

Nachtrag vom 06.12.2013

für Nachtrag 1–5, 6 (Teil II) und 7–16 mit Wirkung zum
01.01.2014

Nachtrag 6 (Teil I) mit Wirkung zum 01.07.2014

zur Fortschreibung der § 301–Vereinbarung
vom 31.03.2012

Erläuterungen zu einzelnen Nachträgen

Nachtrag 1:

Die „Pseudo–Fachabteilung“ „0003“ (Dokumentation bei Abwesenheit über Mitternacht) ist redaktionell in Anlage 1 zu ergänzen.

Nachtrag 2 und 10:

Diese Nachträge stellen klar, das bei Patienten, bei denen ein Arbeitsunfall bzw. eine Berufskrankheit vorliegt, dieser auch anzugeben ist. Ein Notfall ist nur anzugeben, wenn dies nicht zutrifft. Der Begriff „Wegeunfall“ ist eine redaktionelle Streichung, dieser zählt in der gesetzlichen Unfallversicherung (§§ 7,8 SGB VII) zum „Arbeitsunfall“.

Nachtrag 3:

Die bestehende Entgeltsystematik ist um eine weitere Ausprägung zu ergänzen.

Nachtrag 4: Regelungen für „Entgelte für Modellvorhaben § 64b Abs. 1 SGB V“

Im Bereich der ambulanten Entgeltarten werden künftig Zu- oder Abschläge bei Entgelten für Modellvorhaben nach § 64b Abs. 1 SGB V im Bereich der sonstigen Pauschalen (2. Stelle der Entgeltart = 6) unterschieden. Insbesondere der Bereich der Abschläge muss von den anderen Entgelten der Modellvorhaben unterschieden werden, da hier angegebene Entgeltbeträge in der Abrechnung Negativwerte abbilden, die den Rechnungsbetrag mindern.

Nachtrag 5: Regelung zur Abrechnung des Systemzuschlages des G–BA und des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit

Durch den Systemzuschlag „Zuschlag Gemeinsamer Bundesausschuss [§ 91 Abs. 3 Satz 1 SGB V i.V.m. § 139c Satz 1 SGB V]“ werden sowohl die Kosten des Gemeinsamen Bundesausschusses als auch des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 91 Abs. 2 SGB V i.V.m. § 139c Abs. 1 SGB V finanziert (Näheres unter: <http://www.g-ba.de/institution/aufgabe/finanzierung/2013>). Die Entgeltart dafür lautet für den vollstationären Bereich A6200006 und für den teilstationären Behandlungsbereich B6200006. Der gesonderte Entgeltschlüssel für das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen ([A,B]6200007) ist deshalb nicht notwendig und kann entfallen.

Nachtrag 6: Regelungen für den Entgeltbereich A (Entgelte für Modellvorhaben)

Diese Regelung ermöglicht die Abbildung von Modellvorhaben nach §64b Abs. 1 SGB V, bei denen die Vereinbarungspartner die Logik der PEPP–Entgelte abbilden.

Des Weiteren wird in diesem Nachtrag die Abbildung von Zu- bzw. Abschlägen in stationären Modellvorhaben dargestellt.

Nachtrag 7: Korrekturen und Ergänzungen zu Anhang B Teil I (Anlage 2)

Es handelt sich um eine redaktionelle Korrektur.

Nachtrag 8: Fehlercodes

Es sind die für ein Fehlerverfahren notwendige Fehlercodes zu ergänzen oder klarzustellen.

Nachtrag 9: Änderung Adresse T-Systems

Die Änderung der Adresse der T-Systems ist in der Anlage 4 in Bezug auf die Datenannahmestellen der Krankenkassen nachzuvollziehen.

Nachtrag 11

Es sind die Änderungen infolge der 11. Fortschreibung redaktionell anzupassen.

Nachtrag 12 und 17: redaktionelle Ergänzungen der Verarbeitungskennzeichen „08“ und „48“

Die Verarbeitungskennzeichen „08“ und „48“ sind in den Durchführungshinweisen und den Beispielen zur Verwendung von VKZ und lfd. Nummer des Geschäftsvorfalles redaktionell zu ergänzen, da diese seit dem 01.07.2013 für Leistungen nach § 117 Abs. 2 Satz 1 1.HS SGB V anzuwenden sind (siehe Nachtrag 01.08.2012).

