

## **12. Fortschreibung vom 20.03.2014**

zur Fortschreibung der § 301-Vereinbarung  
vom 31.03.2012  
mit Wirkung zum 01.01.2015

---

### **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: <del>11</del> 12:000:00
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
	<del>Versichertenstatus</del> <u>Versichertenart</u>	<del>1</del> <u>2345</u> 1
	<del>Besonderer Personenkreis</del>	<del>4</del>
	<del>DMP-Teilnahme</del>	<del>1</del>
	Gültigkeit der Versichertenkarte	1 <del>3</del> 412
	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	-
	<del>Namenszusatz</del>	<del>-</del>
	<del>Vorsatzwort</del>	<del>-</del>
	<del>Anschriftenzusatz</del>	<del>-</del>
...		
DPV	Segment Diagnosen-/Prozedurenversion	DPV
	ICD-Version	<del>2013</del> 2014
	OPS-Version	Angabe entfällt
AUF	Segment Aufnahme	AUF
	Aufnahmetag	<del>20131001</del> 20141001
	Aufnahmeuhrzeit	1120
	Aufnahmegrund	0101
	Fachabteilung	0700
	Voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung	<del>20131009</del> 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	<del>an5</del> 1	Schlüssel 12 (Teil 1), '99999' bei Auslandsversicherten
	<u>Besonderer Personenkreis</u>	K	n1	<u>Schlüssel 12 (Teil 2), '9' bei Auslandsversicherten</u>
	<u>DMP-Teilnahme</u>	K	n1	<u>Schlüssel 12 (Teil 3), '9' bei Auslandsversicherten</u>
	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.. <del>47</del> 45	
	Vorname des Versicherten	M	an.. <del>30</del> 45	
	Geschlecht	M	an1	Schlüssel 21
	Geburtsdatum des Versicherten	<del>K</del> M	an8	JJJJMMTT
	Straße und Haus-Nr.	K	an.. <del>30</del> 56	
	Postleitzahl	K	an.. <del>7</del> 10	
	Wohnort	K	an.. <del>25</del> 40	
	Titel des Versicherten	K	an.. <del>17</del> 20	
	Internationales Länderkennzeichen	K	an..3	Schlüssel 7
	<u>Namenszusatz</u>	K	an..20	
	<u>Vorsatzwort</u>	K	an..20	
	<u>Anschriftenzusatz</u>	K	an..40	

**Fortschreibung 3**

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

**Fehlernachricht**

*wird wie folgt geändert:*

Seg- ment	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' ( <del>20x</del> 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	
	<del>Versichertenstatus</del> <u>Versichertenart</u>	K	<del>an5</del> <u>n1</u>	Schlüssel 12 ( <u>Teil 1</u> ), '9999' bei Auslandsversicherten
	<u>Besonderer Personenkreis</u>	<u>K</u>	<u>n1</u>	<u>Schlüssel 12 (Teil 2), '9' bei Auslandsversicherten</u>
	<u>DMP–Teilnahme</u>	<u>K</u>	<u>n1</u>	<u>Schlüssel 12 (Teil 3), '9' bei Auslandsversicherten</u>
	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	<u>Muss angegeben werden bei § 116b (neu) (Teamnummer '00xxxxxx')</u>	

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	<del>K</del> M	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
	<u>Namenszusatz</u>	K	an..20	
	<u>Vorsatzwort</u>	K	an..20	
	<u>Anschriftenzusatz</u>	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	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-/ <u>Investitionskosten</u> summe (für Pauschale)	M	n..8	999999,99, <u>nur bei § 115 b</u> <u>(Honorarsumme), bzw.</u> <u>§ 116b (neu)</u> <u>(Investitionskostenabschluss),</u> <u>sonst 0,00</u>
	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, <u>Muss</u> <u>angegeben werden bei</u> <u>§ 116b (neu): bei Überweisung</u> <u>in die ASV</u>

