

#### 1.4.4.2 Neueinstufung

Erfolgt eine Neueinstufung auf der Grundlage der zusammengefassten Falldaten, ist für den Wiederaufnahme-/Rückverlegungsfall ein Fallstorno mit Verarbeitungskennzeichen „30“ durchzuführen und der gesamte zusammengefasste Fall über das krankenhausinterne Kennzeichen des ersten Aufenthaltes abzuwickeln.

Ist für den ersten Aufenthalt bereits eine Schlussrechnung übertragen worden, ist die Schlussrechnung mit Verarbeitungskennzeichen „10“ (Normalfall) und Rechnungsart „04“ (Gutschrift/Stornierung) zu stornieren.

Für den ersten Aufenthalt kann eine bereits übertragene Entlassungsanzeige des ersten Aufenthaltes mit den zusammengefassten Falldaten über eine Korrekturmeldung mit Verarbeitungskennzeichen „20“ (Änderung) aktualisiert werden.

Die Entlassungsanzeige ist mit den zusammengeführten Falldaten der Aufenthalte zu übertragen. Hierbei ist für die Entlassung/Verlegung am Ende des ersten Aufenthaltes im Datenfeld „Entlassungs-/Verlegungsgrund“ anzugeben:

- bei Rückverlegungen der Schlüssel „169“ (externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung) und

- bei Wiederaufnahmen der Schlüssel „219“ (Entlassung mit nachfolgender Wiederaufnahme)

Der externe Aufenthalt ist wie folgt zu dokumentieren:

- bei Rückverlegung durch ein ETL-Segment für die Pseudo-Fachabteilung „0001“ (Pseudo-Fachabteilung für den Aufenthalt bei Rückverlegung) mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „189“ (Rückverlegung) oder

- bei Wiederaufnahme durch ein ETL-Segment für die Pseudo-Fachabteilung „0002“ (Pseudo-Fachabteilung für den externen Aufenthalt bei Wiederaufnahme) mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „199“ (Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung) oder „209“ (Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation).

Als Tag der Entlassung/Verlegung und Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit sind Tag und Uhrzeit der Rückverlegungs-/Wiederaufnahme anzugeben. Als Hauptdiagnose ist die Hauptdiagnose aus der vorangegangenen internen Fachabteilung (mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „169“ oder „219“) zu übernehmen. Die Angabe der Sekundärdiagnose, des IK der aufnehmenden Institution sowie von Nebendiagnosen (NDG-Segment) entfällt.

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

Ist die obere Grenzverweildauer der in Rechnung gestellten DRG-Fallpauschale bis zur erstmaligen Entlassung/externen Verlegung nicht erreicht, ist die Anzahl der Tage vom Entlassungs-/Verlegungstag bis zum Tag vor der Rückverlegungs-/Wiederaufnahme im Datenfeld ”Tage ohne Berechnung/Behandlung” in der DRG-Fallpauschale zu berücksichtigen.

### 1.4.5 Rückverlegung in einen Entgeltbereich nach der BPflV oder einen Entgeltbereich für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

Bei Rückverlegung in einen Entgeltbereich nach der BPflV oder einen Entgeltbereich für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG soll ein Aufnahmesatz für einen neuen Krankenhausfall mit neuem krankenhausinternen Kennzeichen übertragen werden.

Die Fortführung des ursprünglichen Krankenhausfalls ohne Übertragung eines neuen Aufnahmesatzes ist ebenfalls möglich. Dann ist die Entlassungsanzeige wie unter 1.4.4.2 mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „169“ für die verlegende und Entlassungs-/Verlegungsgrund „189“ für die Pseudo-Fachabteilung „0001“ bei Rückverlegung anzugeben.

### 1.4.6 Abrechnungszeiträume für Abschläge bei Verlegungen und Nichterreichen der unteren GVD

Bei Abrechnung von Abschlägen bei Verlegungen oder Nichterreichen der unteren GVD sind die Datenfelder „Abrechnung von“ und „Abrechnung bis“ übereinstimmend zu den entsprechenden Angaben für die DRG-Fallpauschale zu füllen. Die Anzahl der Tage, für die der Abschlag vorzunehmen ist, ist im Datenfeld „Entgeltanzahl“ anzugeben.

Für die Abschlagsart ist maßgeblich, ob die Behandlung im verlegenden Krankenhaus länger als 24 Stunden dauerte (§ 3 Abs. 2 Satz 2 KFPV 2004/FPV) und ob zwischen der Verlegung/Entlassung aus dem verlegenden Krankenhaus und der Aufnahme in das Krankenhaus mehr als 24 Stunden vergangen sind (§ 1 Abs. 1 Satz 4 KFPV 2004/FPV). Dauerte die Behandlung im verlegenden Krankenhaus länger als 24 Stunden und sind zwischen der Verlegung/Entlassung und Aufnahme nicht mehr als 24 Stunden vergangen, ist die mittlere Verweildauer für die Abschlagsberechnung maßgeblich. Für die anderen möglichen Konstellationen ist die untere Grenzverweildauer maßgeblich, sofern das Krankenhaus nicht wiederum selbst zum verlegenden Krankenhaus wird (§ 3 Abs. 2 Satz 2, 2. Halbsatz KFPV 2004/FPV).

Maßgeblich für die Zuordnung ist die Datenlage bei dem Versicherungsunternehmen bei fallübergreifender Betrachtung. Damit das aufnehmende Krankenhaus entscheiden kann, welche Abschlagsregelung anzuwenden ist, ist bei Verlegungsfällen eine Abklärung mit dem verlegenden Krankenhaus bzw. Privatversicherten erforderlich. Es empfiehlt sich, dass das verlegende Krankenhaus dem Privatversicherten eine Information über die Behandlungsdauer (länger als 24 Stunden oder nicht) und über die Entlassungs-/Verlegungszeit (Tag und Uhrzeit) für das aufnehmende Krankenhaus mitgibt.

### 1.4.7 Transplantationen

Für Lebendspender ist bei der Aufnahme zur Organentnahme zum Zwecke einer Transplantation ein eigener Krankenhausfall mit eigenem krankenhausinternen Kennzeichen mit dem Versicherungsunternehmen des vorgesehenen Organempfängers abzurechnen. Als Aufnahmegrund ist „0801“ (Stationäre Aufnahme zur Organentnahme) anzugeben. Im Datenfeld „Versicherungsnummer“ ist die Versicherungsnummer des vorgesehenen Organempfängers zu übermitteln. Im Datenfeld „Krankenversichertennummer“ ist, soweit vorhanden, der unveränderbare Teil der Krankenversichertennummer nach § 290 SGB V anzugeben. Im NAD-Segment sind die Daten des Organspenders anzugeben. Für den Namen und Vornamen des Organempfängers sollen die Datenelemente „Name“ und „Vorname“ im Segment PNV (Segment Information Privatversicherter) verwendet werden.

F4

Das Krankenhaus bescheinigt dem Lebendspender spätestens zum Zeitpunkt der Entlassung die Dauer des Krankenhausaufenthaltes unter Angabe des Aufnahmegrundes (Stationäre Aufnahme zur Organentnahme).

$N_{212e}$

### 1.4.8 Beispiele für Verlegungsfälle

**Fall 1 Interne Verlegung ohne Wechsel der Abrechnungssysteme**
(KHEntgG -> KHEntgG oder BPflV -> BPflV)

*Falldaten*

| | |
|---|---|
| Aufnahmetag: | 1.2.2003 |
| Aufnehmende Fachabteilung: | 0100 (KHEntgG) |
| Verlegungstag: | 15.2.2003 |
| Verlegungs-Fachabteilung: | 2300 (KHEntgG) |
| Entlassungstag: | 20.2.2003 |

*Aufnahmesatz (Auszug)*

FKT+10+01+260500005+160500016’
PNV+123456001+++Khint1’
AUF+20030201+1329+0101+0100+20030220+123456789’

*Entlassungsanzeige (Auszug)*

FKT+10+01+260500005+160500016’
PNV+123456001+++Khint1’
DAU+20030201+20030220’
ETL+20030215+1100+129+0100’
ETL+20030220+0800+012+2300’
ETL+20030220+0800+012+**0000**+[Hauptdiagnose](+[Sekundär-Diagnose])’
FAB+0100’
FAB+2300’

**Fall 2 Interne Verlegung mit Wechsel der Abrechnungssysteme**
(BPflV -> KHEntgG, analog KHEntgG -> BPflV)

*Falldaten*

| | |
|---|---|
| Aufnahmetag: | 1.2.2003 |
| Aufnehmende Fachabteilung: | 2900 (BPflV) |
| Verlegungstag: | 15.2.2003 |
| Verlegungs-Fachabteilung: | 2300 (KHEntgG) |
| Entlassungstag: | 20.2.2003 |

*Aufnahmesatz (Auszug) 1. Zeitraum*

FKT+10+01+260500005+160500016'
PNV+123456001+++**Khint1**'
AUF+20030201+1329+0101+2900+20030220+123456789'

*Entlassungsanzeige (Auszug) 1. Zeitraum*

FKT+10+01+260500005+160500016'
PNV+123456001+++**KHint1'**
DAU+20030201+20030215'
ETL+20030215+0900+**179**+2900+[Hauptdiagnose](+[Sekundär-Diagnose])'
FAB+2900'

*Aufnahmesatz (Auszug) 2. Zeitraum*

FKT+10+01+260500005+160500016'
PNV+123456001+++**Khint2**'
AUF+20030215+1100+0101+2300+20030220+**260500005**'

*Entlassungsanzeige (Auszug) 2. Zeitraum*

FKT+10+01+260500005+160500016'
PNV+123456001+++**Khint2'**
DAU+20030215+20030220'
ETL+20030220+0800+012+2300+[Hauptdiagnose](+[Sekundär-Diagnose])'
FAB+2300'

**Fall 3 Interne Verlegung mit Wechsel der Abrechnungssysteme und Rückverlegung** (BPflV -> KHEntgG -> BPflV (analog KHEntgG -> BPflV -> KHEntgG ohne Neueinstufung))

*Falldaten*

| | |
|---|---|
| Aufnahmetag: | 1.2.2003 |
| Aufnehmende Fachabteilung: | 2900 (BPflV) |
| Verlegungstag (intern): | 15.2.2003 |
| Verlegungs-Fachabteilung 1: | 2300 (KHEntgG) |
| Verlegungstag (intern): | 20.2.2003 |
| Verlegungs-Fachabteilung 2: | 2900 (BPflV) |
| Entlassungstag: | 4.3.2003 |

*Aufnahmesatz (Auszug) 1. Zeitraum*

FKT+10+01+260500005+160500016'
PNV+123456001+++**Khint1**'
AUF+20030201+1329+0101+2900+20030304+123456789'

*Entlassungsanzeige (Auszug) 1. Zeitraum*

FKT+10+01+260500005+160500016'
PNV+123456001+++Khint1'
DAU+20030201+20030215'
ETL+20030215+0900+**179**+2900+[Hauptdiagnose](+[Sekundär-Diagnose])'
FAB+2900'

***Interne Verlegung***

*Aufnahmesatz (Auszug) 2. Zeitraum*

FKT+10+01+260500005+160500016'
PNV+123456001+++**Khint2**'
AUF+20030215+1000+0101+2300+20030304++**260500005**'

*Entlassungsanzeige (Auszug) 2. Zeitraum*

FKT+10+01+260500005+160500016'
PNV+123456001+++Khint2'
DAU+20030215+20030220'
ETL+20030220+0800+**179**+2300+[Hauptdiagnose](+[Sekundär-Diagnose])'
FAB+2300'

***Rückverlegung (ohne Neueinstufung)***

*Aufnahmesatz (Auszug) 3. Zeitraum*

FKT+10+01+260500005+160500016'
PNV+123456001+++**Khint3**'
AUF+20030220+0900+0101+2900+20030304++**260500005**'

*Entlassungsanzeige (Auszug) 3. Zeitraum*

FKT+10+01+260500005+160500016'
PNV+123456001+++Khint3'
DAU+20030220+20030304'
ETL+20030304+0800+012+2900+[Hauptdiagnose](+[Sekundär-Diagnose])'
FAB+2900'

**Fall 4 Interne Verlegung mit Wechsel der Abrechnungssysteme und Rückverlegung mit Neueinstufung** (KHEntgG -> BPflV -> KHEntgG)

*Falldaten*

| | |
|---|---|
| Aufnahmetag: | 1.2.2003 |
| Aufnehmende Fachabteilung: | 2300 (KHEntgG) |
| Verlegungstag (intern): | 15.2.2003 |
| Verlegungs-Fachabteilung 1: | 2900 (BPflV) |
| Verlegungstag (intern): | 20.2.2003 |
| Verlegungs-Fachabteilung 2: | 2300 (BPflV) |
| Entlassungstag: | 4.3.2003 (Neueinstufung) |

*Aufnahmesatz (Auszug) 1. Zeitraum*

FKT+10+01+260500005+160500016'
PNV+123456001+++**Khint1**'
AUF+20030201+1329+0101+2300+20030304+123456789'

*Entlassungsanzeige (Auszug) 1. Zeitraum*

FKT+10+01+260500005+160500016'
PNV+123456001+++Khint1'
DAU+20030201+20030215'
ETL+20030215+0900+**179**+2300+[Hauptdiagnose](+[Sekundär-Diagnose])'
FAB+2300'

***Interne Verlegung***

*Aufnahmesatz (Auszug) 2. Zeitraum*

FKT+10+01+260500005+160500016'
PNV+123456001+++**Khint2**'
AUF+20030215+1000+0101+2900+20030303++**260500005**'

*Entlassungsanzeige (Auszug) 2. Zeitraum*

FKT+10+01+260500005+160500016'
PNV+123456001+++Khint2'
DAU+20030215+20030220'
ETL+20030220+0800+**179**+2900+[Hauptdiagnose](+[Sekundär-Diagnose])'
FAB+2900'

***Rückverlegung***

*Aufnahmesatz (Auszug) 3. Zeitraum*

*FKT+10+01+260500005+160500016'*
*PNV+123456001+++**Khint3**'*
*AUF+20030220+1000+0101+2300+20030304++**260500005**'*

***Neueinstufung nach Fallabschluss***

*Stornierung des Aufnahmesatzes (Auszug) 3. Zeitraum*

*FKT+**30**+01+260500005+160500016'*
*PNV+123456001+++Khint3'*
*AUF+20030220+1000+0101+2300+20030304++260500005'*

*Stornierung der Entlassungsanzeige (Auszug) 1. Zeitraum*

FKT+**41**+01+260500005+160500016’
PNV+123456001+++**Khint1**’
DAU+20030201+20030215’
ETL+20030215+0900+**179**+2300+[Hauptdiagnose](+[Sekundär-Diagnose])'
FAB+2300’

*Entlassungsanzeige (Auszug) 1. und 3. Zeitraum*

FKT+10+02+260500005+160500016’
PNV+123456001+++**Khint1**’
DAU+20030201+20030304’
ETL+20030215+0900+**169**+2300+++**260500005**’
ETL+20030220+0800+**189**+**0001**'
ETL+20030304+0800+012+2300'
ETL+20030304+0800+012+**0000**+[Hauptdiagnose](+[Sekundär-Diagnose])'
FAB+2300’

**Fall 5 Externe Verlegung mit Wechsel der Abrechnungssysteme und Rückverlegung**
(BPflV -> KHEntgG -> BPflV (analog KHEntgG -> BPflV -> KHEntgG ohne Neueinstufung))

*Falldaten*

Aufnahmetag: 1.2.2003
Aufnehmende Fachabteilung KH1: 2900 (BPflV)
Entlassungstag 1: 15.2.2003
Aufnehmende Fachabteilung KH2: 2300 (KHEntgG)
Rückverlegungstag: 20.2.2003
Aufnehmende Fachabteilung KH1: 2900 (BPflV)
Entlassungstag: 4.3.2003

*Aufnahmesatz (Auszug) 1. Zeitraum*

FKT+10+01+260500005+160500016'
PNV+123456001+++**KHint1**'
AUF+20030201+1329+0101+2900+20030304+123456789'

*Entlassungsanzeige (Auszug) 1. Zeitraum*

FKT+10+01+260500005+160500016'
PNV+123456001+++KHint1'
DAU+20030201+20030215'
ETL+20030215+0900+**069**+2900+[Hauptdiagnose]+([Sek.-Diagn.])+**260500016**'
FAB+2900'

***Externe Verlegung***
*Aufnahmesatz (Auszug) 2. Zeitraum*

FKT+10+01+260500016+160500016'
PNV+123456001+++**Khint2**'
AUF+20030215+1000+0101+2300+20030303++260500005'

*Entlassungsanzeige (Auszug) 2. Zeitraum*

FKT+10+01+260500016+160500016'
PNV+123456001+++Khint2'
DAU+20030215+20030220'
ETL+20030220+0800+**139**+2300+[Hauptdiagnose]+([Sek.-Diagn.])+**260500005**'
FAB+2300'

***Rückverlegung (ohne Neueinstufung)***

*Aufnahmesatz (Auszug) 3. Zeitraum*

FKT+10+01+260500005+160500016'
PNV+123456001+++**Khint3**'
AUF+20030220+0900+0101+2900+20030304++260500016'

*Entlassungsanzeige (Auszug) 3. Zeitraum*

FKT+10+01+260500005+160500016'
PNV+123456001+++Khint3'
DAU+20030220+20030304'
ETL+20030304+0800+012+2900+[Hauptdiagnose](+[Sekundär-Diagnose])'
FAB+2900'

**Fall 6 Externe Verlegung mit Wechsel der Abrechnungssysteme und Rückverlegung mit Neueinstufung** (KHEntgG -> BPflV -> KHEntgG)

*Falldaten*

Aufnahmetag: 1.2.2003
Aufnehmende Fachabteilung KH1: 2300 (KHEntgG)
Entlassungstag: 15.2.2003
Aufnehmende Fachabteilung KH2: 2900 (BPflV)
Rückverlegungstag: 20.2.2003
Aufnehmende Fachabteilung KH1: 2300 (BPflV)
Entlassungstag: 4.3.2003 (Neueinstufung)

*Aufnahmesatz (Auszug) 1. Zeitraum*

FKT+10+01+260500005+160500016'
PNV+123456001+++**Khint1**'
AUF+20030201+1329+0101+2300+20030304+123456789'

*Entlassungsanzeige (Auszug) 1. Zeitraum*

FKT+10+01+260500005+160500016'
PNV+123456001+++Khint1'
DAU+20030201+20030215'
ETL+20030215+0900+**139**+2300+[Hauptdiagnose]+([Sek.-Diagn.])+**260500016**'
FAB+2300'

***Externe Verlegung***

*Aufnahmesatz (Auszug) 2. Zeitraum*

FKT+10+01+260500016+160500016'
PNV+123456001+++**Khint2**'
AUF+20030215+1000+0101+2900+20030303++260500005'

*Entlassungsanzeige (Auszug) 2. Zeitraum*

FKT+10+01+260500016+160500016'
PNV+123456001+++Khint2'
DAU+20030215+20030220'
ETL+20030220+0800+**069**+2900+[Hauptdiagnose]+([Sek.-Diagn.])+**260500005**'
FAB+2900'

***Rückverlegung***

*Aufnahmesatz (Auszug) 3. Zeitraum*

*FKT+10+01+260500005+160500016'*
*PNV+123456001+++**Khint3**'*
*AUF+20030220+1000+0101+2300+20030304++260500016'*

***Neueinstufung nach Fallabschluss***

*Stornierung des Aufnahmesatzes (Auszug) 3. Zeitraum*

*FKT+**30**+01+260500005+160500016'*
*PNV+123456001+++Khint3'*

*AUF+20030220+1000+0101+2300+20030304++260500016'*

*Stornierung der Entlassungsanzeige (Auszug) 1. Zeitraum-*
FKT+**41**+01+260500005+160500016'
PNV+123456001+++**Khint1**'
DAU+20030201+20030215'
ETL+20030215+0900+139+2300+[Hauptdiagnose]+([Sek.-Diagn.])+260500016'
FAB+2300'

*Entlassungsanzeige (Auszug) 1. und 3. Zeitraum*

FKT+10+02+260500005+160500016'
PNV+123456001+++**Khint1**'
DAU+20030201+20030304'
ETL+20030215+0900+**169**+2300+++**260500016**'
ETL+20030220+0800+**189**+**0001**'
ETL+20030304+0800+012+2300'
ETL+20030304+0800+012+**0000**+[Hauptdiagnose](+[Sekundär-Diagnose])'
FAB+2300'

### 1.4.10 Externe Aufenthalte mit Abwesenheiten über Mitternacht bei Versicherten in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen (BPflV)

Externe Aufenthalte von Versicherten in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern, die gemäß BPflV vergütet werden (unabhängig von der Anwendung des neuen Vergütungssystems nach § 17d KHG), mit Abwesenheiten über Mitternacht werden ab dem 1.7.2013 (Aufnahmedatum) jeweils als „fiktive interne Verlegung“ dokumentiert. Bei tagesklinischen Behandlungen werden nur dann Zeiten der Abwesenheiten über Mitternacht dokumentiert, wenn mindestens 1 Tag der vollständigen Abwesenheit vorliegt.

Als Tag der Entlassung/Verlegung und als Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit sind der Tag und die Uhrzeit des jeweiligen Beginns der Abwesenheit mit der verlegenden Fachabteilung und dem Entlassungs-/Verlegungsgrund „239“ (Beginn eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht) in einer SG1 Segmentgruppe im ETL Segment anzugeben. Als Hauptdiagnose ist die Hauptdiagnose der verlegenden Fachabteilung anzugeben. Die Angabe der Sekundärdiagnose, des IK der aufnehmenden Institution sowie von Nebendiagnosen (NDG-Segment) entfällt.

Bei der Rückkehr aus der Abwesenheit sind als Tag der Entlassung/Verlegung und als Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit der Tag und die Uhrzeit der jeweiligen Beendigung der Abwesenheit über Mitternacht mit der Pseudo-Fachabteilung „0003“ (Pseudo-Fachabteilung für externen Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht im BPflV-Bereich) und dem Entlassungs-/Verlegungsgrund „249“ (Beendigung eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht) anzugeben. Als Hauptdiagnose ist die Hauptdiagnose der verlegenden internen Fachabteilung zu übernehmen. Die Angabe der Sekundärdiagnose, des IK der aufnehmenden Institution sowie von Nebendiagnosen (NDG-Segment) entfällt.

In der Entlassungsanzeige ist zusätzlich zu den ETL-Segmenten für die Fachabteilungen (und deren Daten) die für den gesamten Krankenhausfall maßgebliche Hauptdiagnose (ggf. mit Nebendiagnosen) durch eine weitere (letzte!) Segmentgruppe SG1 zu übermitteln, die im Segment ETL den Pseudo-Code „0000“ für den Krankenhausbezug sowie die Daten der Entlassung/Verlegung enthält.

**Beispiel: Externer Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht für Patienten mit Aufnahme nach dem 1.7.2013**

Aufnahme am 1.7.2013 in der Fachabteilung 2900 (14:01 Uhr)

*Externer Aufenthalt:*

Beginn am 9.8.2013 (11:23 Uhr), Beendigung am 11.8.2013 (11:24 Uhr)

Entlassung am 25.9.2012 (12:02 Uhr) aus der Fachabteilung 2900

*Aufnahmesatz:*

```
FKT+10+01+260101013+100500016`
INV+123456789123++++KHINT1`

AUF+20130701+1401+0101+2900+20130925++++++`
```

*Entlassungsanzeige:*

```
FKT+10+01+260101013+100500016`
INV+123456789123++++KHINT1`
```

DAU+20130701+20130925`
ETL+20130809+1123+239+2900+[Diagnosen]`
ETL+20130811+1124+249+0003+[Diagnose]`
ETL+20130925+1202+011+2900+[Diagnosen]`
ETL+20130925+1202+011+0000+[Diagnosen]`

FAB+2900`

***Hinweis:***

Im Rechnungssatz wird bei Anwendung des neuen Vergütungssystems nach § 17d KHG der Tag der vollständigen Abwesenheit (10.8.2013) im ENT-Segment unter „Tage ohne Berechnung/Behandlung" ausgewiesen. Bei Vergütung nach der „alten" BPflV" wird er ebenfalls unter „Tage ohne Berechnung/Behandlung" ausgewiesen, sofern vereinbart ist, dass für Tage der vollständigen Abwesenheit keine Vergütung abgerechnet werden kann. Ist für Tage der Abwesenheit eine gesonderte Vergütung mit eigenem Entgeltschlüssel vereinbart, ist das entsprechende ENT-Segment aufzunehmen.

Für die Dokumentation der Zeiten des externen Aufenthaltes im Rahmen von Rückverlegungen oder Wiederaufnahmen bei BPflV-Krankenhäuser, die das neue Vergütungssystem nach § 17 d KHG anwenden, werden künftig die bisherigen Regelungen der Pseudo-Fachabteilungen „0001" und „0002" sowie zu den Entlassungsgründen 169 bis 219 (Kapitel 1.4.4. Anlage 5) Anwendung finden, dazu verständigen sich die Vertragspartner in einem gesonderten Nachtrag.

### 1.4.11 Abrechnung psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen gemäß BPflV (bei Anwendung §17d KHG)

N142 Mit der Einführung des Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (§17d KHG) sind die bisherigen Regelungen zur Verlegung bzw. Wiederaufnahme gesondert zu den in Anlage 5 Abschnitt 1.4.4–1.4.6 beschriebenen Fallkonstellationen wie folgt zu regeln.

#### 1.4.11.1 Rückverlegung oder Wiederaufnahme in den Entgeltbereich nach der BPflV (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 das Versicherungsunternehmen zu übermitteln. Das Versicherungsunternehmen übermittelt hierauf eine Bestätigung des Versichertenstatus.

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)

N172a 1. ein Patient wird innerhalb von 14 Kalendertagen, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Entlassungstag der vorangegangenen Behandlung wieder aufgenommen und ist für den Wiederaufnahmefall in dieselbe Strukturkategorie einzustufen und

N172a 2. der Patient wird innerhalb von 90 Kalendertagen ab dem Aufnahmetag des ersten unter die Regelung der PEPPV fallenden Krankenhausaufenthaltes wieder aufgenommen.

N172a

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

N172a Das Kriterium der Einstufung in dieselbe Strukturkategorie findet keine Anwendung, wenn Fälle aus unterschiedlichen Jahren zusammenzufassen sind (§ 2 Abs. 5 Satz 1 und 2 PEPPV).

#### 1.4.11.1.1 Keine Neueinstufung

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

#### 1.4.11.1.2 Neueinstufung

Erfolgt eine Neueinstufung auf der Grundlage der zusammengefassten Falldaten, ist der gesamte zusammengefasste Fall über das 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 Hauptdiag-
N172a nose des zusammengeführten Falles ist die Hauptdiagnose des Aufenthaltes mit der höchsten Anzahl an Berechnungstagen zu wählen (§ 2 Abs. 3 PEPPV). Bei mehr als zwei zusammenzuführenden Aufenthalten sind die Berechnungstage einzelner Aufenthalte mit gleicher Hauptdiagnose aufzusummieren und mit der Anzahl an Berechnungstagen der anderen Aufenthalte zu vergleichen. Ist die Anzahl der Berechnungstage für mehrere Hauptdiagnosen gleich hoch, so ist als Hauptdiagnose die Diagnose des zeitlich früheren Aufenthaltes zu wählen.

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

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

A) Hierbei ist für die Entlassung/Verlegung am Ende des ersten Aufenthaltes bzw. der vorangegangenen Aufenthalte im Datenfeld „Entlassungs-/Verlegungsgrund“ anzugeben:

   - bei Rückverlegungen der Schlüssel „169“ (externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung) und

   - bei Wiederaufnahmen der Schlüssel „21x“ (Entlassung mit nachfolgender Wiederaufnahme)

B) Der externe Aufenthalt ist wie folgt zu dokumentieren:

- bei Rückverlegung durch ein ETL-Segment für die Pseudo-Fachabteilung „0001“ (Pseudo-Fachabteilung für den Aufenthalt bei Rückverlegung) mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „189“ (Rückverlegung) oder

- bei Wiederaufnahme durch ein ETL-Segment für die Pseudo-Fachabteilung „0002“ (Pseudo-Fachabteilung für den externen Aufenthalt bei Wiederaufnahme) mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „199“ (Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung).

