

**Nachtrag vom 19.4.2018**  
**mit Wirkung zum 1.7.2018 bzw 1.1.2019**  
**zur**  
**Fortschreibung vom 20. September 2013**  
**der**  
**Rahmenvereinbarung**  
**zur Datenübertragung von Abrechnungsdaten**  
**bei Krankenhausleistungen**  
**in Verbindung mit § 17c KHG**

zwischen

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

und

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

## **Erläuterungen zu einzelnen Nachträgen**

---

### **Nachträge 1 und 8 (1.1.2019):**

Die Wiederholbarkeit von Fehlersegmenten in der Nachrichtenart PFEH (PKV-Fehlernachricht) wird auf maximal 200 Wiederholungen angehoben.

### **Nachtrag 2 (1.7.2018):**

Zur Abrechnung der Leistungen von Belegärzten mit Honorarvertrag nach § 121 Abs. 5 SGB V sind nach § 18 Abs. 3 KHEntgG die mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte für Hauptabteilungen in Höhe von 80 Prozent abzurechnen. Dies gilt auch für abgesenkte Bewertungsrelationen nach Teil d des Fallpauschalkataloges. Der Entgeltschlüsselbereich wird hierfür entsprechend ergänzt (3.Stelle = `H`).

### **Nachtrag 3 (1.7.2018):**

Es wird klargestellt, dass ergänzende Tagesentgelte (`C4\*`) im stationsäquivalenten Behandlungsbereich (D) keine Anwendung finden.

### **Nachtrag 4 (1.7.2018):**

Die im Nachtrag vom 12.12.2017 beschriebenen Teilzahlungsentgelte für die stationsäquivalente Behandlung werden hier im Anhang B Teil III nochmals als Entgelte identifiziert und genannt.

### **Nachtrag 5 (1.1.2019):**

Die Nachrichten-Versionsnummer wird zum 1.1.2019 an die Versionsnummer des §301-Verfahrens angepasst.

### **Nachtrag 6 (1.7.2018):**

Das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik hat die Anforderungen an die einzusetzenden kryptografischen Verfahren bei der Übermittlung elektronischer Informationen überarbeitet und dabei insbesondere erhöhte Schlüssellängen vorgeschrieben. Diese Vorgaben wurden in der für Sozialversicherungsträger maßgeblichen „Security-Schnittstelle im Gesundheitswesen“ bereits umgesetzt. Diese Schnittstellendefinition entfaltet keine Gültigkeit für den Regelungsbereich der Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, wird jedoch inhaltlich von den Vereinbarungspartnern DKG und GKV-Spitzenverband anerkannt. Die bisherigen Regelungen der Technischen Anlage 4 der Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V zur kryptografischen Verfahren werden aufgehoben und durch einen Verweis auf die Security-Schnittstelle in der Fassung vom 26.10.2017 ersetzt.

Diese Regelung wird für die Rahmenvereinbarung nach § 17c Abs. 5 KHG entsprechend umgesetzt.

**Nachtrag 7 (1.7.2018):**

Es erfolgen Klarstellungen infolge der Regelungen zur stationsäquivalenten Behandlung. Es wird die Nutzung der neuen Entlassungs-/Verlegungsgründe in Kombination mit der Pseudofachabteilung `0004` beschrieben und klargestellt, wie mit der Angabe der Diagnosen umzugehen ist.

**Nachtrag 9 (1.7.2018):**

Der Nachtrag enthält eine Klarstellung des Merkmals "08" (Bestätigung des Versichertenverhältnisses) der Kostenübernahme gemäß Schlüssel 8. Bei Mitteilung einer anteiligen PKV-Versicherung (Angaben zum Versicherungsumfang in Prozent) wurde dies krankenseitig z. T. als prozentuale Kostenzusage interpretiert. Erfolgte die Bestätigung des Versichertenstatus ohne %-Angabe des Versicherungsumfangs, wurde wiederholt eine 100% Kostenzusage angenommen. Mit dem Merkmal ,08' wird jedoch ausschließlich das Bestehen eines Versicherungsverhältnisses mitgeteilt. Dies betrifft insbesondere Fälle, in denen eine Übermittlung der konkreten Kostenübernahme aufgrund von Prüfungen nicht innerhalb der vorgesehenen Frist (spätestens 3 Tage nach Erhalt der Aufnahmeanzeige) möglich ist. Eine Zusage zur Übernahme der Behandlungskosten ist mit der Ausprägung ,08' nicht verbunden. Nach Abschluss der Prüfung teilt das Versicherungsunternehmen die Kostenübernahme mit.

