

12. Fortschreibung vom 20.3.2014

zur Fortschreibung der § 301-Vereinbarung
vom 31.3.2012
mit Wirkung zum 1.1.2015

Hinweis:

1. Diese Fortschreibung wird als gruppierungsrelevant eingestuft.
2. Diese 12. Fortschreibung gilt für stationäre Aufnahmen und ambulante Fälle ab dem 1.1.2015.
3. Bei ASV-Patienten (§ 116b (neu)) mit Behandlungsbeginn vor dem 1.1.2015 wird für die Abrechnung der Leistungen des 2.- 4. Quartals 2014 die Nachrichtenversion 11 verwendet. Dabei werden mit dem Verarbeitungskennzeichen `13` bzw. `43` die Teamnummer und die neu geschaffenen Leistungsbereichsziffern (Schlüssel 22) angewandt. Die Annahme der Abrechnung dieser ASV-Patienten (§ 116b (neu)) wird kassenseitig zum 1.10.2014 sichergestellt.

Fortschreibungen zur Anlage 1

Fortschreibung 1

Beispiel: Aufnahmesatz

wird wie folgt aktualisiert:

UNH	Kopfsegment Absender und Nachrichtentyp	UNH
	Nachrichtenreferenznummer	00001
	Nachrichtenennung	AUFN: 11 2:000:00
FKT	Segment Funktion	FKT
	Verarbeitungskennzeichen	10
	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
	IK des Absenders	123456789
	IK des Empfängers	987654321
INV	Segment Information Versicherter	INV
	Krankenversicherten-Nr.	123456789012
	Versichertenstatus Versichertenart	1 23451
	Besonderer Personenkreis	4
	DMP-Teilnahme	1
	Gültigkeit der Versichertenkarte	1 3 12
	KH-internes Kennzeichen des Versicherten	A95-12345
	Fallnummer der Krankenkasse	Angabe entfällt
	Aktenzeichen der Krankenkasse	Angabe entfällt
	Tag des Beginns des Versicherungsschutzes	Angabe entfällt
	Vertragskennzeichen	-
NAD	Segment Name/Adresse	NAD
	Name des Versicherten	Meier
	Vorname des Versicherten	Hugo
	Geschlecht	m
	Geburtsdatum des Versicherten	20030101
	Straße und Haus-Nr.	-
	Postleitzahl	-
	Wohnort	-
	Titel des Versicherten	-
	Internationales Länderkennzeichen	-
	Namenszusatz	-
	Vorsatzwort	-
	Anschriftezusatz	-
...		
DPV	Segment Diagnosen-/Prozedurenversion	DPV
	ICD-Version	2013 2014
	OPS-Version	Angabe entfällt
AUF	Segment Aufnahme	AUF
	Aufnahmetag	20131001 20141001
	Aufnahmeuhrzeit	1120
	Aufnahmegrund	0101
	Fachabteilung	0700
	Voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung	20131009 20141009

...

UNH+00001+AUFN:~~11~~12:000:00'

FKT+10+01+123456789+987654321'

INV+123456789012+~~123451~~+4+1+1~~34~~12+A95-12345'

NAD+Meier+Hugo+m+20030101'

DPV+~~2013~~'2014'

AUF+~~20131001~~20141001+1120+0101+0700+~~20131009~~20141009+++123456789'

EAD+M50.8:'

UNT+...

Fortschreibung 2

Hinweis: Mit der Ablösung der Krankenversichertenkarte wird diese durch den Begriff „elektronische Gesundheitskarte“ abgelöst und im Folgenden als „eGK“ bezeichnet. Das INV- und NAD Segment werden an die Änderungen durch die eGK angepasst. Exemplarisch werden die Änderungen am Beispiel des Aufnahmesatzes der Anlage 1 veranschaulicht, sie betreffen jedoch alle Segmente INV und NAD der Anlage 1 wie folgt:

Aufnahmesatz*wird wie folgt geändert:*

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
...				
INV	Segment Information Versicherter	M	an3	'INV'
	Krankenversicherten-Nr.	K	an..12	
	Versichertenstatusart	K	an51	Schlüssel 12 (Teil 1), '99999' bei Auslandsversicherten
	Besonderer Personenkreis	K	n1	Schlüssel 12 (Teil 2), '9' bei Auslandsversicherten
	DMP-Teilnahme	K	n1	Schlüssel 12 (Teil 3), '9' bei Auslandsversicherten
	Gültigkeit der Versichertenkarte	K	an4	Bis-Datum (JJMM)
	KH-internes Kennzeichen des Versicherten	M	an..15	
	Fall-Nummer der Krankenkasse	K	an..17	Angabe entfällt
	Aktenzeichen der Krankenkasse	K	an..8	Angabe entfällt
	Tag des Beginns des Versicherungsschutzes	K	an8	Angabe entfällt
	Vertragskennzeichen	K	an..25	
NAD	Segment Name/Adresse	M	an3	'NAD'
	Name des Versicherten	M	an..4745	
	Vorname des Versicherten	M	an..3045	
	Geschlecht	M	an1	Schlüssel 21
	Geburtsdatum des Versicherten	KM	an8	JJJJMMTT
	Straße und Haus-Nr.	K	an..3056	
	Postleitzahl	K	an..710	
	Wohnort	K	an..2540	
	Titel des Versicherten	K	an..1720	
	Internationales Länderkennzeichen	K	an..3	Schlüssel 7
	Namenszusatz	K	an..20	
	Vorsatzwort	K	an..20	
	Anschriftenzusatz	K	an..40	

Fortschreibung 3

Hinweis: Die Wiederholbarkeit des Segmentes `Fehlermeldung` ist anzupassen.

Fehlernachricht

wird wie folgt geändert:

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
FKT	Segment Funktion	M	an3	siehe Anlage 4 (7.2.4)
	Verarbeitungskennzeichen	M	an2	'10'
	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	M	an2	'01'
	IK des Absenders	M	an9	IK der Krankenkasse / des Krankenhauses oder falls nicht bekannt entsprechendes IK aus UNB
	IK des Empfängers	M	an9	IK des Krankenhauses / der Krankenkasse oder falls nicht bekannt entsprechendes IK aus UNB
FHL	Segment Fehlermeldung	M	an3	'FHL' (20x 40x 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

...

Fortschreibung 4

Hinweis: Mit der ASV–AV (Stand Unterschriftenversion 18.03.2014) wird die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) und deren Abrechnung nach § 116b SGB V neu (im Folgenden § 116b (neu) genannt) geregelt.

Die Annahme der Übermittlung von Leistungen nach § 116b (neu) wird von den Krankenkassen gemäß § 10 Abs. 3 ASV–AV zum 1.10.2014 sichergestellt. Leistungen nach § 116b (neu), die im 2. und 3. Quartal 2014 erbracht wurden, können daher erst ab dem 1.10.2014 abgerechnet werden.

Die Übermittlung von Leistungen nach § 116b (neu), welche vor dem Inkrafttreten der 12. Fortschreibung am 1.1.2015 erbracht wurden, erfolgt mit der Nachrichtenversion 11. Dabei werden u.a. die Teamnummer im Vertragskennzeichen und als Verarbeitungskennzeichen `13` bzw. `43` angegeben (siehe Ausführungen auch Fortschreibung 8 und 23).

Die Änderungen im Rahmen der eGK und der ASV–AV werden ebenfalls folgend dargestellt.

Rechnungssatz Ambulante Operation

wird wie folgt geändert:

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
FKT	Segment Funktion	M	an3	siehe Anlage 4 (7.2.4)
	Verarbeitungskennzeichen	M	an2	Schlüssel 9
	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	M	an2	'01', ...
	IK des Absenders	M	an9	IK des Krankenhauses
	IK des Empfängers	M	an9	IK der Krankenkasse
INV	Segment Information Versicherter	M	an3	'INV'
	Krankenversicherten–Nr.	K	an..12	
	Versichertenstatus Versichertenart	K	an5 n1	Schlüssel 12 (Teil 1), '9999' bei Auslandsversicherten
	Besonderer Personenkreis	K	n1	Schlüssel 12 (Teil 2), '9' bei Auslandsversicherten
	DMP–Teilnahme	K	n1	Schlüssel 12 (Teil 3), '9' bei Auslandsversicherten
	Gültigkeit der Versichertenkarte	K	an4	Bis–Datum (JJMM)
	KH–internes Kennzeichen des Versicherten	M	an..15	
	Fall–Nummer der Krankenkasse	K	an..17	Angabe entfällt
	Aktenzeichen der Krankenkasse	K	an..8	Angabe entfällt
	Tag des Beginns des Versicherungsschutzes	K	an8	Angabe entfällt
	Vertragskennzeichen	K	an..25	Muss angegeben werden bei § 116b (neu) (Teamnummer '00xxxxxx')

NAD	Segment Name/Adresse	M	an3	'NAD'
	Name des Versicherten	M	an..4745	
	Vorname des Versicherten	M	an..3045	
	Geschlecht	M	an1	Schlüssel 21
	Geburtsdatum des Versicherten	K M	an8	JJJMMTT
	Straße und Haus-Nr.	K	an..3056	
	Postleitzahl	K	an..710	
	Wohnort	K	an..2540	
	Titel des Versicherten	K	an..1720	
	Internationales Länderkennzeichen	K	an..3	Schlüssel 7
	Namenszusatz	K	an..20	
	Vorsatzwort	K	an..20	
	Anschriftenzusatz	K	an..40	
CUX	Segment Währung	M	an3	'CUX'
	Währungskennzeichen	M	an3	Schlüssel 18
DPV	Segment Diagnosen- und Prozedurenversion	M	an3	'DPV'
	ICD-Version	M	an..6	Versionskennung des Diagnoseschlüssels
	OPS-Version	K	an..6	Versionskennung des Prozedurenschlüssels
REC	Segment Rechnung	M	an3	'REC'
	Rechnungsnummer	M	an..20	
	Rechnungsdatum	M	an8	JJJMMTT
	Rechnungsart	M	an2	Schlüssel 11
	Tag des Zugangs	M	an8	JJJMMTT
	Rechnungsbetrag	M	n..10	99999999,99
	Debitoren-Kontonr. des Krankenhauses	K	an..9	
	Referenznummer des Krankenhauses	K	an..20	
	IK des Krankenhauses für Zahlungsweg	K	an9	wenn abweichend von FKT
	Honorar-/ Investitionskosten- summe (für Pauschale)	M	n..8	999999,99, nur bei § 115 b (Honorarsumme), bzw. § 116b (neu) (Investitionskostenabschlag), sonst 0,00
	Pauschale	K	n..8	999999,99
ZLG	Segment Zuzahlung	K	an3	'ZLG'
	Zuzahlungsbetrag	M	n..6	9999,99
	Zuzahlungskennzeichen	M	an1	Schlüssel 15
RZA	Segment Rechnungszusatz Ambulante OP	M	an3	'RZA'
	Fachabteilung	M	an4	Schlüssel 6
	Arztnummer des überweisenden Arztes	K	an..9	Arztnummer des Arztes, Muss angegeben werden bei § 116b (neu): bei Überweisung in die ASV

	Betriebsstättennummer des überweisenden Arztes	K	an..9	Betriebsstättennummer des Arztes, Muss angegeben werden bei § 116b (neu): bei Überweisung in die ASV
	Zahnarztnummer des überweisenden Zahnarztes	K	an..9	KZV-Nummer des Zahnarztes
	Überweisungsdiagnose	K		(Datenelementgruppe), Muss angegeben werden bei § 116b (neu): bei Überweisung in die ASV
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
	Diagnosensicherheit	K	a1	Schlüssel 17
	Sekundär-Diagnose	K		(Datenelementgruppe)
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
	Diagnosensicherheit	K	a1	Schlüssel 17
	Arztnummer des Belegarztes/kooperierenden Vertragsarztes	K	an..9	bei § 115b
	Arztnummer eines weiteren kooperierenden Vertragsarztes	K	an..9	bei § 115b
	Betriebsstättennummer	K	an..9	bei §§ 117–119 Fällen
	Datum der Überweisung in die ASV	K	an..8	JJJJMMTT, Muss angegeben werden bei § 116b (neu): bei Überweisung in die ASV
	KV-Bezirk	M	an2	Schlüssel 26
	EBM-Version	K	an8	JJJJMMTT
BDG	Segment Behandlungsdiagnose	M	an3	'BDG' (30x möglich)
	Behandlungsdiagnose	M		(Datenelementgruppe)
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
	Diagnosensicherheit	K	a1	Schlüssel 17
	Sekundär-Diagnose	K		(Datenelementgruppe)
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
	Diagnosensicherheit	K	a1	Schlüssel 17
	Diagnoseart	M	a1	1 = Behandlungsdiagnose, 2 = bei § 116b (neu): Diagnose der Überweisung innerhalb der ASV
	Teammitgliedsidentifikation	K	an9	Muss angegeben werden bei § 116b (neu): bei Diagnoseart '2', bei KH: Fachgruppennummer
PRZ	Segment Prozedur	K	an3	'PRZ' (3099 x möglich)
	Prozedur	M		(Datenelementgruppe)
	Prozedurenschlüssel	M	an..11	Amtlicher OP-Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
	Prozedurentag	M	an8	JJJJMMTT

	Lebensspende	K	a1	„J“ bei Lebensspende, sonst leer
ENA	Segment Entgelt Ambulante OP	M	an3	'ENA' (999x möglich)
	Entgeltart	M	an8	Schlüssel 4 Teil II
	Zusatzkennzeichen EBM	K	an3	Schlüssel 19
	Abrechnungsbegründung	K	an..70	Text
	in Honorar-/ Investitionskosten Pauschale enthalten	K	a1	„J“ wenn in Honorarsumme für die Berechnung der Pauschale nach AOP-Vertrag enthalten, § 116b (neu): 'A' (Investitionskostenabschlag) sonst leer , nur für § 115b und § 116b (neu) Fälle, sonst leer
	Tag der Behandlung	M	an8	JJJMMTT
	Punktzahl	K	n..6	999999
	Punktwert	K	n..8	99,999999 Cent
	Entgeltbetrag	M	n..10	99999999,99 (Einzelbetrag)
	Entgeltanzahl	M	n..3	
	Doppeluntersuchung	K	an1	„J“ bei Doppeluntersuchung, sonst leer
	Teammitgliedsidentifikation	K	an9	Muss angegeben werden bei § 116b (neu), bei KH: Fachgruppennummer
	Teamebene	K	an2	Muss angegeben werden bei § 116b (neu), Schlüssel 25
	Gennummer, codiert	K	an12	sofern bei EBM notwendig
	Anzahl Gennummer	K	n...3	Multiplikator Gennummer
EZV	Segment Einzelvergütung	K	an3	'EZV' (30x möglich)
	Einzelvergütung	M	n..8	999999,99
	Einzelvergütung, Erläuterung	M	an2	Schlüssel 3, bei § 116b (neu): außer '05' oder '06'
	Einzelvergütung, Texterläuterung	K	an..70	Text
	Anzahl	M	n..3	
	Tag der Behandlung	K	an8	JJJMMTT
	Honorarsummen-/ Investitionskostenrelevanter Anteil	K	n..8	999999,99, nur bei § 115 b (Honorarsumme), bzw. § 116b (neu) (Investitionskostenabschlag), sonst leer
LEI	Segment Leistungsdokumentation	K	an3	'LEI' (999x möglich)
	Leistungsart	M	an2	Schlüssel 24
	Leistungsschlüssel	M	an..20	Schlüssel 22 bei § 116b Fällen oder Schlüssel 23 bei PIA Doku oder `9999`, Schlüssel 28 bei § 116b (neu)
	Leistungstag	K	an8	JJJMMTT

...

Fortschreibung 5

Hinweis: Mit den Änderungen im „Rechnungssatz Ambulante Operation“ ist ebenfalls der „Zahlungssatz Ambulante Operation“ anzupassen.