- Als Tag der Entlassung/Verlegung und Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit sind Tag und Uhrzeit der Rückverlegungs-/Wiederaufnahme anzugeben. Als Hauptdiagnose ist die Hauptdiagnose aus der vorangegangenen internen Fachabteilung (mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „169“ oder „21x“) zu übernehmen. Die Angabe der Sekundärdiagnose, des IK der aufnehmenden Institution sowie von Nebendiagnosen (NDG-Segment) entfällt.

Im Datenfeld „Tage ohne Berechnung/Behandlung“ sind die Tage der vollständigen Abwesenheit während des externen Aufenthaltes zu berücksichtigen.
Die Dokumentationen der Abwesenheiten über Mitternacht mit der Pseudo-Fachabteilung „0003“ (mit Wirkung zum 1.7.2013) betreffen Zeiträume des Aufenthaltes, in denen der Patient über Mitternacht während der Krankenhausbehandlung nicht anwesend war in den jeweils vor Zusammenführung dokumentierten Fällen. Die Zeiten des externen Aufenthaltes zwischen wiederaufgenommen/rückverlegten Fällen werden entsprechend mit der Pseudo-Fachabteilung „0001“ bzw. „0002“ dokumentiert.
Die Tage ohne Berechnung in dem zusammengeführten Fall setzen sich dann wie folgt zusammen:

- Tage der Abwesenheit über Mitternacht, bei denen mindestens 1 Tag vollständige Abwesenheit vorlag (ab 1.7.2013: mit Pseudo-Fachabteilung „0003“) und

- Tage des externen Aufenthalts (mit Pseudo-Fachabteilung „0001“ bzw. „0002“) zwischen den zusammengeführten Fällen.

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

N142

### 1.4.11.2 Entlassungen zum Jahresende für Zwecke der Abrechnung

N172a

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

### 1.4.11.3 Dialyse in eigener Dialyseeinrichtung

Für die Abrechnung von Dialyseleistungen in der eigenen Dialyseeinrichtung des Krankenhauses im Geltungsbereich des KHEntgG (§ 1 Abs. 8 PEPPV) ist ein eigener Fall (interne Verlegung in den KHEntgG-Bereich) zu übermitteln.

N172b

### 1.4.11.4. Abrechnung stationsäquivalenter Behandlungsfälle

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

Vollständige Tage ohne direkten Patientenkontakt (00-24 Uhr) sind in der Entlassungsanzeige zu dokumentieren. Hierzu werden Zeiträume, in denen kein direkter Patientenkontakt stattgefunden hat, mit der Pseudofachabteilung `0004` „Pseudofachabteilung für Zeitraum ohne direkten Patientenkontakt (bei stationsäquivalenter Behandlung)“ übermittelt.

N181a Datum und Uhrzeit des Beginns eines Zeitraumes ohne direkten Patientenkontakt werden jeweils im Feld `Tag der Entlassung/Verlegung` bzw. `Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit` anzugeben. Im Feld `Fachabteilung` ist die zuletzt behandelnde Fachabteilung mit dem Entlassungs-/Verlegungsgrund „269“ (Beginn eines Zeitraumes ohne direkten Patientenkontakt (stationsäquivalente Behandlung)) in einer SG1 Segmentgruppe im ETL Segment anzugeben. Als Hauptdiagnose ist die Hauptdiagnose der zuletzt behandelnden Fachabteilung anzugeben. Die Angabe der Sekundärdiagnose, des IK der aufnehmenden Institution sowie von Nebendiagnosen (NDG-Segment) entfällt.

N181a Die Beendigung eines Zeitraumes ohne direkten Patientenkontakt ist mit Angabe von Datum und Uhrzeit im Feld `Tag der Entlassung/Verlegung` bzw. `Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit` mit der Pseudo-Fachabteilung „0004“ (Pseudofachabteilung für Zeitraum ohne direkten Patientenkontakt (bei stationsäquivalenter Behandlung)) und dem Entlassungs-/Verlegungsgrund „279“ (Beendigung eines Zeitraumes ohne direkten Patientenkontakt) anzugeben.

N181a In der Entlassungsanzeige ist zusätzlich zu den ETL-Segmenten der einzelnen Fachabteilungen die für den gesamten Krankenhausfall maßgebliche Hauptdiagnose (ggf. mit Nebendiagnosen) durch eine weitere (letzte!) Segmentgruppe SG1 zu übermitteln, die im Segment ETL den Pseudo-Code "0000" für den Krankenhausbezug sowie die Daten der Entlassung/Verlegung enthält.

N172b 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 krankenhausindividuell zu vereinbarenden Entgelte gemäß Anlage 6b des PEPP-Kataloges nach § 6 Abs. 1 Satz 1 BPflV können durch weitere differenzierende Entgelte abgebildet werden. Die Vergabe erfolgt dann unter der Maßgabe, dass die jeweilige PEPP (z.B. QA80Z) in der Entgeltbezeichnung mit aufgeführt wird.

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

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

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

### 1.4.12 Abrechnung Pflegeerlöskatalog für Aufnahmen ab dem 01.01.2020

N192 *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.

N193

N204a

N192 *Aufbau und Verwendung der Entgeltkataloge:*

Der Pflegeerlöskatalog wird über eine separate Spalte in der Anlage 1 und 3 zur FPV umgesetzt. Die Anlagen 1 Teil a, b, c, d und e weisen eine „Bewertungsrelation Pflegeerlös / Tag“ aus. Dafür wird der neue Entgeltbereich „74 – Entgelt für Pflegeerlös / Tag“ etabliert. An der 3. Stelle des Entgeltschlüssels wird der gleiche Wert der entsprechend abgerechneten DRG verwendet. An der 4. Stelle folgt mit „0“ keine weitere Differenzierung. An den Stellen 5.-8. wird dann die jeweilige DRG unterschieden.

N193

N193

N192 Beispiel: Es wird die DRG „O05B“ mit der Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Beleghebamme abgerechnet u.a. mit dem Entgeltschlüssel „7020O05B“. Der Pflegeanteil wird unter Verwendung der ersten beiden Stellen „74“, an der 3. Stelle „2“, 4. Stelle „0“ und die Stellen 5.-8. enthält die O05B wie folgt gebildet. = „7420O05B“.

N192 Den Anlagen 3a (unbewertete vollstationäre DRG) und 3b (unbewertete teilstationäre DRG) sind vom InEK ebenfalls Relativgewichte für den Pflegeerlös zugeordnet. Dafür wird der neue Entgeltbereich „84 – Pflegeanteil für tages- oder fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG“ etabliert. Die Krankenhäuser stellen den Pflegeanteil somit entsprechend der Logik „8400[A01A ff.]“ in Rechnung.

N193

N193

N192 *Berechnungslogik*

Im ENT-Segment wird im Datenfeld „Entgeltbetrag“ die Entgelthöhe für den Pflegeanteil je Tag angegeben. Sie wird ermittelt, indem die in den o.g. Anlagen ausgewiesene maßgebliche Bewertungsrelation jeweils mit dem krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert multipliziert und das Ergebnis kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen gerundet wird. Für die Rechnungsstellung wird der Entgeltbetrag mit der Anzahl der Berechnungstage je Entgelt multipliziert.

N193

N192 *Zu- und Abschläge*

Die Berechnung der fallbezogenen Zu- und Abschläge bleibt unverändert. Bezugsgröße für fallbezogene Zu- und Abschläge ist der Gesamtfall.

Werden die folgenden Zu- und Abschläge prozentual vereinbart, bleiben die bisherigen Berechnungsschemen unverändert. Die Höhe der jeweiligen Beträge wird somit ohne die Entgeltbereiche 74*, bzw. 84* erhoben:

| | |
|---|---|
| 47100007 | (Zuschlag für Zentren und Schwerpunkte nach § 5 Abs. 3 KHEntgG) |
| 47100011 | (Zuschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG) |
| 47100015 | (Zuschlag für besondere Einrichtungen nach § 4 Abs. 7 KHEntgG) |
| 47100020 | (Zuschlag Hygiene-Förderprogramm nach § 4 Abs. 11 KHEntgG bzw. § 4 Abs. 9 KHEntgG (Neu) |
| 47100022 | (Zuschlag Mehrkosten G-BA nach § 5 Abs. 3c KHEntgG) |
| N193 47100030 | Zuschlag Mehrkosten G-BA nach § 5 Abs. 3c KHEntgG – ohne Pflegekosten |
| N193 47200007 | Abschlag für Zentren und Schwerpunkte (für Korrekturen) |
| 47200011 | (Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 3 KHEntgG) |
| 47200015 | (Abschlag für besondere Einrichtungen nach § 4 Abs. 7 KHEntgG) |
| 47200026 | (Fixkostendegressionsabschlag nach § 4 Abs. 2b KHEntgG) |
| 491[1-6][0001-0006] | (Zuschlag für Zentren und Schwerpunkte) |
| 492[1-6][0001-0006] | (Abschlag für Zentren und Schwerpunkte) |
| 75100002 | (Sicherstellungszuschlag auf BFW) |

N192 *Fehlende Budgetvereinbarung*

N193 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.

N204b N224a N201E1 N201E2 N224a

Für die Abbildung unterschiedlich bewerteter Belegungstage im Abrechnungsfall sind 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.

N224a N201E1 N201E2 N201

Für Fälle mit Aufnahme vor dem 01.04.2020 und Entlassung nach dem 01.04.2020 sind die tagesbezogenen Pflegeentgelte im Zeitraum vom 01.04.2020 bis zum 30.09.2020 des Rechnungseinganges bei der Versicherung nach den individuellen Softwaremöglichkeiten der Krankenhäuser entsprechend der gesetzlichen Vorgabe aus den Werten für den Zeitraum vor dem 01.04.2020 in Höhe von 146,55 Euro und für den Zeitraum ab dem 01.04.2020 in Höhe von 185,00 Euro anzuwenden. Die automatische Rechnungsprüfung der Beträge der Pflegeentgelte wird bis zur maximal zulässigen Höhe in diesem Zeitraum (01.04.2020 bis 30.09.2020) bei den Versicherungen ausgeschaltet. Ab dem 30.09.2020 wird die Prüfung der Pflegeentgelte bei den Versicherungen auf den Wert des Pflegebasisentgeltwertes am Aufnahmetag wieder aktiviert. Für Rechnungen, die nach dem 30.9.2020 elektronisch an das Versicherungsunternehmen übermittelt werden, kann auf diesem Wege nur der am Aufnahmetag gültige Pflegeentgeltwert abgerechnet werden.

N192

*Besondere Einrichtungen und teilstationäre Leistungen*

Für Leistungen, die unter die Regelung nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und Nr. 3 (teilstationäre Leistungen, die nicht in Anlage 3b aufgeführt sind und besondere Einrichtungen) KHEntgG fallen, gilt eine Pflegebewertungsrelation von 1,0 für vollstationäre Fälle und 0,5 für teilstationäre Fälle, sofern die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG keine abweichenden Festlegungen treffen.

Der Pflegeanteil wird gesondert in Rechnung gestellt. Dazu geben die Krankenhäuser für den Pflegeanteil den entsprechenden Entgeltschlüssel unter Verwendung der ersten beiden Stellen = „84“ an. Die Stellen 3. bis 4. enthalten die Werte „00“ für den Pflegeanteil tagesbezogener vollstationärer Entgelte oder „50“ für den Pflegeanteil bei fallbezogenen vollstationären Entgelte („01ff.“ für Länderwerte und „30“ für Belegabteilung sind nicht zulässig). An den Stellen 5.-8. verwendet das Krankenhaus analog des abgerechneten Entgeltes „85*“ bzw. „86*“ die gleichen Ziffern. Eine individuelle Vergabe über Schlüsselfortschreibungen erfolgt nicht. Dies findet ebenfalls für teilstationäre Leistungen nach § 7 Abs. 1 Nr. 2 FPV Anwendung.

N193

In den Fällen, in denen aufgrund einer fehlenden Vereinbarung für das Jahr 2020 die bisherigen tages- oder fallbezogenen Entgelte (85* bzw. 86*) noch nicht um den Pflegeanteil bereinigt wurde, ist wie folgt vorzugehen:

N193

Entgelte für besondere Einrichtungen und teilstationäre Behandlungen, die nicht in Anlage 3b ausgewiesen sind, sind bis zu einer Neuvereinbarung unverändert der Höhe nach weiter zu erheben.

N193

**Umsetzung der Ergebnisse von Rechnungsprüfungen auf die Abrechnung von Pflegeentgelten**

§ 6a Abs. 2 Satz 5 KHEntgG sieht in Verbindung mit §275 Abs. 6 Nr. 1 SGB V vor, dass Prüfergebnisse aus Rechnungskorrekturen nur insoweit umgesetzt werden, dass für die Ermittlung der

tagesbezogenen Pflegeentgelte eine geänderte Eingruppierung, die zu einem geänderten stationären Entgelt führt umzusetzen ist, die ursprünglich berücksichtigten Belegungstage jedoch beibehalten werden. Die Entgelthöhe für den Pflegeanteil je Tag hängt somit auch nach einer Prüfung unmittelbar mit der zugehörigen DRG bzw. den Stellen 5.-8. bei den Besonderen Einrichtungen bzw. teilstationären Leistungen zusammen. Bei einer Rechnungskorrektur sind jedoch die ursprünglichen Belegungstage zu Grunde zu legen. Dies wird wie folgt abgebildet:

1. In der bestehenden Schlussrechnung wurden die entsprechenden Pflegeentgelte in Rechnung gestellt (74*, 84*). In dieser Schlussrechnung muss das Pflegeentgelt mit der dortigen DRG bzw. bei den besonderen Einrichtungen und teilstationäre Leistungen mit den Stellen 5-8 des zugehörigen Entgeltes 85* bzw. 86* (ohne Pflege) korrespondieren.
2. N201 Pflegeentgelte dürfen ausschließlich in einer Schlussrechnung oder Gutschrift/Stornierung, keiner anderen Rechnungsart in Rechnung gestellt werden.
3. Wenn durch anderweitige Prüfanlässe, unabhängig von Pflegeentgelten, Korrekturen notwendig werden (z.B. Umsetzung nach Rechnungsprüfung, rechtskräftige Feststellung), ist eine Gutschrift/Rechnungsstorno (Rechnungsart `04`) der bestehenden Schlussrechnung notwendig. Infolge dessen ist in derselben (neuen) Datenlieferung (d.h. unter derselben Dateinummer-Datenaustauschreferenz) eine neue Schlussrechnung, welche die neuen Pflegeentgelte (Pflegeentgelt mit der geänderten DRG identisch) an das Versicherungsunternehmen zu übermitteln.
4. Bei der Berechnung der Entgelthöhe für den Pflegeanteil je Tag sind jedoch die ursprünglichen Belegungstage der bestehenden Schlussrechnung anzuwenden. Die Datenfelder `Abrechnung von` und `Abrechnung bis` im ENT Segment enthalten die Belegungstage der ursprünglichen Schlussrechnung. Der `Entgeltbetrag` ergibt sich damit aus Multiplikation der ursprünglichen Belegungstage und der neuen Entgelthöhe für den Pflegeanteil je Tag.
5. Die Gutschrift/Rechnungsstorno Rechnungsart 04 (und ggf. geänderte Entlassungsanzeige) und die neue Schlussrechnung sind gemeinsam durch das Versicherungsunternehmen zu verarbeiten.
6. Sollte die Korrektur einer Entlassungsanzeige notwendig sein, bleiben Aufnahmetag und Entlassungstag unverändert.
7. Tage ohne Berechnung sind im Rahmen einer Beurlaubung bei Pflegeentgelten gleichermaßen anzuwenden (diese Tage reduzieren den Pflegeerlös im Fall). Tage ohne Berechnung die auf Grund einer Rechnungsprüfung zu berücksichtigen sind, reduzieren den Pflegeerlös im Fall nicht. Bei der Rechnungskorrektur durch das Krankenhaus ist sicher zu stellen, dass die Anzahl der berechneten Pflegeentgelte und Tage ohne Berechnung der Ursprungsrechnung entsprechen. Für den Fall, dass Beurlaubungstage zu korrigieren sind, trifft das auch auf die Pflegeentgelte zu.

### N204a Ersatzabrechnung bei nicht vorgelegener vollstationärer Behandlungsbedürftigkeit § 8 Absatz 3 KHEntgG bzw. § 8 Abs. 6 BPflV

N204a Gemäß § 8 Absatz 3 KHEntgG bzw. § 8 Abs. 6 BPflV haben die Versicherungsunternehmen bei nicht vorgelegener vollstationärer Behandlungsbedürftigkeit als Ergebnis einer Rechnungsprüfung 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. Hinweis: Diese Regelung betrifft Ergebnisse von Prüfungen ab 01.01.2020.

In diesem Fall hat das Krankenhaus die bestehende Rechnung durch eine Gutschrift / Rechnungsstorno (Rechnungsart `04`) gutzuschreiben. Soweit keine andere Möglichkeit zur Abrechnung der erbrachten Leistung besteht, übermittelt das Krankenhaus zur Abrechnung einer dafür vorstationären Vergütung eine neue Rechnung mit der Rechnungsart `22`[Schlussrechnung, Vergütung nach vorstationärer Höhe (Ersatzabrechnung)] diesen Fall mit den entsprechenden vorstationären Entgelten. Diese Rechnung enthält keine Pflegeentgelte 74* bzw. 84*. Die Aufnahmeanzeige und die Entlassungsanzeige bleiben unverändert.

N222a

### 1.4.13 Abrechnung der Übergangspflege

N222a

#### Grundsätze der Abrechnung

Für die Abrechnung der Leistungen im Rahmen der Übergangspflege regelt die Vereinbarung über eine einheitliche und nachprüfbare Dokumentation zum Vorliegen der Voraussetzungen der Übergangspflege gemäß § 39e Absatz 1 SGB V, dass die Übergangspflege als ein eigenständiger, von der Krankenhausbehandlung abgegrenzter Fall abzurechnen ist. Für die Abrechnung der Übergangspflege finden nur die Nachrichtentypen `Aufnahmesatz`, `Rechnungssatz´ und `Entlassungsanzeige`,` PKV-Bestätigung des Versichertenstatus `, `Zahlungssatz` Anwendung. Im vorgelagerten Krankenhausfall wird der Übergang in die Übergangspflege durch einen entsprechenden Entlassungs-/Verlegungsgrund `30` dokumentiert.

N222a

**Umsetzung in ausgewählten Nachrichtentypen:**

N222a

**Aufnahmedatensatz:**

Für die Aufnahme eines Patienten im Rahmen der Übergangspflege ist ein Aufnahmesatz mit dem Aufnahmegrund `1101` Übergangspflege vom Krankenhaus an die Krankenversicherung zu

N224b

übermitteln. Der Aufnahmetag entspricht dem Entlassungstag des vorangegangenen stationären Falls. Im Datenfeld `Fachabteilung` ist die Fachabteilung des Standortes anzugeben, in der sich der Patient befindet. Es muss sich nicht um die gleiche Fachabteilung oder den Standort des unmittelbar vorangegangenen stationären Krankenhausfalles handeln. Im Feld `voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung` ist der Tag der geplanten Dauer der Übergangspflege anzugeben. Insofern dieser nicht bekannt ist, ist der 10. Tag nach der Aufnahme in die Übergangspflege anzugeben. Alle anderen Kann-Felder des Segmentes `AUF` werden nicht übermittelt, optional kann in dem Feld „IK des veranlassenden Krankenhauses“ das IK des eigenen Krankenhauses angegeben werden. Im Segment `EAD` wird im Feld `Aufnahmediagnose` die Diagnose angegeben, mit der der Patient in die Übergangspflege übergeben wurde.

N222a

**Entlassungsanzeige:**

Das Krankenhaus dokumentiert in der Entlassungsanzeige im Segment `STA` den Standort, an dem sich der Patient im Rahmen der Übergangspflege befindet. Es muss sich nicht um den Standort des unmittelbar vorangegangenen stationären Krankenhausfalles handeln. Wechsel des Standortes sind entsprechend zu dokumentieren. Der Aufnahmetag entspricht dem Entlassungstag des vorangegangenen stationären Falls. Im ETL bzw. FAB Segment übermittelt das Krankenhaus die Fachabteilung, in der die Übergangspflege erbracht wird. Sofern die Über-

gangspflege in einer eigenständigen Organisationseinheit erbracht wird, die nicht einer Fachabteilung zugeordnet ist, ist der Fachabteilungsschlüssel für die Sonstige Fachabteilung `3700` zu verwenden. Es wird lediglich die Hauptdiagnose des vorangegangenen stationären Falles im Feld `Hauptdiagnose` angegeben. Die Segmente NDG und EBG entfallen. Als Entlassungstag ist der tatsächliche Tag der Entlassung aus der Übergangspflege anzugeben. Dies gilt auch, wenn der Patient länger als die maximal zu vergütenden 10 Tage im Krankenhaus verbleibt.
Für die Abrechnung der Übergangspflege müssen der Krankenversicherung die Dokumentation gemäß Anlage 1 der Vereinbarung über eine einheitliche und nachprüfbare Dokumentation zum Vorliegen der Voraussetzungen der Übergangspflege gemäß § 39e Absatz 1 SGB V (Dokumentations-Vereinbarung Übergangspflege) und die vollständigen Abrechnungsunterlagen des unmittelbar vorherigen stationären Falles vorliegen.

$N_{222a}$ **Rechnungssatz:**
Das Krankenhaus dokumentiert im Rechnungssatz im Segment `STA` den Standort, an dem sich der Patient im Rahmen der Übergangspflege befindet. Es muss sich nicht um den Standort des unmittelbar vorangegangenen stationären Krankenhausfalles handeln. Wechsel des Standortes sind entsprechend zu dokumentieren. Zur eindeutigen Abgrenzung zum unmittelbar vorangegangen stationären Falles wird eine eigene Rechnungsnummer für den Übergangspflegefall vergeben. Als Rechnungsart kann `05` (Rechnung Übergangspflege), 03 und 55 angegeben werden. Bei Korrektur einer Rechnung der Übergangspflege ist zunächst eine Stornierung mit Rechnungsart `04` und anschließend eine Neustellung mit Rechnungsart `05` bzw. `55` vorzusehen. Zwischenrechnungen (Rechnungsart `01` bzw. `51`) sind nicht zulässig.
Der Aufnahmetag entspricht dem Entlassungstag des vorangegangenen stationären Falls. Die Krankenversicherung übermittelt bereits für den vorangegangenen stationären Abrechnungsfall die Anzahl ggf. bestehender Tage mit Zuzahlung in der Nachricht „Bestätigung des Versicherungsverhältnisses (PKOS)“. Im Datenfeld `Fachabteilung` ist die Fachabteilung des Standortes anzugeben, in der sich der Patient befindet. Im `ENT` Segment finden im Feld `Entgeltart` Entgeltschlüssel aus dem Bereich der Übergangspflege `91` Anwendung. Eine Vergütung ist erst mit Vorliegen einer Vereinbarung auf Landesebene möglich.

N233b

### 1.4.14 Dokumentation und Abrechnung tagesstationärer Behandlung nach §115e SGB V

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

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

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

- 32 Reguläre Beendigung eines externen Aufenthalts bei tagesstationärer Behandlung
- 33 Ungeplante Beendigung eines externen Aufenthalts bei tagesstationärer Behandlung - Notfall
- 34 Ungeplante Beendigung eines externen Aufenthalts bei tagesstationärer Behandlung – medizinischer Behandlungsbedarf
- 35 Ungeplante Beendigung eines externen Aufenthalts bei tagesstationärer Behandlung – Wunsch des Patienten

und der Pseudo-Fachabteilung „0006“ (Pseudo-Fachabteilung für Rückkehr in das Krankenhaus) bei tagesstationärer Behandlung) anzugeben. Als Hauptdiagnose ist die Hauptdiagnose der verlegenden internen Fachabteilung zu übernehmen. Die Angabe der Sekundärdiagnose, des IK der aufnehmenden Institution sowie von Nebendiagnosen (NDG-Segment) entfällt.
Sofern Patientinnen und Patienten zwischen ihrer Aufnahme in das Krankenhaus und ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus im Rahmen einer tagesstationären Behandlung für die Nacht das Krankenhaus verlassen, ist für die nicht anfallenden Übernachtungskosten ein Abzug von den für den vollstationären Aufenthalt insgesamt berechneten Entgelten vorzunehmen, der 0,04 Bewertungsrelationen je betreffender Nacht entspricht, wobei der Abzug einen Anteil von 30 Prozent der Entgelte für den Aufenthalt insgesamt nicht überschreiten darf. Dafür wird der Entgeltschlüssel 47200047 verwendet.
Die Abschläge der tagesstationären Behandlung werden in einem zusammengefassten Entgelt-Segment abgebildet. Als Anzahl wird der Wert 1 angegeben.

N243

### 1.4.15 Abrechnung Spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG) nach § 115f SGB V

**Teil 1 Abrechnungen für Übermittlungen ab dem 01.05.2024 für Aufnahmen ab dem 01.01.2024**

Die Abrechnung der speziellen sektorengleichen Vergütung erfolgt als eigenständiger Fall sofern der betreffende Fall bei Anwendung des jeweils gültigen aG-DRG-Groupierungsalgorithmus in die betreffende Hybrid-DRG eingruppiert wird. Es gelten die Regelungen der Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung vom 06.02.2024. Maßgeblich für die Abrechnung sind Fälle mit einem Aufnahmetag ab dem 01.01.2024.

Wird ein Patient oder eine Patientin, für die eine Hybrid-DRG gemäß der Anlage 2 der Hybrid DRG-Verordnung abrechenbar ist, am Tag der Entlassung in unmittelbarem Zusammenhang mit der Leistungserbringung gemäß § 115f SGB V zur vollstationären Krankenhausbehandlung wiederaufgenommen, sind die Falldaten der Aufenthalte zusammenzufassen. Das sich aus der Neugruppierung der zusammengefassten Falldaten ergebende Entgelt ist dann entsprechend der maßgeblichen vergütungsrechtlichen Vorgaben abzurechnen.

Für die Abrechnung finden die Nachrichtentypen `PAUF`, `PREC´, ‚PKOS‘, `PENT`, PZAH`, sowie ggf. ‚PFEH‘ Anwendung.

**Umsetzung in ausgewählten Nachrichtentypen:**

*Aufnahmedatensatz:*

$N_{243}$ Für die Aufnahme eines Patienten im Rahmen der speziellen sektorengleichen Vergütung nach §115f SGB V ist ein Aufnahmesatz mit dem Aufnahmegrund `12` (Stelle 1.2, Krankenhausbehandlung nach §115f SGB V) vom Krankenhaus an die Krankenversicherung zu übermitteln. Im Falle einer Überweisung ist die Angabe des überweisenden niedergelassenen Vertragsarztes in den Segmenten AUF (Arztnummer/BSNR) und EAD (Einweisungsdiagnosen) vorzunehmen.

*Entlassungsanzeige:*

Es gelten keine gesonderten Vorgaben für die Entlassungsanzeige. Es gelten die Regelungen der Deutschen Kodierrichtlinien in der jeweils aktuellen Fassung. Maßgeblich für die Eingruppierung ist der Tag der Aufnahme in das Krankenhaus.

*Rechnungssatz:*

Als Rechnungsarten finden die gleichen Vorgaben wie im stationären Bereich Anwendung, es gibt keine gesonderten Rechnungsarten.