Nachtrag 13: Korrektur Einstufung Vergütungsstufe PEPP bei „Extremlangliegern“

Mit der PEPPV 2014 ist geregelt, dass der 31.12. bei der fingierten Entlassung zum Jahreswechsel bei „Extremlangliegern“ kein Berechnungstag ist. Dies wird ab dem Jahreswechsel 2014/2015 fortlaufend angewendet.

Nachtrag 14: Dokumentation der Abwesenheit über Mitternacht

Bei tagesklinischen Behandlungen werden nur dann Zeiten der Abwesenheiten über Mitternacht dokumentiert, wenn mindestens 1 Tag der vollständigen Abwesenheit (zwischen der Abwesenheit über Mitternacht) vorliegt.

Nachtrag 15: künstliche Befruchtung, Ergänzung ENA

Es sind EBM Ziffern zu ergänzen, die mittlerweile ebenfalls mit einer um 50% gekürzten Punktzahl in ENA anzugeben sind.

Nachtrag 16: redaktionelle Änderungen aus 11. Fortschreibung vom 31.03.2012

Die entfallenen Angaben infolge der 11. Fortschreibung vom 31.03.2012 (Anlage 1) sind redaktionell in den Durchführungshinweisen der Anlage 5 nachzutragen.

Nachträge zur Anlage 1

Nachtrag 1

Entlassungsanzeige

wird wie folgt aktualisiert:

...

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
	Segmentgruppe SG1 ETL-NDG	M		(99x möglich)
ETL	Segment Entlassung/Verlegung	M	an3	'ETL'
	Tag der Entlassung/Verlegung	M	an8	JJJJMMTT
	Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit	M	an4	HH(00-23)MM(00-59)
	Entlassungs-/Verlegungsgrund	M	an3	Schlüssel 5
	Fachabteilung	M	an4	Schlüssel 6 oder "0000" oder "0001" oder "0002" <u>oder</u> "0003"

...

Nachträge zur Anlage 2

Nachtrag 2

Schlüssel 1: Aufnahmegrund

wird wie folgt klargestellt:

- | | | |
|-----------------|----|--|
| 1. u. 2. Stelle | 01 | Krankenhausbehandlung, vollstationär |
| | 02 | Krankenhausbehandlung vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung |
| | 03 | Krankenhausbehandlung, teilstationär |
| | 04 | Vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung |
| | 05 | Stationäre Entbindung |
| | 06 | Geburt |
| | 07 | Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003 |
| | 08 | Stationäre Aufnahme zur Organentnahme |
| | 09 | – frei – |
| | | |
| 3. u. 4. Stelle | 01 | Normalfall |
| | 02 | Arbeitsunfall /Wegeunfall/ Berufskrankheit (§ 11 Abs. 4-5 SGB V) |
| | 03 | Verkehrsunfall / Sportunfall / Sonstiger Unfall (z. B. § 116 SGB X) |
| | 04 | Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt |
| | 05 | – frei – |
| | 06 | Kriegsbeschädigten-Leiden / BVG-Leiden |
| | 07 | Notfall |

Bei Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers:

21 bis 27 anstelle 01 bis 07

Bei Behandlungen im Rahmen von Verträgen zur integrierten Versorgung:

41 bis 47 anstelle 01 bis 07

Im Falle eines Zuständigkeitswechsels des Kostenträgers während einer Behandlung im Rahmen von Verträgen zur integrierten Versorgung ist die Behandlung im Rahmen von Verträgen zur integrierten Versorgung vorrangig anzugeben, wenn der Versicherte seine Teilnahme auch gegenüber der neu zuständigen Krankenkasse erklärt hat.

Bei Aufnahme von Patienten in Verbindung mit einem Arbeitsunfall (einschließlich „Wegeunfall“) ist der Aufnahmegrund 3.-4. Stelle „02“ zu verwenden. Wird stattdessen „07“ (Notfall) verwendet, ist eine Ablehnung der Leistungspflicht über den Kostenübernahmesatz mit dem Merkmal Kostenübernahme „05“ (Ablehnung, Unfallversicherung zuständig) möglich.

Nachtrag 3**Schlüssel 4 Teil I: Entgeltart stationär***wird wie folgt ergänzt:*

...

3. Stelle: Zusatzschlüssel für Abrechnungsergänzungen

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

...

