

11. Fortschreibung vom 31.03.2012

zur Fortschreibung der § 301-Vereinbarung vom 31.03.2011

mit Wirkung zum 01.01.2013

Hinweis:

Die Fortschreibung wird als gruppierungsrelevant eingestuft.

Nachträge zur Anlage 1

Fortschreibung 1

Beispiel: Aufnahmesatz

wird wie folgt aktualisiert:

UNH	Kopfsegment Absender und Nachrichtentyp	UNH
	Nachrichtenreferenznummer	00001
	Nachrichtenkennung	AUFN:1 10 :000:00
FKT	Segment Funktion	FKT
	Verarbeitungskennzeichen	10
	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
	IK des Absenders	123456789
	IK des Empfängers	987654321
INV	Segment Information Versicherter	INV
	Krankenversicherten-Nr.	123456789012
	Versichertenstatus	12345
	Gültigkeit der Versichertenkarte	1 32 12
	KH-internes Kennzeichen des Versicherten	A95-12345
	Fallnummer der Krankenkasse	Angabe entfällt
	Aktenzeichen der Krankenkasse	Angabe entfällt
	Tag des Beginns des Versicherungsschutzes	Angabe entfällt
	Vertragskennzeichen	-
	...	
DPV	Segment Diagnosen-/Prozedurenversion	DPV
	ICD-Version	201 32
	OPS-Version	Angabe entfällt
AUF	Segment Aufnahme	AUF
	Aufnahmetag	201 32 1001
	Aufnahmeuhrzeit	1120
	Aufnahmegrund	0101
	Fachabteilung	0700
	Voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung	201 32 1009
	...	

UNH+00001+AUFN:1~~10~~:000:00'

FKT+10+01+123456789+987654321'

INV+123456789012+12345+1~~32~~12+A95-12345'

NAD+Meier+Hugo+m'

DPV+201~~32~~'

AUF+201~~32~~1001+1120+0101+0700+201~~32~~1009+++123456789'

EAD+M50.8:'

UNT+...

Fortschreibung 2

Rechnungssatz

wird wie folgt geändert:

Seg- ment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
...				
ZLG	Segment Zuzahlung	K	an3	'ZLG'
	Zuzahlungsbetrag	M	n..6	9999,99
	Zuzahlungskennzeichen	M	an1	Schlüssel 15
FAB	Segment Fachabteilung	M	an3	'FAB' (30x möglich)
	Fachabteilung	M	an4	Schlüssel 6
ENT	Segment Entgelt	M	an3	'ENT' (98x möglich)
	Entgeltart	M	an8	Schlüssel 4
	Entgeltbetrag	M	n..10	99999999,99 (Einzelbetrag)
	Abrechnung von	M	an8	JJJMMTT
	Abrechnung bis	M	an8	JJJMMTT
	Entgeltanzahl	M	n..3	
	Tage ohne Berechnung/Behandlung	K	n..3	
	Tag der Wundheilung	K	an8	JJJMMTT (bei A- Fallpauschale)Angabe entfällt

Fortschreibung 3

Entlassungsanzeige

wird wie folgt geändert:

Seg- ment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
...				
	Segmentgruppe SG1 ETL-NDG	M		(30x <u>99x</u> möglich)
ETL	Segment Entlassung/Verlegung	M	an3	'ETL'
	Tag der Entlassung/Verlegung	M	an8	JJJMMTT
	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"
	Hauptdiagnose	M		(Datenelementgruppe)
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
	Sekundär-Diagnose	K		(Datenelementgruppe)
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
	IK der aufnehmenden Institution	K	an9	
NDG	Segment Nebendiagnose	K	an3	'NDG' (40x möglich)
	Nebendiagnose	M		(Datenelementgruppe)
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
	Sekundär-Diagnose	K		(Datenelementgruppe)
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
EBG	Segment Entbindung	K	an3	'EBG' (2x möglich)
	Tag der Entbindung	M	an8	JJJMMTT
FAB	Segment Fachabteilung	M	an3	'FAB' (99 <u>200</u> x möglich)
	Fachabteilung	M	an4	Schlüssel 6
	Diagnose	K		(Datenelementgruppe)

Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel
Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
Sekundär-Diagnose	K		(Datenelementgruppe)
Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel <u>Angabe entfällt</u>
Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16 <u>Angabe entfällt</u>
Zusatzschlüssel Diagnose	K		(Datenelementgruppe)
Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel <u>Angabe entfällt</u>
Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16 <u>Angabe entfällt</u>
Sekundär-Diagnose Zusatzschlüssel	K		(Datenelementgruppe)
Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel <u>Angabe entfällt</u>
Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16 <u>Angabe entfällt</u>
Operationstag	K	an8	JJJMMTT
Operation	K		(Datenelementgruppe)
Prozedurenschlüssel	M	an..11	Amtlicher OP-Schlüssel
Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
Zusatzschlüssel 1 Operation	K		(Datenelementgruppe)
Prozedurenschlüssel	M	an..11	Amtlicher OP- <u>Schlüssel</u> <u>Angabe entfällt</u>
Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16 <u>Angabe entfällt</u>
Zusatzschlüssel 2 Operation	K		(Datenelementgruppe)
Prozedurenschlüssel	M	an..11	Amtlicher OP- <u>Schlüssel</u> <u>Angabe entfällt</u>
Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16 <u>Angabe entfällt</u>

...

Fortschreibung 4Rechnungssatz Ambulante Operation *wird wie folgt geändert:*

Seg- ment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
...				
RZA	Segment Rechnungszusatz Ambulante OP	M	an3	'RZA'
	Fachabteilung	M	an4	Schlüssel 6
	Arztnummer des überweisenden Arztes	K	an..9	Arztnummer des Arztes
	Betriebsstättennummer des überweisenden Arztes	K	an..9	Betriebsstättennummer des Arztes
	Zahnarztnummer des überweisenden Zahnarztes	K	an..9	KZV-Nummer des Zahnarztes
	Überweisungsdiagnose	K		(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>Zusatzinfo Arztnummer des kooperierenden Vertragsarztes</u>	K	an..9	<u>entfällt zur Zeit bei § 115b</u>
	<u>Arztnummer eines weiteren kooperierenden Vertragsarztes</u>	K	an..9	<u>bei § 115b</u>
	<u>Betriebsstättennummer</u>	K	an..9	<u>bei §§ 117-119 Fällen</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

PRZ	Segment Prozedur	K	an3	'PRZ' (30x möglich)
	Prozedur	M		(Datenelementgruppe)
	Prozedurenschlüssel	M	an..11	Amtlicher OP-Schlüssel oder „9999“ oder zusätzlich Schlüssel 22 bei 116b-Fällen
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
	<u>Prozedurentag</u>	<u>M</u>	<u>an8</u>	<u>JJJMMTT</u>
	<u>Lebendspende</u>	<u>K</u>	<u>a1</u>	<u>„J“ bei Lebendspende, sonst leer</u>
ENA	Segment Entgelt Ambulante OP	M	an3	'ENA' (999x möglich)
	Entgeltart	M	an8	Schlüssel 4 Teil II
	Zusatzkennzeichen EBM	K	an3	Schlüssel 19
	<u>Abrechnungsbegründung zur Honorarsummenbildung herangezogen</u>	<u>K</u>	<u>an..70</u>	<u>Text</u> <u>„J“ wenn zur Honorarsummenbildung herangezogen, sonst leer, nur für §115b Fälle</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
EZV	Segment Einzelvergütung	K	an3	'EZV' (30x möglich)
	Einzelvergütung	M	n..8	999999,99
	Einzelvergütung, Erläuterung	M	an2	Schlüssel 3
	Einzelvergütung, Texterläuterung	K	an..70	Text
	Honorarsummenrelevanter Anteil	K	n..8	999999,99
<u>LEI Segment Leistungsdokumentation</u>	<u>K</u>	<u>an3</u>	<u>'LEI' (999x möglich)</u>	
<u>Leistungsart</u>	<u>M</u>	<u>an2</u>	<u>Schlüssel 24</u>	
<u>Leistungsschlüssel</u>	<u>M</u>	<u>an..20</u>	<u>Schlüssel 22 bei § 116b Fällen oder Schlüssel 23 bei PIA Doku oder `9999`</u>	
<u>Leistungstag</u>	<u>K</u>	<u>an8</u>	<u>JJJMMTT</u>	