$N_{247}$ Im `ENT` Segment finden im Feld `Entgeltart` die Entgeltschlüssel aus dem Bereich der Hybrid-DRGs `709#####` Anwendung. An den Stellen 5.-8. wird die Hybrid-DRG (Spalte 1 der Anlage 2 Hybrid-DRG-V in seiner jeweils geltenden Fassung) mit der dort angegebenen Bewertung in Euro angegeben. Eine Abrechnung von weiteren Entgelten ist in Verbindung mit der Abrechnung der Hybrid-DRG gemäß Anlage 2 der Hybrid DRG Verordnung ausgeschlossen, sofern es sich nicht um Wahlleistungen handelt. Nachtragsrechnungen sind nicht zulässig.

Hinweis: Bei den bestehenden prozentualen Zu- und Abschlägen, bei denen im jeweiligen Berechnungsschema Bezug auf die Entgelte 70xxxxxx bis 74xxxxxx gemäß KHEntgG und FPV genommen wird, sind die Entgelte für Hybrid-DRG (709xxxxx) bei der Ermittlung des Zu-/Abschlagsbetrages nicht zu berücksichtigen.

N247

**Teil 2 Zwischenrechnungen ab dem 15.02.2024 für Aufnahmen ab dem 01.01.2024 – 30.04.2024**

Für Hybrid-DRG-Fälle, die bis zum 30.04.2024 in das Krankenhaus aufgenommen wurden, nehmen Krankenversicherungen ab dem 15.02.2024 eine Zwischenabrechnung (Rechnungsart 01 bzw. 51) dieser Leistungen mit dem Aufnahmegrund (‚01' „Krankenhausbehandlung, vollstationär") und gesonderter Kennzeichnung an. Die Aufnahmeanzeige enthält im Feld `Vertragskennzeichen` im Segment PNV den Wert `HYB`. Es wird der Entgeltartenschlüssel 70888888 (Teilzahlung nach § 11 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG) verwendet. Der Entgeltbetrag entspricht dabei der Bewertung (in Euro) der Anlage 2 der Hybrid-DRG-V. Die Übermittlung einer Entlassungsanzeige soll nicht erfolgen und es wird keine Schlussrechnung übermittelt. Es sind keine weiteren Entgelte zulässig.

Zwischenrechnungen, die nach obiger Regelung an die Krankenversicherung übermittelt wurden, sind bis spätestens zum 30.08.2024 gutzuschreiben / zu stornieren und eine Entlassungsanzeige und Schlussrechnung für diesen Abrechnungszeitraum zu erstellen. Die Aufnahmeanzeige wird geändert und mit dem neuen Aufnahmegrund `12` (Stelle 1-2) und dem Verarbeitungskennzeichen `20`(Korrektur) neu übermittelt. Diese Aufnahmeanzeige und folgende Nachrichten haben den Wert HYB im Vertragskennzeichen dann nicht mehr zu enthalten.

N243

N242b

### 1.4.16 Anforderung und Übermittlung einer KVNR im Auftrag der behandelten Person

Bei implantatebezogenen Eingriffen im Sinne des Implantateregistergesetzes und der Implantateregister Betriebsverordnung ist das Krankenhaus zu einer Meldung nach §16 und §17 IRegG verpflichtet. Diese Meldung ist u.a. für die Abrechnung des Aufenthaltes erforderlich und erfordert die Angabe des unveränderlichen Teils der Krankenversicherungsnummer (KVNR).

Sofern die behandelte Person noch keine KVNR von dem Versicherungsunternehmen erhalten hat, kann sie das Krankenhaus mit der Anforderung einer solchen Nummer bei der Krankenversicherung beauftragen.

In diesem Fall nutzt das Krankenhaus in der Nachricht PAUF hilfsweise das Feld „Vertragskennzeichen" zur Übermittlung des Geburtsortes und ggf. ein Länderkennzeichen und „X" bei Mehrlingsgeburten. .

Dazu wird in diesem Feld ein Doppelkreuz („#"), gefolgt von dem Ort der Geburt, ggf. dem Länderkennzeichen und einem „X" bei Mehrlingsgeburten übermittelt. Sofern das Feld für seinen Ursprungszweck verwendet wird (z.B. der Angabe Vertragskennzeichen nach § 64b Abs. 3 SGB V „123456"), ist der Geburtsort der Angabe nachzustellen (Beispiel „123456#München").

Sollte der Geburtsort sich im Ausland befinden, ist nach dem Geburtsort, mit einem Komma getrennt, das internationale Länderkennzeichen nach Schlüssel 7 anzugeben (Beispiel: „#Kopenhagen,DK"). Unnötige Leerzeichen zwischen den Angaben sind zu vermeiden. Die maximale Zeichenzahl von 25 Zeichen ist zu beachten und ggf. sind Abkürzungen zu verwenden (z.B. „#Llanfair,GB").

Sofern die behandelte Person als Mehrling geboren wurde, ist, mit einem Komma getrennt, ein „X“ anzufügen (Beispiel „#Llanfair,GB,X“.

Die Vereinbarungspartner erkennen dies als rechtsverbindliche Anforderung einer KVNR im Auftrage der behandelten Person an. Im Falle einer irrtümlich oder falsch übermittelten Angabe übermittelt das Krankenhaus erneut eine Aufnahmenachricht mit zwei Doppelkreuzen („##“) und nachfolgend der korrekten Angabe, bzw. im Falle eines Stornos ohne weiteren Text. Im Falle der Übermittlung einer solchen Ortsangabe initiiert das Versicherungsunternehmen unverzüglich die Erstellung der KVNR, die in der Nachricht PKOS an das Krankenhaus rückübermittelt wird. Die Bestätigung des Versicherungsverhältnisses an sich wird dabei nicht verzögert, sondern ggf. wird die KVNR in Form einer geänderten PKOS-Nachricht nachgeliefert. Parallel stellt das Versicherungsunternehmen der behandelten Person die KVNR zur Verfügung.

# 2 Hinweise zu Datenelementen (nach Segmenten)

## AUF Segment Aufnahme

### 1. Aufnahmetag

Der Aufnahmetag ist der Tag der Aufnahme des Privatversicherten zu einer vollstationären oder teilstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Entbindung.

Bei einer vorstationären Behandlung wird erst mit der vollstationären Aufnahme ein Aufnahmesatz übertragen, der Aufnahmetag ist dann der Tag der vollstationären Aufnahme. (Die Information über eine vorstationäre Behandlung erfolgt über den Aufnahmesatz im Feld Aufnahmegrund. Das Datum der vorstationären Behandlung wird mit dem Rechnungssatz über die Felder „Abrechnung von“ und „Abrechnung bis“ gemeldet.) Bei einer vorstationären Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung (Aufnahmegrund: „04“) wird ein Aufnahmesatz mit dem Tag des Zugangs/der erstmaligen Behandlung als Aufnahmetag gemeldet.

Wird bei Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers während der vollstationären Behandlung ein Aufnahmesatz an das dann zuständige Versicherungsunternehmen übertragen (Aufnahmegrund: „2x“), wird als Aufnahmetag der tatsächliche Tag der Aufnahme zur Krankenhausbehandlung unverändert gemeldet. Die zeitliche Abgrenzung gegenüber den Kostenträgern erfolgt über die Rechnungssätze und Entlassungsanzeigen.

### 2. Aufnahmeuhrzeit

Es ist die Uhrzeit der Aufnahme zur vollstationären oder teilstationären Krankenhausbehandlung in Stunden (00 - 23) und Minuten (00 - 59) anzugeben. Bei vorstationärer Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung kann die „Aufnahmeuhrzeit“ mit „0000“ angegeben werden.

### 3. Aufnahmegrund

Der Aufnahmegrund (Schlüssel 1) enthält die leistungsrechtlich erforderliche Differenzierung des Grundes der Aufnahme.

Für gesunde Neugeborene ist ausnahmslos der Aufnahmegrund „06“ (Geburt) anzugeben, unabhängig davon ob das Neugeborene voll- oder teilstationär versorgt wird.

Für eine stationäre Aufnahme zur Organentnahme ist ausnahmslos der Aufnahmegrund „08“ (Stationäre Aufnahme zur Organentnahme) anzugeben, unabhängig davon, ob ein Organ tatsächlich entnommen wird oder nicht, ob es sich um eine Vor- oder Abklärungsuntersuchung, oder ob es sich um eine Aufnahme zur teilstationären Behandlung handelt.

### 4. Fachabteilung

Es ist die aufnehmende Fachabteilung nach Schlüssel 6 anzugeben.

### 5. Voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung

Die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung ist vom Krankenhausarzt anhand der Gegebenheiten des Einzelfalls festzulegen. Das Krankenhaus meldet den voraussichtlichen Tag der Entlassung aus der Krankenhausbehandlung. Bei rein vorstationärer Behandlung ist der letzte Tag der Behandlung anzugeben.

### 6. (Arztnummer des einweisenden Arztes) entfällt

### 7. (Betriebsstättennummer des einweisenden Arztes) entfällt

### 8. IK des veranlassenden Krankenhauses

Bei Aufnahme eines Privatversicherten als Folge einer Verlegung aus einem Krankenhaus ist das Institutionskennzeichen des verlegenden (die Aufnahme veranlassenden) Krankenhauses anzugeben. Bei Verlegung aus einem ausländischen Krankenhaus ist das Pseudo-IK „979979956“ anzugeben.

### 9. Veranlassende Stelle bei Notfallaufnahme

Bei Notfallaufnahme ist die die Aufnahme veranlassende Stelle (z.B. Rettungsdienst) anzugeben.

### 10. (Zahnarztnummer des einweisenden Zahnarztes) entfällt

### 11. Aufnahmegewicht

Bei Aufnahme von Kleinkindern (eigener Behandlungsfall) mit einem Aufnahmealter bis zu einem Jahr ist das Aufnahmegewicht in Gramm anzugeben.

## CUX Segment Währung

### 1. Währungskennzeichen

Die allen Entgeltbeträgen der Nachricht zugrundeliegende Währung ist entsprechend der ISO-Norm 4217 mit dreistelligem Währungskennzeichen anzugeben ( „EUR“ für Euro).

## DAU Segment Dauer

### 1. Aufnahmetag siehe AUF

### 2. Voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung (bei Verlängerungsanzeige)

Es wird der voraussichtliche Tag der Entlassung aus der Krankenhausbehandlung gemeldet.

### 3. Entlassungstag (bei Entlassungsanzeige)

Der Entlassungstag ist der Tag der Beendigung der vollstationären oder teilstationären Krankenhausbehandlung durch Entlassung, Verlegung des Privatversicherten in ein anderes Krankenhaus oder interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Geltungsbereichen der BPflV und des KHEntgG.

Bei Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers (Entlassungsgrund „05“) ist in der Entlassungsanzeige an das erste Versicherungsunternehmen als Entlassungstag der Tag der Beendigung der Leistungspflicht des ersten Versicherungsunternehmens anzugeben.

Bei einer nachstationären Behandlung wird dem Versicherungsunternehmen über den Entlassungsgrund mitgeteilt, dass eine anschließende nachstationäre Behandlung vorgesehen ist. (Das Datum der nachstationären Behandlung wird mit dem Rechnungssatz über die Felder „Abrechnung von“ und „Abrechnung bis“, die Beendigung durch die Rechnungsart „Schlussrechnung“ mitgeteilt.)

### 4. Nachfolgediagnose, die ab dem .... die Arbeitsunfähigkeit allein begründet hat

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement diejenige Nachfolgediagnose, die an Stelle der Aufnahmediagnose allein die Arbeitsunfähigkeit des Patienten begründet hat. Sie ist mit dem amtlichen ICD-Schlüssel anzugeben (linksbündig mit Sonderzeichen '.', '-' und '#' (Kreuzdiag-

nose) ohne Leerzeichen). In dem 2. Datenelement kann eine Lokalisation entsprechend der Spezifizierung des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Diagnose relevant ist.

#### 5. Sekundär-Diagnose

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement die Angabe eines zusätzlichen Diagnoseschlüssels, sofern die Nachfolgediagnose eine zweite Diagnoseangabe erfordert. Sie ist mit dem amtlichen ICD-Schlüssel anzugeben (linksbündig mit Sonderzeichen '.', '-', '*' (Sterndiagnose) und '!' (optionale Diagnose) ohne Leerzeichen). In dem 2. Datenelement kann eine Lokalisation entsprechend der Spezifizierung des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Diagnose relevant ist.

#### 6. Ab-Datum

Datum, ab dem die Nachfolgediagnose die Arbeitsunfähigkeit allein begründet hat.

#### 7. Beatmungsstunden (nur bei Entlassungsanzeige)

Sofern der Versicherte während des Krankenhausaufenthalts künstlich beatmet wurde, ist die Dauer der künstlichen Beatmung in Stunden anzugeben.

### DPV Segment Diagnosen- und Prozedurenversion

#### 1. ICD-Version

Es ist die Versionskennung des verwendeten Diagnoseschlüssels (ggf. mit Sonderzeichen) anzugeben.

Einweisungs- und Überweisungsdiagnosen werden wie im Verordnungsvordruck enthalten angegeben. Für diese Diagnosen gilt die Versionskennung nicht.

Bei Versionswechsel müssen Fälle nach alter Version abgeschlossen werden.

#### 2. OPS-Version (nur bei Entlassungsanzeige)

Es ist die Versionskennung des verwendeten Prozedurenschlüssels (ggf. mit Sonderzeichen) anzugeben.

Bei Versionswechsel müssen Fälle nach alter Version abgeschlossen werden.

*Verwendung des Segmentes „DPV“*

*Die Felder „ICD-Version“ und „OPS-Version“ sind als alphanumerische Felder bis zu 6 Zeichen definiert. Es sind die Versionsnummern des DIMDI mit Sonderzeichen anzugeben:*

F4 *ICD10 SGB V Version 2023 ist im Feld ICD-Version entsprechend mit „2023“ anzugeben.*

*OPS-301 Version 2023 ist im Feld OPS-Version entsprechend mit „2023“ anzugeben.*

F4

*In einer Nachricht, z.B. Entlassungsanzeige, kann nur eine Version des OPS bzw. des ICD verwendet werden.*

F4 #### 3. Alpha-ID-SE Version

Es ist die Versionskennung des verwendeten Alpha-ID-SE Katalogs mit Sonderzeichen anzugeben (z.B. ”2023”). Bei Versionswechsel müssen Fälle nach alter Version abgeschlossen werden.

## EAD Segment Einweisungs- und Aufnahmediagnose (20 x möglich)

### 1. Aufnahmediagnose

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement die vom Krankenhausarzt bei der Aufnahme des Privatversicherten festgestellte Diagnose. Sie ist mit dem amtlichen ICD-Schlüssel anzugeben (linksbündig mit Sonderzeichen '.', '-' und '#' (Kreuzdiagnose) ohne Leerzeichen). In dem 2. Datenelement kann eine Lokalisation entsprechend der Spezifizierung des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Diagnose relevant ist.

### 2. Sekundär-Diagnose Aufnahme

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement die Angabe eines zusätzlichen Diagnoseschlüssels, sofern die Aufnahmediagnose eine zweite Diagnoseangabe erfordert. Sie ist mit dem amtlichen ICD-Schlüssel anzugeben (linksbündig mit Sonderzeichen '.', '-', '*' (Sterndiagnose) und '!' (optionale Diagnose) ohne Leerzeichen). In dem 2. Datenelement kann eine Lokalisation entsprechend der Spezifizierung des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Diagnose relevant ist.

### 3. Einweisungsdiagnose

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement die vom Vertragsarzt bei Verordnung von Krankenhausbehandlung im Verordnungsvordruck anzugebende Diagnose. Sie ist mit dem amtlichen ICD-Schlüssel anzugeben (linksbündig mit Sonderzeichen '.', '-' und '#' (Kreuzdiagnose) ohne Leerzeichen). In dem 2. Datenelement kann eine Lokalisation entsprechend der Spezifizierung des Diagnoseschlüssels erfolgen. Enthält der Verordnungsvordruck keinen Diagnoseschlüssel/keine Spezifizierung, entfällt die Angabe durch das Krankenhaus.

### 4. Sekundär-Diagnose Einweisung

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement die Angabe eines zusätzlichen Diagnoseschlüssels, sofern die Einweisungsdiagnose eine zweite Diagnoseangabe erfordert. Sie ist mit dem amtlichen ICD-Schlüssel anzugeben (linksbündig mit Sonderzeichen '.', '-', '*' (Sterndiagnose) und '!' (optionale Diagnose) ohne Leerzeichen). In dem 2. Datenelement kann eine Lokalisation entsprechend der Spezifizierung des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern diese Angabe im Verordnungsvordruck enthalten ist.

## EBG Segment Entbindung (2 x wiederholbar)

### 1. Tag der Entbindung

N172a Es wird der Tag (bei Mehrlingsgeburten über Mitternacht: die Tage) der Entbindung, auch bei einer Totgeburt, angegeben.

F4 ## ENT Segment Entgelt (399/400x möglich)

### 1. Entgeltart

Jede in Zusammenhang mit der Krankenhausbehandlung abzurechnende Entgeltart wird im Rechnungssatz entsprechend Schlüssel 4 bzw. den im Anhang B zu Anlage 2 aufgelisteten Entgeltarten angegeben.

Abrechnung von Abteilungspflegesätzen in Verbindung mit Sonderentgelten:

> Bei Berechnung eines Sonderentgeltes wird der Abteilungspflegesatz um 20 v.H. ermäßigt, höchstens jedoch für 12 Berechnungstage; dies gilt nicht bei tagesgleichen Pflegesätzen für Intensivmedizin, neonatologische Intensivbehandlung und Psychiatrie.
>
> Das ENT-Segment für das Sonderentgelt enthält in den Datenelementen "Abrechnung von" und "Abrechnung bis" den Operationstag/Tag der Erbringung des Sonderentgeltes, der nicht mit dem Zeitraum übereinstimmt, für den die Ermäßigung des Abteilungspflegesatzes vorgenommen wird.

Abrechnung von Fallpauschalen und Sonderentgelten mit Instandhaltungszuschlag:

> Für die Erhöhung des Rechnungsbetrages bei Fallpauschalen und Sonderentgelten nach BPflV auf Grund des Instandhaltungszuschlages wird folgende Lösung vorgesehen:
>
> Um Rundungsprobleme zu vermeiden, sollen die geänderten Beträge auf Landesebene vereinbart und allen Beteiligten bekannt gegeben werden. Diese Beträge sind bei der Rechnungsstellung zu verwenden.

Abrechnung von tagesbezogenen teilstationären DRG-Fallpauschalen

> Bei Abrechnung von tagesbezogenen teilstationären DRG-Fallpauschalen wird das Entgelt für den ersten Abrechnungstag mit „7070xxxx“ verschlüsselt. Für den zweiten und jeden weiter folgenden Abrechnungstag wird das Entgelt mit „7170xxxx“ verschlüsselt, wobei „xxxx“ in beiden Fällen die DRG-Fallpauschale bezeichnet.

Abrechnung von Pauschalen für (noch) nicht vereinbarte Zusatzentgelte und (noch) nicht vereinbarte nicht kalkulierte DRG mit Aufnahmedatum ab dem 1.1.2006:

> Für Leistungen nach Anlage 3 oder 4 bzw. 6 FPV, für die noch keine krankenhausindividuell vereinbarten Entgelte oder Zusatzentgelte abgerechnet werden können (§ 5 Abs. 2 Satz 4 oder § 7 Abs. 4 Satz 2 und 3 FPV) oder für die keine Entgelte vereinbart sind (§ 5 Abs. 2 Satz 5 oder § 7 Abs. 4 Satz 4 FPV), können im Einzelfall Pauschalbeträge in Rechnung gestellt werden. Als Entgeltschlüssel ist in diesen Fällen der Entgeltschlüssel für das tagesbezogene Entgelt (85xxxxxx) bzw. das Zusatzentgelt mit dem pauschal vorgegebenen Entgeltbetrag nach FPV anzugeben.

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

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

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

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

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

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

Hinweis zur Abrechnung des Versorgungszuschlages gemäß § 8 Abs. 10 Sätze 1 und 2 KHEntgG:

1. Für die Zuschläge sind die folgenden Entgeltschlüssel zu verwenden:

| | |
|---|---|
| 47100018 | Versorgungszuschlag nach § 8 Abs. 10 Satz 1 KHEntgG |
| 47100019 | erhöhter Versorgungszuschlag nach § 8 Abs. 10 Satz 2 KHEntgG |

2. In der Rechnung des Krankenhauses werden für ab dem 1. August 2013 stationär aufgenommene Patienten, sofern im Rechnungssatz enthalten, die folgenden Entgeltarten zur Berechnung herangezogen:

| | |
|---|---|
| 70xxxxxx | DRG-Fallpauschale nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG |
| 71xxxxxx | Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD (§ 1 Abs. 2 Satz 1 FPV) oder tagesbezogene teilstationäre DRG-Fallpauschalen ab 2. Tag |

72xxxxxx Abschlag bei Verlegungen (§ 1 Abs. 1 Satz 3 FPV)

73xxxxxx Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD (§ 1 Abs. 3 Satz 1 FPV)

3. Der vom Krankenhaus in Rechnung gestellte Zuschlagsbetrag wird wie folgt ermittelt:

1. Summenbildung der Relativgewichte über die o.g. Entgeltarten, wobei Relativgewichte für Abschläge (72xxxxxx, 73xxxxxx) abzuziehen sind
2. Multiplikation mit auf 2 Nachkommastellen gerundetem Zuschlagswert (dieser ergibt sich aus der Multiplikation des LBFW mit dem maßgeblichen Vomhundertwert und Division durch 100)
3. kaufmännische Rundung des nach Nr. 2 errechneten Zuschlagsbetrages auf 2 Nachkommastellen

Technisches Beispiel (mit Versorgungszuschlag 47100018 bis 31.12.2013 1,0%):

| | |
|---|---|
| DRG-Entgeltart 70XXXY1Z mit dem Relativgewicht 0,961 | |
| LBFW: | 3000,00 € |
| Zuschlag OGV Entgeltart 71XXXY1Z: | 0,151 |
| Anzahl der Tage Überschreitung OGVD | 2 Tage |
| Zuschlagswert (3000,00 € x 1,0 : 100) | 30,00 € |
| 7010XY1Z: 0,961 x 3000,00 € | = 2883,00 € |
| 7110XY1Z: 0,151 x 3000,00 € x 2 | = 906,00 € |
| 47100018: [0,961 + (0,151 x 2)] x 30,00 € = 1,263 x 30,00 € | = 37,89 € |
| Rechnungsbetrag | = 3826,89 € |

Für alle ab dem Geltungszeitpunkt der Vereinbarung nach § 10 Abs. 5 Satz 6 KHEntgG (Vereinbarung zur Tarifberichtigungsrate) bis einschließlich am 31.12.2013 aufgenommene Patienten wird anstelle des Versorgungszuschlags nach § 8 Abs. 10 Satz 1 KHEntgG (47100018) der erhöhte Versorgungszuschlag nach § 8 Abs. 10 Satz 2 KHEntgG (47100019) abgerechnet.

Hinweis zur Abrechnung des Zuschlages Hygiene-Förderprogramm nach § 4 Absatz 11 KHEntgG

1. Für den Zuschlag ist der folgende Entgeltschlüssel zu verwenden:

47100020 Zuschlag Hygiene-Förderprogramm nach § 4 Abs. 11 KHEntgG

2. In der Rechnung des Krankenhauses werden für ab dem 1. August 2013 stationär aufgenommene Patienten, sofern im Rechnungssatz enthalten, die folgenden Entgeltarten zur Berechnung herangezogen:

70xxxxxx DRG-Fallpauschale nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG

71xxxxxx Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD (§ 1 Abs. 2 Satz 1 FPV) oder tagesbezogene teilstationäre DRG-Fallpauschalen ab 2. Tag

72xxxxxx Abschlag bei Verlegungen (§ 1 Abs. 1 Satz 3 FPV)

73xxxxxx Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD (§ 1 Abs. 3 Satz 1 FPV)

760xxxxx Zusatzentgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG (Anlagen 4 und 6 FPV)

76ZExxxx Zusatzentgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG (Anlagen 2 und 5 FPV)

762xxxxx Zusatzentgelt nach § 6 Abs. 2a KHEntgG

85xxxxxx Tagesbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)

86xxxxxx Fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)

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

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

89xxxxxx Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG

3. Der vom Krankenhaus in Rechnung gestellte Zuschlagsbetrag wird wie folgt ermittelt:

1. Summenbildung über die o.g. Entgeltarten, wobei Entgelte für Abschläge abzuziehen sind [(Entgeltbetrag) x (Entgeltanzahl)])
2. Multiplikation mit dem maßgeblichen Vomhundertwert
3. Division durch 100
4. kaufmännische Rundung auf 2 Nachkommastellen

## 2. Entgeltbetrag

Der Entgeltbetrag ist der Euro-Betrag (mit 2 Nachkommastellen) für eine Abrechnungseinheit der Entgeltart, ggf. kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen gerundet.

Abrechnung von Fallpauschalen und Sonderentgelten:

Für die Höhe einer Fallpauschale oder eines Sonderentgeltes ist der Tag der Aufnahme in das Krankenhaus maßgeblich.

## 3. Abrechnung von

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

N142 Abrechnung von Fallpauschalen für Neugeborene:

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

N172a Abrechnung klinischer Obduktionen:

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

N212d Das Feld enthält bei fallbezogenen Zu- oder Abschlägen den Aufnahmetag.

### 4. Abrechnung bis

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

Abrechnung von Fallpauschalen für Neugeborene:

N142

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

Abrechnung von PEPP:

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

N172a Abrechnung klinischer Obduktionen:

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

N212d Das Feld enthält bei fallbezogenen Zu- oder Abschlägen den Aufnahmetag.

### 5. Entgeltanzahl

Es ist die für die Rechnungsstellung maßgebliche Entgeltanzahl (Anzahl Berechnungstage oder Leistungen) anzugeben.

### 6. Tage ohne Berechnung/Behandlung

Das Feld enthält die Anzahl der Tage, die nicht in die Berechnung einfließen (z.B. Tage der Beurlaubung).

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 N172a Grenzverweildauer zu ermitteln.

### 7. Tag der Wundheilung( Angabe entfällt)

## BNK Segment Bankverbindung

Die Bankverbindung des Krankenhauses muss im PKV-Rechnungssatz mit dem Segment BNK anhand des Datenelements „Internationale Bankkontonummer (IBAN)“ angegeben werden. Es enthält die Internationale Bankkontonummer mit folgenden Informationen:

Länderkennzeichen (bei Konto in Deutschland: „DE“)

Prüfziffern (pp)

Bankleitzahl (bbbbbbbb)

Kontonummer (kkkkkkkkkk)

Das Segment BNK kann weiter im Kann-Datenelement „Internationale Bankleitzahl (BIC)“ die zur IBAN gehörende international gültige Bankleitzahl (acht oder elf alphanumerische Zeichen) für das Krankenhauskonto enthalten.

## ETL Segment Entlassung/Verlegung

(ETL ist das 1. Segment in der Segmentgruppe SG1 (ETL-NDG), die 99x möglich ist. SG1 dient der Dokumentation des Ablaufs der Krankenhausbehandlung. Es werden die bei der Entlassung bzw. Verlegung aus der angegebenen Fachabteilung festgestellten Diagnosen übertragen. Bei internen Verlegungen ist in der letzten SG1 die für den gesamten Krankenhausbehandlungsfall maßgebliche Hauptdiagnose (und Nebendiagnosen) anzugeben. Als Fachabteilung ist der Pseudocode '0000' zu übermitteln.)

### 1. Tag der Entlassung/Verlegung

Es ist der Tag der Entlassung oder der externen oder internen Verlegung aus einer Abteilung im Format JJJJMMTT anzugeben.

### 2. Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit

Die Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit ist in Stunden (00-23) und Minuten (00-59) für jede Entlassung oder externe oder interne Verlegung aus einer Abteilung anzugeben.

### 3. Entlassungs-/Verlegungsgrund

Der Entlassungs-/Verlegungsgrund wird anhand von Schlüssel 5 angegeben.

### 4. Fachabteilung

Die Fachabteilungen werden nach Schlüssel 6 angegeben. Es ist die Abteilung anzugeben, aus der entlassen oder extern oder intern verlegt wird.

