

Nachtrag vom 30.06.2011

zur Fortschreibung der § 301-Vereinbarung vom 31.03.2011

mit Wirkung zum 01.01.2012

Nachträge zur Anlage 5

Nachtrag 1

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“ (Normalfall) anzugeben (Verarbeitungskennzeichen „37“, „38“, „39“ oder „47“ für Fallstorno). 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.

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.

1.2.8.3 Ambulante Behandlungen im Rahmen von Verträgen nach § 140a SGB V

Die Abrechnung von ambulanten Leistungen im Rahmen von Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 140a SGB V kann ebenso wie ambulante Operationen mit dem Nachrichtentyp „Rechnungssatz Ambulante Operation“ erfolgen. Das Verarbeitungskennzeichen im FKT-Segment ist hierbei mit „05“ (Normalfall) anzugeben (Verarbeitungskennzeichen „45“ für Fallstorno). Die Diagnoseangaben werden durch die Angabe eines Kennzeichens für die Diagnosesicherheit ergänzt. Die Übermittlung von Zwischen- oder Nachtragsrechnungen ist nicht zulässig. Die Abrechnungen erfolgen entsprechend der individuellen Verträge nach § 140a SGB V mit den hierin entsprechend Schlüssel 4 Teil II festgelegten Entgeltschlüsseln.

1.2.8.4 Pauschalen für Kinderspezialambulanzen nach § 120 Abs. 1a SGB V

Die Abrechnung von vereinbarten Pauschalen für Kinderspezialambulanzen nach § 120 Abs. 1a SGB V erfolgt ebenso wie ambulante Operationen mit dem Nachrichtentyp „Rechnungssatz Ambulante Operation“. Der Rechnungssatz enthält in diesem Falle nur ein einziges Entgelt. Das Verarbeitungskennzeichen im FKT-Segment ist hierbei mit „06“ (Normalfall) anzugeben (Verarbeitungskennzeichen „46“ für Fallstorno). Die Übermittlung von Zwischen- oder Nachtragsrechnungen ist nicht zulässig.

Nachtrag 2

Kap. 1.3.5. Zahlungssatz Ambulante Operation
wird wie folgt geändert:

1.3.5. Zahlungssatz Ambulante Operation

Bei einem vom Rechnungsbetrag abweichenden Zahlungsbetrag übermittelt die Krankenkasse alle Entgeltsegmente mit den Dateninhalten, die dem zur Zahlung angewiesenen Betrag

~~zugrundeliegen~~zugrunde liegen, sofern dieser ungleich Null ist.

~~Die Übermittlung eines „Zahlungssatzes Ambulante Operation“ erfolgt nicht als Antwort auf einen „Rechnungssatz Ambulante Operation“ des Ersatzverfahrens für ambulante Behandlungen nach den §§ 117, 118 und 119 SGB V.~~

Nachtrag 3

Kap. 2.8. ENA Segment Entgelt Ambulante Operation (~~300-999~~ x möglich)
wird wie folgt geändert:

2.8. ENA Segment Entgelt Ambulante Operation (~~300-999~~ x möglich)

1. Entgeltart

Schlüssel: 204 Teil II

Eine EBM-Ziffer Als Entgeltart ist die fünfstellige EBM-Ziffer (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.

[...]

Nachtrag 4

Kap. 2.21. REC Segment Rechnung
wird wie folgt geändert:

2.21. REC Segment Rechnung

1. Rechnungsnummer

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

[...]

9. Honorarsumme (nur bei Rechnungssatz Ambulante Operation)

Die Honorarsumme ist die Summe der Beträge, die sich aus den Entgeltsegmenten im Rechnungssatz ambulante OP ergeben (in der Regel Summe aus Entgeltbetrag x Entgeltanzahl) zuzüglich der honorarsummenrelevanten Anteile der Einzelvergütungen für pauschalisierte Entgelte. Sofern eine 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 aus der Honorarsumme auszuklammern.

Für Leistungen nach §§ 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 auf die gesamte Honorarsumme in Höhe von 7 % vergütet.

Bei ambulanten Behandlungen nach § 116b Abs. 2 SGB V, 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.

Nachtrag 5

Kap. 2.23. RZA Segment Rechnungszusatz Ambulante Operation wird wie folgt geändert:

2.23. RZA Segment Rechnungszusatz Ambulante Operation

[...]

2. Arztnummer des überweisenden Arztes

Die Arztnummer des überweisenden Arztes ist bei ambulanter ~~Operation/Behandlung 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 ~~Behandlungen-Leistungen~~ nach § 116b Abs.2 SGB V nach hausinterner Überweisung ist das Datenfeld mit der Pseudoarztnummer „999999900“ zu füllen.

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 ~~Behandlungen-Leistungen~~ nach § 116b Abs.2 SGB V nach hausinterner Überweisung ist das Datenfeld mit der Pseudobetriebsstättennummer „999999900“ zu füllen.

4. Zahnarztnummer des überweisenden Zahnarztes

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

5. Überweisungsdiagnose

Bei ambulanter ~~Operation/Behandlung 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.

[...]

