

Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V

Vereinbarung und technische Anlagen 1 - 5

Stand: 09.04.2024

Inhaltsverzeichnis

Vereinbarung gemäß § 301 Absatz 3 SGB V über das Verfahren zur Abrechnung und Übermittlung der Daten nach § 301 Absatz 1 SGB V (Datenübermittlungsvereinbarung)	9
Anlage 1 – Nachrichten	16
Historie	18
Erläuterung der Datenstrukturen	19
Aufnahmesatz (AUFN).....	23
Verlängerungsanzeige (VERL)	25
Medizinische Begründung (MBEG)	27
Krankenhausinformation (KHIN).....	29
Krankenkassenantwort (KANT).....	31
Rechnungssatz (RECH).....	33
Entlassungsanzeige (ENTL)	35
Rechnungssatz Ambulante Operation (AMBO)	39
Zuzahlungsgutschrift / -rückforderung (ZGUT)	44
Information Krankenhäuser (INKA).....	46
Kostenübernahmesatz (KOUB)	48
Anforderungssatz Medizinische Begründung (ANFM)	50
Zahlungssatz (ZAHL).....	51
Zahlungssatz Ambulante Operation (ZAAO)	53
Sammelüberweisung (SAMU).....	56
Krankenkasseninformation (KAIN).....	58
Fehlernachricht (FEHL)	60
Verwendung der Segmente	61
Anlage 2 – Schlüsselerzeichnis.....	69
Historie	72
Schlüssel 1: Aufnahmegrund	73
Schlüssel 2: reserviert.....	74
Schlüssel 3: Einzelvergütung, Erläuterung.....	74
Schlüssel 4 Teil I: Entgeltart stationär	75
Schlüssel 4 Teil II: Entgeltart ambulant	97

Schlüssel 4 Teil III: Entgeltarten BPfIV (bei Anwendung § 17d KHG)	102
Schlüssel 5: Entlassungs-/Verlegungsgrund	118
Schlüssel 6: Fachabteilungen	120
Schlüssel 7: Internationales Länderkennzeichen	126
Schlüssel 8: Merkmal Kostenübernahme	129
Schlüssel 9: Verarbeitungskennzeichen	131
Schlüssel 10: Prüfungsvermerk	133
Schlüssel 11: Rechnungsart	135
Schlüssel 12: Versichertenstatus	136
Schlüssel 13: reserviert	137
Schlüssel 14: reserviert	137
Schlüssel 15: Zuzahlungskennzeichen	138
Schlüssel 16: Lokalisation	138
Schlüssel 17: Diagnosesicherheit	138
Schlüssel 18: Währungskennzeichen	138
Schlüssel 19: Zusatzkennzeichen EBM	139
Schlüssel 20: EBM-Ziffern	140
Schlüssel 21: Geschlecht	141
Schlüssel 22: Leistungsbereich (§ 116b)	142
Schlüssel 23: PIA-Leistung	144
Schlüssel 24: Leistungsart	147
Schlüssel 25: Teamebene (§ 116b)	148
Schlüssel 26: KV-Bezirk	148
Schlüssel 27: Fachgruppencode (§ 116b)	149
Schlüssel 28: Dokumentation schwerer Verlaufsformen - TNM - nach § 116b (neu)	155
Schlüssel 29: Dokumentation schwerer Verlaufsformen-Progression - nach § 116b (neu)	157
Schlüssel 30: Information PrüfvV	158
Schlüssel 31: Art der Information (Entlassmanagement)	161
Schlüssel 32: Studentitel nach § 137e SGB V	163
Anhang A: reserviert	164
Anhang B: Entgeltarten - nicht dargestellt, s. www.gkv-clavisdb.de	165
Anhang C: Fehlercodes	166
Anhang D: EBM-Ziffern - nicht dargestellt, s. www.gkv-clavisdb.de	167
Anlage 2 Anhang C - Fehlercodes	168
Historie	170