### 5. Hauptdiagnose

Die Hauptdiagnose ist bei Beendigung der vollstationären Krankenhausbehandlung durch Entlassung oder externe Verlegung in eine andere Institution anzugeben. Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement die bei der Entlassung/Verlegung des Privatversicherten festgestellte Hauptdiagnose mit dem amtlichen ICD-Schlüssel (linksbündig mit Sonderzeichen '.', '-' und '#' (Kreuzdiagnose) ohne Leerzeichen). In dem 2. Datenelement kann eine Lokalisation entsprechend der Spezifizierung des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Diagnose relevant ist.

Hinweis: Wenn eine Sekundär-Diagnose angegeben wird, wird diese im G-DRG-System immer als Nebendiagnose interpretiert.

Für die Diagnoseangaben sind die Deutschen Kodierrichtlinien zu beachten.

### 6. Sekundär-Diagnose

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement die Angabe eines zusätzlichen Diagnoseschlüssels, sofern die Hauptdiagnose eine zweite Diagnoseangabe erfordert. Sie ist mit dem amtlichen ICD-Schlüssel anzugeben (linksbündig mit Sonderzeichen '.', '-', '*' (Sterndiagnose) und '!' (optionale Diagnose) ohne Leerzeichen). In dem 2. Datenelement kann eine Lokalisation entsprechend der Spezifizierung des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Diagnose relevant ist.

Hinweis: Wenn eine Sekundär-Diagnose angegeben wird, wird diese im G-DRG-System immer als Nebendiagnose interpretiert.

Für die Diagnoseangaben sind die Deutschen Kodierrichtlinien zu beachten.

### 7. IK der aufnehmenden Institution

Bei Verlegung des Patienten in ein anderes Krankenhaus, bei interner Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen mit Rückverlegung oder bei interner Verlegung bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung, ist das Institutionskennzeichen des aufnehmenden Krankenhauses anzugeben. Wird in ein ausländisches Krankenhaus verlegt, ist das Pseudo-IK „979979956“ anzugeben.

Bei Entlassung des Patienten in eine Rehabilitationseinrichtung, eine Pflegeeinrichtung oder ein Hospiz soll das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution angegeben werden.

## FAB Segment Fachabteilung (10x in PVER / 30x in PREC / 999 x in PENT möglich)

### 1. Fachabteilung

Die Fachabteilungen werden nach Schlüssel 6 angegeben.

In der Verlängerungsanzeige wird die behandelnde Fachabteilung, im Rechnungssatz und in der Entlassungsanzeige alle behandelnden Fachabteilungen angegeben.

Bei Behandlung in einer besonderen Einrichtung ist die Fachabteilung, der die besondere Einrichtung zuzuordnen ist, aufzuführen.

### 2. Diagnose

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement die für den Operationseingriff maßgeblich abrechnungsrelevante Diagnose nach dem amtlichen ICD-Schlüssel (linksbündig mit Sonderzeichen '.', '-' und '#' (Kreuzdiagnose) ohne Leerzeichen). In dem 2. Datenelement kann eine Lokalisation entsprechend der Spezifizierung des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Diagnose relevant ist. Bei Fallpauschalen und Sonderentgelten ist die Diagnose entsprechend den Festlegungen nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 BPflV mit maximaler Stellenzahl anzugeben.

### 3. Sekundär-Diagnose (Angabe entfällt)

### 4. Zusatzschlüssel Diagnose (Angabe entfällt)

### 5. Sekundär-Diagnose Zusatzschlüssel (Angabe entfällt)

### 6. Operationstag

Es ist das Datum der Operation bzw. des Beginns der durchgeführten Prozedur anzugeben. Das Datum ist zwingend anzugeben, sofern eine Angabe im Datenelement Operation enthalten ist.

N182 Für die Erfassung von OPS-Codes, die den Pflegegrad des Patienten enthalten, ist im Feld „Operationstag“ das Aufnahmedatum zu verwenden. Dies gilt auch in Fällen, in denen der Pflegegrad während des Krankenhausaufenthaltes angepasst wurde.

### 7. Operation

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement eine im Rahmen der Krankenhausbehandlung durchgeführte Operation und Prozedur nach dem amtlichen Operationenschlüssel nach § 301 SGB V (linksbündig ohne Sonderzeichen ',' oder '-'). Im 2. Datenelement kann eine Lokalisation der Operation oder der Prozedur entsprechend den Spezifizierungen des amtlichen OP-

Schlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Operation oder Prozedur relevant ist. Bei Fallpauschalen und Sonderentgelten ist der Operationenschlüssel entsprechend den Festlegungen nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung anzugeben.

Weitere im Rahmen der stationären Krankenhausbehandlung durchgeführte Operationen und Prozeduren können durch wiederholtes Verwenden des Segmentes FAB angegeben werden.

Als Operation sind grundsätzlich operative Maßnahmen sowie nicht-operative Maßnahmen entsprechend den Deutschen Kodierrichtlinien anzugeben. Insbesondere ist P005 ‘Multiple/Bilaterale Prozeduren’ zu beachten.

Die Angabe der Operation ist unabhängig von der Diagnosenangabe, gegebenenfalls können Prozeduren auch ohne Diagnosen angegeben werden.

Prozeduren, die im Rahmen der vor- oder nachstationären Behandlung erbracht werden, dürfen nur dann angegeben werden, wenn die vor- oder nachstationäre Behandlung nicht gesondert vergütet wird.

**8. Zusatzschlüssel 1 Operation (Angabe entfällt)**

**9. Zusatzschlüssel 2 Operation (Angabe entfällt)**

N181b

## FHL Segment Fehlermeldung (200 x möglich)

**1. Segment**

Es ist der Name des fehlerhaften Segmentes anzugeben.

**2. Segmentposition**

Bei wiederholbaren Segmenten ist anzugeben, welches Segment innerhalb des Wiederholungsblocks fehlerhaft ist. Die Zählung erfolgt segmenttypbezogen (z.B. 4. FAB- oder 3. ENT-Segment).

**3. Feldposition**

Es ist die Nummer des fehlerhaften Datenelements in dem durch Nr.1 und Nr. 2 identifizierten Segment anzugeben.

**4. Text**

Es kann ein freier Text zur Erläuterung des Fehlers angegeben werden.

**5. Fehlercode**

Siehe Anhang C zu Anlage 2 (Fehlercodes).

**6. Anwendungsreferenz (Dateiname)**

Name der Datei, in der der Fehler aufgetreten ist (aus UNB).

**7. Datum/Uhrzeit der Erstellung**

Erstellungsdatum und Uhrzeit der Datei, in der der Fehler aufgetreten ist (aus UNB).

**8. Nachrichtenreferenznummer**

Laufende Nummer des Datenpaketes (aus UNH).

### 9. Datenaustauschreferenz (Dateinummer)

Laufende Nummer der Datei, in der der Fehler aufgetreten ist (aus UNB).

## FKT Segment Funktion

### 1. Verarbeitungskennzeichen

Das Verarbeitungskennzeichen gibt an, ob es sich um einen Normalfall, eine Änderung, ein Storno einer Entlassungsanzeige oder ein Fallstorno handelt (s. Schlüssel 9 und Anlage 4, Abschnitt 7).

### 2. Laufende Nummer des Geschäftsvorfalls

Als laufende Nr. ist als Standardwert '01' anzugeben. Bei mehrfach vorkommenden Nachrichten ist sie fortlaufend zu erhöhen (siehe Anlage 4, Abschnitt 7.2 und 7.3).

Beispiele Verarbeitungskennzeichen und Laufende Nummer des Geschäftsvorfalls in FKT:

| Nachricht | VKz. | Lfd. Nr. | Bemerkung |
|---|---|---|---|
| Änderung und Fallstorno | | | |
| PAUF | 10 | 01 | normaler Aufnahmesatz |
| PAUF | 20 | 01 | Änderung |
| PAUF | 30 | 01 | Stornierung des Falls |
| Rechnungskorrektur | | | |
| PREC | 10 | 01 | Rechnungssatz (Zwischenrechnung, Rechnungsart = '01') |
| PREC | 10 | 02 | Rechnungsstorno mit Rechnungsart = '04' |
| PREC | 10 | 03 | Korrigierte (Zwischen-) Rechnung (Rechnungsart = '01') |
| Korrektur einer Entlassungsanzeige | | | |
| PENT | 10 | 01 | Entlassungsanzeige |
| PREC | 10 | 01 | Rechnungssatz für Schlussrechnung, Rechnungsart = '02' |
| PREC | 20 | 02 | Rechnung für Gutschrift, Rechnungsart = '04' |
| PENT | 40 | 01 | Stornierung der Entlassungsanzeige |
| PENT | 10 | 02 | neue (korrigierte) Entlassungsanzeige |
| PREC | 10 | 03 | neue (korrigierte) Schlussrechnung, Rechnungsart = '02' |

Eine mit Fehlerhinweis (Segment 'FHL') zurückgewiesene Nachricht enthält bei erneuter Übertragung nach Korrektur das Verarbeitungskennzeichen und die laufende Nummer der ursprünglichen Nachricht.

### 3. IK des Absenders

Als IK des Absenders ist das Institutionskennzeichen des Krankenhauses bzw. des Versicherungsunternehmens anzugeben.

Das IK des Absenders darf - bezogen auf einen Krankenhaus-Behandlungsfall - nicht geändert werden (Ausnahme: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers).

### 4. IK des Empfängers

Als IK des Empfängers ist das Institutionskennzeichen des Versicherungsunternehmens bzw. des Krankenhauses anzugeben.

Das Institutionskennzeichen des Versicherungsunternehmens ist der Card für Privatversicherte zu entnehmen. Es ist dort lediglich mit der 5. bis 8. Stelle enthalten, für die 1. bis 4. Stelle ist stets der Wert „1681“ (Klassifikation für PKV hinzuzufügen. Die 9. Stelle (Prüfziffer) ist zu berechnen. Das IK kann auch mit der vollständigen Unternehmensnummer aus der Card für Privatversicherte über die PKV-Adressdatei ermittelt werden. Liegt die Card für Privatversicherte im Einzelfall nicht vor, so ist das Institutionskennzeichen des Versicherungsunternehmens aus anderer Quelle zu gewinnen und zu verwenden.

## KOS Segment Bestätigung des Versichertenstatus

### 1. Datum der Kostenübernahme

Es ist das Ausstellungsdatum der Kostenübernahme anzugeben.

### 2. Merkmal Kostenübernahme

Mit dem Merkmal Kostenübernahme (Schlüssel 8) wird dem Krankenhaus mitgeteilt, ob eine Kostenübernahme erfolgt oder aus welchem Grund diese zurückgestellt/abgelehnt wird. Ein Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers während der Behandlung wird von dem neu zuständigen Versicherungsunternehmen über das Merkmal „02“ [Änderung der Kostenübernahme (Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers)] mitgeteilt.

N181a Für die Zusage der Kostenübernahme wird ausschließlich das Merkmal „01“ (Kostenübernahme) verwendet. Sofern eine Mitteilung über die Kostenübernahme im Einzelfall aufgrund von erweiterten Prüfungen nicht fristgerecht möglich ist, kann das Versicherungsunternehmen mit dem Merkmal „08“ das Krankenhaus über das Bestehen eines Versicherungsverhältnisses informieren. Ergänzend kann hierbei der Versicherungsumfang im PVK-Segment mitgeteilt werden. Eine Zusage zur Kostenübernahme ist damit jedoch nicht verbunden. Nach Abschluss der Prüfung teilt das Versicherungsunternehmen dem Krankenhaus das Ergebnis in einer geänderten Nachricht PKOS mit dem dann zutreffenden Merkmal Kostenübernahme (Verarbeitungskennzeichen: 20) mit.

N181a Das Merkmal „08“ kann bei Bestätigung des Versichertenstatus sowohl als Antwort auf PAUF als auch als Antwort auf PVER verwendet werden.

### 3. Kostenübernahme ab:

Es ist das Datum anzugeben, ab dem die Kostenübernahme wirksam ist. Die Abrechenbarkeit einer vorstationären Leistung bleibt von dieser Angabe unberührt.

Bei Wiederaufnahme eines Fallpauschalen-Patienten ist als Datum der Tag der Wiederaufnahme anzugeben, unbeschadet einer noch nicht abgelaufenen Grenzverweildauer der Fallpauschale.

### 4. Kostenübernahme bis:

Bei Änderung des Versichertenstatus PKV ist das Ende-Datum eines geänderten Versichertenstatus PKV anzugeben. Ansonsten kann das Feld leer bleiben.

### 5. (Zuzahlungstage) entfällt

### 6. (Höchstbetrag je Tag) entfällt

## NAD Segment Name/Adresse

### 1. Name des Versicherten

### 2. Vorname des Versicherten

Bei Neugeborenen (eigener Fall), bei denen der Vorname noch nicht bekannt ist, ist „Säugling“ anzugeben. Für den Namen und Vornamen der Mutter sollen die Datenelemente „Name“ und „Vorname“ im Segment PNV (Segment Information Privatversicherter) verwendet werden.
N191A
Bei Personen, die keine Card für Privatversicherte vorlegen können und bei denen der Vorname nicht bekannt ist, ist der Vorgabewert „unbekannt“ anzugeben.

N161A

### 3. Geschlecht

Das Geschlecht des Versicherten ist mit Schlüssel 21 anzugeben.

Es ist mit „w“ für weiblich oder „m“ für männlich das Geschlecht des Versicherten anzugeben. In
N151a
Fällen des §22 Abs. 3 PStG wird „d“ für divers angegeben. Nur in den Fällen, in denen keine An-
N191a
gabe erfolgen kann ist „x“ für unbestimmt für das Geschlecht des Versicherten anzugeben.

### 4. Geburtsdatum des Versicherten

Das Geburtsdatum des Versicherten ist als kalendarisch gültiges Datum anzugeben (JJJJMMTT).

N141 In den Ausnahmefällen, in denen kein Geburtsdatum ermittelt werden kann, sind ebenso die Einträge „XXXXXX00“ für nicht bekannte Geburtstage oder „XXXX0000“ für nicht bekannte Geburtstage und Geburtsmonate sowie „00000000“ zulässig.

### 5. Straße und Haus-Nr.

(Bei Inlandsanschriften in kleinen Gemeinden nicht immer vorhanden.)

### 6. Postleitzahl

Es ist die 5-stellige Postleitzahl als Bestandteil der Postanschrift des Privatversicherten anzugeben.

Bei Auslandsanschriften kann sie entfallen (NAD09 vorhanden und nicht „D“) oder bis zu 10 Stellen lang sein.

### 7. Wohnort

### 8. Titel des Versicherten

### 9. Internationales Länderkennzeichen

Das internationale Länderkennzeichen (Schlüssel 7) ist Bestandteil der Postanschrift bei im Ausland wohnhaften Privatversicherten.

Wird im Segment PNV die Versicherungsnummer übertragen, so können in NAD die Nr. 4 bis Nr. 9 entfallen.

Name und Vorname des Versicherten sind in NAD immer zu übermitteln.

### 10. Namenszusatz

N141 Das Feld weist einen Namenszusatz (z.B. Freiherr etc.) im Namen des Versicherten auf.

### 11. Vorsatzwort

N141

Das Feld weist ein Vorsatzwort (z.B. von und zu, van etc.) im Namen des Versicherten auf.

#### 12. Anschriftenzusatz

N141 Das Feld weist einen Anschriftenzusatz in der Anschrift des Versicherten auf.

F4

## NDG Segment Nebendiagnose (49x möglich)

(NDG ist das 2. Segment in der Segmentgruppe SG1 (ETL-NDG). SG1 dient der Dokumentation des Ablaufs der Krankenhausbehandlung. Es werden die bei der Entlassung bzw. Verlegung aus der angegebenen Fachabteilung festgestellten Diagnosen übertragen. Bei internen Verlegungen ist in der letzten SG1 die für den gesamten Krankenhausbehandlungsfall maßgebliche Hauptdiagnose (und Nebendiagnosen) anzugeben. Als Fachabteilung ist der Pseudocode „0000“ zu übertragen.)

#### 1. Nebendiagnose

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement eine zusätzlich zur Hauptdiagnose vom behandelnden Krankenhausarzt festgestellte Nebendiagnose. Sie ist mit dem amtlichen ICD-Schlüssel anzugeben (linksbündig mit Sonderzeichen '.', '-' und '#' (Kreuzdiagnose) ohne Leerzeichen). In dem 2. Datenelement kann eine Lokalisation entsprechend der Spezifizierung des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern diese Angaben zur Spezifikation der Diagnose relevant sind.

F4 Weitere Nebendiagnosen können durch bis zu 49-maliges Verwenden des Segmentes NDG angegeben werden.

#### 2. Sekundär-Diagnose

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement die Angabe eines zusätzlichen Diagnoseschlüssels, sofern die Nebendiagnose eine zweite Diagnoseangabe erfordert. Sie ist mit dem amtlichen ICD-Schlüssel anzugeben (linksbündig mit Sonderzeichen '.', '-', '*' (Sterndiagnose) und '!' (optionale Diagnose) ohne Leerzeichen). In dem 2. Datenelement kann eine Lokalisation entsprechend der Spezifizierung des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern diese Angaben zur Spezifikation der Diagnose relevant sind.

## PNV Segment Information Privatversicherter

#### 1. Versicherungsnummer

Die Versicherungsnummer. ist eine von dem Versicherungsunternehmen vergebene Nummer zur eindeutigen Identifikation eines jeden einzelnen Versicherungsvertrages. Sie ist auf der Card für Privatversicherte ausgewiesen.

Liegt die Card für Privatversicherte bei der Aufnahme des Patienten nicht vor, so kann die Versicherungsnummer aus dem Einweisungsvordruck des Vertragsarztes übernommen werden. Für
F4 Versicherte, die eine Krankenversichertennummer nach § 290 SGB V haben, wird diese - sofern vorliegend - zusätzlich im Feld Krankenversichertennummer angegeben.

Sollte die Versicherungsnummer bei der Aufnahme nicht zu ermitteln sein, kann der Aufnahmesatz auch ohne Versicherungsnummer übertragen werden. In diesem Fall müssen im Segment ‘NAD’ das Geburtsdatum und die vollständige Anschrift übertragen werden. Die Versicherungsnummer
F4 und die Krankenversichertennummer - sofern vorliegend - werden dann von dem Versicherungsunternehmen mit der Bestätigung des Versichertenstatus gemeldet.

Bei Neugeborenen (eigener Fall), die noch keine Versicherungsnummer haben, bleibt das Feld leer. Bei gesunden Neugeborenen muss in den Datenmeldungen zu einer Geburt für nicht im Aus-
N131 land versicherte Mütter die Versicherungsnummer der Mutter, soweit vorhanden, angegeben werden.

### 2. Personennummer

Der Personennummer (Schlüssel A) ist eine von dem Versicherungsunternehmen vergebene Nummer zur eindeutigen Identifikation einer versicherten Person innerhalb eines Versicherungsvertrages. Sie ist auf der Card für Privatversicherte gespeichert und ausgewiesen. Sollte die Personennummer bei der Aufnahme nicht zu ermitteln sein (Card für Privatversicherte liegt nicht vor) oder handelt es sich um die Behandlung eines erkrankten Neugeborenen (eigener Fall), kann der Aufnahmesatz ohne Personennummer übertragen werden. In diesem Fall ist das Geburtsdatum des Versicherten anzugeben. Die Personennummer wird von dem Versicherungsunternehmen mit der Bestätigung des Versichertenstatus gemeldet, sie ist in allen folgenden Nachrichten zu verwenden.

### 3. Gültigkeit der Card für Privatversicherte

Das Gültigkeitsdatum ist auf der Card für Privatversicherte enthalten. Liegt sie nicht vor, entfällt die Angabe.

### 4. KH-internes Kennzeichen des Privatversicherten

Das krankenhausinterne Kennzeichen dient mit dem IK des Krankenhauses zur eindeutigen Bestimmung des Behandlungsfalls. Mit der Vergabe des KH-internen Kennzeichens muss die eindeutige Identifikation des Behandlungsfalls sichergestellt sein.

Bei Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Aufnahmegrund „07xx“) ist ein neues krankenhausinternes Kennzeichen zu vergeben.

### 5. Fall-Nummer des Versicherungsunternehmens

Die Fall-Nummer dient dem Versicherungsunternehmen zur internen Zuordnung des Behandlungsfalles. Sie wird dem Krankenhaus von dem Versicherungsunternehmen mit der Bestätigung des Versichertenstatus übertragen.

### 6. Aktenzeichen des Versicherungsunternehmens

Das Aktenzeichen dient dem Versicherungsunternehmen zur internen Zuordnung des Behandlungsfalls. Es wird von dem Versicherungsunternehmen mit der Bestätigung des Versicherungsstatus übertragen.

### 7. Ausgabedatum der Card für Privatversicherte

Das Datum ist aus der Card für Privatversicherte zu ermitteln.

### 8. Vertragskennzeichen

„Als Vertragskennzeichen ist bei Behandlungen im Rahmen eines Modellversuchs nach § 64b Abs. 3 SGB V unter Beteiligung eines PKV-Unternehmens das vom DRG-Institut mitgeteilte Vertragskennzeichen für den Modellversuch anzugeben.“

Hilfsweise kann das Feld im Auftrag des Patienten auch zur Anforderung einer KVNR genutzt
N242b werden (siehe Kapitel Vorgaben für besondere Fallkonstellationen 1.4.15)

### 9. Name

Bei gesunden Neugeborenen und Transplantationen wird der Name der Mutter bzw. des Organempfängers in diesem Datenelement (im Aufnahmesatz und allen nachfolgenden Nachrichten) angegeben.

### 10. Vorname

Bei gesunden Neugeborenen und Transplantationen wird der Vorname der Mutter bzw. des Organempfängers in diesem Datenelement (im Aufnahmesatz und allen nachfolgenden Nachrichten) angegeben.

F4 **11. Krankenversichertennummer (KVNR)**

Mit der Einführung einer Gesundheitskarte oder digitalen Identität stellen die privaten Krankenversicherungen ab dem 01.10.2022 elektronische Gesundheitskarten oder digitale Identitäten aus.

Als Krankenversichertennummer (KVNR) wird durch die PKV der unveränderbare Teil der Krankenversichertennummer gem. § 362 Abs. 2 i. V. m. § 290 SGB V genutzt. Die KVNR wird den Privatversicherten in der digitalen Identität zur Verfügung gestellt. Die KVNR ist 10-stellig zu übermitteln. $N_{244}$

Liegt die digitale Identität bei der Aufnahme des Patienten nicht vor (z.B. Notaufnahmen) und kann die KVNR auch nicht aus dem Einweisungsvordruck des Vertragsarztes übernommen werden, wird diese - sofern vorhanden - mit der Kostenübernahmeerklärung (PKOS) übermittelt. Für die Übermittlung einer KVNR durch das Versicherungsunternehmen im Rahmen der Abrechnung bedarf es entweder der Einwilligung des Patienten oder einer entsprechenden gesetzlichen Grundlage, z. B. bei implantatbezogenen Maßnahmen. Die KVNR ist nach Anforderung durch das Krankenhaus für diesen Zweck gemäß Anlage 5, Kapitel 1.4.16 zu übertragen. In allen anderen Fällen kann eine vorhandene KVNR erst mit dem voraussichtlichen Inkrafttreten der 5. Fortschreibung zum 01.04.2025[12] nach Einwilligung des Patienten übermittelt werden. Widerspricht der Patient nach Inkrafttreten der o. g. Fortschreibung der Übermittlung der KVNR, wird dies durch Setzen eines „Sperrkennzeichens“ dokumentiert. $N_{244}$ $N_{244}$

Bei krankheitsbedingt behandlungsbedürftigen Neugeborenen, für die ein eigener Abrechnungsfall gebildet wird und bei denen noch keine KVNR vorliegt, bleibt das Feld leer. Bei gesunden Neugeborenen wird ggf. die KVNR der Mutter angegeben, siehe Abschnitt 1.4.1 Versorgung von Neugeborenen im G-DRG-System.

## PVA Segment Aufnahmeinformation PKV

### 1. Geschlecht

Das Geschlecht des/der Privatversicherten ist ab 1. April 2013 entsprechend Schlüssel 21 anzugeben. Im PVA-Segment ist ab diesem Zeitpunkt als Vorgabewert „0“ anzugeben.

### 2. Wahlleistung Arzt

Mit Schlüssel C ist anzugeben, ob die Wahlleistung Arzt in Anspruch genommen wird.

### 3. Wahlleistung Unterkunft

Mit Schlüssel D ist anzugeben, ob die Wahlleistung Unterkunft und in welcher Art (1-Bett-Zimmer oder 2-Bett-Zimmer) in Anspruch genommen wird.

[12] Das Inkrafttreten der 5. Fortschreibung zu diesem Zeitpunkt kann nicht realisiert werden.

### 4. Belegarzt

Mit Schlüssel C ist anzugeben, ob die Krankenhausbehandlung durch einen Belegarzt erfolgt/vorgesehen ist oder nicht.

### 5. Begleitperson

Mit Schlüssel E ist anzugeben, ob eine Begleitperson mit aufgenommen wurde und, ob die Mitaufnahme der Begleitperson medizinisch notwendig ist oder nicht.

### 6. Datenelementgruppe Kostenträger

Die Datenelementgruppe bietet die Möglichkeit von Angaben zu weiteren Kostenträgern. Die Angaben haben je nach Ausgestaltung des Versicherungsvertrages Auswirkung auf den Umfang des Versicherungsschutzes (auch ergänzend zu den Krankenhauskosten) für den Privatversicherten.

### 7. (a) IK weiterer Kostenträger

Institutionskennzeichen eines weiteren Kostenträgers (z.B. Berufsgenossenschaft, Versorgungsträger), sofern bekannt.

### 7. (b) Name weiterer Kostenträger

Name eines weiteren Kostenträgers, sofern bekannt.

### 8. Register-Nummer

Die Register-Nummer für den Standort/Bereich (Betriebsstätte des Krankenhauses) der Wahlleistung Unterkunft muss angegeben werden, wenn bei der Aufnahme eine Wahlleistung Unterkunft in Anspruch genommen wird. Verfügt das Krankenhaus über mehrere Standorte/Bereiche mit eigenen Register-Nummern, ist die Register-Nummer des jeweils abrechnenden Standortes unabhängig von der Inanspruchnahme der Wahlleistung Unterkunft immer anzugeben.

N172b Sind in Folge von Verlegungen des Privatversicherten mehrere Standorte/Bereiche mit eigenen Register-Nummern chronologisch in die Behandlung einbezogen, ist die Angabe einer weiteren Register-Nummer nicht möglich, eine Abweisung der Rechnung aus diesem Grund ist nicht zulässig.

F3 (ab 1.1.2021) Die Register-Nummer wird dem Krankenhaus in Verbindung mit der Vereinbarung zur Wahlleistung Unterkunft durch den PKV-Verband mitgeteilt.“ *Unabhängig von der Standortnummer wird die Registernummer in der Aufnahmeanzeige übermittelt.*

*Hinweis:*[13]

N193 F3 (ab 1.1.2021) *Im Jahr 2020 wird übergangsweise weiter die Registernummer anstelle des Kennzeichens nach § 293 Absatz 6 SGB V („Standortnummer“) verwendet. Zur künftigen Vorgehensweise und Übermittlungsform verständigen sich die Vereinbarungspartner im Rahmen einer Fortschreibung zum 1.1.2021.*

[13] Der Hinweis entfällt mit Inkrafttreten der 3. Fortschreibung.

## PVK Segment Versichertenstatus PKV

Mit dem Segment PVK werden dem Krankenhaus die für die Abrechnung erforderlichen Angaben mitgeteilt.

### 1. 1. Allg. KH-Leistung, in Prozent

Umfang des Versicherungsschutzes (in Prozent) für die allgemeinen Krankenhausleistungen.

### 2. 1-Bett-Zuschlag, in Prozent

Umfang des Versicherungsschutzes (in Prozent) für die Wahlleistung Unterkunft, 1-Bett-Zimmer.