## Nachträge zur Anlage 2

### Nachtrag 1 (1.1.2019):

#### **PFEH      PKV-Fehlernachricht**

*wird wie folgt aktualisiert:*

Segment / Inhalt	Status	Darstellung	Inhalt / Bemerkungen
FKT Segment Funktion			s. Standardsegmente
FHL Segment Fehlermeldung	M	an3	FHL ( <del>40x</del> 200x möglich)
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)

....

## Nachträge zur Anlage 2

### Nachtrag 2 (01.07.2018):

#### Schlüssel 4 Teil I: Entgeltarten stationär

wird wie folgt angepasst:

...

#### 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

**Rückforderungen von Abschlägen bei Nichterreichen der unteren GVD** (§ 8 Abs. 5 Satz 2 KHEntgG)

- 0 keine Fallpauschale / kein Sonderentgelt
- 1 Hauptabteilung
- 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
- A Hauptabteilung
- B reserviert
- C Belegoperateur
- D Belegoperateur und Beleganästhesist
- E reserviert
- F reserviert
- G reserviert
- H Belegarzt mit Honorarvertrag (§18 Abs. 3 KHEntgG)\*reserviert

\* 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.

...

**Nachtrag 3 (01.07.2018):**

**Schlüssel 4 Teil III: Entgeltarten BPfIV (bei Anwendung §17d)**

wird wie folgt klargestellt:

...

1. Stelle:        Behandlungsbereich

A        vollstationärer Behandlungsbereich

B        teilstationärer Behandlungsbereich

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

D        stationsäquivalenter Behandlungsbereich\*\*

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

\*\* Die Entgeltbereiche 6, 7, D, G und H sind im Behandlungsbereich D möglich. Weiterhin sind im Behandlungsbereich D auch Entgelte des Behandlungsbereiches C (stationär) möglich. Ausgenommen hiervon ist der -Entgeltbereich 4 (Ergänzende Tagesentgelte).

...

**Nachtrag 4 (01.07.2018):**

## **Anhang A zur Anlage 2 - Entgeltarten**

wird wie folgt erweitert:

### **Teilzahlungsentgelte § 11 Abs. 1 Satz 3 BPfIV**

...

<u>DD100001</u>	<u>Teilzahlungsentgelt (stationsäquivalente Behandlungsfälle)</u>
<u>DD100002</u>	<u>Teilzahlungskorrektur (stationsäquivalente Behandlungsfälle)</u>

...

Nachträge zur Anlage 4

**Nachtrag 5 (01.01.2019):**

**5.2 Struktur der Datei**

*wird wie folgt angepasst:*

**Nachrichten-Kopfsegment**

Funktion: Dient dazu, eine Nachricht zu eröffnen, sie zu identifizieren und zu beschreiben.

Kennung	Darstellung	Status	Name	Inhalt / Bemerkungen
<b>UNH</b>	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
0052	an..3	M	Versionsnummer des <u>Nachrichtentyps</u>	<u>4415</u> <sup>1</sup>
0054	an..3	M	Nachrichtentyp Freigabenummer des Nachrichtentyps	000
0051	an..2	M	Verwaltende Organisation, codiert	00

<sup>1</sup> Die Versionsnummer muss immer der in der Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V für den Behandlungsfall gültigen Versionsnummer entsprechen



## **Nachtrag 6 (01.07.2018):**

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

wird wie folgt angepasst:

...

#### **1. Verschlüsselung und Signatur**

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

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

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.

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.