Allgemeine Fehler der Prüfstufe 1	171
Spezifische Fehler der Prüfstufe 1	172
Allgemeine Fehler der Prüfstufe 2	173
Spezifische Fehler der Prüfstufe 2	174
Allgemeine Fehler der Prüfstufe 3	176
Spezifische Fehler der Prüfstufe 3	177
Anlage 3 – Vordrucke – wurde gestrichen	185
Anlage 4 – Technische Anlage	186
Historie	189
1. Allgemeines	190
2. Teilnahme	190
3. Abwicklung der Datenübermittlung	190
4. Übermittlungsarten	191
4.1 Zeichenvorrat	191
4.1.1 Komprimierung	191
4.1.2 Verschlüsselung	191
4.1.3 Dateiname	191
4.2 Datenfernübertragung	192
4.2.1 Verbindungsaufbau bei FTAM/IP	192
4.2.2 Anwendungsorientierte Funktionen	193
4.2.3 Transportorientierte Funktionen	193
4.2.4 Transportsicherung	194
4.2.5 Dokumentation	194
4.3 Datenträgeraustausch	195
4.3.1 CD-R	195
4.3.2 DVD	195
4.3.3 USB-Speichermedium	195
4.3.4 Transportsicherung	195
4.3.5 Dokumentation	196
5. Austauschformate	197
5.1 Dateibeschreibung	197
5.2 Struktur der Datei	198
6. Fehlerverfahren	201
6.1 Stufe 1 – Prüfung von Datei und Dateistruktur	201
6.2 Stufe 2 – Prüfung der Syntax.....	201
6.3 Stufe 3 – Formale Prüfung auf Feldinhalte	201
6.4 Stufe 4 – Prüfung in den Fachverfahren der einzelnen Krankenkassen	202

7. Korrekturverfahren	203
7.1 Funktionalität	203
7.2 Technische Umsetzung	203
7.2.1 Identifizierende Merkmale	203
7.2.2 Mehrfach vorkommende Nachrichten	203
7.2.3 Mehrfachänderungen zu einer Nachricht	204
7.2.4 Aufbau des Segments Funktion (FKT)	204
7.3 Allgemeine Verfahrensregeln	204
7.3.1 Normalfall	204
7.3.2 Änderung	205
7.3.3 Fallstorno	205
7.3.4 Rechnungsstorno	205
7.3.5 Nachtragsrechnung	206
7.3.6 Gutschrift	206
7.3.7 Fallstorno nach Rechnungsstellung	206
7.3.8 Irrtümliche Entlassungsanzeige	206
7.3.9 Ergänzende Erläuterungen	206
7.4 Änderungen von Versichertendaten außerhalb des Korrekturverfahrens	208
7.4.1 Notwendigkeit des Verfahrens	209
7.4.2 Technische Umsetzung	209
8. Kostenträgerdateien	210
9. Datenflüsse	211
9.1 Annahmestellen bei den Krankenkassen	211
10. Testverfahren	217
11. Anhang zur Anlage 4 (Verschlüsselung und Signatur, Übertragungsdateien)	217
11.1 Verschlüsselung und Signatur	217
11.2 Struktur der Übertragungsdateien	217
11.2.1 Übertragungsdateien bei FTAM	217
11.2.2 Übertragung per Datenträger	217
11.2.3 Festlegung der Transferdarinamen und der Verfahrenskennung	218
11.2.4 Übertragungsdatei bei MHS	222
Anlage 5 – Durchführungshinweise	225
Historie	229
1. Hinweise zur Datenübermittlung	230
1.1 Übermittlungsfristen	231
1.2 Übermittlung von Krankenhaus an Krankenkasse	232
1.2.1 Aufnahmesatz	232
1.2.2 Verlängerungsanzeige	234

