

**Richtlinie**  
**des GKV–Spitzenverbandes**  
**(Spitzenverband Bund der Krankenkassen)**  
**K. d. ö. R., Berlin**

**zur Umsetzung des Datenaustauschs nach**

**§ 295 Abs. 1b SGB V**

für Verträge nach § 64d SGB V, § 73b SGB V, § 132e SGB V, § 132f SGB V und § 140a SGB V, die Krankenkassen oder deren Verbände mit den Vertragspartnern nach § 295 Abs. 1b Satz 1 SGB V abgeschlossen haben sowie für Verträge nach § 73c SGB V in der bis zum 22.07.2015 geltenden Fassung

**gültig ab**

01.01.2023

## **§ 1**

### **Geltungsbereich**

- (1) Gemäß § 295 Abs. 1b SGB V erstellt der GKV–Spitzenverband eine Richtlinie zur elektronischen Datenübertragung von Abrechnungsdaten von Leistungserbringern, die ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen oder den Verbänden der Krankenkassen Verträge zur Versorgung nach §§ 64d, 73b, 132e, 132f, 140a SGB V oder nach § 73c SGB V in der bis zum 22.07.2015 geltenden Fassung abgeschlossen haben.
- (2) Diese Richtlinie regelt Inhalt (§ 2) und Form des Verfahrens (§ 5) für die unmittelbare Abrechnung des jeweiligen Leistungserbringers für ambulant erbrachte Leistungen, eine sektorübergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung sowie besondere ambulante ärztliche Versorgung, die mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden durchgeführt werden.

## **§ 2**

### **Inhalte der Abrechnungsdaten für erbrachte Leistungen nach § 73b SGB V oder § 73c SGB V in der bis zum 22.07.2015 geltenden Fassung**

1. Die Leistungserbringer, die mit den Krankenkassen oder den Verbänden der Krankenkassen Verträge zur Versorgung nach § 73b SGB V oder § 73c SGB V in der bis zum 22.07.2015 geltenden Fassung abgeschlossen haben, übermitteln für jede Krankenkasse pro Abrechnungszeitraum folgende Angaben für jeden Leistungserbringer:
  - das Institutionskennzeichen der Krankenkasse,
  - das Institutionskennzeichen des Leistungserbringers,

3. das Institutionskennzeichen des Absenders (sofern abweichend von Nr. 2),
4. das Institutionskennzeichen des Zahlungsempfängers,
5. die Krankenversichertennummer,
6. Namen, Vornamen, Geschlecht und Geburtsdatum des Versicherten,
7. die Angabe zur Versichertenart (Mitglied, Familienversicherter, Rentner) von der elektronischen Gesundheitskarte (eGK),
8. das Kennzeichen zur besonderen Personengruppe von der eGK,
9. das DMP-Kennzeichen von der eGK,
10. das Zuzahlungskennzeichen,
11. die Art der Inanspruchnahme,
12. die Angabe Unfall/Unfallfolgen, Versorgungsleiden,
13. das Leistungsdatum und Abrechnungszeitraum,
14. die lebenslange Arztnummer, in Überweisungsfällen auch die lebenslange Arztnummer des überweisenden Arztes,
15. die Betriebsstättennummer(n), in Überweisungsfällen auch die Betriebsstättennummer des Überweisers,
16. die abgerechneten Gebührenordnungspositionen/Abrechnungspositionen mit ihrem Wert, besonders berechnungsfähigen Kosten, je Behandlungstag mit Datumsangabe, bei Pauschalen der 1. Tag des vereinbarten Abrechnungszeitraumes, und, soweit für die Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung erforderlich, die Uhrzeit,
17. den Gesamtbetrag der abgerechneten Gebührennummern ohne Abzug von Zuzahlungen,
18. die Höhe gesetzlicher und/oder vertraglich vereinbarter Zuzahlungen,

19. den Gesamtbetrag gemäß Nr. 17 nach Abzug der Zuzahlung,
20. die Diagnose(n) verschlüsselt nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten gemäß § 295 Abs. 1 SGB V<sup>1</sup>, dies gilt für alle Arztgruppen,
21. sofern vertraglich vereinbart die Angabe des Schlüssels für durchgeführte Operationen und Sonstige Prozeduren gemäß § 295 Abs. 1 Satz 4 SGB V,<sup>1</sup>
22. die Vertragsnummer nach § 293a Abs. 1 Satz 1 SGB V
23. das Vertragskennzeichen.