	Betriebsstättennummer des überweisenden Arztes	K	an..9	Betriebsstättennummer des Arztes, <u>Muss angegeben werden bei § 116b (neu): bei Überweisung in die ASV</u>
	Zahnarztnummer des überweisenden Zahnarztes	K	an..9	KZV-Nummer des Zahnarztes
	Überweisungsdiagnose	K		(Datenelementgruppe), <u>Muss angegeben werden bei § 116b (neu): bei Überweisung in die ASV</u>
	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
	<u>Datum der Überweisung in die ASV</u>	<u>K</u>	<u>an..8</u>	<u>JJJJMMTT, Muss angegeben werden bei § 116b (neu): bei Überweisung in die ASV</u>
	<u>KV-Bezirk</u>	<u>M</u>	<u>an2</u>	<u>Schlüssel 26</u>
	<u>EBM-Version</u>	<u>K</u>	<u>an8</u>	<u>JJJJMMTT</u>
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
	<u>Diagnoseart</u>	<u>M</u>	<u>a1</u>	<u>1 = Behandlungsdiagnose, 2 = bei § 116b (neu): Diagnose der Überweisung innerhalb der ASV</u>
	<u>Teammitgliedsidentifikation</u>	<u>K</u>	<u>an9</u>	<u>Muss angegeben werden bei § 116b (neu): bei Diagnoseart '2', bei KH: Fachgruppennummer</u>
PRZ	Segment Prozedur	K	an3	'PRZ' ( <del>3099</del> 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-/ <u>Investitionskosten</u> summe für Pauschale enthalten	K	a1	„J“ wenn in Honorarsumme für die Berechnung der Pauschale nach AOP-Vertrag enthalten, <u>§ 116b (neu): 'A' (Investitionskostenabschlag)sonst leer</u> , nur für § 115b <u>und § 116b (neu) Fälle, sonst leer</u>
	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
	<u>Teammitgliedsidentifikation</u>	<u>K</u>	<u>an9</u>	<u>Muss angegeben werden bei § 116b (neu), bei KH: Fachgruppennummer</u>
	<u>Teamebene</u>	<u>K</u>	<u>an2</u>	<u>Muss angegeben werden bei § 116b (neu), Schlüssel 25</u>
	<u>Gennummer, codiert</u>	<u>K</u>	<u>an12</u>	<u>sofern bei EBM notwendig</u>
	<u>Anzahl Gennummer</u>	<u>K</u>	<u>n...3</u>	<u>Multiplikator Gennummer</u>
EZV	Segment Einzelvergütung	K	an3	'EZV' (30x möglich)
	Einzelvergütung	M	n..8	999999,99
	Einzelvergütung, Erläuterung	M	an2	Schlüssel 3, <u>bei § 116b (neu): außer '05' oder '06'</u>
	Einzelvergütung, Texterläuterung	K	an..70	Text
	<u>Anzahl</u>	<u>M</u>	<u>n..3</u>	
	<u>Tag der Behandlung</u>	<u>K</u>	<u>an8</u>	<u>JJJMMTT</u>
	Honorarsummen-/ <u>Investitionskosten</u> relevanter Anteil	K	n..8	999999,99, <u>nur bei § 115 b (Honorarsumme), bzw. § 116b (neu) (Investitionskostenabschlag), sonst leer</u>
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`, <u>Schlüssel 28 bei § 116b (neu)</u>
	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	
	<u>Versichertenstatus</u> <u>Versichertenart</u>	K	<u>an5n1</u>	Schlüssel 12 (Teil 1), '99999' bei Auslandsversicherten
	<u>Besonderer Personenkreis</u>	<u>K</u>	<u>n1</u>	<u>Schlüssel 12 (Teil 2), '9' bei Auslandsversicherten</u>
	<u>DMP-Teilnahme</u>	<u>K</u>	<u>n1</u>	<u>Schlüssel 12 (Teil 3), '9' bei Auslandsversicherten</u>
	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
Vertragskennzeichen	K	an..25	<u>Muss angegeben werden bei § 116b (neu) (Teamnummer '00xxxxxx')</u>	
NAD	Segment Name/Adresse	M	an3	'NAD'
	Name des Versicherten	M	an.. <u>4745</u>	
	Vorname des Versicherten	M	an.. <u>3045</u>	
	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-/ <u>Investitionskosten</u> 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-/ <u>Investitionskosten</u> summe, neu berechnet	K	n..8	999999,99, <u>nur bei § 115 b (Honorarsumme), bzw. § 116b (neu) (Investitionskostenabschlag), sonst 0,00</u>
	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-/ <u>Investitionskosten</u> summe für Pauschale enthalten	K	a1	„J“ wenn in Honorarsumme für die Berechnung der Pauschale nach AOP - Vertrag enthalten, <u>§ 116b (neu): 'A' (Investitionskostenabschlag) sonst leer</u> , nur für §115b Fälle und <u>§ 116b (neu) Fälle, sonst leer</u>
	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, <u>bei § 116b (neu): außer '05' oder '06'</u>
	Einzelvergütung, Texterläuterung	K	an..70	Text
	<u>Anzahl</u>	<u>M</u>	<u>n...3</u>	