### 3. 2-Bett-Zuschlag, in Prozent

Umfang des Versicherungsschutzes (in Prozent) für die Wahlleistung Unterkunft, 2-Bett-Zimmer.

### 4. Differenz 1-Bett-zu 2-Bett-Zuschlag, in Prozent

Umfang des Versicherungsschutzes (in Prozent) bei Wahlleistung Unterkunft für den Differenzbetrag zwischen 1-Bett- und 2-Bett-Zimmer-Zuschlag.

### 5. Allg. KH-Leistung, EUR je Tag

Höchstbetrag (in EUR je Tag) für die allgemeinen Krankenhausleistungen.

### 6. 1-Bett-Zuschlag, EUR je Tag

Höchstbetrag (in EUR je Tag) für die Wahlleistung Unterkunft, 1-Bett-Zimmer.

### 7. 2-Bett-Zuschlag, EUR je Tag

Höchstbetrag (in EUR je Tag) für die Wahlleistung Unterkunft, 2-Bett-Zimmer.

### 8. Höchstbetrag, EUR je Tag

Höchstbetrag in EUR je Tag entsprechend Versicherungsvertrag für die Übernahme der Gesamtkosten (nicht zulässig, wenn PVK05, PVK06, PVK07 Angaben enthalten.)

### 9. Höchstbetrag, EUR gesamt

Gesamter Höchstbetrag in EUR entsprechend Versicherungsvertrag für die Übernahme der Gesamtkosten für diesen Krankenhausfall (als selbständige Angabe oder in Kombination mit PVK01 bis PVK07 und PVK11 oder PVK12 möglich.)

### 10. Maximale Anzahl Tage Selbstbeteiligung

Maximale Anzahl der Tage, für die entsprechend Versicherungsvertrag eine Selbstbeteiligung des Privatversicherten bei der Rechnung an das Versicherungsunternehmen (als Abzug) Berücksichtigung finden kann.

### 11. Selbstbeteiligung, EUR je Tag

Selbstbeteiligungsbetrag je Tag, der innerhalb der unter 10 ausgewiesenen Zeitspanne bei der Rechnung an das Versicherungsunternehmen als Abzug (je Tag) berücksichtigt wird.

### 12. Selbstbeteiligung, EUR gesamt

Gesamtbetrag der Selbstbeteiligung des Privatversicherten für den Krankenhausaufenthalt.

### 13. Begleitperson, in Prozent

Prozentsatz der Kostenübernahme für die Mitaufnahme einer Begleitperson, die medizinisch nicht erforderlich ist.

### 14. Begleitperson, EUR je Tag

Höchstbetrag je Tag für die Mitaufnahme einer Begleitperson, die medizinisch nicht erforderlich ist.

## REC Segment Rechnung

### 1. Rechnungsnummer

Die Rechnungsnummer dient der Identifizierung der Einzelrechnung. Dabei dürfen nur zugelassene Zeichen des eingeschränkten SWIFT Latin Character SET verwendet werden. Dieser Kode enthält die Ziffern 0 - 9, die Klein- und Großbuchstaben (ohne ‚ß') sowie die Sonderzeichen ' : ? , - ( + . ) / und das Leerzeichen (Space).

### 2. Rechnungsdatum

Als Rechnungsdatum ist das Datum der Rechnungsstellung anzugeben.

### 3. Rechnungsart

Die Rechnungsart (Schlüssel 11) enthält die Information, ob es sich bei dem übertragenen Datensatz um eine Zwischenrechnung, Schlussrechnung o.ä. handelt. Mit dem Schlüssel 11 wird auch angegeben, ob das Krankenhaus die Übertragung des entsprechenden Zahlungssatzes anfordert oder nicht.

### 4. Aufnahmetag / Tag des Zugangs

Bei einer voll- oder teilstationären Behandlung oder stationären Entbindung ist der Aufnahmetag, bei vorstationärer Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung ist der Tag des Zugangs anzugeben.

### 5. Rechnungsbetrag

Der Rechnungsbetrag (mit zwei Nachkommastellen) enthält den aus den einzelnen Entgeltelementen (Segment Entgelte: Entgeltbetrag x Entgeltanzahl, bei Abschlägen zu subtrahieren) errechneten Betrag, der in Rechnung gestellt wird.

### 6. Debitoren-Konto-Nr. des Krankenhauses

Die Debitoren-Konto-Nr. dient zur internen Weiterleitung und Verbuchung des vom Versicherungsunternehmen gezahlten Rechnungsbetrages in der Finanzbuchhaltung des Krankenhauses.

### 7. Referenznummer des Krankenhauses

N142 **8. IK des KH für Zahlungsweg (Angabe entfällt)**

## STA Segment Standort

F3 (ab 1.1.2021) *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.*

N233a *Bei der Abrechnung stationsäquivalenter Behandlungsfälle (Aufnahmegrund `10`) ist der Vorgabewert `779999999` zu verwenden. Bei reinen Tageskliniken (teilstationäre Fälle) ist bei der Standortnummer an den letzten 3 Stellen nicht nur die `000` sondern die Angabe von `001` möglich.*

***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 nachstationären Behandlungen werden der Versicherung im STA Segment vom Entlassungsstandort abweichende Angaben übermittelt. Diese Übermittlung kann entfallen, wenn der Standort der nachstationären Behandlung dem entlassenden Standort entspricht. Dies gilt für vorstationäre Behandlungen 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*
$N_{204a)}$ *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

$N_{204a)}$ *Das Feld enthält das Datum des Endes der Behandlung an dem jeweiligen Standort im Behandlungsfall. Der Vorgabewert `99991231‘ ist im Rahmen von Zwischenrechnungen (Rechnungsart 2. Stelle = 1) und einer Behandlung an nur einem Standort oder bei einem Wechsel des Standortes für den bislang letzten Standort zu verwenden.*

### 3. Standort Ende Uhrzeit

*Das Feld enthält die Uhrzeit in Stunden (00-23) und Minuten (00-59), bis zu welcher der Patient*
$N_{204a)}$ *an diesem Standort behandelt wurde. Der Vorgabewert `2359` 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.*

## TXT Segment Text (10 x möglich)

### 1. Bestätigung des Versichertenstatus

Wahlweise Erläuterung zum Merkmal Kostenübernahme, insbesondere bei Ablehnung.

## ZPR Segment Zahlung/Prüfung

### 1. Rechnungsbetrag, angewiesen

Das Feld enthält die Information, welcher Betrag der Rechnung des Krankenhauses von dem Versicherungsunternehmen zur Zahlung angewiesen wurde.

### 2. Prüfungsvermerk

Der Prüfungsvermerk (Schlüssel 10) enthält die Information des Versicherungsunternehmens, ob die Rechnung beglichen oder aus welchem Grund nicht beglichen wird.

Allgemeiner Hinweis:

Datenelemente, die von einem Absender erstmalig gefüllt werden, müssen in einer vom Empfänger zurück zu übermittelnden Nachricht unverändert erhalten bleiben (z.B. KH-internes Kennzeichen des Versicherten, Fallnummer und Aktenzeichen des Versicherungsunternehmens, Rechnungsnummer des Krankenhauses).

Für die Versichertendaten des Versicherungsunternehmens gelten besondere Regelungen (s. Anlage 4, Abschnitt 7.4).

Zur Verwendung von Verarbeitungskennzeichen und laufender Nummer des Geschäftsvorfalles im FKT-Segment siehe Beispiele in Anhang D.

## IBE Segment implantatbezogene Eingriffe

F4 1. ID Meldebestätigung

$N_{241c}$ Der alphanumerische Code der Meldebestätigung (ID Meldebestätigung) wird vom Implantateregister vergeben und ist zehnstellig. Die Angabe ist der Meldebestätigung des Implantateregisters zu entnehmen.

2. Hash-String

Der Hash-String ist der Meldebestätigung des Implantateregisters zu entnehmen. Die Bildungsvorschrift für die Meldebestätigung des Implantateregisters lautet wie folgt:

[ID der Meldebestätigung]\&[OPS 1][Lokalisation 1]\& …[OPS n][Lokalisation n] \&[Produktzuordnung]

Als Trennzeichen zwischen Meldebestätigung und OPS-Codes sowie zwischen den OPS-Codes des Strings und vor der Produktzuordnung ist das „&“-Zeichen anzugeben.

3. Produktzuordnung

Die Angabe der Produktzuordnung ist der Meldebestätigung des Implantateregisters zu entnehmen. Die Bildungsvorschrift für die Meldebestätigung des Implantateregisters lautet wie folgt:

Die Angaben zur Produktzuordnung, d.h. ob mindestens ein spezialangefertigtes Implantat oder ein Implantat mit Sonderzulassung gemeldet wurde (‚1‘, sonst ‚0‘), werden nach der OPS-Liste mit Trennzeichen getrennt angegeben und gehen ebenfalls in die Bildung des Hashwertes ein.

4. Hashwert

Der anzugebende Hashwert ist der Meldebestätigung des Implantateregisters zu entnehmen. Die Bildungsvorschrift für die Meldebestätigung des Implantateregisters lautet wie folgt:

Es wird der mittels der Hash-Funktion SHA-256 aus dem Hash-String erzeugte Hash-Wert als String aus Hexadezimalzahlen angegeben.

Beispiel: Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate: T85.4 Mechanische Komplikation durch Mammaprothese oder –implantat

**Alphanumerische Meldebestätigung:** A123456789
**Gemeldete, auslösende OPS:** 5-883.10:L, 5-883.11:R
**Produktzuordnung:** 0
**Hash-String:** A123456789&588310L&588311R&0
**Hashwert (SHA256):** d04344f652d2db131c0d1f55ed89f8c80a015df450deac8e45f3b959ce1fc746

**Nachricht PENT:**

```
UNH+00001+PENT:16:000:00'
FKT+10+01+260500005+100500016'
PNV+123456001+10001+0824+123465001+AZ00001+ABC1234+20240102'
NAD+Beispielname1+Beispielvorname1+m+01011980+Musterstr.16+12345+Musterhausen'
STA+779589001+20240112+0900'
DPV+2024+2024'
DAU+20240109+20240112'
```

```
ETL+20240112+0900+019+1519+T85.4++260500017'
FAB+1519+T85.4++++20240112+588310:L'
FAB+1519+T85.4++++20240112+588311:R'
IBE+A123456789+A123456789&588310L&588311R&0+0+d04344f652d2db131c0d1f55ed89f8c80a015d
f450deac8e45f3b959ce1fc746'
UNT+11+00001'
```

## OKN Segment Orpha-Kennnummer (bis zu 49x möglich)

### 1. Orpha-Kennnummer

Es ist die vom behandelnden Krankenhausarzt festgestellte Seltene Erkrankung anhand der Orpha-Kennnummer ab 2023 gemäß dem jeweils gültigen Alpha-ID-SE Katalog (Spalte 7, siehe jährliche Veröffentlichung des BfArM) anzugeben. Voraussetzung für die Angabe der im Alpha ID SE Katalog enthaltenen Orphanet Kennnummer ist, dass die entsprechende ICD Kodierung die Maßgaben der Deutschen Kodierrichtlinien der dort enthaltenen ICD-Codes erfüllt.
Die Angabe erfolgt nach dem amtlichen Alpha-ID-SE Katalog Spalte 7 des BfArM. Die Angabe weiterer Schlüssel ist durch Wiederholung des Segmentes möglich.
Die Angabe erfolgt durch alle Krankenhäuser für ab dem 01.04.2023 ins Krankenhaus aufgenommene Patienten.

# Anhang A zu Anlage 5: PKV-Beispieldatensätze

(überarbeitet)

| | |
|---|---|
| PKV-Beispiel 1 | Wahlleistung Unterkunft |
| PKV-Beispiel 2 | DRG mit Überschreiten der oberen GVD |
| PKV-Beispiel 3 | DRG mit vorstationär |
| PKV-Beispiel 4 | Wahlleistung Unterkunft und Beurlaubung |
| PKV-Beispiel 5 | DRG mit Überschreiten der oberen GVD |
| PKV-Beispiel 6 | DRG mit vor- und nachstationär |
| PKV-Beispiel 7 | DRG |
| PKV-Beispiel 8 | DRG mit Überschreiten der oberen GVD |
| PKV-Beispiel 9 | Entbindung |
| PKV-Beispiel 10 | Entbindung |
| PKV-Beispiel 11 | Gesundes Neugeborenes |
| PKV-Beispiel 12 | DRG mit Verlängerungsanzeige |
| PKV-Beispiel 13 | DRG mit Änderung des Versicherungsschutzes |
| PKV-Beispiel 14 | DRG mit Wiederaufnahme – Storno |

**Hinweise:**

„Bei der Abrechnung der Wahlleistung Unterkunft und zur korrekten Darstellung von Abzügen ist folgendes zu beachten:

N131

1. Die Verwendung der für die Bundesknappschaft reservierten Entgeltschlüssel „450000xx“ ist **nicht** zulässig. Für die Abrechnung der Wahlleistung Unterkunft sind die PKV-spezifischen Entgeltschlüssel (54xxxxxx bis 57xxxxxx) zu verwenden.

N142

2. Wird die Wahlleistung 1-Bett-Zimmer in Anspruch genommen, während vertraglich lediglich die Wahlleistung 2-Bett-Zimmer versichert ist, muss zunächst das Entgelt für die Wahlleistung 1-Bett-Zimmer (54xxxxxx) berechnet und über den Abzug bei Wahlleistung Unterkunft, 1-Bett-Zimmer (53100000) in voller Höhe abgezogen und dann das Entgelt für die Wahlleistung 2-Bett-Zimmer (55xxxxxx) berechnet werden. Auf keinen Fall darf der Entgeltbetrag für die Wahlleistung 2-Bett-Zimmer mit dem Entgeltschlüssel für die Wahlleistung Unterkunft 1-Bett-Zimmer in Rechnung gestellt werden. Siehe Beispiel 6.
3. Abzüge aufgrund Versicherungsregelung sind entsprechend den dafür vorgesehenen Entgeltschlüsseln auszuweisen. Für Abzüge bei Wahlleistung Unterkunft (53100000, 53200000, 53300000, 53050000) und für Abzüge aufgrund Selbstbeteiligung bei den allgemeinen Krankenhausleistungen sind die spezifischen dafür bestimmten Entgeltschlüssel (53060000, 53070000) auszuweisen.
4. Eine Minderung des Rechnungsbetrags ohne Ausweis der für die Minderung herangezogenen Abzugs-Entgeltschlüssel mit ihren Abzugsbeträgen ist **nicht** zulässig.

N142

5. Zuzahlungen im brancheneinheitlichen Standardtarif und Basistarif stellen Eigenbeteiligungen im Versicherungsschutz dar. Sie sind deshalb genau so zu behandeln wie andere betragsmäßige Selbstbeteiligungen. Abzüge hierfür sind ausschließlich über den Entgeltschlüssel 53060000 auszuweisen. Keinesfalls sind andere nicht vereinbarte Entgeltschlüssel zu nutzen.

N142

6. Ergeben sich bei der Darstellung von Abzügen Rundungsdifferenzen, müssen diese mit dem dafür bestimmten Entgeltschlüssel (53030000 – „Abzug wegen Rundungsdifferenz“ oder ggf. 53040000 – „Zuschlag wegen Rundungsdifferenz“) übermittelt werden, damit ein korrekter Rechnungsbetrag an das Krankenhaus überwiesen werden kann.

## PKV-Beispiel 1 Wahlleistung Unterkunft

*Falldaten*

| | |
|---|---|
| aufnehmende Fachabteilung | Innere Medizin 0100 |
| Wahlleistung Unterkunft | Einbettzimmer |
| Aufnahmetag | 02.01.2018 |
| Entlassungstag | 17.01.2018 |

*Versicherungsdaten*

| | |
|---|---|
| Wahlleistung Einbettzimmer | 100% |

*Abrechnung/Entgeltschlüssel*

| | |
|---|---|
| Einbettzimmer-Zuschlag | 54010000: 143,00 EUR/Tag, für 15 Belegungstage |

*Der Rechnungsbetrag ergibt sich aus:*
*143,00 x 15 = 2145,00*

*PKV-Aufnahmesatz*

```
UNH+00001+PAUF:14:000:00’
FKT+10+01+260530012+168140299’
PNV+00000001+P0001+1812+P2018-00001’
NAD+Muster01+Klaus+m+19831025’
DPV+2018’
AUF+20180102+1030+0101+0100+20180117’
EAD+I10.90’
PVA+0+0+1+0+0++++080483’
UNT+9+00001’
```

*PKV-Bestätigung des Versichertenstatus*

```
UNH+00001+PKOS:14:000:00’
FKT+10+01+168140299+260530012’
PNV+00000001+P0001+1812+P2018-00001+00001’
NAD+Muster01+Klaus+m+19831025’
CUX+EUR’
KOS+20180107+01+20180102’
PVK++100’
UNT+8+00001’
```

*PKV-Entlassungsanzeige*

```
UNH+00001+PENT:14:000:00’
FKT+10+01+260530012+168140299’
PNV+00000001+P0001+1812+P2018-00001+00001’
NAD+Muster01+Klaus+m+19831025’
DPV+2018’
DAU+20180102+20180117’
ETL+20180117+0900+019+0100+I10.90’
FAB+0100’
UNT+9+00001’
```

*PKV-Rechnungssatz*

```
UNH+00001+PREC:14:000:00'
FKT+10+01+260530012+168140299'
PNV+00000001+P0001+1812+P2018-00001+00001’
NAD+Muster01+Klaus+m+19831025'
CUX+EUR'
```

REC+RE20180001+20180118+02+20180102+2145,00’
FAB+0100'
ENT+5401001G+143,00+20180102+20180116+15'
BNK+DE12500105170648489890'
UNT+10+00001'

## PKV-Beispiel 2 DRG mit Überschreiten der oberen GVD

*Falldaten*

| | |
|---|---|
| aufnehmende Fachabteilung | Augenheilkunde 2700 |
| Wahlleistung Unterkunft | Zweibettzimmer |
| Aufnahmetag | 02.01.2018 |
| Operationstag | 03.01.2018 |
| Obere GVD erreicht am | 06.01.2018 (ab 5. Tag,2+5-1=6) |
| Entlassungstag | 14.01.2018 |

*Versicherungsdaten*

| | |
|---|---|
| Allgemeine Krankenhausleistung | 100% |
| Wahlleistung Zweibettzimmer | 100% |
| Selbstbeteiligung | 50 EUR/Tag (max. 14 Tage) |

*DRG-Daten*

| | |
|---|---|
| DRG C08B | Bewertungsrelation (BWR) HA 0,532 |
| Zusätzl. Entgelt über oGVD | Bewertungsrelation/Tag 0,083 |

*Abrechnung/Entgeltschlüssel*

| | |
|---|---|
| DRG C08B | 7010C08B: EUR 1836,84 |
| Zusätzl. Entgelt über oGVD | 7110C08B: EUR 286,57, für 8 Belegungstage |
| QS-Zuschlag | 46005000: EUR 0,99 |
| G-BA-Zuschlag | 47100001: EUR 1,49 |
| DRG-Systemzuschlag | 48000001: EUR 1,30 |
| Ausbildungszuschlag | 75105002: EUR 87,86 |
| Zweibettzimmer-Zuschlag | 5500001G: EUR 70,00, für 12 Belegungstage |
| Abzug wegen Selbstbeteiligung | 53060000: EUR 50,00, für 12 Belegungstage |

*Der Rechnungsbetrag des Krankenhauses ergibt sich aus:*
1836,84 + 2292,56 (=286,57 x 8) + 0,99 + 1,49 + 1,30 + 87,86 + 840,00 (= 70,00 x 12)
./. 600,00 (= 50,00 x 12)
= 4461,04

*PKV-Aufnahmesatz*
UNH+00001+PAUF:14:000:00’
FKT+10+01+260530012+168141198’
PNV++++P2018-00002’
NAD+Muster02+Klaus+m+19221127+Beispielstr. 75+40474+Düsseldorf’
DPV+2018’
AUF+20180102+1030+0101+2700+20180106’
EAD+H26.3:L’
PVA+0+0+2+0+0++++080483’
UNT+9+00001’

*PKV-Bestätigung des Versichertenstatus*
UNH+00001+PKOS:14:000:00’
FKT+10+01+168141198+260530012’

PNV+00000002+P0001+1812+P2018-00002+00002’
NAD+Muster02+Klaus+m+19221127’
CUX+EUR’
KOS+20180103+01+20180102’
PVK+100++100+++++++14+50,00’
UNT+8+00001’

*PKV-Entlassungsanzeige*
UNH+00001+PENT:14:000:00’
FKT+10+01+260530012+168141198’
PNV+00000002+P0001+1812+P2018-00002+00002’
NAD+Muster02+Klaus+m+19221127’
DPV+2018+2018’
DAU+20180102+20180114’
ETL+20180114+0900+019+2700+H26.3:L’
FAB+2700+H26.3:L++++20180103+5144x5:L’
UNT+9+00001’

*PKV-Rechnungssatz*
UNH+00001+PREC:14:000:00’
FKT+10+01+260530012+168141198’
PNV+00000002+P0001+1812+P2018-00002+00002’
NAD+Muster02+Klaus+m+19221127’
CUX+EUR’
REC+RE20180001+20180115+02+20180102+4461,04’
FAB+2700’
ENT+7010C08B+1836,84+20180102+20180105+1’
ENT+7110C08B+286,57+20180106+20180113+8’
ENT+75105002+87,86+20180102+20180113+1'
ENT+46005000+0,99+20180102+20180113+1‘
ENT+47100001+1,49+20180102+20180113+1’
ENT+48000001+1,30+20180102+20180113+1’
ENT+5500001G+70,00+20180102+20180113+12’
ENT+53060000+50,00+20180102+20180113+12’
BNK+DE12500105170648489890'
UNT+17+00001’

*Dem Privatversicherten wird der Differenzbetrag in Höhe von EUR 600,00 in Rechnung gestellt.*

## PKV-Beispiel 3 DRG mit vorstationär

*Falldaten*

| | |
|---|---|
| behandelnde Fachabteilung | Chirurgie 1500 |
| vorstationäre Behandlung | 09.01.2018 |
| vorstationäre Behandlung | 11.01.2018 |
| Wahlleistung Unterkunft | Einbettzimmer |
| Aufnahmetag | 12.01.2018 |
| Operationstag | 13.01.2018 |
| Interne Verlegung | 14.01.2018 (Intensivmedizin 3600) |
| Interne Rückverlegung | 16.01.2018 (Chirurgie 1500) |
| Obere GVD erreicht am | 19.01.2018 (ab 8.Tag, 12 + 8 - 1 = 19) |
| Entlassungstag | 22.01.2018 |

*Versicherungsdaten*

| | |
|---|---|
| Allgemeine Krankenhausleistung | 50% |
| Wahlleistung Zweibettzimmer | 50% |
| Differenz Einbett-/Zweibettzimmer | 100% |

*DRG-Daten*

| | |
|---|---|
| *Vorstationär* | *2 Behandlungstage (Entgeltanzahl = 0)* |
| *DRG G67C* | *Bewertungsrelation (BWR) HA 0,475* |
| Zusätzl. Entgelt über oGVD | *Bewertungsrelation/Tag 0,084* |

*Abrechnung/Entgeltschlüssel*

| | |
|---|---|
| Fall-Pauschale vorstationär | - entfällt - |
| DRG G67C | 7010G67C, EUR 1640,03 |
| Abzug wegen Selbstbeteiligung | 53070000, EUR 820,02 (DRG, 50%) |
| Zusätzl. Entgelt über oGVD | 7110G67C, EUR 290,03, für 3 Belegungstage |
| Abzug wegen Selbstbeteiligung | 53070000, EUR 145,02 (über oGVD, 50%) für 3 Belegungstage |
| QS-Zuschlag | 46005000: EUR 0,99 |
| Abzug wegen Selbstbeteiligung | 53070000, EUR 0,50 (QS-Zuschlag, 50%) |
| G-BA-Zuschlag | 47100001: EUR 1,49 |
| Abzug wegen Selbstbeteiligung | 53070000, EUR 0,75 (G-BA-Zuschlag, 50%) |
| DRG-Systemzuschlag | 48000001, EUR 1,30 |
| Abzug wegen Selbstbeteiligung | 53070000, EUR 0,65 (DRG-Systemzuschlag, 50%) |
| Ausbildungszuschlag | 75105002: EUR 87,86 |
| Abzug wegen Selbstbeteiligung | 53070000, EUR 43,93 (Ausbildungszuschlag, 50%) |
| Zweibettzimmer-Zuschlag | 5500001G, EUR 70,00, für 10 Belegungstage |
| Abzug wg. SB (Zweibettzimmer) | 53200000, EUR 35,00 (= 70,00 x 0,5), für 10 Belegungstage |
| Differenz Einbett-/Zweibettzimmer | 5600001G, EUR 40,00, für 10 Belegungstage |

*Der Rechnungsbetrag des Krankenhauses ergibt sich aus:*

| | | |
|---|---|---|
| | 820,01 | [1640,03 ./. 820,02 (= 1640,03 x 0,5)] |
| + | 435,03 | [870,09 (=290,03 x3) ./. 435,06 (3 * (290,03 x 0,5)] |
| + | 0,49 | [0,99 ./. 0,50 (= 0,99 x 0,5)] + [1,49 ./. 0,75 (= 1,49 x 0,5)] |
| + | 0,74 | [1,49 ./. 0,75 (1,49 * 0,5)] |
| + | 0,65 | [1,30 ./. 0,65 (= 1,30 x 0,5)] |
| + | 43,93 | [87,86 ./. 43,93 (= 87,86 x 0,5)] |
| + | 350,00 | [700,00 (= 70,00 x 10) ./. 350,00 (= 700,00 x 0,5)] |
| + | 400,00 | [= 40,00 x 10] |
| = | 2050,85 | |

*PKV-Aufnahmesatz*
UNH+00001+PAUF:14:000:00’
FKT+10+01+260530012+168140131’
PNV+00000003+P0001+1812+P2018-00003’
NAD+Muster03+Klaus+m+19831025’
DPV+2018’
AUF+20180112+0900+0201+1500+20180122’
EAD+K21.0#+K23.8*’
PVA+0+1+1+0+0++++080483’
UNT+9+00001’

*PKV-Bestätigung des Versichertenstatus*
UNH+00001+PKOS:14:000:00’
FKT+10+01+168140131+260530012’
PNV+00000003+P0001+1812+P2018-00003+00003’
NAD+Muster03+Klaus+m+19831025’
CUX+EUR’
KOS+20180113+01+20180112’
PVK+050++050+100’
UNT+8+00001’

*PKV-Entlassungsanzeige*
UNH+00001+PENT:14:000:00’
FKT+10+01+260530012+168140131’
PNV+00000003+P0001+1812+P2018-00003+00003’
NAD+Muster03+Klaus+m+19831025’
DPV+2018+2018’
DAU+20180112+20180122’
ETL+20180114+1200+129+1500+K21.0#+K23.8*’
ETL+20180116+0900+129+3600+K21.0#+K23.8*’
ETL+20180122+1200+019+1500+K21.0#+K23.8*’
ETL+20180122+1200+019+0000+K21.0#+K23.8*’
FAB+1500'
FAB+3600’
FAB+1500+++++20180113+542220’
UNT+14+00001’

*PKV-Rechnungssatz(mit Einzelausweis der Selbstbeteiligung)*
UNH+00001+PREC:14:000:00’
FKT+10+01+260530012+168140131’
PNV+00000003+P0001+1812+P2018-00003+00003’
NAD+Muster03+Klaus+m+19831025’
CUX+EUR’
REC+RE20180003+20180123+02+20180112+2050,85’
FAB+1500’
FAB+3600’
FAB+0000'
ENT+7010G67C+1640,03+20180112+20180118+1’
ENT+7110G67C+290,03+20180119+20180121+3’
ENT+75105002+87,86+20180112+20180121+1’
ENT+46005000+0,99+20180112+20180121+1’
ENT+47100001+1,49+20180112+20180121+1’
ENT+48000001+1,30+20180112+20180121+1’