Zu- und Abschläge für Zentren und Schwerpunkte

<i>Hinweis:</i>	4. Stelle: '1'	variabler Betrag je stationärem Fall
	'2'	Festbetrag je stationärem Fall
	'3'	variabler Betrag bei Inanspruchnahme des Zentrums
	'4'	Festbetrag bei Inanspruchnahme des Zentrums
	'5'	Festbetrag auf Basisfallwert je stationärem Fall
	'6'	Festbetrag auf Basisfallwert bei Inanspruchnahme des Zentrums

5. – 8. Stelle: '0001' Pädiatrisch hämatoonkologisches
Zentrum
'0002' Herzzentrum
'0003' Tumorzentrum
'0004' onkologische und neurologische
Schwerpunktaufgaben
'0005' Kinderonkologisches Zentrum

'0006' telemedizinische Versorgung von
Schlaganfällen in
krankenhausplanerisch
abgestimmten Netzwerken
(Bayern)

...

Nachtrag 4**Schlüssel 4 Teil II: Entgeltart ambulant***wird wie folgt ergänzt:*

...

6	sonstige Pauschale		
	3. - 4.	00	keine Differenzierung
	5. Stelle	0	keine Differenzierung
		1	Impfpauschale
	6. - 8. Stelle	000	keine Differenzierung
		001	Notfallpauschale
		002	Abklärungsuntersuchung
		003	Kinderpauschale ab 60 Behandlungstage
		004	medizinisch-therapeutische Leistungen
		005	Einsatzpauschale für Notfälle außerhalb des Krankenhauses
		006	Notfallbehandlung in der Zentralen Notfallaufnahme
	
		100-199	Einfachimpfung
		200-299	Zweifachimpfung
		300-399	Dreifachimpfung
		400-499	Vierfachimpfung
		500-599	Fünffachimpfung
		600-699	Sechsfachimpfung
	3. - 4.	01	Entgelte für Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)
	5. - 8. Stelle	0000ff	fortlaufende Nummerierung
	<u>5. - 8. Stelle</u>	<u>8000-8499</u>	<u>Variabler Zuschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)</u>
		<u>8500-8999</u>	<u>Fester Zuschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)</u>
	<u>5. - 8. Stelle</u>	<u>9000-9499</u>	<u>Variabler Abschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)</u>
		<u>9500-9999</u>	<u>Fester Abschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)</u>

Nachtrag 5**Schlüssel 4 Teil III: Entgeltarten BPfIV (bei Anwendung §17d KHG)***wird wie folgt aktualisiert:*

...

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

3. Stelle	1	Tagesbezogene Zuschläge	
	4.-8.	00000	Zuschlag Begleitperson
	Stelle		[§ 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 1. HS BPfIV]
		00001	Zuschlag Mitaufnahme Pflegekraft
			[§ 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 2. HS BPfIV]
		00002	Investitionszuschlag bis 2014
			[§8 Abs. 3 BPfIV]
3. Stelle	2	Fallbezogene Zuschläge	
	4.-8.	00000	Ausbildungszuschlag
	Stelle		[§17a Abs. 6 KHG]
		00001	Zuschlag Teilnahme an der regionalen
			Versorgungsverpflichtung
		00002	reserviert
		00003	Zuschlag Qualitätssicherung
			[§17b Abs. 1 Satz 5 KHG]
		00004	Zuschlag Sicherstellung
			[§17b Abs. 1 Sätze 6-9 KHG]
		00005	DRG-Systemzuschlag
			[§17b Abs. 5 KHG]
		00006	Systemzuschlag Zuschlag Gemeinsamer
			Bundesausschuss
			[§ 91 Abs. 3 Satz 1 SGB V <u>i.V.m. §139 c Satz 1</u>
			<u>SGB V</u>]
		00007	Zuschlag Institut § 139c SGB V
			[§139 c Satz 1 SGB V]

...

Nachtrag 6**Schlüssel 4 Teil III: Entgeltarten BPfIV (bei Anwendung §17d KHG)***wird wie folgt geändert:*

...

Teil I mit Wirkung zum 01.07.2014**Zusatzschlüssel für Entgeltbereich A [Entgelte für Modellvorhaben]****Entgeltbezug**

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

99999 intern reserviert (BEW-Modellvorhaben)

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

8. Stelle 1 Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsstufe 1 (oder Entgelt ohne Vergütungsstufe)
2 Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsstufe 2
3 Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsstufe 3
4 Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsstufe 4
5 Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsstufe 5

Teil II mit Wirkung zum 01.01.2014

8 Zuschläge für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)

4. Stelle 0 Variabler Zuschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)

5.-8. Stelle 0000ff.