Hinweis:

Bei EZV Schlüssel 3 = '01' (Implantate) oder '04' - '06'(Pauschalvergütungen) oder '12' (Erstattung für Arzneimittel) ist [Einzelvergütung, Texterläuterung] Musdatenelement (Implantat, pauschaliertes Entgelt aus Strukturverträgen oder Arzneimittel näher bezeichnen).

Existiert für die in ENA angegebene Entgeltart eine Punktzahl, so sind Punktzahl und Punktwert Musdatenelemente.

Sofern eine Zuzahlung erfolgte oder trotz Aufforderung nicht oder nur zum Teil geleistet wurde, muss das ZLG-Segment angegeben werden.

RZA [Arztnummer des überweisenden Arztes] und [Betriebsstättennummer des überweisenden Arztes]: Die Datenfelder dürfen nur gemeinsam übermittelt werden.

Bei geplanten ambulanten Operationen, die nicht zustande kommen (z.B. Nichterscheinen des Patienten), obwohl bereits Vorleistungen erbracht wurden, ist dies in einem PRZLEI-Segment im ersten Datenelement „Leistungsschlüssel“ durch die Angabe „9999“ anzuzeigen. Im Datenelement „Leistungsart“ ist „A3“ (Schlüssel 24) anzugeben. Die Angabe des Leistungstages entfällt. Das Feld Lokalisation ist nicht anzugeben.

Der Inhalt der Nachricht AMBO im Ersatzverfahren zu § 120 Abs. 3 SGB V ist in der Anlage zur Vereinbarung nach § 120 Abs. 3 SGB V vom 16. März 2010 festgelegt (siehe auch Anlage 5).

Bei Abrechnung von EBM-Ziffern, für die der EBM eine Erläuterung fordert, besteht bis zum Inkrafttreten dieser Fortschreibung keine Möglichkeit, die Erläuterung in der Nachricht AMBO zu übermitteln; eine Abweisung der Nachricht AMBO aufgrund fehlender Erläuterung ist nicht zulässig. Die entsprechenden Angaben sind auf Anfrage der Krankenkasse in geeigneter Form parallel zur Verfügung zu stellen.

Die Fachabteilung ist im Segment RZA gemäß Schlüssel 6 (Fachabteilung) anzugeben. Ist bei den Einrichtungen gemäß §§117-119 SGB V die vereinbarte Fachdisziplin im Schlüssel 6 nicht abgebildet, ist der Schlüssel `3700` (Sonstige Fachabteilung) anzugeben.

...

Fortschreibung 5**Zahlungssatz Ambulante Operation***wird wie folgt geändert:*

...

Seg- ment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
ZLG	Segment Zuzahlung	K	an3	'ZLG'
	Zuzahlungsbetrag	M	n..6	9999,99
	Zuzahlungskennzeichen	M	an1	Schlüssel 15
ENA	Segment Entgelt Ambulante OP	M	an3	'ENA' (999x möglich)
	Entgeltart	M	an8	Schlüssel 4 Teil II
	Zusatzkennzeichen EBM	K	an3	Schlüssel 19
	<u>Abrechnungsbegründung</u>	<u>K</u>	<u>an..70</u>	<u>Text</u>
	<u>zur Honorarsummenbildung</u>	<u>K</u>	<u>a1</u>	<u>„J“ wenn zur</u>
	<u>herangezogen</u>			<u>Honorarsummenbildung</u>
				<u>herangezogen, sonst leer,</u>
				<u>nur für §115b Fälle</u>
	Tag der Behandlung	M	an8	JJJMMTT

...