ENT+53070000+820,02+20180112+20180118+1’
ENT+53070000+145,02+20180119+20180121+3’
ENT+53070000+0,50+20180112+20180121+1’
ENT+53070000+0,75+20180112+20180121+1’
ENT+53070000+0,65+20180112+20180121+1’
ENT+53070000+43,93+20180112+20180121+1’
ENT+5500001G+70,00+20180112+20180121+10’
ENT+53200000+35,00+20180112+20180121+10’
ENT+5600001G+40,00+20180112+20180121+10’
BNK+DE12500105170648489890‘
UNT+26+00001’

*Dem Privatversicherten wird die Selbstbeteiligung in Höhe von 1.650,91in Rechnung gestellt.*

*Variante 1: PKV-Rechnungssatz(mit Summierung der Selbstbeteiligung)*
UNH+00001+PREC:14:000:00’
FKT+10+01+260530012+168140131’
PNV+00000003+P0001+1812+P2018-00003+00003’
NAD+Muster03+Klaus+m+19831025’
CUX+EUR’
REC+RE20180003+20180123+02+20180112+2050,85’
FAB+1500’
FAB+3600’
FAB+0000’
ENT+75105002+87,86+20180112+20180121+1’
ENT+7110G67C+290,03+20180119+20180121+3’
ENT+7010G67C+1640,03+20180112+20180118+1’
ENT+5500001G+70,00+20180112+20180121+10'
ENT+53200000+35,00+20180112+20180121+10'
ENT+53070000+1300,91+20180112+20180121+1'
ENT+48000001+1,30+20180112+20180121+1’
ENT+47100001+1,49+20180112+20180121+1'
ENT+46005000+0,99+20180112+20180121+1'
ENT+5600001G+40,00+20180112+20180121+10’
BNK+DE12500105170648489890‘
UNT+21+00001’

*Dem Privatversicherten wird die Selbstbeteiligung in Höhe von 1.650,91 in Rechnung gestellt.*

*Variante 2: PKV-Rechnungssatz (mit Einzelnachweis der Selbstbeteiligung und Rundungskorrektur)*
UNH+00001+PREC:14:000:00’
FKT+10+01+260530012+168140131’
PNV+00000003+P0001+1812+P2018-00003+00003’
NAD+Muster03+Klaus+m+19831025’
CUX+EUR’
REC+RE20180003+20180123+02+20180112+2050,86’
FAB+1500’
FAB+0000’
FAB+3600’
ENT+7010G67C+1640,03+20180112+20180118+1’
ENT+7110G67C+290,03+20180119+20180121+3’
ENT+75105002+87,86+20180112+20180121+1'

ENT+46005000+0,99+20180112+20180121+1’
ENT+47100001+1,49+20180112+20180121+1’
ENT+48000001+1,30+20180112+20180121+1'
ENT+53070000+820,02+20180112+20180121+1’
ENT+53070000+435,05+20180112+20180121+1’
ENT+53070000+0,50+20180112+20180121+1’
ENT+53070000+0,75+20180112+20180121+1'
ENT+53070000+0,65+20180112+20180121+1'
ENT+53070000+43,93+20180112+20180121+1'
ENT+53040000+0,01+20180112+20180121+1'
ENT+5500001G+70,00+20180112+20180121+10’
ENT+53200000+35,00+20180112+20180121+10’
ENT+5600001G+40,00+20180112+20180121+10’
BNK+DE12500105170648489890‘
UNT+27+00001’

*Dem Privatversicherten wird die Selbstbeteiligung in Höhe von 1.650,91 in Rechnung gestellt. Die Rundungsdifferenz in Höhe von 1 Cent (siehe Variante 1) wird über das Entgelt 53040000 (Zuschlag wegen Rundungsdifferenz (Vorzeichenumkehr)) im Rechnungsbetrag des Krankenhauses korrigiert. Die Rechnungsbeträge entsprechen damit bei Einzelnachweis den Rechnungsbeträgen, die sich bei Summierung (s. Variante 1) ergeben würden.*

## PKV-Beispiel 4 Wahlleistung Unterkunft und Beurlaubung

*Falldaten*

| | |
|---|---|
| aufnehmende Fachabteilung | Allgemeine Psychiatrie, Tagesklinik 2960 |
| Aufnahmetag | 02.01.2018 |
| Beurlaubungstage | 23.01.-25.01.2018 |
| Entlassungstag | 30.01.2018 |

*Versicherungsdaten*

| | |
|---|---|
| Wahlleistung Einbettzimmer | 100% |

*Abrechnung/Entgeltschlüssel*

| | |
|---|---|
| Einbettzimmer-Zuschlag | 5400001G, EUR 143,00, für 25 Belegungstage |
| Entgelt Beurlaubung | 5400001R, EUR 107,25, für 3 Beurlaubungstage und gleichzeitige Zimmerreservierung<br>*Minderung um 25% für max. 4 Tage (Berechenbares Freihalten, mit dem Patienten vereinbart;*<br>*siehe Gemeinsame Empfehlung von DKG und PKV zur Wahlleistung Unterkunft, Anlage 1, Nr. 6)* |

*Hinweis:*
*Für die Abrechnung über einen krankenhausindividuellen Entgeltschlüssel 54xxxxxR (Wahlleistung Unterkunft: 1-Bett-Zimmer-Zuschlag, Reservierung) wird ein fiktives Entgelt „5400001R“ verwendet.*

*PKV-Aufnahmesatz*
UNH+00001+PAUF:14:000:00’
FKT+10+01+260530012+168140040’
PNV+00000004+P0001+1812+P2018-00004’
NAD+Muster04+Klaus+m+19831025’
DPV+2018’

AUF+20180102+1000+0301+2960+20180115’
EAD+F79.0’
PVA+0+0+1+0+0+101570104:HEK+++080483’
UNT+9+00001’

*PKV-Bestätigung des Versichertenstatus*
UNH+00001+PKOS:14:000:00’
FKT+10+01+168140040+260530012’
PNV+00000004+P0001+1812+P2018-00004+00004’
NAD+Muster04+Klaus+m+19831025’
CUX+EUR’
KOS+20180106+01+20180102’
PVK++100’
UNT+8+00001’

*PKV-Rechnungssatz (Zwischenrechnung)*
UNH+00001+PREC:14:000:00’
FKT+10+01+260530012+168140040’
PNV+00000004+P0001+1812+P2018-00004+00004’
NAD+Muster04+Klaus+m+19831025’
CUX+EUR’
REC+RE20180004+20180118+01+20180102+2145,00’
FAB+2960’
FAB+0000’
ENT+5400001G+143,00+20180102+20180116+15’
BNK+DE12500105170648489890‘
UNT+11+00001’

*PKV-Entlassungsanzeige*
UNH+00001+PENT:14:000:00’
FKT+10+01+260530012+168140040’
PNV+00000004+P0001+1812+P2018-00004+00004’
NAD+Muster04+Klaus+m+19831025’
DPV+2018’
DAU+20180102+20180130’
ETL+20180130+0900+019+2960+F79.0’
FAB+2960’
UNT+9+00001’

*PKV-Rechnungssatz (Schlussrechnung)*
UNH+00001+PREC:14:000:00’
FKT+10+02+260530012+168140040’
PNV+00000004+P0001+1812+P2018-00004+00004’
NAD+Muster04+Klaus+m+19831025’
CUX+EUR’
REC+RE20180004-1+20180130+02+20180102+1751,75’
FAB+2960’
FAB+0000’
ENT+5400001G+143,00+20180117+20180129+10+3’
ENT+5400001R+107,25+20180123+20180125+3’
BNK+DE12500105170648489890‘
UNT+12+00001’

## PKV-Beispiel 5 DRG mit Überschreiten der oberen GVD

*Falldaten*

| | |
|---|---|
| aufnehmende Fachabteilung | Chirurgie 1500 |
| Wahlleistung Unterkunft | Zweibettzimmer |
| Aufnahmetag | 02.01.2018 |
| Operationstag | 03.01.2018 |
| Obere GVD erreicht am | 20.01.2018 (ab 19. Tag, 2 + 19 – 1 = 20.01.) |
| Entlassungstag | 04.02.2018 |

*Versicherungsdaten*

| | |
|---|---|
| Allgemeine Krankenhausleistung | max. 150,00 EUR/Tag (Abzug: 53050000) |
| Wahlleistung Einbettzimmer | max. 70,00 EUR/Tag (entfällt) |
| Wahlleistung Zweibettzimmer | max. 40,00 EUR/Tag (Abzug: 53200000) |

*DRG-Daten*

| | |
|---|---|
| *DRG I47B* | *Bewertungsrelation HA 2,268* |
| *Zusätzl. Entgelt über oGVD* | *Bewertungsrelation/Tag 0,079* |

*Abrechnung/Entgeltschlüssel*

| | |
|---|---|
| DRG I47B | 7010I47B, EUR 7830,72 |
| Zusätzl. Entgelt über oGVD | 7110I47B, EUR 272,76 für 15 Belegungstage |
| QS-Zuschlag | 46005000, EUR 0,99 |
| G-BA-Zuschlag | 47100001, EUR 1,49 |
| DRG-Systemzuschlag | 48000001, EUR 1,30 |
| Ausbildungszuschlag | 75105002, EUR 87,86 |
| Abzug wegen Höchstbetrag | 53050000, EUR 7063,76 (s.u.) |
| Zweibettzimmer-Zuschlag | 5500001G, EUR 70,00, für 33 Belegungstage |
| Abzug bei Wahlleistung Unterkunft | 53200000, EUR 30,00 (= 70,00 ./. 40,00), für 33 Belegungstage |

*Der Rechnungsbetrag ergibt sich aus:*

| | |
|---|---|
| 12013,76 | (=7830,72 +4091,40 (=272,76 x 15) + 0,99 + 1,49 + 1,30 + 87,86) |
| ./. 7063,76 | (= 12013,76 ./. 4950,00 (= 150,00 x 33)) |
| + 1320,00 | (= 70,00 x 33) ./. 990,00 (= (70,00 ./. 40,00) x 33) |
| = 6270,00 | |

*PKV-Aufnahmesatz*

UNH+00001+PAUF:14:000:00’
FKT+10+01+260530012+168140040’
PNV+00000005+P0001+1812+P2018-00005’
NAD+Muster05+Klaus+m+19831025’
DPV+2018’

AUF+20180102+2330+0107+1500+20180120++++Rettungsdienst’
EAD+S72.00:R’
PVA+0+1+2+0+0++++080483’
UNT+9+00001’

*PKV-Bestätigung des Versichertenstatus*
UNH+00001+PKOS:14:000:00’
FKT+10+01+168140040+260530012’
PNV+00000005+P0001+1812+P2018-00005+00005’
NAD+Muster05+Klaus+m+19831025’
CUX+EUR’
KOS+20180106+01+20180102’
PVK+++++150,00+70,00+40,00’
UNT+8+00001’

*PKV-Entlassungsanzeige*
UNH+00001+PENT:14:000:00’
FKT+10+01+260530012+168140040’
PNV+00000005+P0001+1812+P2018-00005+00005’
NAD+Muster05+Klaus+m+19831025’
DPV+2018+2018’
DAU+20180102+20180204’
ETL+20180204+0900+099+1500+S72.00:R++510500005’
NDG+Z96.6’
FAB+1500'
FAB+1500+++++20180103+582001:R’
UNT+11+00001’

*PKV-Rechnungssatz*
UNH+00001+PREC:14:000:00’
FKT+10+01+260530012+168140040’
PNV+00000005+P0001+1812+P2018-00005+00005’
NAD+Muster05+Klaus+m+19831025’
CUX+EUR’
REC+RE20180005+20180204+02+20180102+6270,00’
FAB+1500’
ENT+7010I47B+7830,72+20180102+20180119+1’
ENT+7110I47B+272,76+20180120+20180203+15’
ENT+75105002+87,86+20180102+20180203+1'
ENT+46005000+0,99+20180102+20180203+1'
ENT+47100001+1,49+20180102+20180203+1'
ENT+48000001+1,30+20180102+20180203+1'
ENT+5500001G+70,00+20180102+20180203+33’
ENT+53200000+30,00+20180102+20180203+33’

ENT+53050000+7063,76+20180102+20180203+1'
BNK+DE12500105170648489890'
UNT+18+00001'

*Dem Privatversicherten wird der Differenzbetrag in Höhe von EUR 8.053,76 € (=7063,76 + 990,00) in Rechnung gestellt.*

## PKV-Beispiel 6 DRG mit nachstationär

*Falldaten*

| | |
|---|---|
| behandelnde Fachabteilung | HNO-Heilkunde 2600 |
| vorstationäre Behandlung | 09.01.2018 |
| vorstationäre Behandlung | 11.01.2018 |
| Wahlleistung Unterkunft | Einbettzimmer |
| Aufnahmetag | 14.01.2018 |
| Operationstag | 15.01.2018 |
| Entlassungstag | 22.01.2018 |
| Nachstationäre Behandlung | 23.01.2018 |
| Obere GVD erreicht am | 21.01.2018 (ab 8.Tag, 14 + 8 – 1= 21) |

*Versicherungsdaten*

| | |
|---|---|
| Allgemeine Krankenhausleistung | 50% |
| Wahlleistung Zweibettzimmer | 50% |

*DRG-Daten*

| | |
|---|---|
| *DRG D30B* | *Bewertungsrelation HA 0,715* |
| *Zusätzl. Entgelt über oGVD* | *Bewertungsrelation/Tag 0,078* |

*Abrechnung/Entgeltschlüssel*

| | |
|---|---|
| Fall-Pauschale vorstationär | - entfällt - |
| DRG D30B | 7010D30B, EUR 2.468,68 |
| Abzug wegen Selbstbeteiligung | 53070000, EUR 1234,34 (DRG, 50%) |
| Überschreiten OGVWD | 7110D30B, EUR 269,31 |
| Abzug wegen Selbstbeteiligung | 53070000, EUR 134,66 (DRG, 50%) |
| QS-Zuschlag | 46005000, EUR 0,99 |
| Abzug wegen Selbstbeteiligung | 53070000, EUR 0,50 (QS-Zuschlag, 50%) |
| G-BA-Zuschlag | 47100001, EUR 1,49 |
| Abzug wegen Selbstbeteiligung | 53070000, EUR 0,75 (G-BA-Zuschlag, 50%) |
| DRG-Systemzuschlag | 48000001, EUR 1,30 |
| Abzug wegen Selbstbeteiligung | 53070000, EUR 0,65 (DRG-Systemzuschlag, 50%) |
| Ausbildungszuschlag | 75105002, EUR 87,86 |
| Abzug wegen Selbstbeteiligung | 53070000, EUR 43,93 (Ausbildungszuschlag, 50%) |

| | |
|---|---|
| Tages-Pauschale nachstationär | 42092600, EUR 37,84 für 1 Tag |
| Abzug wegen Selbstbeteiligung | 53070000, EUR 18,92 für 1 Tag (Tages-P. nachstat. 50%) |
| Einbettzimmer-Zuschlag | 5400001G, EUR 143,00, für 8 Belegungstage |
| Abzug bei WL Unterkunft, 1-Bett-Z | 53100000, EUR 143,00, für 8Belegungstage |
| Zweibettzimmer-Zuschlag | 5500001G, EUR 70,00 für 8 Belegungstage |
| Abz: bei WL Unterkunft, 2-Bett-Z. | 53200000, EUR 35,00 (= 70,00 x 0,5), für 8 Belegungstage |

*Bei der Prüfung der Abrechenbarkeit des nachstationären Entgelts sind die vorstationären Behandlungstage zu berücksichtigen (§ 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 KHEntgG).*

*Der Rechnungsbetrag ergibt sich aus:*

| | |
|---|---|
| 1234,34 | [2.468,68 ./. 1.234,34 (= 2468,68 x 0,5)] |
| 134,65 | [269,31 ./. (269,31 x 0,5)] |
| + 0,49 | [0,99 ./. 0,50 (= 0,99 x 0,5) |
| + 0,74 | [1,49 ./. 0,75 (= 1,49 x 0,5)] |
| + 0,65 | [1,30 ./. 0,65 (= 1,30 x 0,5)] |
| + 43,93 | [87,86 ./. 43,93 (= 87,86 x 0,5)] |
| + 18,92 | [37,84./. 18,92)] |
| + 0,00 | [1144,00 (=143,00 x 8) ./. 1144,00] |
| +280,00 | [560,00 (= 70,00 x 8) ./. 280,00 (= (560,00 x 0,5)] |
| = 1.713,72 | |

*PKV-Aufnahmesatz*

UNH+00001+PAUF:14:000:00’
FKT+10+01+260530012+168140040’
PNV+00000006+P0001+1812+P2018-00006’
NAD+Muster06+Klaus+m+19831025’
DPV+2018’
AUF+20180114+0900+0201+2600+20180122’
EAD+J35.3’
PVA+0+0+1+0+0++++080483’
UNT+9+00001’

*PKV-Bestätigung des Versichertenstatus*

UNH+00001+PKOS:14:000:00’
FKT+10+01+168140313+260530012’
PNV+00000006+P0001+1812+P2018-00006+00006’
NAD+Muster06+Klaus+m+19831025’
KOS+20180119+01+20180114’
PVK+050++050’
UNT+7+00001’

*PKV-Entlassungsanzeige*
UNH+00001+PENT:14:000:00’
FKT+10+01+260530012+168140313’
PNV+00000006+P0001+1812+P2018-00006+00006’
NAD+Muster06+Klaus+m+19831025’
DPV+2018+2018’
DAU+20180114+20180122’
ETL+20180122+1100+029+2600+J35.3’
FAB+2600'
FAB+2600+++++20180115+52810’
UNT+10+00001’

*PKV-Rechnungssatz*
UNH+00001+PREC:14:000:00’
FKT+10+01+260530012+168140313’
PNV+00000006+P0001+1812+P2018-00006+00006’
NAD+Muster06+Klaus+m+19831025’
CUX+EUR’
REC+RE20180006+20180122+02+20180114+1713,72’
FAB+2600’
ENT+7010D30B+2468,68+20180114+20180120+1’
ENT+7110D30B+269,31+20180121+20180121+1'
ENT+75105002+87,86+20180114+20180121+1'
ENT+42092600+37,84+20180114+20180121+1'
ENT+46005000+0,99+20180114+20180121+1’
ENT+47100001+1,49+20180114+20180121+1’
ENT+48000001+1,30+20180114+20180121+1’
ENT+53070000+43,93+20180114+20180121+1'
ENT+53070000+134,66+20180114+20180121+1'
ENT+53070000+18,92+20180114+20180121+1'
ENT+53070000+1234,34+20180114+20180121+1'
ENT+53070000+0,65+20180114+20180121+1'
ENT+53070000+0,50+20180114+20180121+1'
ENT+53070000+0,75+20180114+20180121+1'
ENT+53100000+143,00+20180114+20180121+8'
ENT+5400001G+143,00+20180114+20180121+8'
ENT+5500001G+70,00+20180114+20180121+8'
ENT+53200000+35,00+20180114+20180121+8'
BNK+DE12500105170648489890‘
UNT+29+00001’

*Hinweis:*

*Der Einbettzimmer-Zuschlag wird in voller Höhe berechnet und wieder abgezogen, weil kein Versicherungsschutz besteht. Die Berechnung dokumentiert die Tatsache, dass die Wahlleistung Einbettzimmer in Anspruch genommen wurde. Auf Grund des Versicherungsschutzes für die Wahlleistung Zweibettzimmer wird für die Rechnung an das Versicherungsunternehmen ersatzweise der Zweibettzimmer-Zuschlag zu Grunde gelegt.*

Dem Privatversicherten wird der Differenzbetrag in Höhe von

| | |
|---|---|
| 1.713,75 | (43,93 € +134,66 € +18,92 € +1.234,34 € +0,65 € +0,50 € +0,75 € +280,00 €) |
| +1144,00 | [Einbettzimmer-Zuschlag] |
| = 2857,75 € | |

in Rechnung gestellt.

*Wird die Selbstbeteiligung erst nach Summierung der Entgelte (ohne Wahlleistung Unterkunft) mit anschließender kaufmännischer Rundung errechnet, ergibt sich eine Rundungsdifferenz (siehe hierzu Beispiel 3).*

## PKV-Beispiel 7 DRG

*Falldaten*

| | |
|---|---|
| aufnehmende Fachabteilung | Innere Medizin 0100 |
| Wahlleistung Unterkunft | nein |
| Aufnahmetag | 02.01.2018 |
| Interne Verlegung | 05.01.2018 (Urologie 2200) |
| Operationstag | 07.01.2018 |
| Interne Verlegung | 07.01.2018 (Intensivmedizin 3600) |
| Interne Verlegung | 09.01.2018 (Urologie 2200) |
| Entlassungstag | 20.01.2018 |

*Versicherungsdaten*

| | |
|---|---|
| Allgemeine Krankenhausleistung | 100% |
| Höchstbetrag gesamt | EUR 5.000,00 |

*DRG-Daten*

| | |
|---|---|
| *DRG L04B* | *Bewertungsrelation HA 2,228* |

*Abrechnung/Entgeltschlüssel*

| | |
|---|---|
| DRG L04B | 7010L04B, EUR 7692,62 |
| QS-Zuschlag | 46005000, EUR 0,99 |
| G-BA-Zuschlag | 47100001, EUR 1,49 |
| DRG-Systemzuschlag | 48000001, EUR 1,30 |
| Ausbildungszuschlag | 75105002, EUR 87,86 |
| Abzug wegen Höchstbetrag | 53050000, EUR 2784,26 |

Der Rechnungsbetrag ergibt sich aus dem Höchstbetrag (EUR 5.000,00):

| | |
|---|---|
| 7784,26 | [= 7692,62 + 0,99 + 1,49 + 1,30 + 87,86] |
| - 2784,26 | (= 7784,26 ./. 5.000,00) |
| = 5.000,00 | [Höchstbetrag insgesamt] |

*PKV-Aufnahmesatz*

UNH+00001+PAUF:14:000:00’
FKT+10+01+260530012+168140131’
PNV+00000007+P0001+1812+P2018-00007’
NAD+Muster07+Klaus+m+19831025’
DPV+2018’
AUF+20180102+1130+0101+0100+20180122’
EAD+R39.8’
PVA+0+0+0+0+0++++080483’
UNT+9+00001’

*PKV-Bestätigung des Versichertenstatus*

UNH+00001+PKOS:14:000:00’
FKT+10+01+168140131+260530012’
PNV+00000007+P0001+1812+P2018-00007+00007’
NAD+Muster07+Klaus+m+19831025’
CUX+EUR’
KOS+20180106+01+20180102’
PVK+100++++++++5000,00’
UNT+8+00001’

*PKV-Entlassungsanzeige*

UNH+00001+PENT:14:000:00’
FKT+10+01+260530012+168140131’
PNV+00000007+P0001+1812+P2018-00007+00007’
NAD+Muster07+Klaus+m+19831025’
DPV+2018+2018’
DAU+20180102+20180120’
ETL+20180105+0900+129+0100+R39.8’
ETL+20180107+1100+129+2200+N28.1:R’
ETL+20180109+1000+129+3600+N28.1:R’
ETL+20180120+0900+019+2200+N28.1:R’
ETL+20180120+0900+019+0000+N28.1:R’
NDG+R39.8’
FAB+0100’
FAB+3600’
FAB+2200’
FAB+2200+++++20180107+5554a0:R’

UNT+17+00001’

*PKV-Rechnungssatz*
UNH+00001+PREC:14:000:00’
FKT+10+01+260530012+168140131’
PNV+00000007+P0001+1812+P2018-00007+00007’
NAD+Muster07+Klaus+m+19831025’
CUX+EUR’
REC+RE20180007+20180121+02+20180102+5000,00’
FAB+0100’
FAB+0000’
FAB+2200’
FAB+3600’
ENT+7010L04B+7692,62+20180102+20180119+1’
ENT+75105002+87,86+20180102+20180119+1'
ENT+46005000+0,99+20180102+20180119+1’
ENT+47100001+1,49+20180102+20180119+1’
ENT+48000001+1,30+20180102+20180119+1’
ENT+53050000+2784,26+20180102+20180119+1’
BNK+DE12500105170648489890‘
UNT+18+00001’

*Dem Privatversicherten wird der Differenzbetrag in Höhe von EUR 2784,26 in Rechnung gestellt.*

## a. PKV-Beispiel 8 DRG mit Überschreiten der oberen GVD

*Falldaten*

| | |
|---|---|
| aufnehmende Fachabteilung | Kardiologie 0300 |
| Wahlleistung Unterkunft | Zweibettzimmer (02.-11.01., 18.01.-06.02.2018, 30 Belegungstage) |
| Aufnahmetag | 02.01.2018 |
| Interne Verlegung | 06.01.2018 (Herzchirurgie/Intensivmedizin 2136) |
| Operationstag | 06.01.2018 |
| Interne Verlegung | 18.01.2018 (Kardiologie 0300) |
| Obere GVD erreicht am | 21.01.2018 (ab 20. Tag, 2 + 20 – 1 = 21) |
| Entlassungstag | 07.02.2018 |

*Versicherungsdaten*

| | |
|---|---|
| Allgemeine Krankenhausleistung | 100 % |
| Wahlleistung Zweibettzimmer | 100 % |
| Selbstbeteiligung gesamt | 500,00 EUR |

*DRG-Daten*

| | |
|---|---|
| *DRG F06E* | *Bewertungsrelation HA 4,240* |
| *Zusätzl. Entgelt über oGVD* | *Bewertungsrelation/Tag 0,239* |

*Abrechnung/Entgeltschlüssel*

| | |
|---|---|
| DRG F06E | 7010F06E, EUR 14.639,45 |
| Zusätzl. Entgelt über oGVD | 7110F06E, EUR 825,20 für 17 Belegungstage |
| QS-Zuschlag | 46005000, EUR 0,99 |
| G-BA-Zuschlag | 47100001, EUR 1,49 |
| DRG-Systemzuschlag | 48000001, EUR 1,30 |
| Ausbildungszuschlag | 75105002, EUR 87,86 |
| Zweibettzimmer-Zuschlag | 5500001G, EUR 70,00 für 30 Belegungstage |
| Abzug wegen Selbstbeteiligung | 53060000, EUR 500,00 |

*Der Rechnungsbetrag ergibt sich aus:*

| | |
|---|---|
| 14.639,45 | |
| + 14.028,40 | (= 825,20 x 17)] |
| + 0,99 | |
| + 1,49 | |
| + 1,30 | |
| + 87,86 | |
| + 2.100,00 | (= 70,00 x 30) |
| - 500,00 | |
| = 30.359,49 | |

*PKV-Aufnahmesatz*

UNH+00001+PAUF:14:000:00’
FKT+10+01+260530012+168140299’
PNV+00000008+P0001+1812+P2018-00008’
NAD+Muster08+Karin+w+19831020’
DPV+2018’
AUF+20180102+0900+0101+0300+20180108’
EAD+I25.11’
PVA+0+1+2+0+0++++080483’
UNT+9+00001’

*PKV-Bestätigung des Versichertenstatus*
UNH+00001+PKOS:14:000:00’
FKT+10+01+168140299+260530012’
PNV+00000008+P0001+1812+P2018-00008+00008’
NAD+Muster08+Karin+w+19831020’
CUX+EUR’
KOS+20180106+01+20180102’
PVK+100++100+++++++++500,00’
UNT+8+00001’

*PKV-Entlassungsanzeige*
UNH+00001+PENT:14:000:00’
FKT+10+01+260530012+168140299’
PNV+00000008+P0001+1812+P2018-00008+00008’
NAD+Muster201808+Karin+w+19831020’
DPV+2018+2018’
DAU+20180102+20180207’
ETL+20180106+0000+129+0300+I25.11’
ETL+20180118+0000+129+2136+I25.11’
ETL+20180207+1000+019+0300+I25.11’
ETL+20180207+1000+019+0000+I25.11’
NDG+Z48.8’
FAB+0300’
FAB+2136'
FAB+0300+++++20180106+53623x’
UNT+15+00001’