Zahlungssatz Ambulante Operation*wird wie folgt geändert:*

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung	
FKT	Segment Funktion	M	an3	siehe Anlage 4 (7.2.4)	
	Verarbeitungskennzeichen	M	an2	Schlüssel 9	
	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	M	an2	'01', ...	
	IK des Absenders	M	an9	IK der Krankenkasse	
	IK des Empfängers	M	an9	IK des Krankenhauses	
INV	Segment Information Versicherter	M	an3	'INV'	
	Krankenversicherten-Nr.	K	an..12		
	Versichertenstatus Versichertenart	K	an5 n1	Schlüssel 12 (Teil 1), '99999' bei Auslandsversicherten	
	Besonderer Personenkreis	K	n1	Schlüssel 12 (Teil 2), '9' bei Auslandsversicherten	
	DMP-Teilnahme	K	n1	Schlüssel 12 (Teil 3), '9' bei Auslandsversicherten	
	Gültigkeit der Versichertenkarte	K	an4	Bis-Datum (JJMM)	
	KH-internes Kennzeichen des Versicherten	M	an..15		
	Fall-Nummer der Krankenkasse	K	an..17		
	Aktenzeichen der Krankenkasse	K	an..8		
	Tag des Beginns des Versicherungsschutzes	K	an8	JJJJMMTT	
NAD	Vertragskennzeichen	K	an..25	Muss angegeben werden bei § 116b (neu) (Teamnummer '00xxxxxx')	
	Segment Name/Adresse	M	an3	'NAD'	
	Name des Versicherten	M	an..4745		
	Vorname des Versicherten	M	an..3045		
	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	
Tag des Zugangs		M	an8	JJJJMMTT	

	Rechnungsbetrag	M	n..10	99999999,99
	Debitoren-Kontonr. des Krankenhauses	K	an..9	
	Referenznummer des Krankenhauses	K	an..20	
	IK des Krankenhauses für Zahlungsweg	K	an9	wenn abweichend von FKT
	Honorar-/ Investitionskosten summe (für Pauschale)	M	n..8	999999,99
	Pauschale	K	n..8	999999,99
ZPR	Segment Zahlung / Prüfung	M	an3	'ZPR'
	Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen	M	n..10	99999999,99
	Prüfungsvermerk	M	an2	Schlüssel 10
	Honorar-/ Investitionskosten summe, neu berechnet	K	n..8	999999,99, nur bei § 115 b (Honorarsumme), bzw. § 116b (neu) (Investitionskostenabschlag), sonst 0,00
	Pauschale, neu berechnet	K	n..8	999999,99
ZLG	Segment Zuzahlung	K	an3	'ZLG'
	Zuzahlungsbetrag	M	n..6	9999,99
	Zuzahlungskennzeichen	M	an1	Schlüssel 15
ENA	Segment Entgelt Ambulante OP	K	an3	'ENA' (999x möglich)
	Entgeltart	M	an8	Schlüssel 4 Teil II
	Zusatzkennzeichen EBM	K	an3	Schlüssel 19
	Abrechnungsbegründung	K	an..70	Text
	in Honorar-/ Investitionskosten summe für Pauschale enthalten	K	a1	„J“ wenn in Honorarsumme für die Berechnung der Pauschale nach AOP – Vertrag enthalten, § 116b (neu): 'A' (Investitionskostenabschlag) sonst leer , nur für §115b Fälle und § 116b (neu) Fälle, sonst leer
	Tag der Behandlung	M	an8	JJJJMMTT
	Punktzahl	K	n..6	999999
	Punktwert	K	n..8	99,999999 Cent
	Entgeltbetrag	M	n..10	99999999,99 (Einzelbetrag)
	Entgeltanzahl	M	n..3	
EZV	Segment Einzelvergütung	K	an3	'EZV' (30x möglich)
	Einzelvergütung	M	n..8	999999,99
	Einzelvergütung, Erläuterung	M	an2	Schlüssel 3, bei § 116b (neu): außer '05' oder '06'
	Einzelvergütung, Texterläuterung	K	an..70	Text
	Anzahl	M	n...3	

Tag der Behandlung	K	an8	JJJJMMTT
Honorarsummen-/ Investitionskostenrelevanter Anteil	K	n..8	999999,99, nur bei § 115 b (Honorarsumme), bzw. § 116b (neu) (Investitionskostenabschlag), sonst leer

Hinweis:

Der Zahlungssatz Ambulante Operation **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.

Fortschreibung 6

Hinweis: Mit den Änderungen in den o.g. Datenfeldern ist die Verwendung der Segmente entsprechend anzupassen.

Verwendung der Segmente

wird wie folgt aktualisiert:

		von Krankenhaus							von Krankenkasse				
		AUFN	VERL	MBEG	RECH	ENTL	AMBO	ZGUT	KOUB	ANFM	ZAHL	ZAAO	SAMU
FKT	Segment Fu. des Nachrichtentyps	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
1	Verarbeitungskennzeichen	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
2	Lfd.Nr. des Geschäftsvorfalles	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
3	IK des Absenders	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
4	IK des Empfängers	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
INV	Segment Info. Versicherter	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	
1	Krankenversicherten-Nr.	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	
2	Versichertenstatusart	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	
3	Besonderer Personenkreis	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	
4	DMP-Teilnahme	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	
35	Gültigkeitsdatum der V.karte	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	
46	KH-internes Kennzeichen	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	
57	Fall-Nummer der KK	-	K	K	K	K	-	K	K	K	K	K	
68	Aktenzeichen der KK	-	K	K	K	K	-	K	K	K	K	K	
79	Beginn des Vers.schutzes	-	K	K	K	K	-	K	K	K	K	K	
810	Vertragskennzeichen	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	
NAD	Segment Name/Adresse	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
1	Name des Versicherten	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	
2	Vorname des Versicherten	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	
3	Geschlecht	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	
4	Geburtsdatum des Vers.	KM	KM	KM	KM	KM	KM	KM	KM	KM	-	-	
5	Straße und Haus-Nr.	K	K	K	K	K	K	K	K	K	-	-	
6	Postleitzahl	K	K	K	K	K	K	K	K	K	-	-	
7	Wohnort	K	K	K	K	K	K	K	K	K	-	-	
8	Titel des Versicherten	K	K	K	K	K	K	K	K	K	-	-	
9	Internat. Länderkennzeichen	K	K	K	K	K	K	K	K	K	-	-	
10	Namenzusatz	K	K	K	K	K	K	K	K	K			
11	Vorsatzwort	K	K	K	K	K	K	K	K	K			
12	Anschriftenzusatz	K	K	K	K	K	K	K	K	K			
...													
REC	Segment Rechnung				M		M				M	M	
1	Rechnungsnummer				M		M				M	M	
2	Rechnungsdatum				M		M				M	M	
3	Rechnungsart				M		M				M	M	
4	Aufnahmetag/Tag d. Zugangs				M		M				M	M	
5	Rechnungsbetrag				M		M				M	M	

6	Debitoren-Konto des KH				K		K				K	K	
7	Referenznummer des KH				K		K				K	K	
8	IK für Zahlungsweg				K		K				K	K	
9	Honorar-/ Investitionskosten summe (für Pauschale)				-		M				-	M	
10	Pauschale				-		K				-	K	
...													
ZPR	Segment Zahlung/Prüfung										M	M	
1	Rechn.-betrag angewiesen										M	M	
2	Prüfungsvermerk										M	M	
3	Honorar-/ Investitionskosten summe, neu berechnet										-	K	
4	Pauschale, neu berechnet										-	K	
...													
RZA	Segment Rechnungszusatz						M						
1	Fachabteilung						M						
2	Arztnummer						K						
3	Betriebsstättennummer						K						
4	Zahnarztnummer						K						
5	Überweisungsdiagnose						K						
6	Sekundär-Diagnose						K						
7	Arztnummer (Belegarzt/ koop. Arzt)						K						
8	Arztnummer (weiterer koop. Arzt)						K						
9	Betriebsstättennummer						K						
10	Datum der Überweisung in die ASV						K						
11	KV-Bezirk						M						
12	EBM-Version						K						
...													
BDG	Segment Behandlungsdiagnose						M						
1	Behandlungsdiagnose						M						
2	Sekundär-Diagnose						K						
3	Diagnoseart						M						
4	Teammitgliedsidentifikation						K						
...													
PRZ	Segment Prozedur						K						
1	Prozedur						M						
2	Prozedurentag						M						
3	Lebenspende						K						
...													
ENA	Segment Entgelt Amb. OP						M					K	
1	Entgeltart						M					M	
2	Zusatzkennzeichen EBM						K					K	
3	Abrechnungsbegründung						K					K	

4	in Honorar-/ Investitionskosten summe für Pauschale enthalten							K					K	
5	Tag der Behandlung							M					M	
6	Punktzahl							K					K	
7	Punktwert							K					K	
8	Entgeltbetrag							M					M	
9	Entgeltanzahl							M					M	
10	Doppeluntersuchung							K					-	
11	Teammitgliedsidentifikation							K						
12	Teamebene							K						
13	Gennummer, codiert							K						
14	Anzahl Gennummer							K						
EZV Segment Einzelvergütung														
1	Einzelvergütung							M					M	
2	Einzelvergütung, Erläuterung							M					M	
3	Einzelvergütung, Texterläuterung							K					K	
4	Anzahl							M					M	
5	Tag der Behandlung							K					K	
46	Anteil Honorar-/ Investitionskosten summe							K					K	

Fortschreibung zur Anlage 2

Fortschreibung 7

Hinweis: Die regionalen Euro-Gebührenordnungen sehen weitere Buchstabenkennungen der GOPs des EBM vor. Aus diesem Grund wird eine Abbildung in der Entgeltart ambulant notwendig. Dafür ist künftig die Angabe der Buchstaben an der 3. Stelle des Entgeltschlüssels vorgesehen.

Schlüssel 4 Teil II: Entgeltart ambulant

1. Stelle Einrichtungsart

0	Ambulantes Operieren nach §115b SGB V, Ambulante Behandlung nach §116b SGB V
1	-
2	Hochschulambulanzen nach § 117 Abs. 1. und Abs. 2 Satz 1 1.HS SGB V
3	Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V
4	Sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V
5	Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V
6	Kinderspezialambulanzen (ergänzende fall- oder einrichtungsbezogene Pauschale) nach § 120 Abs. 1a SGB V
7	Ambulanzen an Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG – § 117 Abs. 2 Satz 1 2. HS SGB V

2. Stelle Abrechnungsart

0 EBM

3. Stelle

0

ohne Differenzierung

~~BA-Z~~

~~Einbeziehung von Bezugsperson(en) des Patienten gemäß § 14 Abs. 5 Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage zum BMV-Ä bzw. EKV) regionale Buchstabenkennung (regionale Eurogebührenordnung)~~

4. – 8. Stelle

01100 ff.

EBM-Ziffern, Schlüssel 20, bzw. regionale Eurogebührenordnungen

1 Quartalspauschale

...

Fortschreibung 8

Hinweis: Mit der ASV–AV (Stand Unterschriftenversion 18.03.2014) wird die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) und deren Abrechnung nach § 116b SGB V neu (im Folgenden § 116b (neu) genannt) geregelt.

Die Annahme der Übermittlung von Leistungen nach § 116b (neu) wird von den Krankenkassen gemäß § 10 Abs. 3 ASV–AV zum 1.10.2014 sichergestellt. Leistungen nach § 116b (neu), die im 2. und 3. Quartal 2014 erbracht wurden, können daher erst ab dem 1.10.2014 abgerechnet werden.

Die Übermittlung von Leistungen nach § 116b (neu), welche vor dem Inkrafttreten der 12. Fortschreibung am 1.1.2015 erbracht wurden, erfolgt mit der Nachrichtenversion 11. Dabei werden u.a. die Teamnummer im Vertragskennzeichen und als Verarbeitungskennzeichen `13` bzw. `43` angegeben (siehe Ausführungen auch Fortschreibung 4 und 23).

Mit dem Verarbeitungskennzeichen '12', '16' und '36' übermitteln Krankenhäuser Leistungen nach § 116b Abs. 2 SGB V (im Folgenden § 116b (alt) genannt) aufgrund weitergeltender Bestimmungen der Länder gemäß § 116 b Abs. 8 SGB V.

Die Regelungen des Ersatzverfahrens (§ 120 Abs. 3 SGB V) können aus der Technischen Anlage entfernt werden)

Schlüssel 9 Verarbeitungskennzeichen

wird wie folgt geändert:

- ~~01~~ ~~Ambulante Falldaten im Ersatzverfahren zu § 120 Abs. 3 SGBV reserviert~~
- ~~03~~ ~~Fallstorno im Ersatzverfahren zu § 120 Abs. 3 SGBV reserviert~~
- Normalfall für Leistungen nach § 140a, § 120 Abs. 1a und § 117 Abs. 2 SGB V
- 05 Leistungen nach § 140a SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO)
- 06 Leistungen nach § 120 Abs. 1a SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO)
- 07 Leistungen nach § 117 Abs. 2 Satz 1 2. HS SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO)
- 08 Leistungen nach § 117 Abs. 2 Satz 1 1.HS SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO)
- 10 Normalfall
- 11 Ambulante Abrechnung nach § 115b SGBV statt stationäre Abrechnung (nur für AMBO und optional für ZAAO nach Fallstorno „35“)
- 12 Ambulante Abrechnung nach § 116b SGBV (alt) statt stationäre Abrechnung (nur für AMBO und optional für ZAAO nach Fallstorno „35“)
- 13 **spezialfachärztliche Leistungen nach § 116b SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO)**

- 16 Leistungen nach § 116b Abs. 2 SGB V (alt) (nur für AMBO und optional für ZAAO)
- 17 Leistungen nach § 117 Abs. 1 SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO)
- 18 Leistungen nach § 118 SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO)
- 19 Leistungen nach § 119 SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO)
- 20 Änderung
- 30 Fallstorno (durch Krankenhaus, nur über AUFN und AMBO)
- 31 KH-internes Kennzeichen des Versicherten fehlerhaft
- 32 IK des Krankenhauses fehlerhaft
- 33 Kostenträgerzuordnung nicht zutreffend
- 34 Softwarefehler
- 35 Ambulante Abrechnung nach stationärer Aufnahme (nur für AUFN)
- 36 Stornierung Abrechnung nach § 116b Abs. 2 SGB V (nur für AMBO)
- 37 Stornierung Abrechnung nach § 117 Abs. 1 SGB V (nur für AMBO)
- 38 Stornierung Abrechnung nach § 118 SGB V (nur für AMBO)
- 39 Stornierung Abrechnung nach § 119 SGB V (nur für AMBO)
- 40 Storno einer Entlassungsanzeige
- 41 Storno einer Entlassungsanzeige wegen Rückverlegung oder Wiederaufnahme
- Fallstorno für Leistungen nach §140a, §116b, §120 Abs. 1a und §117 Abs. 2 SGB V
- 43 Stornierung Abrechnung spezialfachärztliche Leistungen nach § 116b SGB V (nur für AMBO)
- 45 Stornierung Abrechnung nach § 140a SGB V (nur für AMBO)
- 46 Stornierung Abrechnung nach § 120 Abs.1a SGB V (nur für AMBO)
- 47 Stornierung Abrechnung nach § 117 Abs.2 Satz 1 2. HS SGB V (nur für AMBO)
- 48 Stornierung Abrechnung nach § 117 Abs. 2 Satz 1 1. HS SGB V (nur für AMBO)

Fortschreibung 9

Hinweis: Die Versichertenstammdaten der eGK werden ab dem 01.10.2014 u.a. durch den angepassten Schlüssel 12 abgebildet. Der bisher 5 stellige Schlüssel wird in jeweils drei einstellige numerische Schlüssel wie folgt unterteilt. Auslandsversicherte werden jeweils durch die Ziffern 9 abgebildet.