Fortschreibung 6**Sammelüberweisung***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	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
CUX	Segment Währung	M	an3	'CUX'
	Währungskennzeichen	M	an3	Schlüssel 18
RED	Segment Rechnungsdaten	M	an3	'RED' (99999x möglich)
	Rechnungsnummer	M	an..20	
	Rechnungsdatum	M	an8	JJJMMTT
	Rechnungsbetrag	M	n..10	99999999,99
	Referenznummer der Krankenkasse	K	an..20	
	Rechnungsart	M	an2	Schlüssel 11
	Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen	M	n..10	99999999,99
	KH-internes Kennzeichen des Versicherten	M	an..15	
UWD	Segment Überweisungsdaten	M	an3	'UWD'
	Rechnungsbetrag, Summe	M	n..10	99999999,99
	Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen	M	n..10	99999999,99
	IK des Krankenhauses für Zahlungsweg	K	an9	wenn abweichend von FKT
	Sammelbelegnummer	M	an..10	

Fortschreibung 7

Verwendung der Segmente

wird wie folgt aktualisiert:

		von Krankenhaus						von Krankenkasse					
		AUFN	VERL	MBEG	RECH	ENTL	AMBO	ZGUT	KOUB	ANFM	ZAHL	ZAAO	SAMU
...													
RZA	Segment Rechnungszusatz						M						
1	Fachabteilung						M						
2	Arztnummer						K						
3	Betriebsstättennummer						K						
4	Zahnarztnummer						K						
5	Überweisungsdiagnose						K						
6	Sekundär-Diagnose						K						
7	<u>Zusatzinfo Arztnummer (koop. Arzt)</u>						K						
8	<u>Arztnummer (weiterer koop. Arzt)</u>						K						
9	<u>Betriebsstättennummer</u>						K						
...													
PRZ	Segment Prozedur						K						
1	Prozedur						M						
2	<u>Prozedurentag</u>						M						
3	<u>Lebensspende</u>						K						
...													
ENA	Segment Entgelt Amb. OP						M					K	
1	Entgeltart						M					M	
2	Zusatzkennzeichen EBM						K					K	
3	<u>Abrechnungsbegründung</u>						K					K	
4	<u>zur Honorarsummenbildung herangezogen</u>						K					K	
35	Tag der Behandlung						M					M	
46	Punktzahl						K					K	
57	Punktwert						K					K	
68	Entgeltbetrag						M					M	
79	Entgeltanzahl						M					M	
810	Doppeluntersuchung						K					-	
...													
EZV	Segment Einzelvergütung						K					K	
1	Einzelvergütung						M					M	
2	Einzelvergütung, Erläuterung						M					M	
3	Einzelvergütung, Texterläuterung						K					K	

4	Anteil Honorarsumme						K						K
<u>LEI</u>	<u>Segment</u>						<u>K</u>						
	<u>Leistungsdokumentation</u>												
<u>1</u>	<u>Leistungsart</u>						<u>M</u>						
<u>2</u>	<u>Leistungsschlüssel</u>						<u>M</u>						
<u>3</u>	<u>Leistungstag</u>						<u>K</u>						

...

Nachträge zur Anlage 2

Fortschreibung 8

Das Schlüsselverzeichnis der Anlage 2 wird wie folgt ergänzt:

Schlüssel 23: PIA-Leistung

Bundeseinheitlicher Katalog für die Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) nach § 295 Abs. 1b Satz 4 SGB V

<u>PIA-001</u>	<u>PIA-Leistung ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung</u>
<u>PIA-002</u>	<u>PIA-Leistung mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung</u>
<u>PIA-003</u>	<u>PIA-Leistung mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung</u>
<u>PIA-004</u>	<u>PIA-Leistung ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung</u>

Fortschreibung 9

Das Schlüsselverzeichnis der Anlage 2 wird wie folgt ergänzt:

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

Nachträge zur Anlage 5

Fortschreibung 10

Anlage 5 (Abschnitt 1, Pkt. 1.2.4 Rechnungssatz)

...