1.2.3	Medizinische Begründung	234
1.2.4	Rechnungssatz	235
1.2.5	Zahlungserinnerung, Mahnung	245
1.2.6	Zuzahlungsgutschrift / –rückforderung	245
1.2.7	Entlassungsanzeige	245
1.2.8	Rechnungssatz Ambulante Operation	248
1.2.9	Fehlerbehandlung	258
1.2.10	Information Krankenhäuser	258
1.2.11	Krankenhausinformation (KHIN).....	261
1.3	Übermittlung von Krankenkasse an Krankenhaus	264
1.3.1	Kostenübernahmesatz	264
1.3.2	Anforderungssatz medizinische Begründung	265
1.3.3	Sammelüberweisung	265
1.3.4	Zahlungssatz	271
1.3.5	Zahlungssatz Ambulante Operation.....	272
1.3.6	Fehlerbehandlung	272
1.3.7	Krankenkasseninformation	272
1.3.8	Krankenkassenantwort (KANT).....	276
1.4	Vorgaben für besondere Fallkonstellationen.....	276
1.4.1	Versorgung von Neugeborenen im G–DRG–System.....	276
1.4.2	Teilstationäre Leistungen.....	278
1.4.3	Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen.....	279
1.4.4	Rückverlegung oder Wiederaufnahme in den DRG–Fallpauschalenbereich	279
1.4.5	Rückverlegung in einen Entgeltbereich nach der BpflV oder einen Entgeltbereich für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG	281
1.4.6	Abrechnungszeiträume für Abschläge bei Verlegung und Nichterreichen der unteren GVD	282
1.4.7	Transplantationen	282
1.4.8	Zuzahlungseinzugsverfahren bei vollstationären Patienten	282
1.4.9	Abrechnung psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen gemäß BpflV (bei Anwendung §17d KHG).....	286
1.4.10	Externe Aufenthalte mit Abwesenheiten über Mitternacht bei Versicherten in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen (BpflV)	291
1.4.11	Abrechnung Pflegeerlöskatalog	292
1.4.12	Beispiele für Verlegungsfälle.....	296
1.4.13	Aufschläge gemäß § 275c Absatz 3 SGB V	305
1.4.14	Abrechnung der Übergangspflege	307
1.4.15	Dokumentation und Abrechnung tagesstationärer Behandlung nach §115e SGB V..	308
1.4.16	Abrechnung Spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid–DRG) nach § 115f SGB V	309
2.	Hinweise zu Datenelementen.....	313
2.1	AUF Segment Aufnahme	313
2.2	BDG Segment Behandlungsdiagnose (99 x möglich)	314
2.3	CUX Segment Währung.....	316

2.4	DAU Segment Dauer.....	316
2.5	DPV Segment Diagnosen- und Prozedurenversion.....	317
2.6	EAD Segment Einweisungs- und Aufnahmeidiagnose (20 x möglich).....	318
2.7	EBG Segment Entbindung (2 x möglich).....	318
2.8	ENA Segment Entgelt Ambulante Operation (999 x möglich)	319
2.9	ENT Segment Entgelt (399 x / 400 x möglich)	321
2.10	ETL Segment Entlassung/Verlegung.....	324
2.11	EZV Segment Einzelvergütung (99 x möglich)	326
2.12	FAB Segment Fachabteilung (10 x in VERL/30 x in RECH/ 999 x in ENTL möglich) ..	327
2.13	IBE Segment implantatbezogene Eingriffe	328
2.14	FHL Segment Fehlermeldung (200 x möglich)	329
2.15	IFA Segment Informationsart	330
2.16	IFT Segment Informationstext.....	330
2.17	FKT Segment Funktion.....	330
2.18	INV Segment Information Versicherter	332
2.19	LEI Segment Leistungsdokumentation (999x möglich)	335
2.20	KOS Segment Kostenübernahme.....	335
2.21	OKN Segment Orpha-Kennnummer (bis zu 49x möglich)	336
2.22	NAD Segment Name/Adresse	337
2.23	NDG Segment Nebendiagnose (49 x möglich).....	338
2.24	PRZ Segment Prozedur (99 x möglich)	339
2.25	PVT Segment PrüfvV-Text (25x möglich)	340
2.26	PVV Segment PrüfvV (10x möglich).....	341
2.27	REC Segment Rechnung	342
2.28	REL Segment Leistungsanspruch zu Aufrechnung (999 x möglich).....	344
2.29	RED Segment Rechnungsdaten (1 x / 99999 x möglich)	344
2.30	STA Segment Standort	346
2.31	RZA Segment Rechnungszusatz Ambulante Operation	347
2.32	TXT Segment Text (10 x möglich).....	349
2.33	UWD Segment Überweisungsdaten	349
2.34	ZLG Segment Zuzahlung	350
2.35	ZPR Segment Zahlung/Prüfung	350
3.	Verfahren zur Fortschreibung der Schlüssel für Entgeltarten und Fachabteilungen.....	352
4.	Anhang D – Beispiele zur Verwendung von Verarbeitungskennzeichen (VKZ) und laufender Nummer des Geschäftsvorfalles (Ifd.-Nr.).....	354
4.1	Aufnahmesatz.....	354