Schlüssel 12 Versichertenstatus

wird wie folgt geändert:

1. Stelle Teil 1	Versichertenart
	1 Mitglied
	3 Familienversicherter
	5 Rentner und deren Familienangehörige
	9 Auslandsversicherte
2. Stelle Teil 2	Stichprobenzuordnung – Teilnahme Besonderer Personenkreis
	0 – Versicherter nimmt nicht an der Stichprobe teil
	1 – weiblich, ohne Erwerbsunfähigkeits-/Berufsunfähigkeits-Rentenbezug
	2 – männlich, ohne EU/BU-Rentenbezug
	3 – weiblich, mit EU/BU-Rentenbezug
	4 – männlich, mit EU/BU-Rentenbezug
	5 – wie 1, nur vor 1900 geboren
	6 – wie 2, nur vor 1900 geboren
	7 – wie 1, nur nach 1999 geboren
	8 – wie 2, nur nach 1999 geboren
3. u. 4. Stelle	Stichprobenzuordnung – Geburtsjahr
	00 – – – – – und 2. Stelle = 0
	– – – – – Versicherter nimmt nicht an Stichprobe teil
	00 – 99 – – – – – und 2. Stelle > 0
	– – – – – Geburtsjahr JJ
5. Stelle	Ost/West – Status oder besonderer Personenkreis
	1 – West
	4 § 264 SGB V, Nicht Versicherungspflichtige, Sozialhilfeempfänger, § 264 SGB V
	6 BVG inkl. OEG, BSeuchG, SVG, ZHG, HHG, PrVG sowie BEG
	7 besonderer Personenkreis
	(in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatlichem Recht und niederl. Grenzgänger, die über eine KV-Karte verfügen; nach Aufwand)
	8 besonderer Personenkreis
	(in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatlichem Recht, die über eine KV-Karte verfügen; pauschal)
	9 – Ost
	9 Auslandsversicherte

Teil 3

DMP-Teilnahme

- ~~A~~ eingeschriebene Versicherte in Disease-Management-Programmen für Brustkrebs –RK West
- ~~C~~ eingeschriebene Versicherte in Disease-Management-Programmen für Brustkrebs –RK Ost
- ~~M~~ eingeschriebene Versicherte in Disease-Management-Programmen für Diabetes mellitus Typ 2 –RK West
- ~~X~~ eingeschriebene Versicherte in Disease-Management-Programmen für Diabetes mellitus Typ 2 –RK Ost
- ~~K~~ eingeschriebene Versicherte in Disease-Management-Programmen für koronare Herzkrankheit –RK West
- ~~L~~ eingeschriebene Versicherte in Disease-Management-Programmen für koronare Herzkrankheit –RK Ost
- ~~E~~ eingeschriebene Versicherte in Disease-Management-Programmen für Diabetes mellitus Typ 1 –RK West
- ~~N~~ eingeschriebene Versicherte in Disease-Management-Programmen für Diabetes mellitus Typ 1 –RK Ost
- ~~D~~ eingeschriebene Versicherte in Disease-Management-Programmen für Asthma bronchiale –RK West
- ~~F~~ eingeschriebene Versicherte in Disease-Management-Programmen für Asthma bronchiale –RK Ost
- ~~S~~ eingeschriebene Versicherte in Disease-Management-Programmen für COPD –RK West
- ~~P~~ eingeschriebene Versicherte in Disease-Management-Programmen für COPD –RK Ost
- 1 Diabetes mellitus Typ 2
- 2 Brustkrebs
- 3 koronare Herzkrankheit
- 4 Diabetes mellitus Typ 1
- 5 Asthma bronchiale
- 6 COPD
- 9 Auslandsversicherte

Hinweis:

- ~~1. – 5.~~ 99999 (Sonderregelung bei Auslandsversicherten)
 Stelle Teil 1, 2,
 3

Fortschreibung 10

Hinweis: Der Erkrankungs- und Leistungsbereich gemäß § 116b Abs. 1 SGB V ist den entsprechenden Konkretisierungen des G-BA anzupassen. Der bereits bestehende Leistungsbereichsschlüssel ist für Konkretisierungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (§116b SGB V in seiner ab 01.01.2012 geltenden Fassung – § 116b (neu)) künftig gesondert vorgesehen (Anlage 4 der ASV-AV Stand Unterschriftenversion vom 18.03.2014).

Weitergeltende Bestimmungen der Länder gemäß §116b Abs. 8 SGB V (§ 116b (alt)) werden weiterhin gemäß der Schlüsselausprägungen '010100'-'031000' abgebildet.

Schlüssel 22 Leistungsbereich (116b)

wird wie folgt geändert:

010100	CT/ MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen
010200	Brachytherapie
...	...
030900	Frühgeborene mit Folgeschäden
031000	Querschnittslähmung bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen

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

1[A-I]0100ff	Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen
1A0100	Onkologische Erkrankungen; Gastrointestinale Tumore und Tumore der Bauchhöhle
...	...
2[A-N]0100ff	Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen
2A0100	Tuberkulose; Tuberkulose und atypische Mykobakteriose
....
3[A-B]0100ff	Hochspezialisierte Leistungen
....

Fortschreibung 11

Hinweis: In ASV-Fällen, in denen sich aus den übermittelten Diagnose(n) die schwere Verlaufsform der Erkrankung nicht bereits durch die Angabe der Diagnose(n) ergibt, muss zusätzlich eine die schwere Verlaufsform dokumentierende Angabe (z.B. Lymphknotenbefall, Metastasierung, High Grade, Residualtumor, Rezidiv oder Progress) nach Schlüssel 28 erfolgen. Dazu ist eine zusätzliche Leistungsart A5 zu schaffen, die die Ausprägungen gemäß Schlüssel 28 referenziert.

Schlüssel 24: Leistungsart

- | | |
|----|---|
| A1 | PIA Leistungsdokumentation gemäß Schlüssel 23 |
| A2 | Leistungsbereich der Behandlung nach § 116b SGB V gemäß Schlüssel 22 |
| A3 | geplante ambulante Operation ist nicht zustande gekommen |
| A4 | Dokumentation für Einrichtungen nach § 119 SGB V (soweit vereinbart)* |
| A5 | Dokumentation schwerer Verlaufsformen nach § 116b (neu) gemäß Schlüssel 28 |

Fortschreibung 12

Hinweis: Die Teamebene ist für § 116b (neu) Leistungen gemäß § 2 Nr. 26 der ASV-AV (Stand Unterschriftenversion 18.03.2014) anzugeben. Der Schlüssel für die Teamebene untergliedert sich in folgende Ausprägungen:

Schlüssel 25 Teamebene (§116b)

wird wie folgt neu gefasst:

- 01 Teamleitung
- 02 Mitglied des Kernteams
- 03 Hinzugezogener Facharzt

Fortschreibung 13

Hinweis: Leistungserbringer übermitteln den für die Abrechnung zu Grunde zu legenden KV-Bezirk gemäß Schlüssel 26.

Die im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Behandlung erbrachten Leistungen (§ 116b (neu)) sind mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung des KV-Bezirks, in dem der Vertragsarzt zugelassen ist bzw. in dem das Krankenhaus seinen Standort hat, zu vergüten. Zur Identifikation wird gemäß Schlüssel 26 der KH-Standort folgenden KV-Bezirken zugeordnet.

Schlüssel 26 KV-Bezirk

wird wie folgt neu gefasst:

Stelle 1 und 2 des KV-Bezirks	Bundesland
01	Schleswig-Holstein
02	Hamburg
03	Bremen
17	Niedersachsen
20	Westfalen-Lippe
38	Nordrhein
46	Hessen
51	Rheinland-Pfalz
52	Baden-Württemberg
71	Bayern
72	Berlin
73	Saarland
78	Mecklenburg-Vorpommern
83	Brandenburg
88	Sachsen-Anhalt
93	Thüringen
98	Sachsen

Fortschreibung 14

Hinweis: Für Krankenhausärzte und Vertragsärzte wird der Fachgruppencode im ASV–Verzeichnis (Anlage 1 ASV–AV, Stand Unterschriftenversion 18.03.2014) gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 14 und Abs. 4 Satz 2 geführt. Der Fachgruppencode bildet die für die Leistungserbringung nach § 3 der ASV–Richtlinie geforderte fachärztliche Qualifikation ab. Sind mehrere fachärztliche Qualifikationen angegeben, für die weitere (sekundäre) Fachgruppencodes gelten, werden diese sekundären Fachgruppencodes bei der ASV–Servicestelle hinterlegt. Der Fachgruppencode bildet die Facharzt– und Schwerpunktkompetenz (FP, SP) gemäß der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer in Verbindung mit der jeweils gültigen Anlage 2 der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Absatz 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, – Betriebsstätten– und Praxisnetznummern entsprechend der nachfolgenden Liste ab. Hierbei dürfen die KV–spezifischen Fachgruppencodes 70–98 nicht genutzt werden. Der Fachgruppencode ist bei Krankenhausärzten Bestandteil der Fachgruppennummer, die in der Abrechnung gemäß § 2 Nr. 13 und 25 ASV–AV und auf Vordrucken gemäß § 9 Abs. 5 Satz 2 ASV–AV und im ASV–Verzeichnis gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 11 zu verwenden ist und von der ASV–Servicestelle vergeben wird.

Die Fachgruppennummer ist wie folgt strukturiert:

Stellen 1 bis 6:	Pseudo–Arztnummer „55555“
Stelle 7	Ordnungsnummer entsprechend der Reihenfolge in der Anzeige an die ASV–Servicestelle (KH–Zähler)
Stellen 8 und 9:	Fachgruppencode

Schlüssel 27 Fachgruppencode (§116b)

wird wie folgt neu gefasst:

Bezeichnung	Fachgruppencode
Arzt; obsolet (ohne Facharzt–Weiterbildung ab 1986 bis 1991)	Hausarzt: 02 FA: entsprechend dem Abrechnungs–fachgebiet
Praktischer Arzt; obsolet (altes Recht vor 1987 bzw. EWG–Recht ab 86/457/EWG)	Hausarzt: 02, FA: entsprechend dem Abrechnungs–fachgebiet
Gebiet Allgemeinmedizin	
FA Allgemeinmedizin (alte (M–)WBO, kammerindividuell, EU–Ärzte)	Hausarzt: 01 FA: entsprechend dem Abrechnungs–fachgebiet
FA Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)	Hausarzt: 01 FA: entsprechend dem Abrechnungs–fachgebiet
Gebiet Anästhesiologie	
FA Anästhesiologie	04
FA Anästhesiologie und Intensivtherapie; kammerindividuell, obsolet	04
Gebiet Augenheilkunde	
FA Augenheilkunde	05
Gebiet Chirurgie	

Bezeichnung	Fachgruppencode
FA Allgemeine Chirurgie	06
FA Chirurgie; obsolet	06
FA Gefäßchirurgie	07
TG Herz- und Gefäßchirurgie; neue Bundesländer, obsolet	07
SP Gefäßchirurgie; obsolet	07
FA Visceralchirurgie	08
SP Visceralchirurgie; obsolet	08
FA Kinderchirurgie	09
TG Kinderchirurgie; obsolet	09
FA Orthopädie und Unfallchirurgie	10
FA Orthopädie; obsolet	10
SP Unfallchirurgie; obsolet	11
SP Rheumatologie (der ehemaligen Orthopädie); obsolet	12
FA Plastische Chirurgie	13
FA Plastische und Ästhetische Chirurgie	13
TG Plastische Chirurgie; obsolet	13
SP Thoraxchirurgie in der Chirurgie; obsolet	14
TG Thorax- und Kardiovascularchirurgie; obsolet	14
Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe	
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	15
SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	16
SP Gynäkologische Onkologie	17
SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	18
Gebiet Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	
FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	19
FA Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	20
FA Phoniatrie und Pädaudiologie; obsolet	20
SP Phoniatrie und Pädaudiologie; obsolet	20
TG Audiologie; neue Bundesländer, obsolet	20
TG Phoniatrie; neue Bundesländer, obsolet	20
Gebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten	
FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	21
Gebiet Humangenetik	
FA Humangenetik	22
Fachwissenschaftler Genetik	22
Gebiet Innere Medizin	
FA Innere Medizin und SP gesamte Innere Medizin; kammerindividuell	Hausarzt: 03, Internist: 23
FA Innere Medizin; obsolet	Hausarzt: 03, Internist: 23
FA Innere Medizin und SP Angiologie	24
SP Angiologie; obsolet	24
FA Innere Medizin und SP Endokrinologie und Diabetologie	25
SP Endokrinologie; obsolet	25
SP Endokrinologie und Diabetologie; kammerindividuell, obsolet	25
TG Diabetologie; neue Bundesländer, obsolet	25
FA Innere Medizin und SP Gastroenterologie	26
FA Magenarzt; obsolet	26
SP Gastroenterologie; obsolet	26
FA Innere Medizin und SP Hämatologie und Onkologie	27
SP Hämatologie und Internistische Onkologie; obsolet	27
TG Hämatologie; obsolet	27
FA Innere Medizin und SP Kardiologie	28

Bezeichnung	Fachgruppencode
SP Kardiologie; obsolet	28
TG Kardiologie und Angiologie; kammerindividuell, obsolet	28
FA Innere Medizin und SP Nephrologie	29
SP Nephrologie; obsolet	29
FA Innere Medizin und SP Pneumologie	30
FA Lungenarzt; obsolet	30
SP Pneumologie; obsolet	30
TG Lungen- und Bronchialheilkunde; obsolet	30
FA Innere Medizin und SP Rheumatologie	31
SP Rheumatologie; obsolet	31
SP Geriatrie; obsolet	32
FA Innere Medizin und SP Geriatrie; kammerindividuell	32
SP Infektiologie; kammerindividuell, obsolet	33
TG Infektions- und Tropenmedizin; neue Bundesländer, obsolet	33
Gebiet Kinder- und Jugendmedizin	
FA Kinder- und Jugendmedizin	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
FA Arzt für Kinder- und Jugendmedizin; kammerindividuell, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
FA Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin; kammerindividuell, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
FA Kinderheilkunde; obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
FA Kinder- und Jugendarzt; kammerindividuell, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
FA Kinder- und Jugendmedizin; kammerindividuell, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
SP Infektiologie; kammerindividuell, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
SP Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie; kammerindividuell	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
TG Kinderdiabetologie; neue Bundesländer, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
SP Kinder-Gastroenterologie; kammerindividuell	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
TG Kindergastroenterologie; neue Bundesländer, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
SP Kinder-Nephrologie; kammerindividuell	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
TG Kinderneurologie; neue Bundesländer, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
TG Kinderreumatologie; neue Bundesländer, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
SP Kinder-Hämatologie und -Onkologie	Hausarzt: 35; Facharzt: 41
TG Kinderhämatologie; neue Bundesländer, obsolet	Hausarzt: 35; Facharzt: 41
SP Kinder-Kardiologie	Hausarzt: 36; Facharzt: 42
SP Neonatologie	Hausarzt: 37; Facharzt: 43
SP Neuropädiatrie	Hausarzt: 38; Facharzt: 44