Bei Abrechnung nach BPFIV können Pflegesätze bei Beurlaubungen vereinbart werden. In diesem Falle wird für den Beurlaubungszeitraum der Pflegesatz für Beurlaubung (Stellen 1 bis 2 des Entgeltschlüssels gleich „43“) ohne weitere Entgelte mit Ausnahme von allgemeinen Zu- und Abschlägen (Stellen 1 bis 2 des Entgeltschlüssels gleich „45“ bis „48“) in Rechnung gestellt. Bei Verwendung eines Beurlaubungspflegesatzes werden die Beurlaubungstage im Datenfeld „Entgeltanzahl“ angegeben.

Einigt sich ein Krankenhaus mit dem Kostenträger nach einer Einzelfallprüfung durch den MDK darauf, dass ein Krankenhausfall nach einer kürzeren Behandlungszeit hätte abgeschlossen sein müssen, so dass die letzten Behandlungstage nicht mehr vergütet werden, werden diese Tage bei der Abrechnung der Hauptleistung oder Zuschlägen nach Überschreiten der oberen Grenzverweildauer als Tage ohne Berechnung ausgewiesen. Ergibt die Einigung, dass ein Fall hätte ambulant durchgeführt werden müssen, so dass die Rechnungslegung nicht als stationärer Krankenhausfall erfolgt, ist der stationäre Fall mit dem Verarbeitungskennzeichen „35“ (Ambulante Abrechnung nach stationärer Aufnahme) zu stornieren. Die Abrechnung erfolgt dann mit dem Verarbeitungskennzeichen „11“ als ambulante Operation nach § 115b SGB V oder mit dem Verarbeitungskennzeichen „12“ als ambulante Behandlung nach § 116b SGB V, sofern eine entsprechende Zulassung besteht.

Schlussrechnungen von Krankenhäusern, die das Vergütungssystem nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes anwenden, werden entsprechend der BPFIV in der Fassung des PsychEntgG und der zugehörigen Abrechnungsbestimmungen wie folgt erstellt.
Hat das Krankenhaus vor Entlassung des Patienten der Krankenkasse über eine Zwischenrechnung (oder mehrere) mit der Entgeltart XXXXXXXX (Entgeltart wird noch gesondert festgelegt) eine Teilzahlung (§ 11 Abs. 1 Satz 3 BPFIV) in Rechnung gestellt, muss nach Ermittlung des regulären Rechnungsbetrags für den Behandlungsfall geprüft werden, ob die vorab in Rechnung gestellte Teilzahlung niedriger oder höher ausgefallen ist.
Unterschreitet die Summe der Teilzahlungen den regulären Rechnungsbetrag, ist dieser über eine Teilzahlungskorrektur um diese Summe zu mindern. Dazu wird die Entgeltart YYYYYYYY (Teilzahlungskorrektur - Entgeltart wird noch gesondert festgelegt) für alle über Zwischenrechnung berechneten Tage in der Schlussrechnung ausgewiesen.

Die Entgeltarten XXXXXXXX (bei Zwischenrechnung) und YYYYYYYY (bei Schlussrechnung) sind jeweils im Datenelement „Entgeltbetrag“ als tagesbezogener Einzelbetrag entsprechend den Vorgaben der Abrechnungsbestimmungen auszuweisen.

Übersteigt die Summe der Teilzahlungen den regulären Rechnungsbetrag, sind zunächst alle Zwischenrechnungen gutzuschreiben und dann die Schlussrechnung zu übermitteln.

Wird der Patient nach Übermittlung einer Schlussrechnung erneut aufgenommen und treffen die Voraussetzungen für eine Fallzusammenführung zu, ist die Schlussrechnung der ersten Behandlungsepisode gutzuschreiben. Das Krankenhaus kann eine Teilzahlung (und ggf. weitere) über die noch nicht mit vorausgegangenen Zwischenrechnungen berechneten Behandlungstage in Rechnung stellen.