4.2 Verlängerungsanzeige (analog Medizinische Begründung).....	355
4.3 Entlassungsanzeige.....	356
4.4 Rechnungssatz.....	357
4.5 Rechnungssatz Ambulante Operation.....	358
4.6 Zuzahlungsgutschrift (analog Zuzahlungsgutschrift Ambulante Operation)	360

(Stand: 01.12.1994)

Vereinbarung gemäß § 301 Absatz 3 SGB V über das Verfahren zur Abrechnung und Übermittlung der Daten nach § 301 Absatz 1 SGB V (Datenübermittlungs-Vereinbarung)

Zwischen

dem AOK-Bundesverband, Bonn

dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen

dem IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach

dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel

der Bundesknappschaft, Bochum

der See-Krankenkasse, Hamburg

dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Siegburg

dem AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Siegburg

– im folgenden "Spitzenverbände der Krankenkassen" genannt –

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Düsseldorf

Präambel

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren das Verfahren der Datenübermittlung zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen nach § 301 Absatz 1 SGB V.

§ 1

Zielsetzung

Die Vereinbarung gemäß § 301 Absatz 3 SGB V regelt das Verfahren zur Teilnahme an einer Datenübermittlung zwischen den nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern und den Krankenkassen. Die Vereinbarung dient dazu, das Nähere über Form und Inhalt der erforderlichen Vordrucke, die Zeitabstände für die Übermittlung und das Verfahren der Abrechnung auf maschinell verwertbaren Datenträgern unter Berücksichtigung der Festlegungen in den Verträgen nach § 112 Absatz 2 Nr. 1 SGB V zu regeln.

§ 2

Gegenstand der Datenübermittlung

Die Datenübermittlung umfasst die für die Erbringung und Abwicklung von Krankenhausbehandlung erforderlichen Angaben nach § 301 Absatz 1 Satz 1 SGB V:

1. Die Angaben nach § 291 Absatz 2 Nummer 1 bis 8 SGB V:
 - 1) Bezeichnung der Krankenkasse
 - 2) Familienname und Vorname des Versicherten
 - 3) Geburtsdatum des Versicherten
 - 4) Anschrift
 - 5) Krankenversicherungsnummer
 - 6) Versichertenstatus
 - 7) Tag des Beginns des Versicherungsschutzes
 - 8) bei befristeter Gültigkeit der Karte das Datum des Fristablaufs
 - 9) sowie das krankenhausinterne Kennzeichen des Versicherten,
2. das Institutionskennzeichen des Krankenhauses und der Krankenkasse,
3. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, bei einer Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen, die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung,
4. bei ärztlicher Verordnung von Krankenhausbehandlung die Arztnummer des einweisenden Arztes, bei Verlegung das Institutionskennzeichen des veranlassenden Krankenhauses, bei Notfallaufnahme die die Aufnahme veranlassende Stelle,
5. die Bezeichnung der aufnehmenden Fachabteilung, bei Verlegung die der weiterbehandelnden Fachabteilungen,
6. Datum und Art der im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Operationen,
7. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der externen Verlegung sowie die Entlassungs- oder Verlegungsdiagnose; bei externer Verlegung das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution,
8. Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen sowie Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen,
9. die nach den §§ 115 a und 115 b SGB V sowie nach der Bundespflegesatzverordnung berechneten Entgelte.