Bezeichnung	Fachgruppencode
TG Kinderneuropsychiatrie; neue Bundesländer, obsolet	Hausarzt: 38; Facharzt: 44
SP Kinder-Pneumologie; kammerindividuell	Hausarzt: 39; Facharzt: 45
TG Kinder-Lungen- und Bronchialheilkunde; neue Bundesländer, obsolet	Hausarzt: 39; Facharzt: 45
Facharztbezeichnung aus dem Gebiet Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunktbezeichnung und Teilnahme an der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung	46
Gebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	
FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	47
FA Kinder- und Jugendpsychiatrie; obsolet	47
Gebiet Laboratoriumsmedizin	
FA Laboratoriumsmedizin	48
TG Mikrobiologie; obsolet	48
Fachwissenschaftler Chemie und Labordiagnostik	48
Gebiet Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	
FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	49
FA Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie; obsolet	49
FA Experimentelle und diagnostische Mikrobiologie; neue Bundesländer, obsolet	49
Fachzahnarzt für Mikrobiologie	49
Gebiet Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	
FA Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	50
FA Kieferchirurgie; obsolet	50
Fachzahnarzt für Kieferchirurgie (§ 6 Abs. 1 BMV)	50
FA Nervenheilkunde; obsolet	51
FA Neurologie und Psychiatrie; obsolet	51
TG Kinderneuropsychiatrie; neue Bundesländer, obsolet	44
Gebiet Neurochirurgie	
FA Neurochirurgie	52
Gebiet Neurologie	
FA Neurologie	53
Gebiet Nuklearmedizin	
FA Nuklearmedizin	54
Gebiet Pathologie	
FA Neuropathologie	55
TG Neuropathologie; obsolet	55
FA Pathologische Anatomie; kammerindividuell, obsolet	56
FA Pathologie	56
Fachwissenschaftler Zytologie/Histologie	56
Gebiet Physikalische und Rehabilitative Medizin	
FA Physikalische und Rehabilitative Medizin	57
FA Physiotherapie; neue Bundesländer, obsolet	57
Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie	
FA Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie; kammerindividuell, obsolet	51
FA Psychiatrie und Psychotherapie	58
FA Psychiatrie; obsolet	58
SP Forensische Psychiatrie	59
Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	60
FA Psychotherapeutische Medizin; obsolet	60

Bezeichnung	Fachgruppencode
FA Psychotherapie; neue Bundesländer, obsolet	60
Psychotherapeutisch tätiger Arzt (Zusatzbezeichnung)	61
Gebiet Radiologie	
FA Radiologie (neue (M-)WBO)	62
FA Diagnostische Radiologie; obsolet	62
FA Radiologie (alte (M-)WBO); obsolet	62
FA Radiologische Diagnostik; obsolet	62
FA Strahlentherapie und Radiologische Diagnostik; obsolet	62
SP Kinderradiologie	63
SP Neuroradiologie	64
TG Neuroradiologie; obsolet	64
TG Strahlentherapie; obsolet	65
Gebiet Strahlentherapie	
FA Strahlentherapie	65
Gebiet Transfusionsmedizin	
FA Transfusionsmedizin	66
FA Blutspende- und Transfusionsmedizin; kammerindividuell, obsolet	66
Gebiet Urologie	
FA Urologie	67
Psychologischer Psychotherapeut	68
Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut	69
weitere Fachgruppen:	
Gebiet Anatomie	
FA Anatomie	99
Gebiet Arbeitsmedizin	
FA Arbeitsmedizin	99
FA Arbeitshygiene; neue Bundesländer, obsolet	99
Gebiet Biochemie	
FA Biochemie	99
Gebiet Chirurgie	
FA Herzchirurgie	99
FA Thoraxchirurgie	99
SP Thoraxchirurgie in der Herzchirurgie; obsolet	99
SP Echokardiologie herznaher Gefäße; obsolet	
Gebiet Hygiene und Umweltmedizin	
FA Hygiene und Umweltmedizin	99
FA Hygiene; kammerindividuell, obsolet	99
FA Immunologie; neue Bundesländer, obsolet	99
Gebiet Öffentliches Gesundheitswesen	
FA Öffentliches Gesundheitswesen	99
Gebiet Pharmakologie	
FA Klinische Pharmakologie	99
FA Pharmakologie und Toxikologie	99
TG Klinische Pharmakologie; obsolet	99
Gebiet Physiologie	
FA Physiologie	99
Gebiet Rechtsmedizin	
FA Rechtsmedizin	99
FA Sozialhygiene; neue Bundesländer, obsolet	99
FA Sportmedizin; neue Bundesländer, obsolet	99

Bezeichnung	Fachgruppencode
Fachzahnärzte nach § 10a Abs. 1 BÄO, § 6 BMV (neue Bundesländer)	
Fachzahnarzt für theoretisch-experimentelle Medizin (§ 6 Abs. 2 BMV)	99
Fachwissenschaftler der Medizin, § 7 BMV (neue Bundesländer)	
Fachbiologie der Medizin	99
Fachwissenschaftler Immunologie	99

Fortschreibung 15

Hinweis: In ASV-Fällen, in denen sich aus den übermittelten Diagnose(n) die schwere Verlaufsform der Erkrankung nicht bereits durch die Angabe der Diagnose(n) ergibt, muss zusätzlich eine die schwere Verlaufsform dokumentierende Angabe (z.B. Lymphknotenbefall, Metastasierung, High Grade, Residualtumor, Rezidiv oder Progress) nach Schlüssel 28 erfolgen. Als Grundlage dient die internationale Klassifizierung von Tumorstadien (TNM) der „Union internationale contre le cancer“ (UICC). Dabei ist die Angabe einer die schwere Verlaufsform begründenden Information ausreichend. Dazu wurde die zusätzliche Leistungsart (Schlüssel 24) A5 geschaffen.

Die Schlüsselausprägung der Dokumentation schwerer Verlaufsformen wird in einem unterjährigen Nachtrag zwischen der DKG und dem GKV-Spitzenverband bis zum 30.06.2014 gesondert vereinbart und soll an dieser Stelle lediglich den Schlüssel 28 ankündigen.

Schlüssel 28 Ergänzende Dokumentation schwerer Verlaufsformen (§ 116b neu)

wird wie folgt exemplarisch angekündigt:

Schlüssel	Bezeichnung
001–099	
100–199	
201–299	

Fortschreibung zur Anlage 2 Anhang C

Fortschreibung 16

Hinweis: Für das Fehler- und Korrekturverfahren sind im Rahmen der Änderungen dieser Fortschreibung entsprechende Fehlercodes anzupassen. Hierzu werden noch gesondert weitere entsprechende Fehlercodes vereinbart. Für die Übereinstimmung mit den Angaben der ASV-Servicestelle werden gesonderte Fehlercodes zu einem späteren Zeitpunkt definiert.

Fehlercodes

wird wie folgt geändert:

...

Spezifische Fehler der Fehlerstufe 2

...

Fehlercode	Fehlertext
24002	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles nicht 01
24003	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles darf nicht 00 sein
24004	Unterschiedliche Versionsnummern des Nachrichtentyps in einer Datenlieferung sind nicht zulässig
...	
24031	Segment FAB kann nur 10mal vorkommen
24032	Segment EBG kann nur 2mal vorkommen
24033	Segment RBG kann nur 10mal vorkommen
24034	Segment ENT kann nur 30/98/99mal vorkommen
24035	Segment ENA kann nur 300mal 999mal vorkommen
24036	Segment EZV kann nur 30mal vorkommen
...	...
24068	Nach RZA folgt nicht PRZ oder ENA
24069	Segment PRZ kann nur 30mal 99mal vorkommen
24070	Nach PRZ folgt nicht PRZ oder ENA
24071	Nach RZA folgt nicht BDG
24072	Segment BDG kann nur 30mal vorkommen
24073	Nach BDG folgt nicht BDG, PRZ oder ENA
24074	Segment LEI kann nur 999mal vorkommen
24075	Segment LEI fehlt
...	
24999	Noch nicht spezifizierter Fehler

Spezifische Fehler der Fehlerstufe 3

Fehlercode	Fehlertext
30001	Es ist weder die KV-Nummer noch das Geburtsdatum des Versicherten vorhanden
...	
30007	Versichertenstatus entspricht nicht Schlüssel Versichertenstatus und ist nicht 99999
...	
30016	Für diese Kasse (im FKT-Segment) ist ein anderer Kostenträger zuständig - Daten separat senden
30017	Versichertenart entspricht nicht Schlüssel 12 Teil 1
30018	Besonderer Personenkreis entspricht nicht Schlüssel 12 Teil 2
30019	DMP-Teilnahme entspricht nicht Schlüssel 12 Teil 3
30020	Geburtsdatum fehlt
...	

Fehlercode	Fehlertext
34001	IK des Krankenhauses nicht bekannt oder nicht mit IK in UNB verknüpft
...	...
34158	Leistungsart im Segment LEI entspricht nicht Schlüssel 24
34159	Teamnummer fehlt im Vertragskennzeichen
34160	Honorar-/ Investitionskostensumme (für Pauschale) mit Wert 0,00 und öffentlich gefördertem Krankenhaus unzulässig
34161	Arztnummer des überweisenden Arztes bei Überweisung in die ASV fehlt
34162	Ergänzende Dokumentation schwerer Verlaufsformen entspricht nicht Schlüssel 28
34163	Datum der Überweisung in die ASV fehlt
34164	KV-Bezirk fehlt
34165	EBM-Version fehlt
34166	Diagnoseart ungleich 1 oder 2
34167	Teammitgliedsidentifikation fehlt bei Verarbeitungskennzeichen `13` bzw. `43`
34168	in Honorar-/ Investitionskostensumme für Pauschale enthalten bei Verarbeitungskennzeichen `10` bzw. `11` bzw. `30` ungleich „J“
34169	in Honorar-/ Investitionskostensumme für Pauschale enthalten bei Verarbeitungskennzeichen `13` bzw. `43` ungleich „A“
34170	Gennummer bei EBM notwendig und fehlt
34171	Anzahl zu Einzelvergütung fehlt
34172	Tag der Behandlung (EZV) fehlt
34173	Verarbeitungskennzeichen „13“ bzw. „43“ mit Kombination Schlüssel 22 für Leistungsbereich nach § 116b (alt) nicht zulässig
34174	Teamebene entspricht nicht Schlüssel 25
34175	Teamebene fehlt
34176	KV Bezirk entspricht nicht Schlüssel 26
34102	Entlassungs-/Verlegungsgrund ungleich 12x, 16x, 18x, 19x, 20x und 21x in einem (zeitlich) nicht letzten ETL-Segment unzulässig
34106	Verarbeitungskennzeichen ungleich 20 unzulässig bei Rechnungsart 05
34107	Gültigkeit der Versichertenkarte nicht JJMM

Fortschreibungen zur Anlage 4

Fortschreibung 17

Hinweis: Der Zeichenvorrat wird an den bei der eGK erwarteten Zeichensatz ISO 8895-15 angepasst.

Abschnitt 4.1 wird entsprechend den „Richtlinien für den Datenaustausch im Gesundheits- und Sozialwesen“ des GKV-Spitzenverbandes (Version 4.09.20 vom 18.11.2013, Abschnitt 5.3.1 aktualisiert).

4.1 Zeichenvorrat

wird wie folgt geändert:

- (1) Der Bezugscode für den Austausch digitaler Daten ist der Code gemäß DIN 66303:2000-06 – ~~DRV8~~ (Deutsche Referenzversion des 8-Bit-Code) ~~in der 1994 gültigen Fassung~~. Dieser Code enthält die Ziffern, die Groß- und Kleinbuchstaben, Sonderzeichen sowie nationale Buchstaben, so dass eine korrekte deutschsprachige Namensschreibung ermöglicht wird.
- ~~(2) Aus dem Zeichenvorrat gemäß DIN 66303 sind nur die darstellbaren Zeichen zu verwenden.~~
- ~~(3)~~(2) Wenn bei der übermittelnden Stelle ~~Soweit~~ die technischen Voraussetzungen eine Verwendung des ~~8-Bit~~-Codes nach Abschnitt 1 nicht ~~unterstützen~~ vorhanden sind, kann der Code gemäß DIN 66003 DRV (Deutsche Referenzversion des 7-Bit-Code) verwendet werden.
- ~~(4)~~(3) Alternativ kann der Zeichensatz ~~ISO 8859-15 oder~~ ISO 8859-1 genutzt werden.
- ~~(5)~~(4) ~~Der jeweils verwendete Code ist zwischen Absender und Empfänger zu vereinbaren.~~ Im ~~Daten~~feld „Zeichensatz“ des Auftragsatzes ist der für die Nutzdaten verwendete Zeichensatz zu dokumentieren.
- ~~(6)~~(5) Eine Zeilenende - Markierung CR / LF (ASCII-Wert - 13 - CR, ASCII-Wert 10 - LF) darf im Zeichenvorrat nicht verwendet werden.

Fortschreibung 18

Hinweis: Die Versionsnummer des Nachrichtentyps ist in der Anlage 4 nachzuvollziehen.

5.2 Struktur der Datei

...

Nachrichten-Kopfsegment

Segment/ Feldnr.	Feldbezeichnung	Feld- Art	Typ/Länge	Inhalt / Bemerkungen
UNH	Segmentbezeichner	M	an3	'UNH'
0062	Nachrichtenreferenznummer	M	an..14	5 Stellen fortlaufende Nummer (innerhalb UNB / UNZ)
S009	Nachrichtenkennung	M		Beispiel: 'AUFN: ++12:000:00'
0065	Nachrichtentyp-Kennung	M	an..6	'AUFN', 'VERL', 'MBEG', 'RECH', 'ENTL', 'AMBO', 'ZGUT', 'Koub', 'ANFM', 'ZAHL', 'ZAAO', 'SAMU' oder 'FEHL'
0052	Versionsnummer des Nachrichtentyps	M	an..3	++12'
0054	Freigabenummer des Nachrichtentyps	M	an..3	'000'
0051	Verwaltende Organisation	M	an..2	'00'

Fortschreibung 19

Hinweis: Durch die Etablierung der eGK sind Verweise in der §301-Vereinbarung dahingehend anzupassen.

7.4.1 Notwendigkeit des Verfahrens *wird wie folgt geändert*

Bei den Versichertendaten in den Segmenten INV und NAD

- ⇒ Krankenversicherten-Nummer
- ⇒ Name des Versicherten
- ⇒ Vorname des Versicherten
- ⇒ Geburtsdatum des Versicherten

ist damit zu rechnen, ~~daß~~**dass** bei einer manuellen Datenerfassung (z. B. bei Nichtvorlage der Krankenversichertenkarte/eGK) fehlerhafte Angaben übermittelt werden. Andererseits können Änderungen bei Versichertendaten auftreten, auf die die Krankenkasse noch nicht mit der Ausgabe einer neuen Krankenversichertenkarte/eGK 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 Krankenversichertennummer

...

Fortschreibung 20

Hinweis: Durch die Etablierung der eGK sind Verweise in der §301-Vereinbarung dahingehend anzupassen.

8.2 Kostenträgerdaten

wird wie folgt geändert

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben sich auf ein einheitliches Format geeinigt, in dem sie kassenartenbezogen ihre Kostenträgerdaten an die Deutsche Krankenhausgesellschaft übermitteln.

Die Datei enthält neben den Institutionskennzeichen der Krankenversichertenkarten/[elektronischen Gesundheitskarten](#) Informationen über die Datenannahme- und -verteilstellen der Krankenkassen und über die Weiterleitung von Papierunterlagen.

Fortschreibung 21

Hinweis: Die redaktionelle Anpassung an SHA 256 (siehe Nachträge aus 2013) ist noch durchzuführen.

11.1.10 Zusammenfassende Darstellung der Schnittstelle

Datenformate:	PKCS#7,	bisher PEM
Hash:	SHA- 1 256,	bisher MD5 (Message Digest 5)
RSA Schlüssellänge:	2048 bit,	bisher 768 bit
RSA Exponent:	Fermat-4 Zahl: ($2^{16} + 1$)	
Public Key Format:	ASN.1 / X.509	
Private Key Format:	nicht definiert	
Zertifikate:	ASN.1 / X.509	

Fortschreibungen zur Anlage 5

Fortschreibung 22

Hinweis: Die Angabe der Felder „Abrechnung von“ und „Abrechnung bis“ sind für die Nachtragsrechnung bei der Aufwandspauschale bei erfolgloser MDK-Prüfung in der Technischen Anlage einheitlich zu definieren.