<u>Tag der Behandlung</u>	K	an8	<u>JJJIMMTT</u>
Honorarsummen-/ <u>Investitionskosten</u> relevanter Anteil	K	n..8	999999,99, <u>nur bei § 115 b</u> <u>(Honorarsumme), bzw.</u> <u>§ 116b (neu)</u> <u>(Investitionskostenabschlag).</u> <u>sonst leer</u>

*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
<b>FKT</b>	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
<b>INV</b>	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	
<b>NAD</b>	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			
...													
<b>REC</b>	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-/ <u>Investitionskosten</u> summe (für Pauschale)					-		M				-	M
10	Pauschale					-		K				-	K
...													
<b>ZPR</b>	Segment Zahlung/Prüfung											M	M
1	Rechn.-betrag angewiesen											M	M
2	Prüfungsvermerk											M	M
3	Honorar-/ <u>Investitionskosten</u> summe, neu berechnet											-	K
4	Pauschale, neu berechnet											-	K
...													
<b>RZA</b>	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	<u>Datum der Überweisung in die ASV</u>							<u>K</u>					
11	<u>KV-Bezirk</u>							<u>M</u>					
12	<u>EBM-Version</u>							<u>K</u>					
...													
<b>BDG</b>	Segment Behandlungsdiagnose							M					
1	Behandlungsdiagnose							M					
2	Sekundär-Diagnose							K					
3	<u>Diagnoseart</u>							<u>M</u>					
4	<u>Teammitgliedsidentifikation</u>							<u>K</u>					
...													
<b>PRZ</b>	Segment Prozedur							K					
1	Prozedur							M					
2	Prozedurentag							M					
3	Lebenspende							K					
...													
<b>ENA</b>	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	Genummer, codiert							K							
14	Anzahl Genummer							K							
<b>EZV</b>	Segment Einzelvergütung							K						K	
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:

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

Teil 3DMP-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:*

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

**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:*

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

<b>Bezeichnung</b>	<b>Fachgruppencode</b>
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
<b>Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe</b>	
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	15
SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	16
SP Gynäkologische Onkologie	17
SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	18
<b>Gebiet Hals-Nasen-Ohrenheilkunde</b>	
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
<b>Gebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten</b>	
FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	21
<b>Gebiet Humangenetik</b>	
FA Humangenetik	22
Fachwissenschaftler Genetik	22
<b>Gebiet Innere Medizin</b>	
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