#### **1.1 Datenformate**

~~Die Datenformate sind entsprechend PKCS#7 (Public Key Cryptography Standard #7) zu strukturieren.~~

#### **1.2 Session-Key**

~~Als Session-Key ist AES (RFC 3565) mit einer Schlüssellänge von 256 Bit und CBC-Betriebsmodus (id-aes256-cbc) vorzusehen.~~

#### **1.3 Interchange Key**

~~Als Interchange Key ist RSA mit den unter 1.10 beschriebenen Parametern einzusetzen.~~

#### **1.4 Hashfunktion/Signaturalgorithmus**

~~Als Signaturalgorithmus ist RSA (Rives-Shamir-Adleman) gemäß PKCS#1 mit SHA-256 als Hashfunktion vorgesehen. Dabei wird als öffentlicher Exponent „e“ die 4. Fermatsche Zahl (0x10001 bzw.  $2^{16} + 1 = 65537$  dezimal) verwendet. Die Hash-Funktion wird zum Erzeugen eines so genannten Message Digest verwendet, aus dem die elektronische Unterschrift gebildet wird.~~

## ~~1.5 — RSA Schlüssellänge~~

~~Die RSA Schlüssellänge muss 2048-Bit (Standard) betragen.~~

## ~~1.6 — Öffentlicher Exponent des RSA Algorithmus~~

~~Als RSA Exponent soll die 4. Fermat Zahl ( $2^{16} + 1$ ) gewählt werden (siehe X.509).~~

## ~~1.7 — Public Key Format~~

~~Hier ist die ASN.1 Syntax <sup>1)</sup> sowie X.509 <sup>2)</sup> einzuhalten.~~

## ~~1.8 — Zertifikate~~

~~Zertifikate sind in ASN.1 entsprechend X.509 zu implementieren. Bei der Codierung der Zertifikate sind die Distinguished Encoding Rules (DER) entsprechend X.509, Kapitel 8.7, einzuhalten.~~

~~Für die Schlüsselverwaltung wird eine Lösung entsprechend X.509 <sup>3)</sup> vorgesehen.~~

## ~~1.9 — Struktur der X.500-Adresse~~

~~Die X.500-Adresse hat den Empfehlungen / Standards nach X.500 ff. zu entsprechen.~~

<del>C</del>	<del>Country</del>	<del>DE</del>
<del>O</del>	<del>Organization</del>	<del>(Name des Trust Centers)</del>
<del>OU</del>	<del>Organization Unit</del>	<del>(Name der Institution)</del>
<del>OU</del>	<del>Organization Unit</del>	<del>(IK der Institution)</del>
<del>CN</del>	<del>Common Name (Allgemeiner Name)</del>	<del>(Name des Ansprechpartners)</del>

## ~~1.10 — Zusammenfassende Darstellung der Schnittstelle~~

<del>Datenformate:</del>	<del>PKCS#7</del>
<del>Hash:</del>	<del>SHA-256</del>
<del>RSA Schlüssellänge:</del>	<del>2048 Bit</del>
<del>RSA Exponent:</del>	<del>4. Fermat Zahl: (<math>2^{16} + 1</math>)</del>
<del>Public Key Format:</del>	<del>ASN.1 / X.509</del>
<del>Private Key Format:</del>	<del>nicht definiert</del>
<del>Zertifikate:</del>	<del>ASN.1 / X.509</del>

**Literaturhinweise**

- ~~<sup>1)</sup> ASN.1 X.208 CCITT Recommendation X.208: Specification of Abstract Syntax Notation One (ASN.1), 1988~~  
~~X.209 CCITT Recommendation X.209: Specification of basic encoding rules for Abstract Syntax Notation One (ASN.1), 1988~~
- ~~<sup>2)</sup> X.509 CCITT Recommendation X.509: The Directory - Authentication Framework, 1988.~~
- ~~<sup>3)</sup> X.500 CCITT Recommendation X.500: The Directory - Overview of Concepts, Models and Services, 1988.~~

...

## Nachträge zur Anlage 5

### Nachtrag 7 (01.07.2018):

#### 1.4.11.4. Abrechnung stationsäquivalenter Behandlungsfälle

wird wie folgt klargestellt:

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. 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.

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.

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.

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.

...

**Nachtrag 8 (1.1.2019):**

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

*wird wie folgt aktualisiert*

...

**FHL Segment Fehlermeldung (40-200 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).

---

**Nachtrag 9 (1.7.2018):**

Für das Segment KOS (Bestätigung des Versichertenstatus) werden die Durchführungshinweise für das Merkmal „08“ der Kostenübernahme wie folgt ergänzt:

**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.

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.

Das Merkmal „08“ kann bei Bestätigung des Versichertenstatus sowohl als Antwort auf PAUF als auch als Antwort auf PVER verwendet werden.

...