

**Nachtrag vom 19.2.2024
mit Wirkung zum 1.4.2024, 1.5.2024 und 1.7.2024**

zur

4. Fortschreibung vom 12.8.2022

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 1,2 und 5: Operationalisierung der speziellen sektorengleichen Vergütung nach §115f SGB V

Die Übermittlung von Fall- und Abrechnungsdaten nach §115f SGB V erfolgt auf Basis der Vereinbarung zur Umsetzung des Abrechnungsverfahrens der speziellen sektorengleichen Vergütung gemäß § 115f SGB V (Hybrid-DRG) im Rahmen der Datenübermittlung gemäß § 17c Absatz 5 KHG (PKV-Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung) vom 06.02.2024 zwischen PKV und DKG.

Demnach erfolgt die Abrechnung als eigenständiger Fall sofern der betreffende Fall bei Anwendung des jeweils gültigen aG-DRG-Groupierungsalgorithmus in die betreffende Hybrid-DRG eingruppiert wird. Dafür wird der Aufnahmegrund „1201“ in der Abrechnung an die Krankenversicherung übermittelt.

Der Entgeltartenschlüssel wird für den Bereich der Hybrid-DRGs erweitert: `7090####`. 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.

In Anlage 5 wird das Nähere zur Abrechnung der Hybrid DRGs geregelt. Ab dem 01.05.2024 ist der eigenständige Fall mit einem dafür vorgesehenen Aufnahmegrund und einer Entlassungsanzeige und Schlussrechnung abzurechnen. Krankenhäuser können kurzfristig ab dem 15.02.2024 Zwischenrechnungen stellen um die Preise der Hybrid DRGs abrechnen zu können. Bereits per Zwischenrechnung in Rechnung gestellte Fälle sind bis zum 31.08.2024 abzuwickeln.

Nachtrag 3, Anhang: Wahlleistungen in Verbindung mit tagesstationärer Behandlung: (ab Aufnahmedatum 1.4.2024)

Da Wahlleistungen bei tagesstationärer Behandlung der Patienten nur in einem reduzierten Umfang erbracht werden, ist eine angemessene Minderung der bei vollstationärer Behandlung gültigen Zimmerzuschläge der gewählten Zimmerkategorie vorzunehmen.

In Folge der Ergänzung zur Gemeinsamen Empfehlung zur Bemessung der Entgelte für Unterkunftswahlleistungen vom 19.9.2023 wird die Höhe der Minderung pauschal auf 25 Prozent des Gesamtpreises der jeweils vereinbarten Zimmerkategorie bei vollstationärer Leistung festgelegt.

Zu diesem Zweck werden zwei fallbezogene Abschläge vereinbart. Die Abschläge beziehen sich jeweils ausschließlich auf die zugehörigen Unterkunftswahlleistungen an Tagen, an denen eine tagesstationäre Abwesenheit nach §115e SGB V stattfand.

Bis zum Inkrafttreten des Nachtrags wird §3 der gemeinsamen Empfehlung zur Bemessung der Entgelte für Unterkunftswahlleistungen durch eine entsprechende Rechnungskürzung der Versicherung beglichen.

Nachtrag 4, 6: Meldenachweis Implantatebezogener Eingriffe (IBE)

(ab Aufnahmedatum 1.7.2024)

Werden im Laufe einer Behandlung Prozeduren durchgeführt, die in der Liste der Meldepflicht auslösender OPS-Codes (sog. „Trigger-Liste“) des Implantateregister Deutschland enthalten sind, löst dies eine Meldepflicht der Krankenhäuser aus. In diesem Fall muss das Krankenhaus alle auslösenden OPS-Codes aus der Trigger-Liste als „spezifische OPS-Codes der Maßnahme“ sowie weitere Angaben zur Behandlung an das IRD übermitteln und erhält als Bestätigung die Meldebestätigung nach § 16 der Betriebsverordnung. Für die Übermittlung und Abrechnung belegärztlich erbrachter implantatebezogener Leistungen stehen noch Klärungen mit dem IRD aus, die ggf. in einem späteren Nachtrag geregelt werden.

In der Abrechnung des Krankenhauses werden ab dem 01.07.2024 alle für die Abrechnung relevanten OPS-Codes an die Krankenversicherung übermittelt. Zur Prüfung, ob alle auslösenden OPS-Codes aus der Abrechnung des Krankenhauses zuvor dem IRD angezeigt wurden, wenn die Abrechnung mindestens einen OPS-Code der Trigger-Liste enthält, leitet das Krankenhaus die vom IRD erhaltene Meldebestätigung nach § 16 der Implantateregister-Betriebsverordnung unverändert an den Kostenträger weiter. Insbesondere umfasst die Meldebestätigung den alphanumerischen Code der Meldebestätigung, den Hashwert der Meldebestätigung und die der Berechnung des Hashwertes zugrundeliegende Zeichenkette (Hash-String), bestehend aus dem Code der Meldebestätigung, der Liste von OPS-Codes und dem Kennzeichen der Produktzuordnung.