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

<b>Bezeichnung</b>	<b>Fachgruppencode</b>
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
<b>Gebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie</b>	
FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	47
FA Kinder- und Jugendpsychiatrie; obsolet	47
<b>Gebiet Laboratoriumsmedizin</b>	
FA Laboratoriumsmedizin	48
TG Mikrobiologie; obsolet	48
Fachwissenschaftler Chemie und Labordiagnostik	48
<b>Gebiet Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie</b>	
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
<b>Gebiet Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie</b>	
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
<b>Gebiet Neurochirurgie</b>	
FA Neurochirurgie	52
<b>Gebiet Neurologie</b>	
FA Neurologie	53
<b>Gebiet Nuklearmedizin</b>	
FA Nuklearmedizin	54
<b>Gebiet Pathologie</b>	
FA Neuropathologie	55
TG Neuropathologie; obsolet	55
FA Pathologische Anatomie; kammerindividuell, obsolet	56
FA Pathologie	56
Fachwissenschaftler Zytologie/Histologie	56
<b>Gebiet Physikalische und Rehabilitative Medizin</b>	
FA Physikalische und Rehabilitative Medizin	57
FA Physiotherapie; neue Bundesländer, obsolet	57
<b>Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie</b>	
FA Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie; kammerindividuell, obsolet	51
FA Psychiatrie und Psychotherapie	58
FA Psychiatrie; obsolet	58
SP Forensische Psychiatrie	59
<b>Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie</b>	
FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	60
FA Psychotherapeutische Medizin; obsolet	60

<b>Bezeichnung</b>	<b>Fachgruppencode</b>
FA Psychotherapie; neue Bundesländer, obsolet	60
Psychotherapeutisch tätiger Arzt (Zusatzbezeichnung)	61
<b>Gebiet Radiologie</b>	
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
<b>Gebiet Strahlentherapie</b>	
FA Strahlentherapie	65
<b>Gebiet Transfusionsmedizin</b>	
FA Transfusionsmedizin	66
FA Blutspende- und Transfusionsmedizin; kammerindividuell, obsolet	66
<b>Gebiet Urologie</b>	
FA Urologie	67
Psychologischer Psychotherapeut	68
Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut	69
<b>weitere Fachgruppen:</b>	
<b>Gebiet Anatomie</b>	
FA Anatomie	99
<b>Gebiet Arbeitsmedizin</b>	
FA Arbeitsmedizin	99
FA Arbeitshygiene; neue Bundesländer, obsolet	99
<b>Gebiet Biochemie</b>	
FA Biochemie	99
<b>Gebiet Chirurgie</b>	
FA Herzchirurgie	99
FA Thoraxchirurgie	99
SP Thoraxchirurgie in der Herzchirurgie; obsolet	99
SP Echokardiologie herznaher Gefäße; obsolet	
<b>Gebiet Hygiene und Umweltmedizin</b>	
FA Hygiene und Umweltmedizin	99
FA Hygiene; kammerindividuell, obsolet	99
FA Immunologie; neue Bundesländer, obsolet	99
<b>Gebiet Öffentliches Gesundheitswesen</b>	
FA Öffentliches Gesundheitswesen	99
<b>Gebiet Pharmakologie</b>	
FA Klinische Pharmakologie	99
FA Pharmakologie und Toxikologie	99
TG Klinische Pharmakologie; obsolet	99
<b>Gebiet Physiologie</b>	
FA Physiologie	99
<b>Gebiet Rechtsmedizin</b>	
FA Rechtsmedizin	99
FA Sozialhygiene; neue Bundesländer, obsolet	99
FA Sportmedizin; neue Bundesländer, obsolet	99
<b>Fachzahnärzte nach § 10a Abs. 1 BÄO, § 6 BMV (neue Bundesländer)</b>	

<b>Bezeichnung</b>	<b>Fachgruppencode</b>
Fachzahnarzt für theoretisch-experimentelle Medizin	99
(§ 6 Abs. 2 BMV)	
<b>Fachwissenschaftler der Medizin, § 7 BMV (neue Bundesländer)</b>	
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 <del>300mal</del> <b>999mal</b> vorkommen
24036	Segment EZV kann nur 30mal vorkommen
...	...
24068	Nach RZA folgt nicht PRZ oder ENA
24069	Segment PRZ kann nur <del>30mal</del> <b>99mal</b> 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
<b>24075</b>	<b>Segment LEI fehlt</b>
...	
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
...	
<del>30007</del>	<del>Versichertenstatus entspricht nicht Schlüssel Versichertenstatus und ist nicht 99999</del>
...	
30016	Für diese Kasse (im FKT-Segment) ist ein anderer Kostenträger zuständig - Daten separat senden
<del>30017</del>	<del>Versichertenart entspricht nicht Schlüssel 12 Teil 1</del>
<del>30018</del>	<del>Besonderer Personenkreis entspricht nicht Schlüssel 12 Teil 2</del>
<del>30019</del>	<del>DMP-Teilnahme entspricht nicht Schlüssel 12 Teil 3</del>
<del>30020</del>	<del>Geburtsdatum fehlt</del>
...	