Fortschreibung 11

Anlage 5 (Abschnitt 1, Pkt. 1.2.8 Rechnungssatz Ambulante Operation)

wird wie folgt aktualisiert oder ergänzt:

...

1.2.8 Rechnungssatz Ambulante Operation

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

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 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. Über das Zuzahlungs-kennzeichen (Schlüssel 15: „1“, „2“, „4“, „5“, „6“ oder „9“) im ZLG-Segment informiert das Krankenhaus die Krankenkasse über die Zuzahlungspflicht, die Leistung des Zuzahlungsbetrages durch den Versicherten, eine vom Versicherten vorgelegte Quittung über die Verringerung oder den Wegfall der Zuzahlungspflicht oder eine vorgelegte gültige Bescheinigung über die Befreiung von der Zuzahlungspflicht oder darüber, ob der Versicherte trotz Aufforderung keine/keine vollständige Zuzahlung geleistet hat.

Bei Durchführung von Leistungen des Kapitels 31 des EBM^{2000plus} sind die Bestimmungen der Präambel des Anhangs 2 zum EBM^{2000plus} 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. 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.

Die Abrechnung von ambulanten Behandlungen nach § 116b Abs.2 SGB V erfolgt ebenso wie ambulante Operationen mit dem Nachrichtentyp „Rechnungssatz Ambulante Operation“. Das Verarbeitungskennzeichen im FKT-Segment ist hierbei mit „16“ (Normalfall) 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 PRZLEI-Segment ~~mit einem Pseudo-Prezedenzschlüssel~~ nach Schlüssel 22 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.

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).

...

1.2.8.5 bundeseinheitliche Dokumentation der Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 295 Abs. 1b Satz 4 SGB V

Für die Umsetzung des Prüfauftrags nach § 17d Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes übermitteln die Psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118

SGB V ab dem 01.01.2013 mit den Abrechnungsdaten gemäß Punkt 1.2.8.2 eine Dokumentation der erbrachten Leistungen entsprechend der „Vereinbarung einer bundeseinheitlichen Leistungsdokumentation der psychiatrischen Institutsambulanzen entsprechend § 295 Abs. 1b Satz 4 SGB V“ (PIA-Doku-Vereinbarung) gemäß Schlüssel 23 mit dem Nachrichtentyp „Rechnungssatz Ambulante Operation“.

Bei Abrechnung von Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen ist mit dem Segment LEI im Datenelement „Leistungsart“ der Wert „A1“ (Schlüssel 24), im Datenelement „Leistungsschlüssel“ der Schlüssel 23 (PIA-Leistungen) und im Datenelement „Leistungstag“ der Tag des Kontakts anzugeben. Dabei ist für jeden Tag mit einem unmittelbaren Patientenkontakt die entsprechende Leistungsziffer zu dokumentieren. Je Leistungstag darf nur ein Leistungsschlüssel angegeben werden.

Psychiatrische Institutsambulanzen sind entsprechend § 3 Absatz 2 der PIA-Doku-Vereinbarung von einer Übermittlung der Leistungsdokumentation befreit, wenn die zur Abrechnung zu übermittelnden Einzelleistungen anhand der Entgeltschlüssel eine eindeutige Zuordnung ermöglichen und sie zu einer der in Anlage 2 der PIA-Doku-Vereinbarung aufgeführten Gruppen gehören.

Das Nähere zur Dokumentation des Leistungsschlüssels ist in der PIA-Doku-Vereinbarung geregelt.

...

Fortschreibung 12**Anlage 5 (Abschnitt 1, Pkt. 1.4 Vorgaben für besondere Fallkonstellationen)**

wird wie folgt ergänzt:

...

1.4.7 Transplantationen

Für Lebendspender ist bei der Aufnahme zur Organentnahme zum Zwecke einer Transplantation ein eigener Krankenhausfall mit eigenem krankenhausinternen Kennzeichen mit der Krankenkasse des vorgesehenen Organempfängers abzurechnen. Als Aufnahmegrund ist ‚0801‘ (Stationäre Aufnahme zur Organentnahme) anzugeben. Im Datenfeld "Krankenversicherten-Nr." ist die Krankenversicherten-nummer des vorgesehenen Organempfängers zu übermitteln. Im NAD-Segment sind die Daten des Organspenders anzugeben. Dies gilt entsprechend für alle weiteren Nachrichten.