1.2.Übermittlung von Krankenhaus an Krankenkasse *wird wie folgt geändert*

1.2.4 Rechnungssatz

...

Nachtragsrechnung

Wurde bei einer bereits übermittelten 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.

Ein Krankenhaus ist nach § 275 Abs. 1c SGB V nach erfolgloser MDK-Prüfung berechtigt, der Krankenkasse eine Aufwandspauschale in Höhe von 300,00 Euro in Rechnung zu stellen. Dies erfolgt ebenfalls fallbezogen in einer Nachtragsrechnung mit Verarbeitungskennzeichen ,10', Rechnungsart ,03' und eigener Rechnungsnummer für die Entgeltart ,47100008' (Aufwandspauschale bei erfolgloser MDK-Prüfung). **Bei vollstationären Fällen sind die Felder: „Abrechnung von“ mit dem Aufnahmetag und „Abrechnung bis“ mit dem Entlassungs-/Verlegungstag -1 Tag zu füllen (bei Eintagesfällen sind „Abrechnung von“ mit dem Aufnahmetag und „Abrechnung bis“ mit dem Entlassungs-/Verlegungstag zu füllen); bei teilstationären Fällen sind die Felder „Abrechnung von“ mit dem Aufnahmetag und „Abrechnung bis“ mit dem Entlassungs-/Verlegungstag zu füllen).** Diese Nachtragsrechnung enthält ausschließlich dieses eine ENT-Segment.

Kosten, die dem Krankenhaus entsprechend der „Vereinbarung zur Umsetzung der Kostenerstattung nach § 43b Absatz 3 Satz 8 SGB V“ erstattet werden, sind über Nachtragsrechnungen in Rechnung zu stellen (siehe Abschnitt 1.4.8).

Fortschreibung 23

Hinweis: Mit der ASV-AV (Stand Unterschriftenversion 18.03.2014) wird die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) und deren Abrechnung nach § 116b SGB V neu (im Folgenden § 116b (neu) genannt) geregelt.

Die Annahme der Übermittlung von Leistungen nach § 116b (neu) wird von den Krankenkassen gemäß § 10 Abs. 3 ASV-AV zum 1.10.2014 sichergestellt. Leistungen nach § 116b (neu), die im 2. und 3. Quartal 2014 erbracht wurden, können daher erst ab dem 1.10.2014 abgerechnet werden.

Die Übermittlung von Leistungen nach § 116b (neu), welche vor dem Inkrafttreten der 12. Fortschreibung am 1.1.2015 erbracht wurden, erfolgt mit der Nachrichtenversion 11. Dabei werden u.a. die Teamnummer im Vertragskennzeichen und als Verarbeitungskennzeichen `13` bzw. `43` angegeben (siehe Ausführungen auch Fortschreibung 4 und 8).

Mit dem Verarbeitungskennzeichen '12', '16' und '36' übermitteln Krankenhäuser Leistungen nach § 116b Abs. 2 SGB V (im Folgenden § 116b (alt) genannt) aufgrund weitergeltender Bestimmungen der Länder gemäß § 116 b Abs. 8 SGB V.

1.2.8 Rechnungssatz Ambulante Operation *wird wie folgt geändert*

1.2.8.1 Ambulante Operationen nach §115b und Behandlungen nach §116b SGB V

§115b SGB V – Ambulante Operationen im Krankenhaus

Mit dem Rechnungssatz Ambulante Operation stellt das Krankenhaus der Krankenkasse die Vergütung für eine ambulante Operation in Rechnung. Die Entgelte sind entsprechend EBM-Katalog Schlüssel 20 (zuzüglich Pauschale und ggf. Einzelvergütung) zu berechnen. Die behandelnde Fachabteilung ist nach Schlüssel 6 anzugeben. Im Rahmen einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit einem Vertragsarzt bei Leistungen nach §115b SGB V ist die Arztnummer des ~~des~~ am Krankenhaus tätigen Belegarztes bzw. kooperierenden Vertragsarztes, ggf. auch eines weiteren kooperierenden Vertragsarztes, im Segment RZA entsprechend §18 Abs. 2 bzw. 3 des AOP-Vertrages auszuweisen. Die belegärztliche Leistung ist im Rechnungssatz Ambulante Operation im ENA-Segment als gesonderter Rechnungsposten mit Entgeltanzahl „0“ auszuweisen. Das Segment ZLG entfällt bei ambulanten Krankenhausbehandlungen (Rechnungssatz und Zahlungssatz Ambulante Operation, siehe aber Abschnitt 1.2.8.3).

Die Abrechnung einer Aufwandspauschale nach erfolgloser MDK-Prüfung (§ 275 Abs. 1c SGB V) bei ambulanter Krankenhausbehandlung nach §115b SGB V erfolgt im Segment EZV mit dem EZV-Schlüssel „53“ (Aufwandspauschale bei erfolgloser MDK-Prüfung – nur für Ambulantes Operieren im Krankenhaus §115b SGB V). Nachträgliche Abrechnungen sind wie folgt zu realisieren: es ist mit dem Verarbeitungskennzeichen „10“ (Normalfall), Rechnungsart „04“ (Gutschrift/Stornierung) mit um 1 erhöhter laufender Nummer des Geschäftsvorfalles mit den ansonsten identischen Daten (insbesondere des KH-internen Kennzeichens) der ersten Schlussrechnung ein Rechnungssatz AMBO zu übermitteln. Dann ist für diesen Fall mit unverändertem KH-internen Kennzeichen (mit Verarbeitungskennzeichen „10“) eine neue Schlussrechnung (Rechnungsart „02“) mit erneut um 1 erhöhter laufender Nummer des Geschäftsvorfalles ergänzt um den Wert der Aufwandspauschale über das EZV-Segment zu übermitteln.

Bei Durchführung von Leistungen des Kapitels 31 des EBM sind die Bestimmungen der Präambel des Anhangs 2 zum EBM zu beachten. Bei Simultaneingriffen ist bei beidseitigen Eingriffen an paarigen Organen

oder Körperteilen als Prozeduren-Lokalisationsangabe "B" anzugeben. Bei der Abrechnung dieser Eingriffe kommt für diejenigen EBM-Positionen, für die im AOP-Katalog nicht bereits ausdrücklich eine beidseitige Prozedur angegeben, sondern der OPS-Kode mit einem Doppelrichtungspfeil gekennzeichnet ist, bei gesonderten operativen Zugangswegen die zusätzliche Abrechnung einer entsprechenden Zuschlagsposition für eine Überschreitung der Schnitt-Naht-Zeit in Betracht.

Ausschließlich EBM-Positionen, die für die Berechnung des pauschalen Zuschlages nach § 9 Abs. 3 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V herangezogen werden, sind im Feld „in Honorar-/ Investitionskosten-summe für Pauschale enthalten“ mit „J“ zu kennzeichnen. Zur Berechnung der Felder „Honorar-/ Investitionskosten-summe (für Pauschale)“ und „Pauschale“ siehe Anlage 5 Abschnitt 2 Punkt 2.22 Nr. 9 und 10. Die Summe der ENA-Entgeltwerte (Entgeltbetrag x Entgeltanzahl) wird im Feld „Honorar-/ Investitionskosten-summe (für Pauschale)“ ausgewiesen (ggf. wird die „Honorar-/ Investitionskosten-summe (für Pauschale)“ um die „Honorarsummenrelevanten Anteile“ erhöht, die über EZV (Einzelvergütung x Anzahl) in Rechnung gestellt werden). Der hieraus errechnete pauschale Zuschlag wird im Feld „Pauschale“ ausgewiesen. Wird eine in Kapitel 40 des EBM ausgewiesene leistungsbezogene Kostenpauschale in Rechnung gestellt, ist die entsprechende ärztliche Leistung des EBM von der Berechnung der Zuschlagshöhe „auszuklammern“. Die EBM-Positionen für die Kostenpauschale und die entsprechende ärztliche Leistung werden nicht in die „Honorar-/ Investitionskosten-summe (für Pauschale)“ eingerechnet, daher muss das Feld „in Honorar-/ Investitionskosten-summe für Pauschale enthalten“ leer bleiben.

...

Bei ambulanten Operationen werden alle Informationen an die Krankenkasse über den Rechnungssatz Ambulante Operation übermittelt, ein Aufnahmesatz oder eine Entlassungsanzeige werden nicht erstellt und sind in Verbindung mit dem Nachrichtentyp „AMBO“ nicht zulässig. Ebenso sind Zuzahlungsgutschriften, Medizinische Begründungen und deren Anforderung in Verbindung mit dem Nachrichtentyp „AMBO“ unzulässig. Nachträgliche Änderungen der Zuzahlung sind mit Gutschrift/Stornierung und Neumeldung des Rechnungssatzes Ambulante Operation zu übermitteln. Die Berücksichtigung von Rechnungen für ambulante Operationen in Sammelüberweisungen ist zulässig.

Zu Gutschrift und Rechnung in Papierform siehe 1.2.4 Rechnungssatz (zur Verwendung des Verarbeitungskennzeichens siehe Anlage 4 Kapitel 7.3.4).

Stellt das Krankenhaus fest, daß ein Rechnungssatz Ambulante Operation zu einem Behandlungsfall mit falschen identifizierenden Merkmalen (KH-internes Kennzeichen des Versicherten und/oder IK des Krankenhauses falsch) übermittelt wurde, oder, daß die Kostenträgerzuordnung nicht zutreffend ist oder ein Softwarefehler vorliegt, sind die übermittelten Daten durch ein Fallstorno zu stornieren. Ein Fallstorno wird über einen Rechnungssatz Ambulante Operation mit dem Verarbeitungskennzeichen 30/31/32/33/34 in dem Segment FKT vorgenommen. Der Rechnungssatz Ambulante Operation ist danach mit den korrekten Angaben zu übermitteln.

[§ 116b \(alt\) Abrechnung aufgrund weitergeltender Bestimmungen in der bis zum 31.12.2011 geltenden Fassung \(gemäß § 116b Abs. 8 SGB V\)](#)

Die Abrechnung von ambulanten Behandlungen nach § 116b Abs.2 SGB V erfolgt ebenso wie ambulante Operationen mit dem Nachrichtentyp „Rechnungssatz Ambulante Operation“. Alle Informationen an die Krankenkasse werden über den „Rechnungssatz Ambulante Operation“ übermittelt, ein Aufnahmesatz oder eine Entlassungsanzeige werden nicht erstellt und sind in Verbindung mit dem Nachrichtentyp „AMBO“ nicht zulässig. Ebenso sind Medizinische Begründungen und deren Anforderung in Verbindung mit dem Nachrichtentyp „AMBO“ unzulässig. Das Segment ZLG entfällt bei ambulanten Krankenhausbehandlungen (Rechnungssatz und Zahlungssatz Ambulante Operation, siehe aber Abschnitt 1.2.8.3). Die Berücksichtigung von Rechnungen für ambulante Operationen in Sammelüberweisungen ist zulässig. Das Verarbeitungskennzeichen im FKT-Segment ist hierbei mit „16“ (Normalfall) bzw. „12“ anzugeben, um die Prüfungen nach dem Leistungskatalog nach § 115b SGB V in den Krankenkassenfachverfahren auszuschalten

(Verarbeitungskennzeichen „36“ für Fallstorno). Die Diagnoseangaben werden durch die Angabe eines Kennzeichens für die Diagnosesicherheit ergänzt. Der Leistungsbereich der Behandlung ist vom Krankenhaus in einem LEI-Segment nach Schlüssel 22 ([siehe gesonderte Leistungsschlüssel für § 116b \(alt\)](#)) anzugeben. Das Datenfeld „Leistungsart“ wird mit der Ausprägung „A2“ (Schlüssel 24) angegeben. Die Angabe des Leistungstages entfällt. Hinweis für den Datenaustausch nach § 300 bzw. § 302 SGB V: Für die Zuordnung von Verordnungen bei Behandlung nach § 116b SGB V stehen das mit den Ziffern „26“ beginnende Institutionskennzeichen des Krankenhauses (fiktive Betriebsstättennummer) und der Leistungsbereichs-schlüssel (fiktive Arztnummer durch Ergänzung der Prüfziffer1) und „00“ am Ende) zur Verwendung auf den Verordnungen zur Verfügung. Die Übermittlung von Zwischen- oder Nachtragsrechnungen ist nicht zulässig. Die hier getroffene Festlegung erfolgt als Festlegung der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 295 Abs. 1b SGB V. Dieses Verfahren ist nur für Fälle anwendbar, die auf Basis der seit dem 01.04.2007 geltenden Fassung des § 116b Abs. 2 SGB V durchgeführt werden.

§ 116b (neu) – Abrechnung von Leistungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung

Die Abrechnung von ambulanten spezialfachärztlichen Behandlungen nach § 116b Abs.2 SGB V (in der Fassung ab dem 01.01.2012) erfolgt mit dem Nachrichtentyp „Rechnungssatz Ambulante Operation“ für Behandlungen ab dem 01.01.2015 in der Nachrichtenversion 12.

Alle Informationen an die Krankenkasse werden über den „Rechnungssatz Ambulante Operation“ übermittelt, ein Aufnahmesatz oder eine Entlassungsanzeige werden nicht erstellt und sind in Verbindung mit dem Nachrichtentyp „AMBO“ nicht zulässig. Ebenso sind Medizinische Begründungen und deren Anforderung in Verbindung mit dem Nachrichtentyp „AMBO“ unzulässig. Das Segment ZLG entfällt bei ambulanter spezialfachärztlicher Behandlung (Rechnungssatz und Zahlungssatz Ambulante Operation, siehe aber Abschnitt 1.2.8.3). Die Berücksichtigung von Rechnungen für ambulante Operationen in Sammelüberweisungen ist zulässig. Die Übermittlung von Zwischen- oder Nachtragsrechnungen ist nicht zulässig.

Das Verarbeitungskennzeichen im FKT-Segment ist hierbei mit „13“ (Normalfall- (spezialfachärztliche Leistungen nach § 116b SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO) [anzugeben](#)), [um die Prüfungen nach dem Leistungskatalog nach § 115b SGB V in den Krankenkassenfachverfahren auszuschalten](#) (Verarbeitungskennzeichen „43“ für Fallstorno). Die Diagnoseangaben werden durch die Angabe eines Kennzeichens für die Diagnosesicherheit ergänzt.

Der Leistungsbereich der Behandlung ist vom Krankenhaus in einem LEI-Segment nach Schlüssel 22 anzugeben. Das Datenfeld „Leistungsart“ wird mit der Ausprägung „A2“ (Schlüssel 24) angegeben. Die Ausprägung erfolgt anhand der neu geschaffenen Leistungsbereichsziffern (Leistungen nach § 116b SGB V in der ab dem 01.01.2012 geltenden Fassung), der entsprechend fortgeschrieben wird. Die Angabe des Leistungstages entfällt. Für die Nutzung und Bedruckung von Verordnungen und Vordrucken gilt die ASV-AV in ihrer jeweils geltenden Fassung. Sofern gemäß G-BA Konkretisierung des angegebenen Leistungsbereiches zusätzlich die Dokumentation einer schweren Verlaufsform erforderlich ist, erfolgt diese durch zusätzliche Angabe von weiteren Datenfeldern „Leistungsart“ mit der Ausprägung „A5“ (Schlüssel 24) und der Angabe der Schlüsselausprägung gemäß Schlüssel 28.