Die Krankenversicherung kann damit einerseits prüfen, ob die in der Liste enthaltenen OPS-Codes an das IRD übermittelt wurden (Prüfung der OPS-Liste gegen den Hashwert) und andererseits die Plausibilität der Abrechnung prüfen (Prüfung der OPS-Liste gegen Entlassungsanzeige). Zur Umsetzung der Prüfung sieht § 16 der Implantateregister-Betriebsverordnung eine öffentliche Schnittstelle vor, mittels derer Krankenkassen das Vorliegen einer Meldung mit dem übermittelten Meldebestätigungscode zusammen mit dem übermittelten Hash-Wert, der aus den spezifischen OPS-Codes der Meldung gebildet wurde, im Implantateregister überprüfen können. Die Spezifikation dieser Schnittstelle ist seit dem 30.11.2023 veröffentlicht (<https://xml.ir-d.de/rst/schema-kt/V1.0/>).

Die Übermittlung des Meldenachweises zählt zu den abrechnungsbegründenden Unterlagen und wird daher mit der Entlassungsanzeige übermittelt. Ein Fall kann hierbei mehrere implantatebezogene Maßnahmen umfassen.

Nachträge zu Anlage 2

Nachtrag 1:

Aufnahmegrund Hybrid-DRG ab dem 01.05.2024 für Aufnahmen ab dem 01.01.2024:

Schlüssel 1: Aufnahmegrund

wird wie folgt angepasst:

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
- 09 frei
- 10 Stationsäquivalente Behandlung
- 11 Übergangspflege
- [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

...

**Nachtrag 2: Ergänzung Entgeltarten §115f SGB V ab dem 01.05.2024 für
Aufnahmen ab dem 01.01.2024**

Schlüssel 4 Teil I: Entgeltarten stationär

wird wie folgt angepasst:

1.-2. Stelle: Entgeltschlüssel

- 01 Tagesgleicher Pflegesatz
- 02 Ermäßigter Abteilungspflegesatz nach § 14 Abs.2 Satz 3 oder Abs. 7 Satz 2
BPfIV (in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
- ...
- 60 Sonderfall
- 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
- ...

3. Stelle: Zusatzschlüssel für

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

DRG-Fallpauschalen (§ 7 Nr. 1 KHEntgG), bzw. Hybrid-DRG nach Anlage 2
Hybrid-DRG-Verordnung

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
Entgelt für Pflegeerlös / Tag

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

...

**Nachtrag 3: Neues Abschlagsentgelt zu Wahlleistungen bei tagesstationärer
Behandlung (Ab Aufnahmedatum 1.4.2024):**

Schlüssel 4 Teil I: Entgeltart stationär

wird wie folgt ergänzt:

...

472 Abschlüsse nach GMG und sonstige Abschlüsse

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)

...

Nachträge zu Anhang B zur Anlage 2 - Fehlercodes

Nachtrag 4 Fehlercodes zur Übermittlung IBE-Segment (Ab Aufnahmedatum 1.7.2024):

...

Spezifische Fehler der Prüfstufe 3

wird wie folgt ergänzt:

Fehlercode Fehlertext

...

34226	Berechneter Hashwert im IBE Segment nicht korrekt ermittelt weicht von dem übermittelten Hashwert ab
34227	ID Meldebestätigung stimmt nicht mit Angabe IBE überein
34228	Nicht alle auslösenden OPS-Codes in der Entlassungsanzeige sind in den OPS-Listen des-der Hash-String unzulässig-s enthalten
34229	Angabe Produktzuordnung entspricht nicht `0` oder `1`
34230	Ein auslösender OPS-Code gemäß OPS Trigger Liste des IRD ist enthalten, erfordert ein IBE-Segment, aber Segment IBE fehlt jedoch kein Segment IBE angeliefert
...	
34236 34238	Die Angabe des Verlegungs-/Entlassungsgrundes 32x – 35x ist nur in Zusammenhang mit der Pseudo-Fachabteilung 0006 zulässig
34239	Prüfung der Meldebestätigung beim IRD war nicht erfolgreich
34240	IBE-Segment übermittelt ohne auslösenden OPS-Code
34241	ID-Meldebestätigung wurde bereits verwendet
34242	Nicht alle auslösende OPS-Codes der Hash-Strings sind in der Entlassungsanzeige enthalten
...	
34999	Noch nicht spezifizierter Fehler

Nachträge zu Anlage 5

Nachtrag 5 Abrechnung Hybrid DRG ab dem 01.05.2024 für Aufnahmen ab dem 01.01.2024:

1.4 Vorgaben für besondere Fallkonstellationen

wird wie folgt ergänzt:

...

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:

Für die Aufnahme eines Patienten im Rahmen der speziellen sektorengleichen Vergütung nach §115f SGB V ist ein Aufnahmesatz mit dem Aufnahmegrund `1201` (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.