1 Fester Zuschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)

5.-8. Stelle 0000ff.

9 Abschläge für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)

4. Stelle 0 Variabler Abschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)

5.-8. Stelle 0000ff.

4. Stelle 1 Fester Abschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)

5.-8. Stelle 0000ff.

Nachträge zu Anhang B Teil I (Anlage 2) Korrekturen/Ergänzungen

Nachtrag 7

Schlüssel 4 Teil I: Entgeltart stationär

wird wie folgt aktualisiert:

Entgeltschlüssel	Entgeltbezeichnung	gueltigab	gueltigbis
76296066	Medikation- Lioresal <u>Baclofen</u> , je Infusionslösung	01.01.2013	31.12.9999
76296067	Medikation- Lioresal <u>Baclofen</u> , je Auffüllset	01.01.2013	31.12.9999

Nachträge zur Anlage 2

Nachtrag 8

Anhang C: Fehlercodes

wird wie folgt aktualisiert:

Spezifische Fehler der Prüfstufe 3

Fehlercode	Fehlertext
...	
24038	Segment FAB kann nur 30/99 9 mal vorkommen
24039	Segmentgruppe ETL-NDG kann nur 30mal-99mal vorkommen
...	
24050	Nach ENA folgt nicht ENA oder EZV, <u>LEI</u> oder UNT
...	
24072	Segment BDG kann nur 30mal vorkommen
24073	Nach BDG folgt nicht BDG, PRZ oder ENA
<u>24074</u>	<u>Segment LEI kann nur 999mal vorkommen</u>
...	
34149	Entgelte 47120003 und 47120004 dürfen nicht mit weiteren Entgelten abgerechnet werden.
34150	Verarbeitungskennzeichen muss bei AMBO zur Einrichtungsart im Entgeltschlüssel passen
34151	Namensangaben in INV und NAD ungleich, obwohl keine Lebendspender-Konstellation ¹
34152	Zuzahlungskennzeichen (ambulant) nicht 1, 2, 4, 5 oder 9
<u>34153</u>	<u>Segment ZLG nur für Verarbeitungskennzeichen 05/45 bei Nachrichtentyp AMBO zulässig</u>
<u>34154</u>	<u>Unzulässige Angabe von „9999“ im Segment PRZ bei §115b SGB V</u>
<u>34155</u>	<u>ICD beginnt unzulässig numerisch</u>
<u>34156</u>	<u>OPS beginnt unzulässig alphanumerisch</u>
<u>34157</u>	<u>Prozedur im Segment PRZ enthält unzulässige Sonderzeichen</u>
<u>34158</u>	<u>Leistungsart im Segment LEI entspricht nicht Schlüssel 24</u>
34999	Noch nicht spezifizierter Fehler

Nachträge zur Anlage 4

Nachtrag 9

...

9.1 Annahmestellen bei den Krankenkassen *wird wie folgt aktualisiert:*

...

Annahmestelle der selbstprüfenden Ersatzkassen mit Ausnahme der DAK-Gesundheit:

T-Systems International GmbH

für Datenträgerannahme Postfach ~~50 11 60100341, 70341-64203 Stuttgart~~Darmstadt

für DFÜ 0800/3324785 (DAV-Hotline)

- dort wird die aktuelle DFÜ-Telefonnummer bekanntgegeben -

...

Annahmestelle der Knappschaft und der landwirtschaftlichen Krankenkassen:

T-Systems International GmbH

für Datenträgerannahme Postfach ~~501160100341, 70341-64203 Stuttgart~~Darmstadt

Nachträge zur Anlage 5

Nachtrag 10

...