*PKV-Rechnungssatz*
UNH+00001+PREC:14:000:00’
FKT+10+01+260530012+168140299’
PNV+00000008+P0001+1812+P2018-00008+00008’
NAD+Muster08+Karin+w+19831020’
CUX+EUR’
REC+RE20180008+20180208+02+20180102+30359,49’

FAB+0300’
FAB+0000’
FAB+2136’
ENT+75105002+87,86+20180102+20180206+1'
ENT+7110F06E+825,20+20180121+20180206+17'
ENT+7010F06E+14639,45+20180102+20180120+1’
ENT+5500001G+70,00+20180102+20180206+30+6'
ENT+48000001+1,30+20180102+20180206+1'
ENT+47100001+1,49+20180102+20180206+1'
ENT+46005000+0,99+20180102+20180206+1'
ENT+53060000+500,00+20180102+20180206+1'
BNK+DE12500105170648489890’
UNT+19+00001’

*Der Privatversicherten wird der Differenzbetrag in Höhe von EUR 500,00 (Höchstbetrag der Selbstbeteiligung) in Rechnung gestellt*

*.*

## PKV-Beispiel 9 Entbindung

*Falldaten*

| | |
|---|---|
| aufnehmende Fachabteilung | Geburtshilfe 2500 |
| Wahlleistung Unterkunft | Einbettzimmer |
| Aufnahmetag | 02.01.2018 |
| Operationstag | 02.01.2018 |
| Entlassungstag | 07.01.2018 |

*Versicherungsdaten*

| | |
|---|---|
| Allgemeine Krankenhausleistung | 50% |
| Wahlleistung Einbettzimmer | 50% |
| Höchstbetrag je Tag | EUR 120,00 |

*DRG-Daten*

| | |
|---|---|
| *DRG O60D* | *Bewertungsrelation HA 0,566* |

*Abrechnung/Entgeltschlüssel*

| | |
|---|---|
| DRG O60D | 7010O60D, EUR 1954,23 |
| Abzug wegen Selbstbeteiligung | 53070000, EUR 977,12 (DRG, 50%) |
| QS-Zuschlag | 46005000, EUR 0,99 |
| Abzug wegen Selbstbeteiligung | 53070000, EUR 0,50 (QS-Zuschlag, 50%) |
| G-BA-Zuschlag | 47100001, EUR 1,49 |
| Abzug wegen Selbstbeteiligung | 53070000, EUR 0,75 (G-BA-Zuschlag, 50%) |
| DRG-Systemzuschlag | 48000001, EUR 1,30 |

| | |
|---|---|
| Abzug wegen Selbstbeteiligung | 53070000, EUR 0,65 (DRG-Systemzuschlag, 50%) |
| Ausbildungszuschlag | 75105002, EUR 87,86 |
| Abzug wegen Selbstbeteiligung | 53070000, EUR 43,93 (Ausbildungszuschlag, 50%) |
| Einbettzimmer-Zuschlag | 5400001G, EUR 143,00, für 5 Belegungstage |
| Abzug wg. SB (Einbettzimmer) | 53100000, EUR 71,50 (= 143,00 x 0,5), für 5 Belegungstage |
| Abzug wegen Höchstbetrag | 53050000, EUR 780,42 |

*Der Rechnungsbetrag ergibt sich aus:*

| | |
|---|---|
| 977,11 | [1954,23./. 977,12 (= 1954,23x 0,5)] |
| + 0,49 | [0,99 ./. 0,50 (= 0,99 x 0,5)] |
| + 0,74 | [1,49 ./. 0,75 (= 1,49 x 0,5)] |
| + 0,65 | [1,30 ./. 0,65 (= 1,30 x 0,5)] |
| + 43,93 | [87,86 ./. 43,93 (= 87,86 x 0,5)] |
| + 357,50 | [715,00 (= 143,00 x 5) ./. 357,50 (= 71,50 (= 143,00 x 0,5) x 5)] |
| - 780,42 | (= (2.760,87 [Bruttosumme] ./. 600,00 (=120,00 x 5) |
| – 1.380,45 | [errechnete SB]) |
| = 600,00 | [Höchstbetrag für 5 Belegungstage] |

*PKV-Aufnahmesatz*

UNH+00001+PAUF:14:000:00’
FKT+10+01+260530012+168140299’
PNV+00000009+P0001+1812+P2018-00009’
NAD+Muster09+Karin+w+19831020’
DPV+2018’
AUF+20180102+0030+0507+2500+20180109++++Notfallaufnahme’
EAD+O80’
PVA+0+0+1+0+0++++080483’
UNT+9+00001’

*PKV-Bestätigung des Versichertenstatus*

UNH+00001+PKOS:14:000:00’
FKT+10+01+168140299+260530012’
PNV+00000009+P0001+1812+P2018-00009+00009’
NAD+Muster09+Karin+w+19831020’
CUX+EUR’
KOS+20180106+01+20180102’
PVK+050+050++++++120,00’
UNT+8+00001’

*PKV-Entlassungsanzeige*

UNH+00001+PENT:14:000:00’
FKT+10+01+260530012+168140299’

PNV+00000009+P0001+1812+P2018-00009+00009’
NAD+Muster09+Karin+w+19831020’
DPV+2018+2018’
DAU+20180102+20180107’
ETL+20180107+1000+019+2500+O80’
EBG+20180102’
FAB+2500’
FAB+2500+++++20180102+9260’
UNT+11+00001’

*PKV-Rechnungssatz*
UNH+00001+PREC:14:000:00’
FKT+10+01+260530012+168140299’
PNV+00000009+P0001+1812+P2018-00009+00009’
NAD+Muster09+Karin+w+19831020’
CUX+EUR’
REC+RE20180009+20180108+02+20180102+600,00’
FAB+2500’
ENT+7010O60D+1954,23+20180102+20180106+1’
ENT+75105002+87,86+20180102+20180106+1'
ENT+46005000+0,99+20180102+20180106+1’
ENT+47100001+1,49+20180102+20180106+1’
ENT+48000001+1,30+20180102+20180106+1’
ENT+53070000+977,12+20180102+20180106+1’
ENT+53070000+0,50+20180102+20180106+1’
ENT+53070000+0,75+20180102+20180106+1'
ENT+53070000+0,65+20180102+20180106+1'
ENT+53070000+43,93+20180102+20180106+1'
ENT+53100000+71,50+20180102+20180106+5'
ENT+5400001G+143,00+20180102+20180106+5'
ENT+53050000+780,42+20180102+20180106+1'
BNK+DE12500105170648489890‘
UNT+22+00001’

*Der Privatversicherten wird der Differenzbetrag in Höhe von EUR 2.160,87(= 2.760,87[*=1954,23+ *0,99*
*+ 1,49 + 1,30 + 87,86 + 715,00 (= 143,00 x 5)] ./. 600,00) in Rechnung gestellt. Der Abzug wegen Höchstbetrag (je Tag) wird nach Berechnung der Abzüge wegen prozentualer Selbstbeteiligung (allgemeine Krankenhausleistung und Wahlleistung Unterkunft) ermittelt.*

## PKV-Beispiel 10 Entbindung

*Falldaten*

| | |
|---|---|
| aufnehmende Fachabteilung | Frauenheilkunde 2400 |
| Wahlleistung Unterkunft | Zweibettzimmer |
| Aufnahmetag | 06.01.2018 |
| Interne Verlegung | 15.01.2018 (Geburtshilfe 2500) |
| Operationstag | 15.01.2018 |
| Obere GVD erreicht am | 14.01.2018 (ab 9. Tag, 6.1. + 9 - 1= 14) |
| Entlassungstag | 02.02.2018 |

*Versicherungsdaten*

| | |
|---|---|
| Allgemeine Krankenhausleistung | 30% |
| Wahlleistung Zweibettzimmer | 30% |
| Differenz Einbett-/Zweibettzimmer | 70% |

*DRG-Daten*

| | |
|---|---|
| *DRG O60B* | *Bewertungsrelation HA 0,796* |
| *Zusätz. Entgelt über oGVD* | *Bewertungsrelation/Tag 0,065* |

*Abrechnung/Entgeltschlüssel*

| | |
|---|---|
| DRG O60B | 7010O60B, EUR 2.748,35 |
| Abzug wegen Selbstbeteiligung | 53070000, EUR 1923,85 (DRG, 70%) |
| Zusätzl. Entgelt über oGVD | 7110O60B, EUR 224,43 für 19 Belegungstage |
| Abzug wegen Selbstbeteiligung | 53070000, EUR 157,11 (über oGVD, 70%) für 19 Belegungstage |
| QS-Zuschlag | 46005000, EUR 0,99 |
| Abzug wegen Selbstbeteiligung | 53070000, EUR 0,70 (QS-Zuschlag, 70%) |
| G-BA-Zuschlag | 47100001, EUR 1,49 |
| Abzug wegen Selbstbeteiligung | 53070000, EUR 1,05 (G-BA-Zuschlag, 70%) |
| DRG-Systemzuschlag | 48000001, EUR 1,30 |
| Abzug wegen Selbstbeteiligung | 53070000, EUR 0,91 (DRG-Systemzuschlag, 70%) |
| Ausbildungszuschlag | 75105002, EUR 87,86 |
| Abzug wegen Selbstbeteiligung | 53070000, EUR 61,51 (Ausbildungszuschlag, 70%) |
| Zweibettzimmer-Zuschlag | 5500001G, EUR 143,00, für 27 Belegungstage |
| Abzug bei WL Unterkunft, 2-Bett-Z. | 53100000, EUR 100,10, für 27 Belegungstage (70%) |
| Differenz Einbett-/Zweibettzimmer | 5600001G, EUR 35,00, für 27 Belegungstage |
| Abzug bei WL Unterkunft Diff, | 53300000, EUR 10,50, für 27 Belegungstage (30%) |

*Der Rechnungsbetrag ergibt sich aus:*

| | |
|---|---|
| 824,50 | [2.748,35 ./. 1.923,85 (= 2.748,35 x 0,7)] |
| + 1279,27 | *[4.264,17 (= 224,43 x 19) ./. 2.984,90 (=157,10 x 19)* |
| + 0,30 | [0,99./. 0,69 (= 0,99 x 0,7)] |

| | |
|---|---|
| + 0,45 | [1,49 ./.1,04 (= 1,49 x 0,7)] |
| + 0,39 | [1,30 ./. 0,91 (= 1,30 x 0,7)] |
| + 26,36 | [87,86 ./. 61,50 (= 87,86 x 0,7)] |
| + 1158,30 | [3.861,00 (= 143,00 x 27) ./. 2702,70= 100,10 x 27)] |
| + 661,50 | [945,00 (= 35,00 x 27) ./. 238,50 (= 10,50 x 27)] |
| = 3951,07 | |

*Der Privatversicherten wird der Differenzbetrag in Höhe von EUR 7.959,09 (*1.923,85 + *2.984,90+ 0,69 + 1,04 + 0,91 +61,50 + 2.702,70 + 238,50) in Rechnung gestellt.*

*PKV-Aufnahmesatz*

UNH+00001+PAUF:14:000:00’
FKT+10+01+260530012+168140313’
PNV+00000010+P0001+1812+P2018-00010’
NAD+Muster10+Karin+w+19831020’
DPV+2018’
AUF+20180106+1000+0501+2400+20180119’
EAD+O47.0’
PVA+0+0+1+0+0++++080483’
UNT+9+00001’

*PKV-Bestätigung des Versichertenstatus*

UNH+00001+PKOS:14:000:00’
FKT+10+01+168140313+260530012’
PNV+00000010+P0001+1812+P2018-00010+00010’
NAD+Muster10+Karin+w+19831020’
CUX+EUR’
KOS+20180108+01+20180106’
PVK+030+030++070’
UNT+8+00001’

*PKV-Entlassungsanzeige*

UNH+00001+PENT:14:000:00’
FKT+10+01+260530012+168140313’
PNV+00000010+P0001+1812+P2018-00010’
NAD+Muster10+Karin+w+19831020’
DPV+2018+2018’
DAU+20180106+20180202’
ETL+20180115+0900+129+2400+O30.1’
ETL+20180202+1100+019+2500+O30.1’
ETL+20180202+1100+019+0000+O30.1’
NDG+Z37.5'
NDG+O47.0'
EBG+20180115’

FAB+2500’
FAB+2400‘
FAB+2400+++++20180115+57252’
UNT+17+00001’

*PKV-Rechnungssatz*
UNH+00001+PREC:14:000:00’
FKT+10+01+260530012+168140313’
PNV+00000010+P0001+1812+P2018-00010+00010’
NAD+Muster10+Karin+w+19831020’
CUX+EUR’
REC+RE20180010+20180202+02+20180106+3951,07
FAB+2400’
FAB+0000’
FAB+2500’
ENT+7010O60B+2748,35+20180106+20180113+1’
ENT+7110O60B+224,43+20180114+20180201+19’
ENT+75105002+87,86+20180106+20180201+1'
ENT+46005000+0,99+20180106+20180201+1'
ENT+47100001+1,49+20180106+20180201+1'
ENT+48000001+1,30+20180106+20180201+1'
ENT+5500001G+143,00+20180106+20180201+27'
ENT+53070000+1923,85+20180106+20180201+1'
ENT+53070000+157,10+20180106+20180201+19'
ENT+53070000+0,69+20180106+20180201+1'
ENT+53070000+1,04+20180106+20180201+1'
ENT+53070000+0,91+20180106+20180201+1'
ENT+53070000+61,50+20180106+20180201+1
ENT+53100000+100,10+20180106+20180201+27’
ENT+5600001G+35,00+20180106+20180201+27’
ENT+53300000+10,50+20180106+20180201+27’
BNK+DE12500105170648489890'
UNT+27+00001’

## b. PKV-Beispiel 11 Gesundes Neugeborenes

*Falldaten*

| | |
|---|---|
| aufnehmende Fachabteilung | Pädiatrie 1000 |
| Wahlleistung Unterkunft | - |
| Aufnahmetag | 02.01.2018 |
| Entlassungstag | 11.01.2018 |
| *Obere GVD erreicht am* | *09.01.2018 (ab 8. Tag, 2.1. + 8 – 1 = 9)* |
| Aufnahmegewicht | 2620 gr |

*Versicherungsdaten*

| | |
|---|---|
| Allgemeine Krankenhausleistung | 20% |

*DRG-Daten*

| | |
|---|---|
| DRG P67D | Bewertungsrelation HA 0,367 |
| *Zusätz. Entgelt über oGVD* | *Bewertungsrelation/Tag 0,059* |

*Abrechnung/Entgeltschlüssel*

| | |
|---|---|
| DRG P67D | 7010P67D, EUR 1267,14 |
| Abzug wegen Selbstbeteiligung | 53070000, EUR 1013,71 (DRG, 80%) |
| Zusätzl. Entgelt über oGVD | 7110P67D, EUR 203,71 pro Tag, für 2 Belegungstage |
| Abzug wegen Selbstbeteiligung | 53070000, EUR 162,97 pro Tag (über oGVD, 80%) für 2 Belegungstage |
| QS-Zuschlag | 46005000, EUR 0,99 |
| Abzug wegen Selbstbeteiligung | 53070000, EUR 0,79 (QS-Zuschlag, 80%) |
| G-BA-Zuschlag | 47100001, EUR 1,49 |
| Abzug wegen Selbstbeteiligung | 53070000, EUR 1,19 (G-BA-Zuschlag, 80%) |
| DRG-Systemzuschlag | 48000001, EUR 1,30 |
| Abzug wegen Selbstbeteiligung | 53070000, EUR 1,04 (DRG-Systemzuschlag, 80%) |
| Ausbildungszuschlag | 75105002, EUR 87,86 |
| Abzug wegen Selbstbeteiligung | 53070000, EUR 70,29 (Ausbildungszuschlag, 80%) |

*Der Rechnungsbetrag ergibt sich aus:*

| | |
|---|---|
| 253,43 | [1.267,14 ./. 1.013,71 (= 1.267,14 x 0,8)] |
| + 81,48 | [407,42 (= 203,71 x 2 ) ./. 325,94 (=(= 203,71 x 0,8) x 2)] |
| + 0,20 | [0,99 ./ 0,79 (= 0,99 x 0,8)] |
| + 0,30 | [1,49 ./. 1,19 (= 1,49 x 0,8) |
| + 0,26 | [1,30 ./. 1,04 (= 1,30 x 0,8)] |
| + 17,57 | [87,86 ./. 70,29 (= 80,98 x 0,8)] |
| = 353,24 | |

*PKV-Aufnahmesatz*

UNH+00001+PAUF:14:000:00’
FKT+10+01+260530012+168140313’
PNV+00000011+P0001+1812+P2018-00011+++++Muster11+Korinna’
NAD+Muster11+Säugling+w+20180102’
DPV+2018’
AUF+20180102+1600+0601+1000+20180106+++260530012+++2620’
EAD+P08.0’
PVA+0+0+0+0+0++++080483’
UNT+9+00001’

*PKV-Bestätigung des Versichertenstatus (wird für gesunde Neugeborene nicht übermittelt)*

*PKV-Entlassungsanzeige*
UNH+00001+PENT:14:000:00’
FKT+10+01+260530012+168140313’
PNV+00000011+P0001+1812+P2018-00011+++++Muster11+Korinna’
NAD+Muster11+Säugling+w+20180102’
DPV+2018’
DAU+20180102+20180111’
ETL+20180111+1100+019+1000+P08.0’
FAB+1000’
FAB+1000+++++20180102+1100’
UNT+10+00001’

*PKV-Rechnungssatz*
UNH+00001+PREC:14:000:00’
FKT+10+01+260530012+168140313’
PNV+00000011+P0001+1812+P2018-00011+++++Muster11+Korinna’
NAD+Muster11+Säugling+w+20180102’
CUX+EUR’
REC+RE20180011+20180111+02+20180102+353,24’
FAB+1000’
ENT+7010P67D+1267,14+20180102+20180106+1’
ENT+7110P67D+203,71+20180107+20180110+2’
ENT+75105002+87,86+20180102+20180110+1'
ENT+46005000+0,99+20180102+20180110+1’
ENT+47100001+1,49+20180102+20180110+1’
ENT+48000001+1,30+20180102+20180110+1’
ENT+53070000+0,79+20180102+20180110+1'
ENT+53070000+1,19+20180102+20180110+1’
ENT+53070000+1013,71+20180102+20180110+1’
ENT+53700000+162,97+20180102+20180110+2'
ENT+53700000+1,04+20180102+20180110+1'

ENT+53700000+70,29+20180102+20180110+1'
BNK+DE12500105170648489890‘
UNT+21+00001’

*Der Privatversicherten wird der Differenzbetrag in Höhe von EUR 1059,72 in Rechnung gestellt.*

*Wird die Selbstbeteiligung erst nach Summierung der Entgelte mit anschließender kaufmännischer Rundung errechnet, ergibt sich eine Rundungsdifferenz (siehe hierzu Beispiel 3).*

## PKV-Beispiel 12 DRG mit Verlängerungsanzeige

*Falldaten*

| | |
|---|---|
| aufnehmende Fachabteilung | Urologie 2200 (Belegabteilung) |
| Wahlleistung Unterkunft | Zweibettzimmer |
| Aufnahmetag | 02.01.2018 |
| Operationstag | 03.01.2018 |
| Obere GVD erreicht am | 13.01.2018 (ab 12. Tag, 2.1. + 12 – 1 = 13) |
| Entlassungstag | 14.01.2018 |

*Versicherungsdaten*

| | |
|---|---|
| Allgemeine Krankenhausleistung | 100% |
| Wahlleistung Zweibettzimmer | 100% |
| Selbstbeteiligung | 50 EUR/Tag (max. 14 Tage) |

*DRG-Daten*

| | |
|---|---|
| DRG M09B | Bewertungsrelation BA 0,981 |
| *Zusätz. Entgelt über oGVD* | *Bewertungsrelation/Tag 0,070* |

*Abrechnung/Entgeltschlüssel*

| | |
|---|---|
| DRG M09B | 7030M09B: EUR 3.387,10 |
| Zusätzl. Entgelt über oGVD | 7130M09B, EUR 241,69 für 1 Belegungstag |
| QS-Zuschlag | 46005000, EUR 0,99 |
| G-BA-Zuschlag | 47100001, EUR 1,49 |
| DRG-Systemzuschlag | 48000001, EUR 1,30 |
| Ausbildungszuschlag | 75105002, EUR 87,86 |
| Zweibettzimmer-Zuschlag | 5500001G: EUR 70,00, für 12 Belegungstage |
| Abzug wegen Selbstbeteiligung | 53060000: EUR 50,00, für 12 Belegungstage |

*Der Rechnungsbetrag ergibt sich aus:*

3.387,10

| | |
|---|---|
| + 241,69 | |
| +0,99 | |
| + 1,49 | |
| + 1,30 | |
| + 87,86 | |
| + 840,00 | (= 70,00 x 12) |
| -.600,00 | (= 50,00 x 12) |
| = 3.960,43 | |

*PKV-Aufnahmesatz*
UNH+00001+PAUF:14:000:00’
FKT+10+01+260530012+16814198’
PNV+0000012+P0001+1812+P2018-00012’
NAD+Muster12+Klaus+m+19831020’
DPV+2018’
AUF+20180102+1030+0101+2200+20180107’
EAD+C61’
PVA+0+0+2+1+0++++080483’
UNT+9+00001’

*PKV-Bestätigung des Versichertenstatus*
UNH+00001+PKOS:14:000:00’
FKT+10+01+168141198+260530012’
PNV+0000012+P0001+1812+P2018-00012+00012’
NAD+Muster12+Klaus+m+19831020’
CUX+EUR’
KOS+20180106+01+20180102’
PVK+100++100+++++++14+50,00’
UNT+8+00001’

*PKV-Verlängerungsanzeige*
UNH+00001+PVER:14:000:00’
FKT+10+01+260530012+168141198’
PNV+0000012+P0001+1812+P2018-00012+00012’
NAD+Muster12+Klaus+m+19831020’
DPV+2018’
DAU+20180102+20180115’
FAB+2200+C61’
UNT+8+00001’

*PKV-Entlassungsanzeige*
UNH+00001+PENT:14:000:00’
FKT+10+01+260530012+168141198’

PNV+0000012+P0001+1812+P2018-00012’
NAD+Muster12+Klaus+m+19831020’
DPV+2018+2018’
DAU+20180102+20180114’
ETL+20180114+0900+019+2200+C61’
NDG+I10.90’
NDG+I25.9’
NDG+I48.1’
NDG+Z95.0’
FAB+2200’
FAB+2200+++++20180103+56072’
FAB+2200+++++20180103+81370:B’
UNT+15+00001’

*PKV-Rechnungssatz*
UNH+00001+PREC:14:000:00’
FKT+10+01+260530012+168141198’
PNV+0000012+P0001+1812+P2018-00012+00012’
NAD+Muster12+Klaus+m+19831020’
CUX+EUR’
REC+RE20180012+20180102+02+20180102+3960,43’
FAB+2200’
ENT+7030M09B+3387,10+20180102+20180112+1’
ENT+7130M09B+241,69+20180113+20180113+1'
ENT+75105002+87,86+20180102+20180113+1'
ENT+46005000+0,99+20180102+20180113+1'
ENT+47100001+1,49+20180102+20180113+1'
ENT+48000001+1,30+20180102+20180113+1'
ENT+5500001G+70,00+20180102+20180113+12'
ENT+53060000+50,00+20180102+20180113+12'
BNK+DE12500105170648489890'
UNT+17+00001’

*Dem Privatversicherten wird der Differenzbetrag in Höhe von EUR 600,00 in Rechnung gestellt.*

## PKV-Beispiel 13 DRG mit Änderung des Versicherungsschutzes

*Falldaten*

| | |
|---|---|
| aufnehmende Fachabteilung | Hämatologie 0500 |
| Wahlleistung Unterkunft | Zweibettzimmer |
| Aufnahmetag | 04.01.2018 |
| Obere GVD erreicht am | 24.01.2018 (ab 21. Tag, 4.1. + 21 – 1= 24) |
| Entlassungstag | 12.02.2018 |

*Versicherungsdaten*

| | |
|---|---|
| Allgemeine Krankenhausleistung | 50% bis 31.01.2018, 30% ab 01.02.2018 |
| Wahlleistung Zweibettzimmer | 50% bis 31.01.2018, 30% ab 01.02.2018 |

*DRG-Daten*

| | |
|---|---|
| DRG R61E | Bewertungsrelation HA 1,641 |
| Zusätzl. Entgelt über oGVD | Bewertungsrelation/Tag 0,156 |

*Abrechnung/Entgeltschlüssel*

| | |
|---|---|
| DRG R61E | 7010R61E: EUR 5.665,88 |
| Abzug wegen Selbstbeteiligung | 53070000: EUR 2.832,94 (DRG, 50%) |
| Zusätzl. Entgelt über oGVD | 7110R61E: EUR 538,62 für 19 Belegungstage |
| Abzug wegen Selbstbeteiligung | 53070000: EUR 269,31 (538,62 x 0,5), für 8 BT (oGVD, 50%) |
| Abzug wegen Selbstbeteiligung | 53070000: EUR 377,04 (538,62 x 0,7), für 11 BT (oGVD, 70%) |
| QS-Zuschlag | 46005000, EUR 0,99 |
| Abzug wegen Selbstbeteiligung | 53070000, EUR 0,50 (QS-Zuschlag, 50%) |
| G-BA-Zuschlag | 47100001, EUR 1,49 |
| Abzug wegen Selbstbeteiligung | 53070000, EUR 0,75 (G-BA-Zuschlag, 50%) |
| DRG-Systemzuschlag | 48000001, EUR 1,30 |
| Abzug wegen Selbstbeteiligung | 53070000, EUR 0,65 (DRG-Systemzuschlag, 50%) |
| Ausbildungszuschlag | 75105002, EUR 87,86 |
| Abzug wegen Selbstbeteiligung | 53070000, EUR 43,93 (Ausbildungszuschlag, 50%) |
| Zweibettzimmer-Zuschlag | 5500001G: EUR 70,00, für 39 Belegungstage |
| Abzug wg. SB (Zweibettzimmer) | 53200000, EUR 35,00 (= 70,00 x 0,5), für 28 Belegungstage |
| Abzug wg. SB (Zweibettzimmer) | 53200000, EUR 49,00 (= 70,00 x 0,7), für 11 Belegungstage |

*Der Rechnungsbetrag ergibt sich aus:*

| | |
|---|---|
| 2.832,94 | [5.665,88 ./.2.832,94 (= 5.665,88 x 0,5)] |
| 10.233,78 | [ (= 538,62 x 19) ] |

| | | |
|---|---|---|
| | -2.154,48 | [= (269,31 x 8] |
| | -4.147,33 | [= 377,03 x 11)] |
| | 0,49 | [0,99 ./ 0,50 (= 0,99 x 0,5)] |
| | 0,74 | [1,49 ./. 0,75 (= 1,49 x 0,5)] |
| | 0,65 | [1,30 ./. 0,65 (= 1,30 x 0,5)] |
| | 43,93 | [87,86 ./. 43,93 (= 87,86 x 0,5)] |
| | 2.730,00 | [2.730,00 (= 70,00 x 39) |
| | -980,00 | (= 35,00 (= 70,00 x 0,5) x 28) |
| | -539,00 | (= 49,00 (= 70,00 x 0,7) x 11)] |
| Summe | 8.021,72 | |

Der Privatversicherten wird der Differenzbetrag in Höhe von

2.832,94 €
+ 2.154,48 €
+ 4.147,37 €
+ 0,50 €
+ 0,75 €
+ 0,65 €
+ 43,93 €
+ 980,00 €
+ 539,00 €
= 10.699,62 €

in Rechnung gestellt.