Im `ENT` Segment finden im Feld `Entgeltart` die Entgeltschlüssel aus dem Bereich der Hybrid-DRGs `7090####` 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 (7090xxxx) bei der Ermittlung des Zu-/Abschlagsbetrages nicht zu berücksichtigen.

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 `1201` und dem Verarbeitungskennzeichen `20` (Korrektur) neu übermittelt. Diese Aufnahmeanzeige und folgende Nachrichten haben den Wert HYB im Vertragskennzeichen dann nicht mehr zu enthalten.

Nachtrag 6 Anwendung IBE Segment

IBE Segment implantatebezogene Eingriffe (ab Aufnahme datum 1.7.2024)

wird wie folgt ergänzt:

1. ID Meldebestätigung

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: Das Krankenhaus gibt mit dem Hash-String die der Berechnung des Hashwertes zugrundeliegende Zeichenkette (Hash-String) wie folgt an:~~

~~[Code-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 je nach Nutzung eines noch festzulegenden mittels der Hash-Algorithmus Funktion SHA-256 aus dem Hash-String erzeugte Hash-Wert als String aus Hexadezimalzahlen angegeben. die Hashfunktion als Hexadezimalzahl angegeben.~~

Beispiel:

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+d04344f652d2db131c0d1f55ed89f8c80a015df450deac8e45f3b959ce1fc746'

UNT+11+00001'

Anhang 1

Berechnungsschema für Abschlag bei Walleistungen bei nicht anfallender Übernachtung im Rahmen tagesstationärer Behandlung (§ 115e Abs. 3 SGB V)

Für die Berechnung des Abschlages nach § 115e Abs. 3 SGB V zum Abzug 25% von **Walleistungsentgelten 1-Bettzimmer** bei nicht anfallender Übernachtung im Rahmen tagesstationärer Behandlung wird der vom Krankenhaus in Rechnung gestellte Abschlagsbetrag wie folgt ermittelt:

47200001 ⇨ 01.04.2024 – 31.12.9999

1. Für den Abschlag zu 1-Bettzimmer-Walleistungen wurde der Entgeltartenschlüssel „47200001“ festgelegt. Dieser wird in der Rechnung separat ausgewiesen.
2. Der vom Krankenhaus in Rechnung gestellte Abschlagsbetrag wird auf der Basis der Anzahl der Tage mit tagesstationärer Behandlung nach §115e SGB V wie folgt ermittelt:
 - a. Der Abschlagsbetrag ist durch Multiplikation der Anzahl der betreffenden nächtlichen Abwesenheiten mit dem Faktor 0,25 auf 1-Bettzimmer-Walleistungen zu erheben.
 - b. kaufmännische Rundung des nach Nr. a. errechneten Abschlagsbetrages auf 2 Nachkommastellen
 - c. Die Berechnung erfolgt auf Basis folgender Entgeltarten:

54XXXXXG Walleistung Unterkunft: 1-Bett-Zimmer-Zuschlag (alle Entgeltarten 54* außer Reservierungen)

Es wird eine auf 2 Nachkommastellen gerundete Summe über alle o.g. Entgeltarten (Abschläge sind dabei mit negativem Vorzeichen zu berücksichtigen) gebildet [(Entgeltbetrag) x (Entgeltanzahl)].

Für die Berechnung des Abschlages nach § 115e Abs. 3 SGB V zum Abzug 25% von **Walleistungsentgelten 2-Bettzimmer** bei nicht anfallender Übernachtung im Rahmen tagesstationärer Behandlung wird der vom Krankenhaus in Rechnung gestellte Abschlagsbetrag wie folgt ermittelt:

47200002 ⇨ 01.04.2024 – 31.12.9999

1. Für den Abschlag zu 2-Bettzimmer-Walleistungen wurde der Entgeltartenschlüssel „47200002“ festgelegt. Dieser wird in der Rechnung separat ausgewiesen.
2. Der vom Krankenhaus in Rechnung gestellte Abschlagsbetrag wird auf der Basis Anzahl von Tagen mit tagesstationärer Behandlung nach §115e SGB V wie folgt ermittelt:

- a. Der Abschlagsbetrag ist durch Multiplikation der Anzahl der betreffenden nächtlichen Abwesenheiten mit dem Faktor 0,25 auf 2-Bettzimmer-Wahlleistungen zu erheben.
- b. kaufmännische Rundung des nach Nr. a. errechneten Abschlagsbetrages auf 2 Nachkommastellen
- c. Die Berechnung erfolgt auf Basis folgender Entgeltarten:
 - 55* Wahlleistung Unterkunft: 2-Bett-Zimmer-Zuschlag (alle Entgeltarten 55* außer Reservierungen)
 - 56* Wahlleistung Unterkunft: Differenz 1-Bett- zu 2-Bett-Zimmer-Zuschlag

Es wird eine auf 2 Nachkommastellen gerundete Summe über alle o.g. Entgeltarten (Abschläge sind dabei mit negativem Vorzeichen zu berücksichtigen) gebildet [(Entgeltbetrag) x (Entgeltanzahl)].