Vorbereitende Untersuchungen, die im Zusammenhang mit einer geplanten Lebendspende im Rahmen der vertraglich vereinbarten ambulanten Behandlung in Hochschulambulanzen nach §117 SGB V durchgeführt werden, sind mit dem Nachrichtentyp „Rechnungssatz Ambulante Operation“ zu übermitteln. Das Feld „Lebenspende“ ist dann mit einem „J“ zu verschlüsseln. In diesem Fall verweisen die Versichertenangaben in INV (Krankenversicherten-Nr.) und in NAD (Namensangaben) auf unterschiedliche Personen. Bei Fremdspenden weist das INV-Segment den Empfänger und das NAD-Segment den Spender aus.

...

Fortschreibung 13

Anlage 5 (Abschnitt 2, Pkt. 2.8 ENA SEGMENT Entgelt Ambulante Operation...)

wird wie folgt geändert:

2.8 ENA Segment Entgelt Ambulante Operation (999 x möglich)

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. Zur Honorarsummenbildung herangezogen

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

35. 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..

46. 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 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.

57. 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.

6-8. 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.

| **79.** 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.

| **810.** 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.

Fortschreibung 14

Anlage 5 (Abschnitt 2, Pkt. 2.12 FAB SEGMENT Fachabteilung)

wird wie folgt geändert:

2.12 FAB Segment Fachabteilung (10 x in VERL/30 x in RECH/ 99200 x in ENTL möglich)

...

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 99200-maliges Verwenden des Segmentes FAB angegeben werden.

...

Fortschreibung 15

Anlage 5 (Abschnitt 2, Pkt. 2.14 FKT SEGMENT Funktion)

wird wie folgt geändert und ergänzt:

...

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 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 Krankenversichertenkarte/eGK im Einzelfall nicht vor, so ist das Institutionskennzeichen des Kostenträgers zu verwenden.

Hinweis zur Anspruchsberechtigung bei Abrechnung von Behandlungen nach §§117-119 SGB V:

Zum Nachweis seiner Anspruchsberechtigung ist der Versicherte verpflichtet, seine Krankenversichertenkarte (§ 291 SGB V) 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. Bei abweichenden Regelungen in den Vereinbarungen nach §120 Abs. 2 SGB V sind diese vorrangig anzuwenden.

Fortschreibung 16

Anlage 5 (Abschnitt 2, Pkt. 2.16 LEI SEGMENT Rechnungssatz Ambulante Operation)
wird wie folgt ergänzt:

2.16 LEI Segment Leistungsdokumentation (999x möglich)1. Leistungsart

Zur Unterscheidung der Leistungsarten enthält das Datenelement die Angaben gemäß Schlüssel 24.

2. Leistungsschlüssel

Die Schlüsselausprägungen der unterschiedlichen Leistungsarten (Schlüssel 23, 24 oder „9999“) werden in diesem Datenfeld dargestellt.

Bei geplanten ambulanten Operationen, die nicht zustande kommen (z.B. Nichterscheinen des Patienten), obwohl bereits Vorleistungen erbracht wurden, ist dies durch die Angabe „9999“ anzuzeigen.

3. Leistungstag

Es ist das Datum der Leistung anzugeben. Bei der Ausprägung der Leistungsart „A2“ und „A3“ gemäß Schlüssel 24 ist kein Leistungstag anzugeben.

Hinweis:

Die folgenden Abschnitte (2.17 ff.) sind entsprechend neu zu nummerieren. Auf eine Darstellung wird an dieser Stelle verzichtet. Dies erfolgt bei Einarbeitung der Fortschreibung in die Anlage 5.