§ 3

Inhalt und Aufbau der Datensätze

- (1) Für die Datenübermittlung wird eine einheitliche Datensatzbeschreibung vereinbart.

Zur Datenübermittlung durch das Krankenhaus zählen:

- der Aufnahmesatz,
- die Verlängerungsanzeige,
- die Medizinische Begründung,
- der Rechnungssatz,
- die Entlassungsanzeige,
- der Rechnungssatz Ambulante Operation.

Zur Datenübermittlung durch die Krankenkassen zählen:

- der Kostenübernahmesatz,
- der Anforderungssatz medizinische Begründung,
- der Zahlungssatz,
- der Zahlungssatz Ambulante Operation.

Der Inhalt und der Aufbau der Datensätze für die Datenübermittlung ergibt sich aus der Anlage 1. Die in den Datensätzen zu verwendenden Schlüsse ergeben sich aus der Anlage 2.

- (2) Für die medizinische Begründung nach § 2 Nummer 3 sowie die Angaben nach § 2 Nummer 8 ist auch eine Übermittlung in nicht maschinenlesbarer Form zulässig. In diesen Fällen sind die Angaben gemäß Anlage 3 an die Krankenkasse zu übermitteln.

§ 4

Zeitabstände der Datenübermittlung

- (1) Der Aufnahmesatz ist spätestens 3 Arbeitstage nach Aufnahme des Versicherten an die Krankenkasse oder die von der Krankenkasse benannte Stelle zu übermitteln. Die Verlängerungsanzeige ist in der Regel vor Ablauf der vorausgegangenen Kostenübernahme zu übermitteln, wenn der Vertrag nach § 112 Absatz 2 Nummer 1 SGB V dies erfordert.
- (2) Die Krankenkasse oder die von der Krankenkasse benannte Stelle übermittelt den Kostenübernahmesatz spätestens 3 Arbeitstage nach Eingang des Aufnahmesatzes bzw. der Verlängerungsanzeige an das jeweilige Krankenhaus oder die vom Krankenhaus benannte Stelle.
- (3) Sofern in der Anlaufphase eine Übermittlung des Aufnahmesatzes oder des Kostenübernahmesatzes innerhalb der ersten 3 Arbeitstage nicht möglich ist, ist unverzüglich zu übermitteln.
- (4) Die Entlassungsanzeige soll innerhalb von 3 Arbeitstagen nach der Entlassung oder Verlegung des Versicherten an die Krankenkasse oder die von der Krankenkasse benannte Stelle übermittelt werden. Sie ist spätestens mit der Schlussrechnung zu übermitteln.
- (5) Der Rechnungssatz ist in der Regel einmal pro Kalenderwoche an die Krankenkasse oder die von der Krankenkasse benannte Stelle zu übermitteln.
- (6) Der Zahlungssatz wird in der Regel von der Krankenkasse oder der von der Krankenkasse benannten Stelle einmal pro Kalenderwoche dem Krankenhaus übermittelt.

§ 5

Technische und organisatorische Form der Datenübermittlung

- (1) Die technische und organisatorische Form der Datenübermittlung sowie die notwendigen Berichtigungs- und Kontrollverfahren werden in der Anlage 4 (Technische Anlage) und in der Anlage 5 (Durchführungshinweise) zu diesem Vertrag geregelt.
- (2) Die Übermittlung in nicht maschinenlesbarer Form gemäß § 3 Absatz 2 ist hiervon unberührt.