Investitionskostenabschlag gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V:

Der Investitionskostenabschlag für öffentlich geförderte Krankenhäuser bei ASV-Patienten wird wie folgt ermittelt und ausgewiesen:

1. ENA: Entgeltarten, die für die Berechnung des Investitionskostenabschlag gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V herangezogen werden, sind in ENA im Feld „in Honorar-/ Investitionskostensumme für Pauschale enthalten“ mit „A“ zu kennzeichnen.
2. REC: Im Feld „Honorar-/ Investitionskostensumme (für Pauschale)“ wird die Summe der Entgelte (Entgeltbetrag x Entgeltanzahl) die gemäß Nr. 1 eine Kennzeichnung „A“ enthalten ausgewiesen.
3. REC: Der Betrag in „Honorar-/ Investitionskostensumme (für Pauschale)“ wird ggf. um die EZV-Summe des Feldes „Honorarsummen-/ Investitionskostenrelevante Anteile“ in EZV (jeweils „Einzelvergütung“ x „Anzahl“) erhöht.
4. Der Betrag in „Honorar-/ Investitionskostensumme (für Pauschale)“ dient als Berechnungsgrundlage für den 5%-igen Investitionskostenabschlag.
5. Der hieraus errechnete Abschlag wird im Feld „Pauschale“ ausgewiesen und ist als negativer Betrag für REC zu interpretieren.

Abrechnung für ASV-Leistungen im 2. – 4. Quartal 2014 mit Nachrichtenversion 11 ab dem 01.10.2014

Die Abrechnung bei ASV-Patienten mit Behandlungsbeginn vor dem 1.10.2014 für Leistungen im 2. – 4. Quartal 2014 wird in der Nachrichtenversion 11 übermittelt. Die Annahme der Abrechnung von ASV-Patienten (§ 116b neu) wird kassenseitig zum 1.10.2014 sichergestellt, wobei die durch die ASV-Servicestelle vergebene Teamnummer im Feld Vertragskennzeichen anzugeben und mit dem Verarbeitungskennzeichen `13` bzw. `43` zu übermitteln ist. Wurde der ASV-Patient durch einen Vertragsarzt in die ASV überwiesen, werden in den Feldern Arztnummer des überweisenden Arztes und Betriebsstättennummer des überweisenden Arztes die Angaben des überweisenden Arztes abgebildet, die Überweisungsdiagnose ist im Feld „Überweisungsdiagnose“ anzugeben. Zuweisungen von Versicherten aus dem stationären Bereich enthalten lediglich im Feld Arztnummer des überweisenden Arztes das IK des Krankenhauses. Öffentlich geförderte Krankenhäuser (§ 116b SGB V Abs. 6 Satz 8) stellen zeitlich befristet für ASV-Patienten mit Leistungen im 2. – 4. Quartal 2014) den Entgeltschlüssel „00200000“ – Investitionskostenabschlag (gültig vom 01.04.2014 bis 31.12.2014) in Höhe von 5% der Rechnungssumme (REC) in Rechnung.

Anmerkung:

1) Die Prüfziffer wird mittels des Modulo 10-Verfahrens der Stellen 1 bis 6 (Leistungsbereichsschlüssel) der Arztnummer ermittelt. Bei diesem Verfahren werden die Ziffern 1 bis 6 von links nach rechts abwechselnd mit 4 und 9 multipliziert. Die Summe dieser Produkte wird modulo 10 berechnet. Die Prüfziffer ergibt sich aus der Differenz dieser Zahl zu 10 (ist die Differenz 10, so ist die Prüfziffer 0).

Fortschreibung 24

Hinweis: Das Ersatzverfahren für die Abrechnung der Einrichtungen nach §§ 117–119 SGB V findet im Jahr 2014 keine Anwendung mehr. Die Regelungen können diesbezüglich aus der Vereinbarung gemäß §301 SGB V entfernt werden.

1.2.8 Rechnungssatz Ambulante Operation *wird wie folgt geändert*

1.2.8.2 Ambulante Behandlungen nach §§ 117 bis 119 SGB V

Ambulante Behandlungen nach §§ 117 bis 119 SGB V

Für die Einrichtungen nach § 117 Abs. 1 und § 118 SGB V erfolgt ab dem 01.01.2012 und für die Einrichtungen nach § 117 Abs. 2 und § 119 SGB V ab dem 01.07.2012 die Abrechnung wie folgt (Regelverfahren):

Die Abrechnung von Leistungserbringern nach §§ 117, 118 und 119 SGB V erfolgt ebenso wie ambulante Operationen mit dem Nachrichtentyp „Rechnungssatz Ambulante Operation“. Das Verarbeitungskennzeichen im FKT-Segment ist hierbei mit „17“, „18“, „19“, „07“ oder „08“ (Normalfall) anzugeben (Verarbeitungskennzeichen „37“, „38“, „39“, „47“ oder „48“ für Fallstorno). Das Segment ZLG entfällt bei ambulanten Krankenhausbehandlungen (Rechnungssatz und Zahlungssatz Ambulante Operation, siehe aber Abschnitt 1.2.8.3). Die Diagnoseangaben werden durch die Angabe eines Kennzeichens für die Diagnosesicherheit ergänzt. Die Übermittlung von Zwischen- oder Nachtragsrechnungen ist nicht zulässig. Die Abrechnungen erfolgen quartalsweise entsprechend der Vereinbarung nach § 120 Abs. 3 SGB V über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für die Einrichtungen nach §§ 117 bis 119 SGB V.

Bei Abrechnung von vor- bzw. nachstationären Behandlungen in der BpflV (bei Anwendung §17d KHG) ist die gleichzeitige Abrechnung von Entgelten nach §118 SGB V (AMBO) nicht zulässig.

Die Regelung zum Ersatzverfahren gilt ausschließlich für die Einrichtungen nach § 117 Abs. 2 und § 119 SGB V bis zum 30.06.2012 fort:

~~Ersatzverfahren entsprechend der Vereinbarung nach § 120 Abs.3 SGB V vom 16. März 2010:~~

~~Für ambulante Behandlungen nach den §§ 117, 118 und 119 SGB V erfolgt für jeden Behandlungsfall mit einem Tag des Zugangs ab dem 1. Quartal 2010 eine quartalsbezogene Datenmeldung im Ersatzverfahren nach § 120 Abs. 3 SGB V mit dem Nachrichtentyp „Rechnungssatz Ambulante Operation“. Die Übermittlung erfolgt erstmals im 3. Quartal 2010 für das 1. und 2. Quartal 2010 in Nachrichtenversion 08, danach quartalsweise in Nachrichtenversion 09. Das Verarbeitungskennzeichen im FKT-Segment ist hierbei mit „01“ (Normalfall) anzugeben (Verarbeitungskennzeichen „03“ für Fallstorno). Es werden die versicherten- und fallkennzeichnenden Angaben der FKT-, INV-, und NAD-Segmente sowie die weiteren Mussfelder übermittelt; der Inhalt der einzelnen Segmente der Nachricht AMBO ergibt sich aus der Anlage zur Vereinbarung nach § 120 Abs. 3 SGB V. Als inhaltliche Informationen werden lediglich mit den BDG-Segmenten die Diagnosen des Falles angegeben. Der „Rechnungssatz Ambulante Operation“ des Ersatzverfahrens für ambulante Behandlungen nach den §§ 117, 118 und 119 SGB V ist nicht zahlungsauslösend. Er dient der elektronischen Übermittlung der Diagnoseangaben. Die Abrechnung der Fälle erfolgt während des Ersatzverfahrens auf herkömmlichem Wege im bestehenden Abrechnungsverfahren.~~

Fortschreibung 25

Hinweis: Durch die Etablierung der eGK sind Verweise in der §301-Vereinbarung dahingehend anzupassen.

1.3.1 Kostenübernahmesatz

wird wie folgt geändert

...

Die Krankenkasse teilt in der Kostenübernahme für die bei ihr versicherten Personen die aktuellen Daten der Krankenversichertenkarte/eGK mit).—(~~Krankenversicherungsnummer, Versichertenstatus, Gültigkeit der Versichertenkarte (entfällt bei eGK)~~). Bei Neugeborenen (eigener Fall), die noch keine Krankenversicherungsnummer haben, entfällt die Übertragung der Daten der Krankenversichertenkarte/eGK im Kostenübernahmesatz.

Mit der Kostenübernahme werden von der Krankenkasse die Zuzahlungstage (max. 28 Tage im Kalenderjahr) bzw. die restlichen Zuzahlungstage an das Krankenhaus gemeldet. Bei Befreiungstatbeständen oder bereits ausgeschöpfter Zuzahlung im Kalenderjahr bleibt das Datenfeld "Zuzahlungstage" leer oder es werden "0" Zuzahlungstage gemeldet. Bei einer Ablehnung der Kostenübernahme bleiben die Felder "Kostenübernahme ab", "Kostenübernahme bis" und "Zuzahlungstage" leer.

Für Versicherte der Knappschaft sind besondere Regelungen zu beachten.

Fortschreibung 26

Hinweis: Es werden die Festlegungen im Umgang mit den Behandlungs- und Überweisungsdiagnosen dargestellt.

2.2 BDG Segment Behandlungsdiagnose *wird wie folgt geändert*

...

1. Behandlungsdiagnose

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement die Angabe einer Diagnose mit ihrem amtlichen ICD–Schlüssel (linksbündig mit Sonderzeichen ‘.’, ‘-’ und ‘#’ (Kreuzdiagnose) ohne Leerzeichen), die für die Indikation zur ambulanten Operation/Behandlung maßgeblich ist. In dem 2. Datenfeld kann eine Lokalisation der Diagnose entsprechend der Spezifizierungen des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Diagnose relevant ist. In dem 3. Datenfeld muss die Diagnosesicherheit der Diagnose entsprechend der Spezifizierungen des Diagnoseschlüssels angegeben werden, soweit die Angabe der Diagnose gem. § 295 Abs. 1 SGB V erfolgt.

Bei Abrechnung nach § 116b SGB (neu): Sofern der Definitions- bzw. Indikationsauftrag (Überweisung) gemäß § 2 Abs. 4 Satz 2 ASV–RL durch eine Diagnose nach ICD–10–GM konkretisiert wird, ist die „Überweisungsdiagnose“ innerhalb der ASV zusätzlich (in Verbindung mit der Diagnoseart „2“) anzugeben

2. Sekundär–Diagnose

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement die Angabe eines zusätzlichen Diagnoseschlüssels, sofern die Behandlungsdiagnose eine zweite Diagnoseangabe erfordert. Sie ist nach dem amtlichen ICD–Schlüssel anzugeben (linksbündig mit Sonderzeichen ‘.’, ‘-’ , ‘*’ (Sterndiagnose) und ‘!’ (optionale Diagnose) ohne Leerzeichen). In dem 2. Datenfeld kann eine Lokalisation der Sekundär–Diagnose entsprechend der Spezifizierungen des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Diagnose relevant ist. In dem 3. Datenfeld muss die Diagnosesicherheit der Diagnose entsprechend der Spezifizierungen des Diagnoseschlüssels angegeben werden, soweit die Angabe der Diagnose gem. § 295 Abs. 1 SGB V erfolgt.

3. Diagnoseart

Als Diagnoseart werden standardmäßig die Behandlungsdiagnosen mit der Ausprägung „1“ gekennzeichnet.

Gesondert davon werden Überweisungsdiagnosen **innerhalb** der ambulanten spezialfachärztlichen Behandlungen (Verarbeitungskennzeichen „13 bzw. „43“) mit „2“ (Diagnose der Überweisung innerhalb der ASV) gekennzeichnet.

4. Teammitgliedsidentifikation

Bei der Abrechnung nach § 116b (neu) übermitteln Krankenhäuser für die behandelnden Krankenhausärzte die 9stellige Fachgruppennummer (vergeben bzw. bestätigt durch die ASV–Servicestelle) je Entgeltart. Die Fachgruppennummer setzt sich wie folgt zusammen: Stellen 1 bis 6: Pseudo–Arztnummer „55555“, Stelle 7 Ordnungsnummer entsprechend der Reihenfolge in der Anzeige an die ASV–Servicestelle (KH–Zähler), Stellen 8 und 9: Fachgruppencode gemäß Schlüssel 27. Sonst bleibt das Feld leer.

Fortschreibung 27

Hinweis: Durch die Änderungen der Anlage 1 sind die Durchführungshinweise anzupassen.

2.8 ENA Segment Entgelt Ambulante Operation (999x möglich)

wird wie folgt geändert

...

1. Entgeltart

Schlüssel: 4 Teil II

Eine EBM-Ziffer ist fünfstellig mit Ergänzung führender Nullen anzugeben. Zuschläge zu EBM-Ziffern sind in einem gesonderten Entgeltsegment anzugeben (Zuschlagsziffer = Entgeltart). Der EBM-Katalog wurde um Pseudo-EBM-Ziffern zur Abrechnung von im EBM-Katalog vereinbarten Höchstwerten erweitert. Die Höchstwerte werden wie reguläre EBM-Leistungen im ENA-Segment in Rechnung gestellt und zur Honorarsummenbildung herangezogen. Die tatsächlich erbrachten Leistungen, für die der Höchstwert in Rechnung gestellt wird, werden ebenfalls in den ENA-Segmenten jedoch mit Entgeltanzahl „0“ (Punktzahl, Punktwert und Entgeltbetrag enthalten die korrekten Werte) aufgeführt und gehen somit nicht in die Bildungen der Rechnungssummen ein.

2. Zusatzkennzeichen EBM

EBM-Ziffern, die mehrere Leistungen mit unterschiedlichen Punktzahlen oder Entgeltbeträgen bezeichnen, werden durch das Zusatzkennzeichen in die einzelnen Leistungsbewertungsbereiche untergliedert. Dies betrifft im EBM-2000-plus die Ziffern 32000 und 32001.

3. Abrechnungsbegründung

Das Feld enthält Angaben, wenn für die Abrechnung von einzelnen Entgeltarten eine Begründung notwendig ist (wenn EBM Positionen einer Begründung bedürfen oder dies vertraglich vereinbart ist).

4. In Honorar-/ Investitionskostensumme für Pauschale enthalten

Das Feld ist dann mit „J“ zu befüllen, wenn die entsprechende EBM-Position (Entgeltart) zur Berechnung des pauschalen Zuschlags nach § 9 Abs. 3 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V (AOP-Vertrag) herangezogen wird. ~~Ansonsten bleibt das Feld leer.~~

Bei Abrechnung nach § 116b (neu) ist das Feld mit „A“ zu kennzeichnen, wenn die entsprechende ASV-Leistung zur Berechnung des Investitionskostenabschlags für Krankenhäuser gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V herangezogen wird.

Ansonsten bleibt das Feld leer.

5. Tag der Behandlung

Das Feld enthält das jeweilige Datum der ambulanten Leistungserbringung. Bei ambulanten Entgeltarten, die über einen Zeitraum abgerechnet werden (z.B. Quartalspauschalen), ist der erste Tag der Leistungserbringung anzugeben..

6. Punktzahl

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

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

Bei künstlichen Befruchtungen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ist ein Eigenanteil des Patienten von 50 % zu leisten (§ 27a Abs. 3 Satz 3 SGB V). Für diese Leistungen für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung nach den EBM-Ziffern 08510, 08530, 08531, 08540, 08541, 08542, 08550, 08551, 08552, 08560, 08561, 08570, 08571, 08572, 08573, 08574 sowie die damit zusammenhängenden ärztlichen Leistungen nach den EBM-Ziffern 01510, 01511, 01512, 02100, 02341, 05310, 05330, 05340, 05341, 05350, 11311, 11312, 11320, 11321, 11322, 11330, 11331, 11332, 11333, 11334, 11351, 11352, 11354, 11360, 11361, 11370, 11371, 11372, 11380, 11390, 11391, 11395, 11396, 11400, 11401, 11403, 11404, 11410, 11411, 11412, 11420, 11421, 11422, 11430, 11431, 11432, 11433, 11434, 11440, 11441, 11442, 11443, 31272, 31503, 31600, 31608, 31609, 31822, 33043, 33044, 33090, 32354, 32356, 32357, 32575, 32576, 32614, 32618, 32660, 32781, 36272, 36503 und 36822 (siehe Durchführungsempfehlung des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V zu den Leistungen der künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V in seiner 214. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) mit Wirkung zum 1. Januar 2010) sind die um 50 % gekürzten ganzstellig kaufmännisch gerundeten Punktzahlen anzugeben. Die Halbierung der Punktzahlen für die mit den Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung zusammenhängenden ärztlichen Leistungen, die ansonsten voll berechnet werden, ist für die Ermittlung des jeweiligen Entgeltbetrages für den Rechnungssatz Ambulante Operation vorzunehmen und im Datenfeld „Punktzahl“ auszuweisen. Bei den EBM-Positionen, die keine Punktzahl, sondern einen festen Eurobetrag ausweisen (32354, 32356, 32357, 32575, 32576, 32614, 32618, 32660 und 32781), ist der Eurobetrag im Feld Entgeltbetrag als um 50% gekürzter Wert (mit zwei Nachkommastellen) anzugeben.