*PKV-Aufnahmesatz*
UNH+00001+PAUF:14:000:00’
FKT+10+01+260530012+168140299’
PNV+00000013+P0001+1812+P2018-00013’
NAD+Muster13+Karin+w+19831020’
DPV+2018’
AUF+20180104+0900+0101+0500+20180213’
EAD+C81.0’
PVA+0+1+2+0+0++++080483’
UNT+9+00001’

*PKV-Bestätigung des Versichertenstatus*
*UNH+00001+PKOS:14:000:00’*
*FKT+10+01+168140299+260530012’*
*PNV+00000013+P0001+1812+P2018-00013+00013’*
*NAD+Muster13+Karin+w+19831020’*
*KOS+20180105+01+20180104+20180131’*
*PVK+050++050’*
*UNT+7+00001’*

*PKV-Bestätigung des Versichertenstatus*
*UNH+00001+PKOS:14:000:00'*
*FKT+10+02+168140299+260530012'*
*PNV+00000013+P0001+1812+P2018-00013+00013'*
*NAD+Muster13+Karin+w+19831020'*
*KOS+20180105+01+20180201'*
*PVK+030++030'*
*UNT+7+00001'*

*PKV-Entlassungsanzeige*
UNH+00001+PENT:14:000:00'
FKT+10+01+260530012+168140299'
PNV+00000013+P0001+1812+P2018-00013+00013'
NAD+Muster13+Karin+w+19831020'
DPV+2018'
DAU+20180104+20180212'
ETL+20180212+1116+019+0500+C81.0'
NDG+B37.9'
NDG+N39.0'
NDG+S32.3'
NDG+S32.5'
NDG+D70.0'
NDG+I50.19'
NDG+K52.9'
FAB+0500'
UNT+16+00001'

*PKV-Rechnungssatz*
UNH+00001+PREC:14:000:00'
FKT+10+01+260530012+168140299'
PNV+00000013+P0001+1812+P2018-00013+00013'
NAD+Muster13+Karin+w+19831020'
CUX+EUR'
REC+RE20180013+20180213+02+20180104+8021,72'
FAB+0500'
ENT+7010R61E+5665,88+20180104+20180123+1'
ENT+7110R61E+538,62+20180124+20180211+19'
ENT+75105002+87,86+20180104+20180211+1'
ENT+46005000+0,99+20180104+20180211+1'
ENT+47100001+1,49+20180104+20180211+1'
ENT+48000001+1,30+20180104+20180211+1'
ENT+53070000+2832,94+20180104+20180211+1'
ENT+53070000+269,31+20180124+20180131+8'

ENT+53070000+0,75+20180104+20180211+1'
ENT+53070000+0,65+20180104+20180211+1'
ENT+53070000+377,04+20180201+20180211+11'
ENT+53070000+0,50+20180104+20180211+1'
ENT+53070000+43,93+20180104+20180211+1'
ENT+53200000+35,00+20180104+20180211+28'
ENT+53200000+49,00+20180104+20180211+11'
ENT+5500001G+70,00+20180104+20180211+39'
BNK+DE12500105170648489890 ‘
UNT+25+00001’

## PKV-Beispiel 14 DRG mit Wiederaufnahme – Storno

*Falldaten*

| | |
|---|---|
| aufnehmende Fachabteilung | Orthopädie (2300) |
| Aufnahmetag | 03.01.2018 |
| Verlegung | 07.01.2018 in anderes Krankenhaus wg. akutem Myokardinfarkt |
| Wiederaufnahme | 11.01.2018 in Kardiologie (0300) |
| Entlassungstag | 23.01.2018 |
| Obere GVD (I13E) erreicht am | 20.01.2018 (14. Tag, 3.1 + 14 - 1 = 16<br>zzgl. 4d Abwesenheit ab 20.1.) |

*Versicherungsdaten*

| | |
|---|---|
| Allgemeine Krankenhausleistung | 50% |

*DRG-Daten*

| | |
|---|---|
| DRG I13F | Bewertungsrelation HA 1,181 |
| *Abschlag bei Verlegung* | *Bewertungsrelation/Tag 0,085, mittlere VD 6,0* |
| | |
| *DRG I13E* | Bewertungsrelation HA 1,464 |
| *Zusätzl. Entgelt über oGVD* | *Bewertungsrelation/Tag 0,075* |

*Abrechnung/Entgeltschlüssel <u>1. Aufenthalt</u>*

| | |
|---|---|
| DRG I13F | 7010I13F : EUR 4.077,64 |
| Abzug wegen prozentualer Selbstbeteiligung | 53070000: EUR 2.038,82 (DRG, 50%) |
| Abschlag bei Verlegung | 7210I13F : EUR 293,48 , für 2 Belegungstage |
| Abschlag wegen prozentualer Selbstbeteiligung | 53080000: EUR 146,74 (50%), für 2 Belegungstage |
| QS-Zuschlag | 46005000: EUR 0,99 |

| | |
|---|---|
| Abzug wegen prozentualer Selbstbeteiligung | 53070000: EUR 0,50 (QS-Zuschlag, 50%) |
| G-BA-Zuschlag | 47100001: EUR 1,49 |
| Abzug wegen prozentualer Selbstbeteiligung | 53070000: EUR 0,75 (G-BA-Zuschlag, 50%) |
| DRG-Systemzuschlag | 48000001: EUR 1,30 |
| Abzug wegen prozentualer Selbstbeteiligung | 53070000: EUR 0,65 (DRG-Zuschlag, 50%) |
| Ausbildungszuschlag | 75105002: EUR 87,86 |
| Abzug wegen prozentualer Selbstbeteiligung | 53070000: EUR 43,93 (Ausbildungszuschlag,50%) |

*Der Rechnungsbetrag (I13F) ergibt sich aus:*

| | |
|---|---|
| 2038,82 | [4.077,64 ./. 2.038,82 (=4.077,64 x 0,5)] |
| ./. 293,48 | [2 x 293,48 – 2 x 146,74] Vorzeichenumkehr, Minderung des Abschlags |
| + 0,49 | [0,99 ./. 0,50 (= 0,99 x 0,5)] |
| + 0,74 | [1,49 ./. 0,75 (= 1,49 x 0,5)] |
| + 0,65 | [1,30 ./. 0,65 (= 1,30 x 0,5)] |
| + 43,86 | [87,86. /. 43,93 (= 87,86 x 0,5)] |
| = 1.791,15 | |

*Abrechnung/Entgeltschlüssel 1.+ 2. Aufenthalt*

| | |
|---|---|
| DRG I13E | 7010I13E: EUR 5.054,75 |
| Abzug wegen prozentualer Selbstbeteiligung | 53070000: EUR 2.527,38 (DRG, 50%) |
| Zusätzl. Entgelt über oGVD | 7110I13E: EUR 258,95, für 3 Belegungstage |
| Abzug wegen prozentualer Selbstbeteiligung | 53070000: EUR 129,48 (über oGVD, 50%) |
| QS-Zuschlag | 46005000: EUR 0,99 |
| Abzug wegen prozentualer Selbstbeteiligung | 53070000: EUR 0,50 (QS-Zuschlag, 50%) |
| G-BA-Zuschlag | 47100001: EUR 1,49 |
| Abzug wegen prozentualer Selbstbeteiligung | 53070000: EUR 0,75 (G-BA-Zuschlag, 50%) |
| DRG-Systemzuschlag | 48000001: EUR 1,30 |
| Abzug wegen prozentualer Selbstbeteiligung | 53070000: EUR 0,65 (DRG-Zuschlag, 50%) |
| Ausbildungszuschlag | 75105002: EUR 87,86 |
| Abzug wegen prozentualer Selbstbeteiligung | 53070000: EUR 43,93 (Ausbildungszuschlag,50%) |

*Der Rechnungsbetrag ergibt sich aus:*

| | |
|---|---|
| 2527,37 | [5.054,75 ./. 2.527,38 (=5.054,75 x 0,5)] |

| | |
|---|---|
| + 776,85 | [776,85 (= 258,95 x 3)] |
| ./. 388,44 | [= (129,48 (=258,95 x 0,5) x 3)] |
| + 0,49 | [0,99./. 0,50 (= 0,99 x 0,5)] |
| + 0,74 | [1,49 ./. 0,75 (= 1,49 x 0,5)] |
| + 0,65 | [1,30 ./. 0,65 (= 1,30 x 0,5)] |
| + 43,93 | [87,86 ./. 43,93 (= 87,86 x 0,5)] |
| = 2.961,59 | |

*PKV-Aufnahmesatz*

UNH+00001+PAUF:14:000:00’
FKT+10+01+260530012+168140299’
PNV+00000014+P0001+1812+P2018-00014’
NAD+Muster14+Klaus+m+19831020’
DPV+2018’
AUF+20180103+1030+0101+2300+20180111’
EAD+S82.81:L’
EAD+S81.84:L’
PVA+0+1+0+0+0++++080483’
UNT+10+00001’

*PKV-Bestätigung des Versichertenstatus*

UNH+00001+PKOS:14:000:00’
FKT+10+01+168140299+260530012’
PNV+00000014+P0001+1812+P2018-00014+00014’
NAD+Muster14+Klaus+m+19831020’
CUX+EUR’
KOS+20180106+01+20180103’
PVK+050’
UNT+8+00001’

*PKV-Entlassungsanzeige*

UNH+00001+PENT:14:000:00’
FKT+10+01+260530012+168140299’
PNV+00000014+P0001+1812+P2018-00014+00014’
NAD+Muster14+Klaus+m+19831020’
DPV+2018+2018’
DAU+20180103+20180107’
ETL+20180107+1100+069+2300+S82.81:L++260530283’
NDG+S81.84:L'
FAB+2300’
FAB+2300+++++20180103+5785.0n:L’
FAB+2300+++++20180103+57940r:L’
UNT+12+00001’

*PKV-Rechnungssatz*
UNH+00001+PREC:14:000:00’
FKT+10+01+260530012+168140299’
PNV+00000014+P0001+1812+P2018-0001’
NAD+Muster14+Klaus+m+19831020’
CUX+EUR’
REC+RE20180014+20180108+02+20180103+1791,15’
FAB+2300’
ENT+7010I13F+4077,64+20180103+20180106+1’
ENT+7210I13F+293,48+20180103+20180106+2’
ENT+75105002+87,86+20180103+20180106+1’
ENT+46005000+0,99+20180103+20180106+1’
ENT+47100001+1,49+20180103+20180106+1'
ENT+48000001+1,30+20180103+20180106+1'
ENT+53070000+0,50+20180103+20180106+1'
ENT+53070000+0,75+20180103+20180106+1'
ENT+53070000+2038,82+20180103+20180106+1'
ENT+53070000+0,65+20180103+20180106+1'
ENT+53070000+43,93+20180103+20180106+1'
ENT+53080000+146,74+20180103+20180106+2'
BNK+DE12500105170648489890’
UNT+21+00001’

*PKV-Rechnungssatz Storno*
UNH+00001+PREC:14:000:00’
FKT+10+02+260530012+168140299’
PNV+00000014+P0001+1812+P2018-00014+00014’
NAD+Muster14+Klaus+m+19831020’
CUX+EUR’
REC+RE20180014+20180111+04+20180103+1791,15'
FAB+2300’
ENT+7010I13F+4077,64+20180103+20180106+1’
ENT+7210I13F+293,48+20180103+20180106+2’
ENT+75105002+87,86+20180103+20180106+1’
ENT+46005000+0,99+20180103+20180106+1’
ENT+47100001+1,49+20180103+20180106+1'
ENT+48000001+1,30+20180103+20180106+1’
ENT+53070000+0,50+20180103+20180106+1’
ENT+53070000+0,75+20180103+20180106+1’
ENT+53070000+2038,82+20180103+20180106+1’
ENT+53070000+0,65+20180103+20180106+1’
ENT+53070000+43,93+20180103+20180106+1’
ENT+53080000+146,74+20180103+20180106+2’
BNK+DE12500105170648489890’

UNT+21+00001’

*PKV-Entlassungsanzeige - Storno*
UNH+00001+PENT:14:000:00’
FKT+41+01+260530012+168140299’
PNV+00000014+P0001+1812+P2018-00014+00014’
NAD+Muster14+K109laus+m+19831020’
DPV+2018+2018’
DAU+20180103+20180107’
ETL+20180107+1100+069+2300+S82.81:L++260530283’
NDG+S81.84:L'
FAB+2300’
FAB+2300+++++20180103+5785.0n:L’
FAB+2300+++++20180103+57940r:L’
UNT+12+00001’

*PKV-Entlassungsanzeige – korrigiert, für 1. + 2. Aufenthalt*
UNH+00001+PENT:14:000:00’
FKT+10+02+260530012+168140299’
PNV+00000014+P0001+1812+P2018-00014+00014’
NAD+Muster14+Klaus+m+19831020’
DPV+2018+2018’
DAU+20180103+20180123’
ETL+20180107+1100+069+2300+S82.81:L++260530283’
NDG+S81.84:L’
ETL+20180107+1230+169+2300+S82.81:L’
ETL+20180111+0930+189+0001+S82.81:L’
ETL+20180123+1000+019+0300+I21.1'
NDG+S82.81:L’
ETL+20180123+1000+019+0000+S82.81:L’
NDG+S81.84:L’
NDG+M84.19’
NDG+I21.1'
NDG+I49.3'
FAB+0300'
FAB+2300'
FAB+2300+++++20180103+5785.0n:L’
FAB+2300+++++20180103+57940r:L’
FAB+2300+++++20180111+58230:L’
UNT+22+00001’

*PKV-Rechnungssatz – korrigiert, für 1. + 2. Aufenthalt*
UNH+00001+PREC:14:000:00’
FKT+10+03+260500005+168140299’

PNV+00000014+P0001+1812+P2018-00014+00014’
NAD+Muster14+Klaus+m+19831020’
CUX+EUR’
REC+RE20180014+20180124+02+20180103+2961,59’
FAB+0000’
FAB+2300’
FAB+0300’
ENT+7010I13E+5054,75+20180119+20180119+1+4’
ENT+7110I13E+258,95+20180120+20180122+3’
ENT+75105002+87,86+20180103+20180122+1’
ENT+46005000+0,99+20180103+20180122+1'
ENT+47100001+1,49+20180103+20180122+1'
ENT+48000001+1,30+20180103+20180122+1'
ENT+53070000+129,48+20180103+20180122+3'
ENT+53070000+43,93+20180103+20180122+1'
ENT+53070000+0,65+20180103+20180122+1'
ENT+53070000+2527,38+20180103+20180122+1'
ENT+53070000+0,50+20180103+20180122+1'
ENT+53070000+0,75+20180103+20180122+1'
BNK+DE12500105170648489890’
UNT+24+00001’

*Der Privatversicherten wird der Differenzbetrag in Höhe von EUR 2.961,59 in Rechnung gestellt.*

# Anhang D zu Anlage 5: Beispiele zur Verwendung von Verarbeitungskennzeichen (VKZ) und laufender Nummer des Geschäftsvorfalles (lfd.-Nr.)

Im Folgenden sind beispielhaft grundlegende Situationen im Änderungs- und im Fehlerverfahren für die von Krankenhäusern verwendeten Nachrichtentypen beschrieben. Die Übermittlung der Nachrichten erfolgt zeitlich je Beispiel in der aufgeführten Reihenfolge. Die Fehlermeldungen werden von den Versicherungsunternehmen an das Krankenhaus übermittelt, alle anderen Nachrichten werden vom Krankenhaus gesendet.

## Aufnahmesatz

| Nachrichtentyp | VKZ | Lfd.-Nr. | | | Beschreibung |
|---|---|---|---|---|---|
| Änderung | | | | | |
| PAUF | 10 | 01 | | | Erstmeldung |
| PAUF | 20 | 01 | | | 1. Änderung |
| PAUF | 20 | 01 | | | 2. Änderung |
| Fallstorno | | | | | |
| PAUF | 10 | 01 | | | Erstmeldung |
| PAUF | {30-35} | 01 | | | Fallstorno |
| Fehlerhafte Meldung | | | | | |
| PAUF | 10 | 01 | | | Erstmeldung mit Fehler |
| PAUF(FHL) | 10 | 01 | | | Fehlermeldung |
| PAUF | 10 | 01 | | | Erstmeldung ohne Fehler |
| Fehlerhafte Änderung | | | | | |
| PAUF | 10 | 01 | | | Erstmeldung |
| PAUF | 20 | 01 | | | Änderung mit Fehler |
| PAUF(FHL) | 20 | 01 | | | Fehlermeldung |
| PAUF | 20 | 01 | | | Änderung ohne Fehler |
| Fehlerhafte Stornierung | | | | | |
| PAUF | 10 | 01 | | | Erstmeldung |
| PAUF | {30-35} | 01 | | | Fallstorno mit Fehler |
| PAUF(FHL) | {30-35} | 01 | | | Fehlermeldung |
| PAUF | {30-35} | 01 | | | Fallstorno ohne Fehler |

| Nachrichtentyp | VKZ | Lfd.-Nr. | | | Beschreibung |
|---|---|---|---|---|---|
| Änderung einer fehlerhaften Meldung durch das Krankenhaus; Fehlermeldungen zur ersten Meldung und zur Änderungsmeldung (kein zu ändernder Datensatz vorhanden) durch das Versicherungsunternehmen | | | | | |
| PAUF | 10 | 01 | | | Erstmeldung mit Fehler |
| PAUF(FHL) | 10 | 01 | | | Fehlermeldung |
| PAUF | 20 | 01 | | | Änderung |
| PAUF(FHL) | 20 | 01 | | | Fehlermeldung (zu ändernde Nachricht nicht vorhanden) |
| PAUF | 10 | 01 | | | Erstmeldung ohne Fehler |

Anmerkung:
Abweichend von den obigen Beispielen dürfen bei Meldungen von Neugeborenen Änderungsmeldungen zum Aufnahmegrund („0601 Geburt“ oder „01xx Krankenhausbehandlung, vollstationär“) nicht versendet werden. Hierzu ist zunächst der Aufnahmesatz durch ein Fallstorno zu stornieren und die Aufnahme als neuer Fall zu übermitteln. Ist das Neugeborene bei derselben Krankenkasse wie die Mutter versichert, muss ein geändertes KH-internes Kennzeichen des Versicherten verwendet werden.

Bei Aufnahmesätzen ist eine Änderung des Aufnahmegrunds, des Aufnahmetags, der Aufnahmeuhrzeit oder einer Aufnahmediagnose durch Übermittlung eines Nachrichtensatzes mit Verarbeitungskennzeichen „20“ nur dann zulässig, wenn es keine weiteren gültigen Nachrichten des Krankenhauses zu diesem Fall gibt. Wurde z. B. bereits eine Entlassungsanzeige zu diesem Fall übermittelt, ist zuerst die Entlassungsanzeige zu stornieren, bevor der Aufnahmesatz geändert werden darf.

## Verlängerungsanzeige

Hinweis:
Wiederholte Verlängerungen sollen nicht durch Änderungsmeldung einer vorangegangenen Verlängerungsanzeige, sondern durch eine neue Meldung mit Verarbeitungskennzeichen „10“ und erhöhter Laufender Nummer des Geschäftsvorfalls übermittelt werden. (Anlage 5, Abschnitt 1.2.2)

| Nachrichtentyp | VKZ | Lfd.-Nr. | | | Beschreibung |
|---|---|---|---|---|---|
| Änderungen zu mehrfachen Verlängerungszeiträumen | | | | | |
| PVER | 10 | 01 | | | Erstmeldung |
| PVER | 20 | 01 | | | Änderung |
| PVER | 10 | 02 | | | 2. Meldung (neuer Zeitraum) |
| PVER | 10 | 03 | | | 3. Meldung (neuer Zeitraum) |
| PVER | 20 | 02 | | | Änderung zu 2.Zeitraum |
| Stornierung einer Verlängerungsanzeige; nur durch Fallstorno über den Aufnahmesatz möglich | | | | | |
| PVER | 10 | 01 | | | Erstmeldung |
| PAUF | {30-35} | 01 | | | Fallstorno |
| (Zur Abwicklung eines Falles nach einem Fallstorno ist die Anlage eines neuen Falles mit neuem krankenhausinternen Kennzeichen notwendig.) | | | | | |
| Fehlerhafte Meldung | | | | | |
| PVER | 10 | 01 | | | Erstmeldung mit Fehler |
| PVER(FHL) | 10 | 01 | | | Fehlermeldung |
| PVER | 10 | 01 | | | Erstmeldung ohne Fehler |
| Fehlerhafte Änderung | | | | | |
| PVER | 10 | 01 | | | Erstmeldung |
| PVER | 20 | 01 | | | Änderung mit Fehler |
| PVER(FHL) | 20 | 01 | | | Fehlermeldung |
| PVER | 20 | 01 | | | Änderung ohne Fehler |
| Fehlerhafte Meldung zum Verlängerungszeitraum | | | | | |
| PVER | 10 | 01 | | | Erstmeldung |
| PVER | 10 | 02 | | | 2. Meldung (neuer Zeitraum) mit Fehler |
| PVER(FHL) | 10 | 02 | | | Fehlermeldung |
| PVER | 10 | 02 | | | 2. Meldung (neuer Zeitraum) ohne Fehler |

| Nachrichtentyp | VKZ | Lfd.-Nr. | | | Beschreibung |
|---|---|---|---|---|---|
| Änderung einer fehlerhaften Meldung durch das Krankenhaus; Fehlermeldungen zur ersten Meldung, zum Verlängerungszeitraum (Lfd.-Nr. 1 fehlt) und zur Änderungsmeldung (kein zu ändernder Datensatz vorhanden), durch das Versicherungsunternehmen | | | | | |
| PVER | 10 | 01 | | | Erstmeldung mit Fehler |
| PVER(FHL) | 10 | 01 | | | Fehlermeldung 1.Zeitraum |
| PVER | 10 | 02 | | | 2. Meldung (neuer Zeitraum) ohne Fehler |
| PVER(FHL) | 10 | 02 | | | Fehlermeldung (Lfd.-Nr. 1 fehlt) |
| PVER | 20 | 01 | | | Änderung zu 1.Zeitraum |
| PVER(FHL) | 20 | 01 | | | Fehlermeldung (zu ändernde Nachricht nicht vorhanden) |
| PVER | 10 | 01 | | | Erstmeldung ohne Fehler |
| PVER | 10 | 02 | | | 2. Meldung (neuer Zeitraum) ohne Fehler |

## Entlassungsanzeige

| Nachrichtentyp | VKZ | Lfd.-Nr. | | | Beschreibung |
|---|---|---|---|---|---|
| Änderungen | | | | | |
| PENT | 10 | 01 | | | Erstmeldung |
| PENT | 20 | 01 | | | 1. Änderung |
| PENT | 20 | 01 | | | 2. Änderung |
| Stornierungen von Entlassungsanzeigen | | | | | |
| PENT | 10 | 01 | | | Erstmeldung |
| PENT | 40/41 | 01 | | | Stornierung |
| PENT | 10 | 02 | | | Erstmeldung Korrektur |
| PENT | 20 | 02 | | | Änderung der Korrektur |
| PENT | 40/41 | 02 | | | Stornierung der Korrektur |
| PENT | 10 | 03 | | | Erstmeldung 2.Korrektur |
| Fehlerhafte Meldung | | | | | |
| PENT | 10 | 01 | | | Erstmeldung mit Fehler |
| PENT(FHL) | 10 | 01 | | | Fehlermeldung |
| PENT | 10 | 01 | | | Erstmeldung ohne Fehler |
| Fehlerhafte Änderung | | | | | |
| PENT | 10 | 01 | | | Erstmeldung |
| PENT | 20 | 01 | | | Änderung mit Fehler |
| PENT(FHL) | 20 | 01 | | | Fehlermeldung |
| PENT | 20 | 01 | | | Änderung ohne Fehler |
| Fehlerhafte Stornierung | | | | | |
| PENT | 10 | 01 | | | Erstmeldung |
| PENT | 40/41 | 01 | | | Stornierung mit Fehler |
| PENT(FHL) | 40/41 | 01 | | | Fehlermeldung |
| PENT | 40/41 | 01 | | | Stornierung ohne Fehler |
| Änderung einer fehlerhaften Meldung durch das Krankenhaus; Fehlermeldungen zur ersten Meldung und zur Änderungsmeldung (kein zu ändernder Datensatz vorhanden) durch das Versicherungsunternehmen | | | | | |
| PENT | 10 | 01 | | | Erstmeldung mit Fehler |
| PENT(FHL) | 10 | 01 | | | Fehlermeldung |
| PENT | 20 | 01 | | | Änderung |
| PENT(FHL) | 20 | 01 | | | Fehlermeldung (zu ändernde Nachricht nicht vorhanden) |
| PENT | 10 | 01 | | | Erstmeldung ohne Fehler |

## Rechnungssatz

| Nachrichtentyp | VKZ | Lfd.-Nr. | Rechnungs-nummer | Rech-nungs-art | Beschreibung |
|---|---|---|---|---|---|
| Gutschriften/Stornierungen | | | | | |
| PREC | 10 | 01 | A | 01 | 1.Zwischenrechnung (erster Zeit-raum) |
| PREC | 10 | 02 | A | 04 | Gutschrift/Storno |
| PREC | 10 | 03 | B | 01 | 1.Zwischenrechnung Korrektur |
| PREC | 10 | 04 | C | 01 | 2.Zwischenrechnung (zweiter Zeit-raum) |
| PREC | 10 | 05 | D | 02 | Schlussrechnung (dritter Zeitraum) |
| PREC | 10 | 06 | C | 04 | Gutschrift/Storno für 2.Zwischen-rechnung |
| PREC | 10 | 07 | E | 01 | 2.Zwischenrechnung Korrektur (zweiter Zeitraum) |
| Durch ein Fallstorno über den Aufnahmesatz werden neben dem Fall auch alle Rechnungen storniert | | | | | |
| PREC | 10 | 01 | A | 02 | Schlussrechnung |
| PAUF | {30-35} | 01 | | | Fallstorno |
| (Zur Abwicklung eines Falles nach einem Fallstorno ist die Anlage eines neuen Falles mit neuem kranken-hausinternen Kennzeichen notwendig.) | | | | | |
| Fehlerhafte Meldung | | | | | |
| PREC | 10 | 01 | A | 02 | Schlussrechnung mit Fehler |
| PREC(FHL) | 10 | 01 | A | 02 | Fehlermeldung |
| PREC | 10 | 01 | A | 02 | Schlussrechnung ohne Fehler |
| Fehlerhafte Gutschrift | | | | | |
| PREC | 10 | 01 | A | 02 | Schlussrechnung |
| PREC | 10 | 02 | A | 04 | Gutschrift/Storno mit Fehler |
| PREC(FHL) | 10 | 02 | A | 04 | Fehlermeldung |
| PREC | 10 | 02 | A | 04 | Gutschrift/Storno ohne Fehler |
| PREC | 10 | 03 | B | 02 | Schlussrechnung Korrektur |

| Nachrichtentyp | VKZ | Lfd.-Nr. | Rechnungs-nummer | Rechnungs-art | Beschreibung |
|---|---|---|---|---|---|
| Gutschrift einer fehlerhaften Schlussrechnung durch das Krankenhaus; Fehlermeldungen zur Schlussrechnung und zur Gutschrift (kein gutzuschreibender Datensatz vorhanden) durch das Versicherungsunternehmen | | | | | |
| PREC | 10 | 01 | A | 02 | Schlussrechnung mit Fehler |
| PREC(FHL) | 10 | 01 | A | 02 | Fehlermeldung |
| PREC | 10 | 02 | A | 04 | Gutschrift |
| PREC(FHL) | 10 | 02 | A | 04 | Fehlermeldung (gutzuschreibende Rechnung nicht vorhanden) |
| PREC | 10 | 01 | A | 02 | Schlussrechnung ohne Fehler |
| Mahnung von Rechnungen | | | | | |
| PREC | 10 | 01 | A | 01 | 1. Zwischenrechnung |
| PREC | 10 | 02 | B | 01 | 2. Zwischenrechnung |
| PREC | 10 | 03 | A | 07 | 1. Mahnung zur 1. Zwischenrechnung |
| PREC | 10 | 04 | C | 02 | Schlussrechnung |
| PREC | 10 | 05 | A | 08 | 2. Mahnung zur 1. Zwischenrechnung |