Fehlercode	Fehlertext
34001	IK des Krankenhauses nicht bekannt oder nicht mit IK in UNB verknüpft
...	...
34158	Leistungsart im Segment LEI entspricht nicht Schlüssel 24
<del>34159</del>	<del>Teamnummer fehlt im Vertragskennzeichen</del>
<del>34160</del>	<del>Honorar-/ Investitionskostensumme (für Pauschale) mit Wert 0,00 und öffentlich gefördertem Krankenhaus unzulässig</del>
<del>34161</del>	<del>Arztnummer des überweisenden Arztes bei Überweisung in die ASV fehlt</del>
<del>34162</del>	<del>Ergänzende Dokumentation schwerer Verlaufsformen entspricht nicht Schlüssel 28</del>
<del>34163</del>	<del>Datum der Überweisung in die ASV fehlt</del>
<del>34164</del>	<del>KV-Bezirk fehlt</del>
<del>34165</del>	<del>EBM-Version fehlt</del>
<del>34166</del>	<del>Diagnoseart ungleich 1 oder 2</del>
<del>34167</del>	<del>Teammitgliedsidentifikation fehlt bei Verarbeitungskennzeichen `13` bzw. `43`</del>
<del>34168</del>	<del>in Honorar-/ Investitionskostensumme für Pauschale enthalten bei Verarbeitungskennzeichen `10` bzw. `11` bzw. `30` ungleich „J“</del>
<del>34169</del>	<del>in Honorar-/ Investitionskostensumme für Pauschale enthalten bei Verarbeitungskennzeichen `13` bzw. `43` ungleich „A“</del>
<del>34170</del>	<del>Gennummer bei EBM notwendig und fehlt</del>
<del>34171</del>	<del>Anzahl zu Einzelvergütung fehlt</del>
<del>34172</del>	<del>Tag der Behandlung (EZV) fehlt</del>
<del>34173</del>	<del>Verarbeitungskennzeichen „13“ bzw. „43“ mit Kombination Schlüssel 22 für Leistungsbereich nach § 116b (alt) nicht zulässig</del>
<del>34174</del>	<del>Teamebene entspricht nicht Schlüssel 25</del>
<del>34175</del>	<del>Teamebene fehlt</del>
<del>34176</del>	<del>KV Bezirk entspricht nicht Schlüssel 26</del>
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 Datenfeld „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: <del>++12</del> :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	<del>++12</del>
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- <del>1256</del> ,	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-/ Investitionskostensumme (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-/ Investitionskostensumme (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-/ Investitionskostensumme (für Pauschale)“ eingerechnet, daher muss das Feld „in Honorar-/ Investitionskostensumme 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-Service Stelle 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". Dieer 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-Serviceestelle 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 (~~30~~99x 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**summe (für Pauschale) (nur bei Rechnungssatz Ambulante Operation)

Die Honorar-/ Investitionskosten

summe (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-/ Investitionskostensumme (für Pauschale) eingehenden Beträge sind im Feld „in Honorar-/ Investitionskostensumme für Pauschale enthalten“ mit „J“ zu kennzeichnen. In das Feld „Honorar-/ Investitionskostensumme (für Pauschale)“ ist die Summe der Beiträge, dieser EBM-Ziffern einzutragen. Ggf. wird „Honorar-/ Investitionskostensumme (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-/ Investitionskostensumme (für Pauschale) eingehenden Beträge sind im Feld „in Honorar-/ Investitionskosten

summe für Pauschale enthalten“ mit „A“ zu kennzeichnen. In das Feld „Honorar-/ Investitionskostensumme (für Pauschale)“ ist die Summe der Beiträge dieser Entgelte einzutragen. Die „Honorar-/ Investitionskostensumme (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

summe (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-/ Investitionskostensumme (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.