7. Punktwert

Für EBM-Ziffern ist der Punktwert für die ambulanten Eingriffe und die in ihrem Zusammenhang abrechenbaren Leistungen entsprechend EBM mit seinem aktuellen Wert in Cent anzugeben. Die Angabe erfolgt nur in Verbindung mit der Angabe einer Punktzahl.

8. Entgeltbetrag

Der Entgeltbetrag ist der EUR-Betrag (mit zwei Nachkommastellen) für eine Abrechnungseinheit der Entgeltart. Wird der Betrag aus dem Produkt von Punktzahl und Punktwert ermittelt, so erfolgt die Berechnung zunächst mit 8 Nachkommastellen und anschließender kaufmännischer Rundung auf 2 Nachkommastellen.

9. Entgeltanzahl

Es ist die für die Rechnungsstellung maßgebliche Entgeltanzahl (Anzahl der Leistungen der Entgeltart) anzugeben. Die nach § 18 Abs. 1 Satz 4 und 5 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V anzugebende belegärztliche Leistung ist durch Angabe der Entgeltanzahl „0“ kenntlich zu machen.

10. Doppeluntersuchung

Werden in medizinisch begründeten Fällen bereits durchgeführte Untersuchungen nochmals veranlasst und in Rechnung gestellt, sind diese durch die Angabe „J“ zu kennzeichnen. Für andere Abrechnungspositionen entfällt das Datenfeld.

11. Teammitgliedsidentifikation

Bei der Abrechnung nach § 116b (neu) übermitteln Krankenhäuser für die behandelnden Krankenhausärzte die 9stellige Fachgruppennummer (vergeben bzw. bestätigt durch die ASV-Servicestelle) je Entgeltart. Die Fachgruppennummer setzt sich wie folgt zusammen: Stellen 1 bis 6: Pseudo-Arztnummer „55555“, Stelle 7 Ordnungsnummer entsprechend der Reihenfolge

in der Anzeige an die ASV-Serviceestelle (KH-Zähler), Stellen 8 und 9: Fachgruppencode gemäß Schlüssel 27. Sonst bleibt das Feld leer.

12. Teamebene

Bei Abrechnung nach § 116b (neu) geben Krankenhausärzte neben der Fachgruppennummer ihre jeweilige Teamzugehörigkeit anhand der Teamebene gemäß Schlüssel 25 an. Sonst bleibt das Feld leer.

13. Gennummer, codiert

Setzt der EBM die Art der Untersuchung (Gennummer gemäß OMIM) voraus, ist diese anzugeben. Sonst bleibt das Feld leer.

14. Anzahl Gennummer

Setzt der EBM die unterschiedlichen Zielsequenzen voraus, so ist der Multiplikator (Anzahl der unterschiedlichen Zielsequenzen) anzugeben. Die Angabe erfolgt nur in Verbindung mit der Angabe einer Gennummer, codiert. Sonst bleibt das Feld leer.

Fortschreibung 28

Hinweis: Durch die Änderungen der Anlage 1 sind die Durchführungshinweise anzupassen.

2.11 EZV Segment Einzelvergütung (30x möglich)

wird wie folgt

geändert

...

1. Einzelvergütung

Nach § 9 Abs. 5 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V werden spezielle Materialien (siehe Schlüssel 3 der Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung) nach Einzelaufwand erstattet, soweit sie 12,50 € je aufgeführter Sachmittelposition (Schlüssel 3) übersteigen. Zur Rechnungslegung ist für die angefallenen Sachkosten der um den Selbstbehalt von 12,50 € reduzierte Betrag anzugeben.

Übersteigt der Preis eines Arzneimittels im Einzelfall einen Betrag von 40,00 Euro und ist es nicht Bestandteil der Vergütungen gemäß § 9 Abs. 2 bis 5 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V erfolgt nach § 9 Abs. 7 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V eine zusätzliche Erstattung in Höhe von 75 % des Apotheken-Einkaufspreises nach Lauertaxe zuzüglich Mehrwertsteuer. Für Photosensibilisatoren bei der photodynamischen Therapie und Hormonpräparate bei Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung erfolgt nach § 9 Abs. 8 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V hiervon abweichend eine zusätzliche Erstattung in Höhe von 80 % des Apotheken-Einkaufspreises nach Lauertaxe zuzüglich Mehrwertsteuer der tatsächlich für den Behandlungsfall verbrauchten Einheiten des jeweiligen Arzneimittels ohne Berücksichtigung eines Mindestbetrages. Der Rechnungsbetrag für Hormonpräparate zur In-vitro-Fertilisation ist um den Eigenanteil der Patienten gekürzt anzugeben

Anzugeben ist jeweils der Betrag für die Anzahl „1“. Die Summe aus den Produkten von Einzelvergütung und Anzahl Einzelvergütung fließt in REC ein.

2. Einzelvergütung, Erläuterung

Schlüssel: 3

Die im Feld Einzelvergütung abgerechneten Materialien, Arzneimittel oder Pauschalen werden mit Schlüssel 3 angegeben.

3. Einzelvergütung, Texterläuterung

Das Feld dient der näheren Angabe über die abgerechneten Implantate, Arzneimittel oder die pauschalierten Entgelte.

4. Anzahl

Es ist die für die Rechnungsstellung maßgebliche Anzahl der Einzelvergütungen (Anzahl der Leistungen am Tag der Behandlung) anzugeben.

5. Tag der Behandlung

Das Feld enthält das Datum der Leistung. Bei Leistungen die über einen Zeitraum angegeben werden, ist der erste Tag der Leistung anzugeben.

46. Honorarsummen-/ Investitionskostenrelevanter Anteil

In dem Feld ist der Anteil der Einzelvergütung von pauschalieren Entgelten (Einzelvergütung, Erläuterung = '05' oder '06') auszuweisen, der entsprechend des zu Grunde liegenden Strukturvertrages zur Honorarsumme hinzuzuzählen ist. In allen anderen Fällen ist das Feld leer.

Bei Abrechnung nach § 116b (neu) ist in dem Feld der Betrag auszuweisen, der dem Investitionskostenabschlag zu Grunde zu legen ist (Einzelvergütung x Anzahl). Der Betrag geht dann in den im Feld REC - „Honorar-/ Investitionskosten summe (für Pauschale) ausgewiesenen Wert ein. Bei § 116b (neu) finden die Werte Einzelvergütung, Erläuterung = '05' und '06' keine Anwendung, sondern es werden die entsprechend Schlüssel 3 anzuwendenden Einzelvergütungen ausgewiesen. In allen anderen Fällen ist das Feld leer.

Fortschreibung 29

Hinweis: Die Wiederholbarkeit der Fehlermeldungen sind zu erhöhen.

2.13 FHL Segment Fehlermeldung (~~20~~40 x möglich) *wird wie folgt geändert*

...

Fortschreibung 30

Hinweis: Durch die Änderungen der Anlage 1 sind die Durchführungshinweise anzupassen.

2.14 FKT Segment–Funktion

wird wie folgt geändert

...

4. IK des Empfängers

Als IK des Empfängers ist das Institutionskennzeichen der Krankenkasse bzw. des Krankenhauses anzugeben.

Das Institutionskennzeichen der Krankenkasse ist der Krankenversichertenkarte/eGK zu entnehmen. Es ist auf der Krankenversichertenkarte/eGK lediglich mit der 3. bis 9. Stelle enthalten, für die 1. und 2. Stelle ist stets der Wert "10" (Klassifikation für GKV) hinzuzufügen. Liegt die eGK im Einzelfall nicht vor, so ist das Institutionskennzeichen des Kostenträgers zu verwenden.

...

[Hinweis zur Anspruchsberechtigung bei Abrechnung ambulanter spezialfachärztlicher Leistungen gemäß § 116b \(neu\):](#) Zum Nachweis seiner Anspruchsberechtigung ist der Versicherte verpflichtet, seine Krankenversichertenkarte/eGK vorzulegen. Endet die Anspruchsberechtigung eines Versicherten bei seiner Krankenkasse im Laufe des Behandlungsfalls im Quartal, hat die am Tag des Zugangs zuständige Krankenkasse die Vergütung für die erbrachten Leistungen zu entrichten. Dasselbe gilt für den Fall des Kassenwechsels.

Fortschreibung 31

Hinweis: Durch die Änderungen der Anlage 1 sind die Durchführungshinweise anzupassen.

Bis zur Vergabe durch eine bundesweite ASV–Servicestelle erhalten ASV–Berechtigte übergangsweise gemäß § 10 Abs. 2 ASV–AV (Stand Unterschriftenversion 18.03.2014) eine Teamnummer vom GKV–Spitzenverband in Abstimmung mit der DKG.

2.15 INV Segment Information Versicherter *wird wie folgt geändert***1. Krankenversicherten–Nr.**

Die Krankenversichertennummer ist eine von der Krankenkasse vergebene Nummer zur eindeutigen Identifikation eines jeden einzelnen Versicherten. Sie ist auf der Krankenversichertenkarte/eGK enthalten. Die Krankenversichertennummer ist in der auf der Krankenversichertenkarte/eGK angegebenen Länge und Ausprägung – einschließlich evtl. vorhandener führender Nullen – zu übermitteln.

Liegt die Krankenversichertenkarte/eGK bei der Aufnahme des Patienten nicht vor, so kann die Krankenversicherten–Nr. aus dem Einweisungsvordruck des Vertragsarztes übernommen werden.

Bei Notfallaufnahmen von Patienten, deren Krankenversicherten–Nr. nicht ermittelt werden kann, wird die Krankenversicherten–Nr. von der Krankenkasse gemeldet.

Bei Neugeborenen (eigener Fall), die noch keine Krankenversicherten–Nr. haben, bleibt das Feld leer. Bei gesunden Neugeborenen muss in den Datenmeldungen zu einer Geburt für nicht im Ausland versicherte Mütter die Krankenversicherten–Nr. der Mutter angegeben werden. Siehe dazu auch Kapitel 1.4.1 "Versorgung von Neugeborenen im G–DRG–System".

2. Versichertenstatusart

Schlüssel: **12 Teil 1**

~~Der/Die Versichertenartstatus~~ enthält die Information über die Art der Versicherung (Mitglied / Familienversicherter / Rentner), ~~über die Zugehörigkeit zu den Stichprobenversicherten im Rahmen der Datenerhebung zum Risikostrukturausgleich nach § 267 SGB V und über den "Ost/West-Status".~~ ~~Dieser Versichertenartstatus~~ ist auf der ~~Krankenversichertenkarte/eGK~~ enthalten. ~~(Leerstellen sind mit "0" zu übermitteln.)~~ ~~Trotz der geänderten Verschlüsselung des Versichertenstatus in der eGK bleibt dieser inhaltlich unverändert und kann auch bei Vorliegen einer eGK unverändert mit Schlüssel 12 angegeben werden.~~

Bei Auslandsversicherten: '9999'.

~~Liegen die Angaben der Krankenversichertenkarte/eGK nicht vor, erfolgt in diesem Feld keine Eingabe. Das Datenfeld wird bis zum endgültigen Auslaufen der KVK auch aus den Daten der eGK weiterhin gefüllt.~~

3. Besonderer Personenkreis

Schlüssel: **12 Teil 2**

Dieses Feld gibt die Zugehörigkeit des Versicherten zu einer besonderen Personengruppe an. Die Kennzeichnung erfolgt wie folgt:

4 = BSHG (Bundessozialhilfegesetz) § 264 SGB V ,

6 = BVG (Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges),

7 = SVA -Kennzeichnung für zwischenstaatliches Krankenversicherungsrecht: - Personen mit Wohnsitz im Inland, Abrechnung nach Aufwand,

8 = SVA -Kennzeichnung, pauschal.

9 = Auslandsversicherter

4. DMP-Teilnahme

Schlüssel: 12 Teil 3

Das Feld gibt die Teilnahme des Versicherten an einem Disease Management Programm an. Die Kennzeichnung erfolgt gemäß Schlüssel 12 Teil 3. Das DMP-Kennzeichen findet derzeit aufgrund bilateraler vertraglicher Verpflichtungen von einzelnen Kostenträgern und Leistungserbringern noch Verwendung. Zur Abbildung dieser Verträge zu Disease-Management-Programmen kann das DMP-Kennzeichen weiterhin gemäß §291 Abs. 2a Satz 3 SGB V auf der eGK gespeichert werden, da es sich dabei um Angaben nach § 53 SGB V bzw. Angaben zum Nachweis von zusätzlichen Vertragsverhältnissen handelt. Bei Auslandsversicherten: '9'.

35. Gültigkeit der Krankenversichertenkarte

Das Gültigkeitsdatum ist auf der Krankenversichertenkarte enthalten. ~~Liegt sie nicht vor, entfällt die Angabe.~~, bei der eGK ist das Versicherungsschutz-Ende angegeben. Liegt sie nicht vor, entfällt die Angabe.

...

79. Tag des Beginns des Versicherungsschutzes

Das Datum ist ~~nicht~~ auf der Krankenversichertenkarte /eGK (als Versicherungsschutz-Beginn) enthalten; es wird von der Krankenkasse mit dem Kostenübernahmesatz gemeldet. Die Angabe entfällt im Aufnahmesatz und im Rechnungssatz Ambulante Operation.

810. Vertragskennzeichen

Erfolgt die Behandlung und/oder Abrechnung auf Basis individueller Verträge (z.B. integrierte Versorgung, Modellvorhaben nach § 64b Abs. 1 SGB V oder DMP) ist das Vertragskennzeichen des zu Grunde liegenden Vertrages anzugeben.

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

Fortschreibung 32

Hinweis: Durch die Änderungen der Anlage 1 sind die Durchführungshinweise anzupassen.

2.18 NAD Segment Name/Adresse *wird wie folgt geändert***1. Name des Versicherten**

Es ist der Familienname ohne Namenszusätze oder Vorsatzworte anzugeben.

2. Vorname des Versicherten

Der Vorname ist ohne Namenszusätze oder Vorsatzworte anzugeben.

Bei Neugeborenen (eigener Fall) , bei denen der Vorname noch nicht bekannt ist, ist 'Säugling m' für männliche und 'Säugling w' für weibliche Säuglinge anzugeben.

3. Geschlecht

Schlüssel: 21

Es ist mit „w“ für weiblich oder „m“ für männlich das Geschlecht des Versicherten anzugeben.

4. Geburtsdatum des Versicherten

In diesem Feld ist das Geburtsdatum des Versicherten anzugeben. Für Versicherte, deren Geburtsdatum nicht bekannt ist, sind zum Teil Krankenversichertenkarten/eGK mit Geburtsdatum '00.00.xxxx' vorhanden ('xxxx' = tatsächliches oder angebliches Geburtsjahr). 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 Versicherten anzugeben.

Bei Auslandsanschriften kann sie entfallen (NAD–9 vorhanden und nicht 'D') oder bis zu 7 Stellen lang sein.