Nachtrag 6

Kap. 7.3.3. Fallstorno

wird wie folgt geändert:

7.3.3. Fallstorno

In folgenden Fällen ist durch das Krankenhaus ein Fallstorno durchzuführen:

- ⇒ KH-internes Kennzeichen des Versicherten falsch
- ⇒ IK des Krankenhauses fehlerhaft
- ⇒ Kostenträgerzuordnung nicht zutreffend
- ⇒ Softwarefehler
- ⇒ Ambulante Abrechnung an Stelle eines gemeldeten stationären Falles

Das Fallstorno ist in der ersten Nachricht zu einem Fall (Aufnahmeanzeige oder Rechnungssatz Ambulante Operation) mitzuteilen. Im Funktionssegment (FKT) ist das Verarbeitungskennzeichen auf '30' bis '~~36-39~~', bzw. '~~45~~ '-'~~47~~' oder 03 (siehe Schlüssel 9) zu setzen.

Die Fachverfahren der Krankenkassen stellen bei einem Fallstorno sicher, dass alle bisher übermittelten Nachrichten zum Fall als ungültig gekennzeichnet werden. Die Übermittlung von weiteren Nachrichten zu einem stornierten Fall (z.B. Rechnungsstorno) ist nicht zulässig.

Nachtrag 7

Schlüssel 4 Teil II: Entgeltart ambulant
wird wie folgt geändert:

2. Stelle Abrechnungsart

...

6	sonstige Pauschale		
	3. 5. Stelle	000	keine Differenzierung
	4. - 5. Stelle	00	keine Differenzierung
		10	Impfpauschale
		11	Einfachimpfung
		12	Zweifachimpfung
		13	Dreifachimpfung
		14	Vierfachimpfung
		15	Fünffachimpfung
		16	Sechsfachimpfung
	6. - 8. Stelle	001	Notfallpauschale
		002	Abklärungsuntersuchung
		003	Kinderpauschale ab 60 Behandlungstage
		100ff	Konkretisierungen zu Impfpauschalen

...

Nachtrag 8

Schlüssel 4 Teil II: Entgeltart ambulant
wird wie folgt geändert:

8	Zuschlag		
	3. – 4. Stelle	00	allgemeiner Zuschlag
		01	Laborpauschale
		02	Heilmittelpauschale
		<u>03</u>	<u>MRT-Leistungen</u>
		<u>04</u>	<u>Verbrauchsmaterial</u>
	5. – 8. Stelle	0000	keine Differenzierung
		<u>0001</u>	<u>ff. Konkretisierungen</u>

Nachträge zum Anhang B Anlage 2

Nachtrag 9

Anhang zum Schlüssel 4 Teil II (ambulante Entgeltarten)
wird wie folgt geändert:

Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V

	Zuschlag
28000000	allgemeiner Zuschlag
28010000	Laborpauschale
28020000	Heilmittelpauschale
<u>28030000</u>	<u>MRT-Leistungen</u>
<u>28040000</u>	<u>Verbrauchsmaterial</u>
<u>28040001</u>	<u>Anästhesiemittel</u>
<u>28040002</u>	<u>Inseminationskatheder</u>
<u>28040003</u>	<u>Punktionsnadelsysteme</u>

Nachtrag 10

Anhang zum Schlüssel 4 Teil II (ambulante Entgeltarten)
wird wie folgt geändert:

Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V

	Behandlungspauschale
32000000	ohne Differenzierung
32500000	Mitbehandlung
<u>32600000</u>	<u>ambulante psychiatrische Akutbehandlung zu Hause</u>
...	
	Pauschale je Behandlungseinheit
34100000	je Stunde
34200001	je Behandlungstage, 1 - 2 Tage
<u>34210001</u>	<u>je Behandlungstage, 1 - 2 Tage, Erwachsene</u>
<u>34220001</u>	<u>je Behandlungstage, 1 - 2 Tage, Kinder und Jugendliche</u>
34200002	je Behandlungstage, 3 - 4 Tage
<u>34210002</u>	<u>je Behandlungstage, 3 - 4 Tage, Erwachsene</u>
<u>34220002</u>	<u>je Behandlungstage, 3 - 4 Tage, Kinder und Jugendliche</u>
34200003	je Behandlungstage, ab 5 Tage
<u>34210003</u>	<u>je Behandlungstage, ab 5 Tage, Erwachsene</u>
<u>34220003</u>	<u>je Behandlungstage, ab 5 Tage, Kinder und Jugendliche</u>

Nachtrag 11

Anhang zum Schlüssel 4 Teil I (stationäre Entgeltarten)

wird wie folgt geändert:

76196006	Ex-vivo- Chemo Ssensibilitätstestung, bis 7 Tests
76196007	Ex-vivo- Chemo Ssensibilitätstestung, 7 Tests und mehr
76196963,	Ex-Vivo- Chemo Ssensibilitätstestung, Abbruchpauschale bei ergebnisloser Testung
76197323	Doppel-J-Stent aus Metall zur Harnableitung bei Ureterstru <u>kt</u> uren; OPS 5-560.30
76103081	Vertical Expandable Prostheti <u>k</u> c Titanium Rib [VEPTR]
76197290	Vertical Expandable Prostheti <u>k</u> c Titanium Rib - Nachspannen, ICD Z96.7
76197260	Herzindu <u>z</u> ierte Vagusnervstimulation (HIVNS), je Behandlung