1.2. Übermittlung von Krankenhaus an Krankenkasse

wird wie folgt ergänzt:

1.2.1 Aufnahmesatz

Mit dem Aufnahmesatz gibt das Krankenhaus der Krankenkasse die Aufnahme eines Versicherten bekannt. Der Aufnahmegrund ist entsprechend Schlüssel 1 anzugeben. Bei Aufnahme von Patienten in Verbindung mit einem Arbeitsunfall (einschließlich „Wegeunfall“) ist der Aufnahmegrund 3.-4. Stelle „02“ zu verwenden. Wird statt dessen „07“ (Notfall) verwendet, ist eine Ablehnung der Leistungspflicht über den Kostenübernahmesatz mit dem Merkmal Kostenübernahme „05“ (Ablehnung, Unfallversicherung zuständig) möglich. Bei vorstationärer Behandlung wird ein Aufnahmesatz erst mit der Aufnahme des Patienten zur vollstationären Behandlung (= Aufnahmetag) übermittelt. Die Tatsache der vorstationären Behandlung wird in Schlüssel 1 (Aufnahmegrund: 02) nachgewiesen. Schließt sich an die vorstationäre Behandlung im Einzelfall keine vollstationäre Behandlung an, wird ein "Aufnahmesatz" übermittelt, der dies in Schlüssel 1 (Aufnahmegrund: 04) nachweist.

...

Nachtrag 11

1.2.7 Entlassungsanzeige

wird wie folgt aktualisiert:

...

Die FAB-Segmente enthalten als Muss-Segmente alle behandelnden Fachabteilungen. Bei interner Rückverlegung ist ein erneutes FAB-Segment nicht zwingend erforderlich.

Die weiteren Kann-Datenelemente in FAB-Segmenten sind bei folgenden Fallkonstellationen zu übermitteln:

- Operation, keine Fallpauschale/kein Sonderentgelt nach BpflV:
Im Datenelement Diagnose ist die für den Operationseingriff maßgebliche Diagnose anzugeben.
Im Datenelement Operation ist der für die Operation maßgebliche Operationenschlüssel anzugeben.
- Operation in Verbindung mit Fallpauschale/Sonderentgelt nach BpflV:
Im Datenelement Diagnose ist die für den Operationseingriff maßgebliche abrechnungsrelevante Diagnose anzugeben. ~~Wenn im Fallpauschalen-/Sonderentgeltkatalog ein zweiter Diagnoseschlüssel und/oder ein zweiter oder dritter Operationenschlüssel gefordert ist, müssen diese Angaben über die Datenelemente Zusatzschlüssel Diagnose und Zusatzschlüssel 1. Operation bzw. Zusatzschlüssel 2. Operation übermittelt werden.~~

In beiden Fallkonstellationen kann zur Angabe weiterer Diagnosen und/oder Operationen das FAB-Segment mit identischem Fachabteilungsschlüssel wiederholt werden.

Nachtrag 12

...

1.2.8. Rechnungssatz Ambulante Operation

wird wie folgt aktualisiert:

1.2.8.2 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“ ~~oder~~ „07“ oder „08“ (Normalfall) anzugeben (Verarbeitungskennzeichen „37“, „38“, „39“ ~~oder~~ „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.

Nachtrag 13

...

1.4.9 Abrechnung psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen gemäß BPfIV (bei Anwendung §17d KHG) *wird wie folgt geändert:*

...

1.4.9.2 Entlassungen zum Jahresende für Zwecke der Abrechnung

Regelung für den Jahreswechsel 2013/2014:

Sofern ein im Vorjahr aufgenommener Patient am 31.12. des laufenden Jahres noch nicht entlassen wurde, erfolgt für Zwecke der Abrechnung eine Entlassung (Entlassungsgrund 25 – „Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr für Zwecke der Abrechnung – PEPP“) mit dem zum 31.12. des laufenden Jahres. Eine Fallzusammenführung findet nicht statt. Dies findet auch für vor dem Umstiegszeitpunkt aufgenommene Patienten mit einer Verweildauer am 31.12.2013 von mehr 365 Tagen („Extremlanglieger“) Anwendung. Als Entlassungstag ist dann der 31.12. zu verwenden.

Der 31. Dezember ist dabei ebenfalls ein Berechnungstag für die Schlussrechnung des mit Entlassungsgrund „25“ entlassenen Falls.

Für den fortgesetzten Aufenthalt ab dem 1. Januar des neuen Jahres wird ein neuer Aufnahmesatz (Aufnahmegrund: „01xx“) übermittelt. Die Abrechnung für das neue Jahr wird nach den dann gültigen Kodierregeln, ICD- und OPS-Katalogen und Entgeltkatalogen, beginnend mit der ersten Vergütungsstufe, durchgeführt. Für den fortgesetzten Aufenthalt wird bei Fallabschluss eine reguläre Entlassungsanzeige und Schlussrechnung übermittelt.