Fortschreibung 17

Anlage 5 (Abschnitt 2, Pkt. 2.19 PRZ SEGMENT Prozedur)

wird wie folgt geändert und ergänzt:

2.19 PRZ Segment Prozedur (30 x möglich)

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-maliges Verwenden des Segmentes PRZ angegeben werden.

~~Bei geplanten ambulanten Operationen, die nicht zustande kommen (z.B. Nichterscheinen des Patienten), obwohl bereits Vorleistungen erbracht wurden, ist dies in einem PRZ-Segment im ersten Datenelement durch die Angabe „9999“ anzuzeigen. Darüber hinaus ist bei Meldung des Pseudo-Prozeduren-Schlüssels das Feld OPS-Version im DPV-Segment zu füllen. Das Feld Lokalisation im PRZ-Segment ist hingegen nicht anzugeben.~~

~~Schlüssel: 22~~

~~Bei ambulanten Behandlungen nach § 116b SGB V ist in einem PRZ-Segment an Stelle eines Prozedurenkodes der Leistungsbereich der Behandlung nach Schlüssel 22 anzugeben.~~

2. Prozedurentag

Es ist das Datum der Operation bzw. des Beginns der durchgeführten Prozedur anzugeben.

3. Lebendspende

Vorbereitende Untersuchungen, die im Zusammenhang mit einer geplanten Lebendspende im Rahmen der vertraglich vereinbarten ambulanten Behandlung in

Hochschulambulanzen nach §117 SGB V durchgeführt werden, sind zu übermitteln. Es ist in diesem Fall ein „J“ zu verschlüsseln. In allen anderen Fällen bleibt dieses Feld leer.

Fortschreibung 18

Anlage 5 (Abschnitt 2, Pkt. 2.21 REC SEGMENT Rechnung)

...

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 pauschalierte Entgelte. In das Feld Honorarsumme ist die Summe, der für die Berechnung des pauschalen Zuschlags nach § 9 Abs. 3 des AOP-Vertrages herangezogenen EBM-Ziffern einzutragen. 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 §§ 116b, 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.

Fortschreibung 19

Anlage 5 (Abschnitt 2, Pkt. 2.22 RED SEGMENT Rechnungsdaten)

wird wie folgt aktualisiert:

2.22 RED Segment Rechnungsdaten (1 x / 99999 x möglich)

1. Rechnungsnummer

Die Rechnungsnummer dient der Identifizierung der Einzelrechnungen/Gutschrift.
In einer Sammelüberweisung sind die Rechnungsnummern der ursprünglichen
Rechnungen anzugeben.

Bei einer Zuzahlungsgutschrift ist für jede Gutschrift eine eigene Rechnungsnummer
zu vergeben.

...

Fortschreibung 20

Anlage 5 (Abschnitt 2, Pkt. 2.23 RZA SEGMENT Rechnungssatz Ambulante Operation)

wird wie folgt ergänzt:

2.23 RZA Segment Rechnungszusatz Ambulante Operation

...

7. ZusatzinfoArztnummer des kooperierenden Arztes
Zur Zeit entfällt das Datenfeld. Es ist vorbereitend für derzeit noch nicht festgelegte zusätzliche Informationen vorgesehen, die für die Abrechnungsverfahren nach § 116 b Abs. 2 oder § 120 SGB V möglicherweise benötigt werden. Erfolgt eine ambulante Operation oder ein sonstiger stationersetzender Eingriff gemäß § 115b Abs. 1 SGB V durch einen Vertragsarzt im Rahmen einer vertraglichen Zusammenarbeit, so ist die Arztnummer 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.

Hinweis:

Für die Abrechnung ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung nach § 116b SGB V wird für das Abrechnungsverfahren der Krankenhäuser die Nachricht AMBO vorgesehen. Die Abrechnungsinformationen aller an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und nach §108 zugelassenen Krankenhäuser ergeben sich aus der dreiseitigen Vereinbarung nach § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V. Soweit sich daraus ein Änderungsbedarf ergibt, wird die Nachricht AMBO angepasst.