



Spitzenverband

**Richtlinien
des GKV-Spitzenverbands
(Spitzenverband Bund der Krankenkassen)
K. d. Ö. R., Berlin**

**zur Umsetzung des Datenaustauschs
nach
§ 295 Abs. 1 b SGB V**

gültig ab

01.07.2009





Spitzenverband

§ 1

Geltungsbereich

- (1) Gemäß § 295 Abs. 1 b SGB V regelt der GKV-Spitzenverband die nachfolgenden Richtlinien zur elektronischen Datenübertragung für Ärzte, ärztlich geleitete Einrichtungen und medizinischen Versorgungszentren, die mit den Krankenkassen oder den Verbänden der Krankenkassen Verträge zur Versorgung nach § 73b oder 73c SGB V abgeschlossen haben.
- (2) Diese Richtlinien auf der Grundlage des § 295 Abs. 1 b SGB V sind auf nachstehende Abrechnungsverfahren von in Abs. 1 genannten Leistungserbringern für ambulant erbrachte Leistungen, die ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden durchgeführt werden, anzuwenden.
- (3) Die Regelungen zur elektronischen Datenübertragung für Ärzte, ärztlich geleitete Einrichtungen und medizinischen Versorgungszentren, die mit den Krankenkassen oder den Verbänden der Krankenkassen Verträge zu integrierten Versorgungsformen nach § 140a SGB V, für psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V sowie für Krankenhäuser, die für die ambulante Versorgung gemäß § 116b Abs. 2 SGB V zugelassen sind, werden in einer ergänzenden Richtlinie festgelegt.





Spitzenverband

§ 2

Bestandteile der Abrechnung

Die Abrechnung der ärztlichen Leistungen erfolgt im Wege elektronischer Datenübertragung je Krankenkasse mit den Inhalten nach § 3 und in Form der Übermittlung der Abrechnungsdaten nach § 4. Die gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen über Art und Umfang der aufzunehmenden Daten der Leistungserbringer nach § 1 sind zu beachten.

§ 3

Inhalte der Abrechnungsdaten für erbrachte Leistungen

(1) Die Leistungserbringer, die mit den Krankenkassen oder den Verbänden der Krankenkassen Verträge zur Versorgung nach § 73b oder 73c SGB V abgeschlossen haben, übermitteln für jede Krankenkasse pro Abrechnungsquartal folgende Angaben für jeden Arztfall gemäß § 1a Nr. 30 BMV-Ä/EKV:

1. Das Institutionskennzeichen der Krankenkasse,
2. das Institutionskennzeichen des Absenders,
3. das Institutionskennzeichen des Zahlungsempfängers,
4. die Krankenversichertennummer,





Spitzenverband

5. den Namen, Vornamen, das Geschlecht und Geburtsdatum des Versicherten,
6. den fünfstelligen Versichertenstatus vom Chip der Krankenversicherungskarte oder den Versichertenstatus der eGK,
7. die Gültigkeit der Krankenversicherungskarte,
8. das Zuzahlungskennzeichen,
9. die Art der Inanspruchnahme,
10. die Angabe Unfall/Unfallfolgen, Versorgungsleiden,
11. das Abrechnungsquartal,
12. die Arztnummer, in Überweisungsfällen auch die Arztnummer des überweisenden Arztes,
13. die Betriebsstättennummer(n), in Überweisungsfällen auch die Betriebsstättennummer des Überweisers,
14. die abgerechneten Gebührennummern mit ihrem Wert, besonders berechnungsfähigen Kosten, je Behandlungstag mit Datumsangabe, bei Pauschalen der 1. Tag des Quartals,
15. den Gesamtbetrag der abgerechneten Gebührennummern ohne Abzug der Zuzahlung gemäß §28 Abs. 4 SGB V sowie ggf. vertraglich vereinbarter Zuzahlungen,
16. die Höhe der geleisteten Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V,
17. die Höhe vertraglich vereinbarter Zuzahlungen,
18. den Gesamtbetrag nach Abzug der Zuzahlung gemäß Nr. 16 und 17,





Spitzenverband

19. die Diagnose(n) verschlüsselt nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen deutschen Fassung, wobei die Richtlinien nach §295 Abs. 3 SGB V (Kodierrichtlinien) zu beachten sind¹,
20. die Angabe des Schlüssels für durchgeführte Operationen und Sonstige Prozeduren gemäß §295 Abs. 1 Satz 4 SGB V²,
21. das Vertragskennzeichen (sofern von den Vertragspartnern vereinbart).

(2) Die Angaben nach Abs. 1 sind von den jeweils genannten Leistungserbringern zwingend zu übermitteln.

§ 4

Technische und organisatorische Form der Datenübermittlung

Die Übermittlung der Daten erfolgt über den in der Technischen Anlage zur dieser Richtlinie festgelegten Nachrichtentyp bis zum 15. des auf das Abrechnungsquartal folgenden Monats.

¹ In der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung gültigen Fassung

² In der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung gültigen Fassung



Spitzenverband

§ 5

Geltung der Richtlinie

Die Richtlinie wird hiermit ausgefertigt und tritt am 01.07.2009 in Kraft. Sie wird vom GKV-Spitzenverband durch Rundschreiben an die Mitgliedskassen sowie im Internet unter www.gkv-spitzenverband.de bekannt gemacht.

Berlin, den 05.05.2009

Dr. Doris Pfeiffer

Vorsitzende des Vorstands des GKV-Spitzenverbands

Johann-Magnus v. Stackelberg,

Stellvertretender Vorsitzender des Vorstands des GKV-Spitzenverbands

K.-Dieter Voß

Vorstand des GKV-Spitzenverband