Diese Regelung findet letztmalig für den Jahreswechsel 2013/2014 Anwendung. Ab dem Jahreswechsel 2014/2015 gilt die o.g. Regelung mit der Ausnahme, dass gemäß § 4 Abs. 1 Satz 1 PEPPV der 31.12. kein Berechnungstag ist.

...

Nachtrag 14

...

1.4.10 Externe Aufenthalte mit Abwesenheiten über Mitternacht bei Versicherten in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen (BPfIV) *wird wie folgt geändert:*

Externe Aufenthalte von Versicherten in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern, die gemäß BPfIV vergütet werden (unabhängig von der Anwendung des neuen Vergütungssystem nach §17d KHG), mit Abwesenheiten über Mitternacht werden ab dem 01.07.2013

(Aufnahmedatum) jeweils als „fiktive interne Verlegung“ dokumentiert. Bei tagesklinischen Behandlungen werden nur dann Zeiten der Abwesenheiten über Mitternacht dokumentiert, wenn mindestens 1 Tag der vollständigen Abwesenheit vorliegt.

...

Nachtrag 15

2.8 ENA Segment Entgelt Ambulante Operation (999 x möglich)

wird wie folgt aktualisiert:

...

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.

...

Nachtrag 16**2.9 ENT Segment Entgelt (98 x / 99 x möglich)***wird wie folgt aktualisiert:*

...

7. Tag der Wundheilung

~~Bei Abrechnung einer A-Fallpauschale ist der Tag der Wundheilung anzugeben. Bei Abrechnung anderer Entgelte entfällt die Angabe.~~
Die Angabe entfällt.

...

2.12 FAB Segment Fachabteilung (10 x in VERL/30 x in RECH/ 999 x in ENTL möglich)**3. Sekundär-Diagnose**

~~Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement die Angabe eines zusätzlichen Diagnoseschlüssels, sofern die Diagnose 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.~~
Angabe entfällt.

4. Zusatzschlüssel Diagnose

~~Bei Fallpauschalen und Sonderentgelten ist entsprechend der Festlegungen nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 BpflV in den Fällen, in denen eine zweite Diagnoseangabe gefordert ist, diese mit dem "Zusatzschlüssel Diagnose" mit maximaler Stellenzahl im ersten Datenelement der Datenelementgruppe anzugeben (linksbündig mit Sonderzeichen '.', '-', '#' (Kreuzdiagnose) ohne Leerzeichen). In dem 2. Datenfeld kann eine Lokalisation der Zusatzdiagnose entsprechend der Spezifizierungen des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Diagnose relevant ist.~~
Angabe entfällt.

5. Sekundär-Diagnose Zusatzschlüssel

~~Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement die Angabe eines zusätzlichen Diagnoseschlüssels, sofern die Zusatzdiagnose 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.~~
Angabe entfällt.

6. Operationstag

Es ist das Datum der Operation bzw. des Beginns der durchgeführten Prozedur anzugeben. Das Datum ist zwingend anzugeben, sofern eine Angabe im Datenfeld Operation enthalten ist.

7. Operation

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement eine im Rahmen der Krankenhausbehandlung durchgeführte Operation oder Prozedur nach dem amtlichen Operationenschlüssel nach § 301 SGB V (linksbündig ohne Sonderzeichen '.' oder '-'). Im 2.

Datenelement kann eine Lokalisation der Operation oder der Prozedur entsprechend der Spezifizierungen des amtlichen OP-Schlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Operation oder Prozedur relevant ist. Bei Fallpauschalen und Sonderentgelten ist der Operationenschlüssel entsprechend der Festlegungen nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung anzugeben.

Weitere im Rahmen der stationären Krankenhausbehandlung durchgeführten Operationen und Prozeduren können durch bis zu 999-maliges Verwenden des Segmentes FAB angegeben werden.

Als Operation sind grundsätzlich operative Maßnahmen sowie nicht-operative Maßnahmen entsprechend der Deutschen Kodierrichtlinien anzugeben. Insbesondere ist P005 "Multiple/Bilaterale Prozeduren" zu beachten.

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

Prozeduren, die im Rahmen der vor- bzw. nachstationären Behandlung erbracht werden, dürfen nur dann angegeben werden, soweit und solange die vor- bzw. nachstationäre Behandlung nicht gesondert vergütet wird (§ 1 Abs. 6 Satz 4 FPV).