### **§ 3**

#### **Inhalte der Abrechnungsdaten für erbrachte Leistungen nach § 140a SGB V**

Für Verträge nach § 140a SGB V können die bestehenden Verfahren zum Datenaustausch nach § 2 dieser Richtlinie und nach §§ 295 SGB V angewandt werden, die Vertragsnummer nach § 2 Nr. 22 ist zwingend zu übermitteln. Die Übermittlung eines durch die vertragschließende Krankenkasse festgelegten und dem Leistungserbringer mitgeteilten Vertragskennzeichens ist erforderlich.

---

<sup>1</sup> In der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen deutschen Fassung

Richtlinie nach § 295 Abs. 1b SGB V für Verträge nach § 64d SGB V, § 73b SGB V, § 132e SGB V, § 132f SGB V und § 140a SGB V sowie für Verträge nach § 73c SGB V in der bis zum 22.07.2015 geltenden Fassung

## **§ 4**

### **Inhalte der Abrechnungsdaten für erbrachte Leistungen nach §§ 132e oder 132f SGB V**

Für Verträge nach §§ 132e oder 132f SGB V können die bestehenden Verfahren zum Datenaustausch nach § 2 dieser Richtlinie nach §§ 295 SGB V angewandt werden. Die Übermittlung eines durch die vertragsschließende Krankenkasse festgelegten und dem Leistungserbringer mitgeteilten Vertragskennzeichens ist erforderlich.

## **§ 5**

### **Inhalte der Abrechnungsdaten für erbrachte Leistungen nach § 64d SGB V**

Für Verträge nach § 64d SGB V können die bestehenden Verfahren zum Datenaustausch nach § 2 dieser Richtlinie und nach §§ 295 SGB V angewandt werden. Die Übermittlung eines durch die vertragsschließende Krankenkasse festgelegten und dem Leistungserbringer mitgeteilten Vertragskennzeichens ist erforderlich. Für bei zugelassenen Ärztinnen und Ärzten und zugelassenen medizinischen Versorgungszentren angestellten teilnehmenden Pflegefachpersonen ist in den Abrechnungsdaten die eindeutige, von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung vergebene Beschäftigtennummer in der Struktur der Arztnummer nach § 293 Abs. 4 SGB V anzugeben.

## **§ 6**

### **Abrechnung der veranlassten Leistungen**

Die Abrechnung der aus den Verträgen nach §§ 73b und 140a SGB V sowie § 73c SGB V in der bis zum 22.07.2015 geltenden Fassung resultierenden veranlassten Leistungen erfolgt über die bestehenden Verfahren zum Datenaustausch nach den §§ 300 und/oder 302 SGB V.

## **§ 7**

### **Technische und organisatorische Form der Datenübermittlung**

- (1) Die technische und organisatorische Form der Datenübermittlung sowie die Inhalte des technischen Fehlerverfahrens werden in der Technischen Anlage zu dieser Richtlinie geregelt.
- (2) Technisch fehlerhafte oder unvollständige Datenlieferungen sind von den Vertragspartnern umgehend nach erfolgreicher Übermittlung zu beanstanden.
- (3) Inhaltliche Fehler in den Abrechnungsdaten werden innerhalb der in den jeweiligen Verträgen geregelten Fristen beanstandet.

## **§ 8**

### **Geltung der Richtlinie**

Die Richtlinie wird hiermit ausgefertigt und tritt am 01.01.2023 in Kraft. Sie ersetzt die Richtlinien des GKV-Spitzenverbands zur Umsetzung des Datenaustauschs nach § 295

Abs. 1b SGB V für Verträge nach § 73b, § 132e SGB V, § 132f SGB V und § 140a SGB V sowie für Verträge nach § 73c SGB V in der bis zum 22.07.2015 geltenden Fassung vom 01.03.2020. Die Richtlinie nach Satz 1 wird vom GKV-Spitzenverband durch Rundschreiben an die Mitgliedskassen sowie im Internet unter [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de) bekannt gemacht.