7. Wohnort**8. Titel des Versicherten****9. Internationales Länderkennzeichen**

Schlüssel: 7

Das internationale Länderkennzeichen ist Bestandteil der Postanschrift bei im Ausland wohnhaften Versicherten.

Wird im Segment INV die Krankenversicherten–Nr. übermittelt, so können in NAD die Nr.4 bis Nr.9 entfallen.

Name und Vorname des Versicherten sind in NAD immer zu übermitteln.

10. Namenszusatz

Das Feld weist einen Namenszusatz (z.B. Freiherr etc.) im Namen des Versicherten auf.

11. Vorsatzwort

Das Feld weist ein Vorsatzwort (z.B. von und zu, van etc.) im Namen des Versicherten auf.

12. Anschriftenzusatz

Das Feld weist einen Anschriftenzusatz in der Anschrift des Versicherten auf.

Fortschreibung 33

Hinweis: Die Wiederholbarkeit des Segmentes PRZ ist von derzeit 30x auf maximal 99x zu erhöhen.

2.20 PRZ Segment Prozedur (3099x möglich) *wird wie folgt geändert*

...

1. Prozedur

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement eine im Rahmen der ambulanten Krankenhausbehandlung durchgeführte Operation oder Prozedur. Sie ist mit dem amtlichen Operationenschlüssel nach § 301 SGB V (linksbündig ohne Sonderzeichen '.' oder '-') anzugeben. Im 2. Datenelement kann eine Lokalisation der Operation oder der Prozedur entsprechend der Spezifizierungen des amtlichen OP-Schlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Operation oder Prozedur relevant ist.

Weitere im Rahmen der ambulanten Krankenhausbehandlung durchgeführten Operationen und Prozeduren können durch bis zu ~~30~~99-maliges Verwenden des Segmentes PRZ angegeben werden.

Fortschreibung 34

Hinweis: Durch die Änderungen der Anlage 1 sind die Durchführungshinweise anzupassen.

2.22 REC Segment Rechnung

1. Rechnungsnummer

Die Rechnungsnummer dient der eindeutigen Identifizierung der Einzelrechnung. Dies gilt auch über verschiedene Leistungsbereiche hinweg.

2. Rechnungsdatum

Als Rechnungsdatum ist das Datum der Rechnungsstellung anzugeben.

3. Rechnungsart

Schlüssel: 11

Die Rechnungsart enthält die Information, ob es sich bei dem übermittelten Datensatz um eine Zwischenrechnung, Schlußrechnung o. ä. handelt. Mit dem Schlüssel 11 wird auch angegeben, ob das Krankenhaus die Übermittlung des entsprechenden Zahlungssatzes anfordert oder nicht.

4. Aufnahmetag / Tag des Zugangs

Bei einer voll- oder teilstationären Behandlung oder stationären Entbindung ist der Aufnahmetag, bei ambulanter Operation/Behandlung im Krankenhaus oder bei vorstationärer Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung ist der Tag des ersten Zugangs anzugeben. Die Abrechnung ambulanter Operationen/Behandlungen erfolgt nach den am Tag des ersten Zuganges geltenden Abrechnungsregeln mit zugehörigem Leistungskatalog, Schlüsselkatalogen und Punktwert.

Hinweis bei Abrechnung von Behandlungen nach §§117–119 SGB V:

Eine Übertragungsdatei kann Fälle aus verschiedenen Quartalen enthalten. Als Tag des Zugangs wird der Tag des Erstkontakts in dem Abrechnungsquartal ausgewiesen.

5. Rechnungsbetrag

Der Rechnungsbetrag (mit zwei Nachkommastellen) enthält den aus den einzelnen Entgeltelementen (Segment Entgelte: Entgeltbetrag x Entgeltanzahl, bei Abschlägen zu subtrahieren) abzüglich der Zuzahlung (bei Zuzahlungskennzeichen 2 oder 3) errechneten Betrag, der in Rechnung gestellt wird.

Bei Rechnungssatz Ambulante Operation:

Rechnungsbetrag = Summe (Entgeltbetrag x Entgeltanzahl) + Pauschale (§ 116b (neu): bei Investitionskostenabschlag = negativer Wert) + Summe der EZV-Einzelvergütungen (Einzelvergütung x Anzahl)./. Zuzahlung.

6. Debitoren-Konto-Nr. des Krankenhauses

Die Debitoren-Konto-Nr. dient zur internen Weiterleitung und Verbuchung des von der Krankenkasse gezahlten Rechnungsbetrages in der Finanzbuchhaltung des Krankenhauses.

7. Referenznummer des Krankenhauses

8. IK des KH für Zahlungsweg

Über das Institutionskennzeichen des Krankenhauses wird auch die Konto-Nr. und Bankleitzahl zugeordnet. Soll der Rechnungsbetrag abweichend von dem in dem IK des Krankenhauses im Segment FKT angegebenen Zahlungsweg auf ein anderes Konto überwiesen werden, dient das Feld "IK des KH für Zahlungsweg" zur Angabe des abweichenden Zahlungsweges. Voraussetzung ist, dass das Krankenhaus über ein gültiges weiteres Institutionskennzeichen verfügt.

9. Honorar-/ Investitionskosten (für Pauschale) (nur bei Rechnungssatz Ambulante Operation)

Die Honorar-/ Investitionskosten (für Pauschale) ist die Summe der Beträge, die sich aus den Entgeltsegmenten im Rechnungssatz ambulante OP ergeben (in der Regel Summe aus Entgeltbetrag x Entgeltanzahl) zuzüglich mit dem Segment Einzelvergütung (EZV) mit Merkmal ,05' (honorarsummenrelevante Pauschalvergütung) oder ,06' (teilweise honorarsummenrelevante Pauschalvergütung) nach Schlüssel 3 (Einzelvergütung Ambulante Operation, Erläuterung) im Feld „Honorarsummen-/ Investitionskostenrelevanter Anteil“ in Rechnung gestellter Entgelte. Die aus den ENA-Segmenten in die Honorar-/ Investitionskosten (für Pauschale) eingehenden Beträge sind im Feld „in Honorar-/ Investitionskosten für Pauschale enthalten“ mit „J“ zu kennzeichnen. In das Feld „Honorar-/ Investitionskosten (für Pauschale)“ ist die Summe der Beiträge, dieser EBM-Ziffern einzutragen. Ggf. wird „Honorar-/ Investitionskosten (für Pauschale)“ um die EZV-Summe des Feldes „honorarsummen-/ Investitionskostenrelevante Anteile“ erhöht, die über EZV in Rechnung gestellt werden. Sofern eine leistungsbezogene Kostenpauschale des Kapitels 40 des EBM in Rechnung gestellt wird, ist die entsprechende ärztliche Leistung des EBM für die Berechnung der Zuschlagshöhe nach § 9 Abs. 3 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V auszuklammern. Nach § 9 Abs. 4 sind für die Berechnung der Zuschlagshöhe unter anderem die Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM ebenfalls nicht zu berücksichtigen.

Bei § 116b (neu) enthält das Feld die Summe der Beträge, die sich aus den ENA-Entgeltsegmenten im Rechnungssatz Ambulante Operation ergeben (in der Regel Summe aus Entgeltbetrag x Entgeltanzahl) zuzüglich der im Segment Einzelvergütung (EZV) im Feld „Honorarsummen-/ Investitionskostenrelevanter Anteil“ ausgewiesene Beträge. Die aus den ENA-Segmenten in die Honorar-/ Investitionskosten (für Pauschale) eingehenden Beträge sind im Feld „in Honorar-/ Investitionskosten für Pauschale enthalten“ mit „A“ zu kennzeichnen. In das Feld „Honorar-/ Investitionskosten (für Pauschale)“ ist die Summe der Beiträge dieser Entgelte einzutragen. Die „Honorar-/ Investitionskosten (für Pauschale)“ wird um „Investitionskostenrelevante Beträge“ erhöht, die unter Berücksichtigung der Anzahl über EZV in Rechnung gestellt werden.

Für Leistungen nach §§ 116b (alt), 117, 118 und 119 SGB V, für Leistungen im Rahmen eines Vertrages nach § 140a SGB V oder bei Abrechnung einer Pauschale nach § 120 Abs. 1a SGB V ist als Honorarsumme 0,00 anzugeben.

10. Pauschale (nur bei Rechnungssatz Ambulante Operation)

Nach § 9 Abs. 3 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V werden die Sachkosten, die nicht anderweitig abgegolten sind, durch einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 7 % vergütet. Die Berechnung erfolgt auf Basis des Wertes im Feld „Honorar-/ Investitionskosten (für Pauschale)“.

Bei § 116b (neu) wird der Investitionskostenabschlag nach § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V für öffentlich geförderte Krankenhäuser ausgewiesen. Die Berechnung erfolgt auf Grundlage des Wertes in „Honorar-/ Investitionskosten (für Pauschale)“.

Bei ambulanten Behandlungen nach § 116b ~~Abs. 2 SGB V (alt)~~, Leistungen nach §§ 117, 118 und 119 SGB V, Leistungen im Rahmen eines Vertrages nach § 140a SGB V oder bei Abrechnung einer Pauschale nach § 120 Abs. 1a SGB V wird dieses Feld nicht verwendet oder mit 0,00 gefüllt.

Fortschreibung 35

Hinweis: Durch die Änderungen der Anlage 1 sind die Durchführungshinweise anzupassen. Die organisatorischen und technischen Regelungen zur Übermittlung der regionalen Eurogebührenordnungen wird von den Vertragspartnern der ASV-AV gesondert bis zum 30.04.2014 festgelegt.

2.24 RZA Segment Rechnungssatz Ambulante Operation *wird wie folgt geändert*

1. Fachabteilung

Schlüssel: 6

Die Fachabteilung ist nach Schlüssel 6 anzugeben.

2. Arztnummer des überweisenden Arztes

Die Arztnummer des überweisenden Arztes ist bei ambulanter Leistung anzugeben, wenn der Patient von einem Vertragsarzt in das Krankenhaus zur ambulanten Operation/Behandlung überwiesen wurde. (Der Überweisungsvordruck enthält als Folge der Umsetzung des VÄndG ab 01.07.2008 sowohl die Betriebsstättennummer als auch die Arztnummer.).

Bei Abrechnung von ambulanten Leistungen nach § 116b Abs.2 SGB V nach hausinterner Überweisung ist das Datenfeld mit der Pseudoarztnummer „99999900“ zu füllen.

Bei Abrechnung nach § 116b (neu) ist die Arztnummer des in die ASV überweisenden Arztes anzugeben. Bei Zuweisungen aus dem stationären Bereich (§8 Abs. 1 Satz 3 ASV-RL) wird das IK des Krankenhauses angegeben.

3. Betriebsstättennummer des überweisenden Arztes

Die Betriebsstättennummer des überweisenden Vertragsarztes ist aus dem Überweisungsvordruck zu übernehmen (Der Überweisungsvordruck enthält als Folge der Umsetzung des VÄndG ab 01.07.2008 sowohl die Betriebsstättennummer als auch die Arztnummer.).

Bei Abrechnung von ambulanten Leistungen nach § 116b Abs.2 SGB V nach hausinterner Überweisung ist das Datenfeld mit der Pseudobetriebsstättennummer „99999900“ zu füllen.

Bei Abrechnung nach § 116b (neu) ist die Betriebsstättennummer des in die ASV überweisenden Arztes anzugeben. Bei Zuweisungen aus dem stationären Bereich (§8 Abs. 1 Satz 3 ASV-RL) bleibt das Feld leer.

4. Zahnarztnummer des überweisenden Zahnarztes

Die Zahnarztnummer des überweisenden Zahnarztes ist bei ambulanter Leistung anzugeben, wenn der Patient von einem Vertragszahnarzt in das Krankenhaus zur ambulanten Operation überwiesen wurde.

5. Überweisungsdiagnose

Bei ambulanter Leistung in Verbindung mit einer Überweisung durch einen Vertragsarzt ist im ersten Datenelement der Datenelementgruppe die Überweisungsdiagnose anhand des Überweisungsscheins anzugeben. Sie ist nach dem amtlichen ICD-Schlüssel anzugeben (linksbündig mit Sonderzeichen '.', '-' und '#' (Kreuzdiagnose) ohne Leerzeichen). In dem 2. und 3. Datenfeld können eine Lokalisation und/oder die Diagnosesicherheit der Diagnose entsprechend der Spezifizierung des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur

Spezifikation der Diagnose relevant ist. Fehlt die Angabe des Vertragsarztes, entfällt eine Angabe durch das Krankenhaus.

Besteht für Behandlungen nach § 116b (neu) ein Überweisungserfordernis gemäß § 8 Satz 1 ASV-RL, ist die Überweisungsdiagnose durch einen Vertragsarzt anzugeben.

6. Sekundär-Diagnose

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement die Angabe eines zusätzlichen Diagnoseschlüssels, sofern die Überweisungsdiagnose eine zweite Diagnoseangabe erfordert. Sie ist nach dem amtlichen ICD-Schlüssel anzugeben (linksbündig mit Sonderzeichen '.', '-', '*' (Sterndiagnose) und '!' (optionale Diagnose) ohne Leerzeichen). In dem 2. und 3. Datenfeld können eine Lokalisation und/oder die Diagnosesicherheit der Sekundär-Diagnose entsprechend der Spezifizierung des Diagnoseschlüssels erfolgen. Fehlt die Angabe des Vertragsarztes, entfällt eine Angabe durch das Krankenhaus.

7. Arztnummer des Belegarztes/kooperierenden Arztes

Erfolgt eine ambulante Operation oder ein sonstiger stationersetzender Eingriff gemäß §115b Abs. 1 SGB V durch einen am Krankenhaus tätigen Belegarzt bzw. Vertragsarzt im Rahmen einer vertraglichen Zusammenarbeit, so ist die Arztnummer Belegarztes bzw. des niedergelassenen Vertragsarztes vom Krankenhaus auszuweisen.

8. Arztnummer eines weiteren kooperierenden Arztes

Erfolgt eine ambulante Operation oder ein sonstiger stationersetzender Eingriff gemäß §115b Abs. 1 SGB V durch mehrere Vertragsärzte im Rahmen einer vertraglichen Zusammenarbeit, so ist die Arztnummer eines weiteren niedergelassenen Vertragsarztes zusätzlich zur Angabe im Datenfeld „Arztnummer des kooperierenden Arztes“ in diesem Datenfeld vom Krankenhaus auszuweisen.

9. Betriebsstättennummer

Gleichartige Einrichtungsarten sind über die Fachabteilung im Segment RZA abzugrenzen. Die Betriebsstättennummer wird ergänzend zur Unterscheidung mehrerer gleichartiger Einrichtungsarten verwendet. Das Krankenhaus informiert die Vertragsparteien nach § 120 Abs. 2 SGB V vorab über die verwendeten Betriebsstättennummern. Eine Verpflichtung des Krankenhauses, Betriebsstättennummern zu verwenden, besteht nur in dem Maß, wie sie außerhalb und unabhängig von dieser Vereinbarung durch rechtlich verbindliche Vorgabe festgelegt ist.

10. Datum der Überweisung in die ASV

Bei Abrechnung nach § 116b (neu) ist das Datum der Überweisung in die ambulante spezialfachärztliche Behandlung gemäß § 8 der ASV-RL anzugeben. Das Datum wird quartalsübergreifend mitgeführt und erst bei erneuter Überweisung mit dem neuen Überweisungsdatum aktualisiert. Sonst bleibt das Feld leer.

11. KV-Bezirk

Krankenhäuser übermitteln den KV-Bezirk, in dem sie ihren Standort haben gemäß Schlüssel 26.

12. EBM-Version

Die veröffentlichte regionale Euro-Gebührenordnung enthält das hier anzugebende Datum des Erstellungstages. Sonst bleibt das Feld leer.