8. Zusatzschlüssel 1 Operation

~~Bei Fallpauschalen und Sonderentgelten ist entsprechend der Festlegungen nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 BpflV in der am 31.12.2004 geltenden Fassung in den Fällen, in denen ein zweiter Operationenschlüssel gefordert ist, dieser mit dem "Zusatzschlüssel 1 Operation" im ersten Datenelement (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. Angabe entfällt.~~

9. Zusatzschlüssel 2 Operation

~~Bei Fallpauschalen und Sonderentgelten ist entsprechend der Festlegungen nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 BpflV in der am 31.12.2004 geltenden Fassung in den Fällen, in denen ein dritter Operationenschlüssel gefordert ist, dieser mit dem "Zusatzschlüssel 2 Operation" im ersten Datenelement (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. Angabe entfällt.~~

Nachtrag zu Anhang D Anlage 5:

Nachtrag 17

Beispiele zur Verwendung von Verarbeitungskennzeichen (VKZ) und laufender Nummer des Geschäftsvorfalles (lfd.-Nr.) *wird wie folgt aktualisiert:*

5. Rechnungssatz Ambulante Operation

Nachrichtentyp	VKZ	Lfd.-Nr.	Rechnungsnummer	Rechnungsart	Beschreibung
Gutschrift (z.B. Aktualisierung der Zuzahlung)					
AMBO	05/06/07/ 08/10/11/ 12/16/17/ 18/ 19	01	A	02	Erstmeldung
AMBO	05/06/07/ 08/10/11/ 12/16/17/ 18/ 19	02	A	04	Gutschrift/Storno
AMBO	05/06/07/ 08/10/11/ 12/16/17/ 18/ 19	03	B	02	Erstmeldung Korrektur
Fallstorno					
AMBO	05/06/07/ 08/10/11/ 12/16/17/ 18/ 19	01	A	02	Erstmeldung
AMBO	(30-34,36- 39,45- 4748)	01	A	02	Fallstorno
Fehlerhafte Meldung					
AMBO	05/06/07/ 08/10/11/ 12/16/17/ 18/ 19	01	A	02	Erstmeldung mit Fehler
AMBO(FHL)	05/06/07/ 08/10/11/ 12/16/17/ 18/ 19	01	A	02	Fehlermeldung
AMBO	05/06/07/	01	A	02	Erstmeldung ohne Fehler

	<u>08/10/11/</u> 12/16/17/ 18/ 19				
Fehlerhafte Gutschrift					
AMBO	05/06/07/ <u>08/10/11/</u> 12/16/17/ 18/ 19	01	A	02	Erstmeldung
AMBO	05/06/07/ <u>08/10/11/</u> 12/16/17/ 18/ 19	02	A	04	Gutschrift/Storno mit Fehler
AMBO(FHL)	05/06/07/ <u>08/10/11/</u> 12/16/17/1 8/ 19	02	A	04	Fehlermeldung
AMBO	05/06/07/ <u>08/10/11/</u> 12/16/17/ 18/ 19	02	A	04	Gutschrift/Storno ohne Fehler
AMBO	05/06/07/ <u>08/10/11/</u> 12/16/17/ 18/ 19	03	B	02	Erstmeldung Korrektur
Gutschrift einer fehlerhaften Meldung durch das Krankenhaus; Fehlermeldungen zur ersten Meldung und zur Gutschrift (kein gutzuschreibender Datensatz vorhanden) durch die Krankenkasse					
AMBO	05/06/07/ <u>08/10/11/</u> 12/16/17/ 18/ 19	01	A	02	Erstmeldung mit Fehler
AMBO(FHL)	05/06/07/ <u>08/10/11/</u> 12/16/17/ 18/ 19	01	A	02	Fehlermeldung
AMBO	05/06/07/ <u>08/10/11/</u> 12/16/17/ 18/ 19	02	A	04	Gutschrift/Storno
AMBO(FHL)	05/06/07/ <u>08/10/11/</u>	02	A	04	Fehlermeldung (gutzuschreibende Rechnung nicht

	12/16/17/ 18/ 19				vorhanden)
AMBO	05/06/07/ <u>08</u> /10/11/ 12/16/17/ 18/ 19	01	A	02	Erstmeldung ohne Fehler