§ 6

Verarbeitung

- (1) Nicht zurückgewiesene Datensätze werden unverzüglich verarbeitet.
- (2) Eine Verarbeitung zu anderen Zwecken als zur Erbringung und Abwicklung von Krankenhausbehandlung ist unzulässig. Eine Verarbeitung auf Grund und im Rahmen gesetzlicher Bestimmungen bleibt hiervon unberührt.

§ 7

Teilnahme

- (1) Die Teilnahme der Beteiligten am Datenübermittlungsverfahren erfolgt spätestens ab dem 01.01.1996. Der Teilnahme geht eine Erprobung nach Absatz 2 voraus.
- (2) Eine zweigleisige, zeitlich befristete Erprobung mit einer konventionellen und einer maschinellen Datenübermittlung im Sinne dieser Vereinbarung ist spätestens ab dem 01.10.1995 auf der Grundlage einvernehmlicher Regelung zwischen den Beteiligten durchzuführen. Voraussetzung für die Erprobung ist eine Auflistung der Datenannahme- und Verteilstellen der Krankenkassen (Krankenkasse oder von ihr benannte Stelle) und der Krankenhäuser (Krankenhaus oder von ihm benannte Stellen) mit den zur Erprobung erforderlichen Angaben.

§ 8

Abrechnung ambulanter Operationen

Für die Abrechnung ambulanter Operationen gelten die in der "Vereinbarung zu den regelungsbedürftigen Tatbeständen des Vertrages nach § 115 b SGB V" getroffenen Regelungen. Die Abrechnung wird mit dem Rechnungssatz Ambulante Operation, der Zahlungssatz mit dem Zahlungssatz Ambulante Operation übermittelt (siehe Anlage 1).

§ 9

Geltung der Vereinbarung

- (1) Die Vereinbarung tritt am 12.12.1994 in Kraft. Sie kann mit einer Frist von 6 Monaten zum Jahresende, frühestens jedoch zum 31.12.1996, durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden.

- (2) Für den Fall der Kündigung erklären die Vereinbarungsparteien ihre Bereitschaft, an der Verabschiedung einer neuen Vereinbarung mitzuwirken.
- (3) Die Anlagen 1 bis 5 sind Bestandteil dieser Vereinbarung. Für den Fall erforderlicher Anpassungen sehen die Vereinbarungsparteien eine einvernehmliche Fortschreibung vor, ohne dass es einer Kündigung der Vereinbarung bedarf.
- (4) Der Text der Vereinbarung, die Auflistung der Datenannahme- und Verteilstellen sowie nachfolgende Fortschreibungen werden von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der DKG in geeigneter Weise veröffentlicht.

Siegburg, den 05.12.1994

AOK-Bundesverband, Bonn

Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen

IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel

Bundesknappschaft, Bochum

See-Krankenkasse, Hamburg

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg

Deutsche Krankenhausgesellschaft, Düsseldorf

Anlagen:

Anlage 1: Datensätze für die Datenübermittlung

Anlage 2: Schlüsselverzeichnis

Anlage 3: Vordrucke

Anlage 4: Technische Anlage

Anlage 5: Durchführungshinweise

Anlage 1 – Nachrichten

Version: 45

Vertragsstand: 01.12.1994

Stand der Anlage: 16.05.2023

Stand der letzten Anlage: 29.03.2023

Anzuwenden ab: 01.07.2023

Inhaltsverzeichnis

Anlage 1 – Nachrichten	16
Historie	18
Erläuterung der Datenstrukturen	19
Aufnahmesatz (AUFN)	23
Verlängerungsanzeige (VERL)	25
Medizinische Begründung (MBEG)	27
Krankenhausinformation (KHIN)	29
Krankenkassenantwort (KANT)	31
Rechnungssatz (RECH)	33
Entlassungsanzeige (ENTL)	35
Rechnungssatz Ambulante Operation (AMBO)	39
Zuzahlungsgutschrift / -rückforderung (ZGUT)	44
Information Krankenhäuser (INKA)	46
Kostenübernahmesatz (KOUB)	48
Anforderungssatz Medizinische Begründung (ANFM)	50
Zahlungssatz (ZAHL)	51
Zahlungssatz Ambulante Operation (ZAAO)	53
Sammelüberweisung (SAMU)	56
Krankenkasseninformation (KAIN)	58
Fehlernachricht (FEHL)	60
Verwendung der Segmente	61

Historie

Version	Status	Datum	Abschnitt	Erläuterung
42	abgestimmt	17.03.2022	Anpassung Rechnungssatz Ambulante Operation	Anpassung an den Nachtrag vom 17.03.2022 mit Wirkung zum 10.10.2022
43	abgestimmt	07.07.2022	Anpassung Beispiel, Anpassung aller Nachrichtentypen	Anpassung an die 16. Fortschreibung vom 08.07.2022 mit Wirkung zum 01.04.2023
44	abgestimmt	29.03.2023	Anpassung Rechnungssatz Ambulante Operation	Anpassung an den Nachtrag vom 29.03.2023 mit Wirkung zum 01.07.2023
45	abgestimmt	16.05.2023	Anpassung der Nachrichten RECH, ENTL und KHIN	Anpassung an den Nachtrag vom 16.05.2023 mit Wirkung zum 01.07.2023

Erläuterung der Datenstrukturen

Die einzelnen Nachrichten wie z. B. Aufnahme- oder Rechnungssatz sind variabel gestaltet und setzen sich aus Segmenten zusammen, die sachlich zusammengehörende Datenelemente (Felder) enthalten.

Für Datenelemente und Segmente werden Trennzeichen verwendet, die es ermöglichen, dass ausschließlich signifikante Daten übermittelt werden. Datenelemente werden durch ein Plus-Zeichen (+) getrennt, Segmente durch ein Hochkomma (') beendet. Nur die benötigten Stellen eines Datenelementes werden übermittelt. Für nicht benötigte Datenelemente wird ausschließlich das Trennzeichen (Plus-Zeichen) gesetzt. Am Segmentende können (Kann-) Felder entfallen, indem nach dem letzten mit Daten gefüllten Datenelement des Segmentes sofort das Segment-Endezeichen (Hochkomma) gesetzt wird.

Die Darstellung des Datenelementwertes ist entsprechend DIN EN 29 735 wie folgt festgelegt:

a	alphabetische Zeichen
n	numerische Zeichen
an	alphanumerische Zeichen
a3	3 alphabetische Zeichen
n3	3 numerische Zeichen
an3	3 alphanumerische Zeichen
a..3	bis zu 3 alphabetische Zeichen
n..3	bis zu 3 numerische Zeichen
an..3	bis zu 3 alphanumerische Zeichen
M	Muss-Element
K	Kann-Element

Alphabetische und alphanummerische Zeichen und ICD-Schlüssel werden linksbündig übermittelt. Operationenschlüssel werden linksbündig ohne Sonderzeichen übermittelt.

Entsprechend der Trennzeichen-Vorgabe, UNA, (siehe Anlage 4, Kapitel 5) ist das Komma als Dezimalzeichen festgelegt. Das Dezimalzeichen wird bei der Ermittlung der maximalen Länge eines Datenelementwertes nicht mitgezählt. Wird ein Dezimalzeichen übertragen, muss ihm mindestens ein Zeichen vorangehen und eines folgen. Außer dem Dezimalzeichen ist bei numerischen Datenelementwerten kein weiteres Gliederungszeichen zugelassen.

Numerische Datenelementwerte werden als positiv angenommen. Auch ein Abzug wird als positiver Wert dargestellt, er ist entsprechend den Hinweisen zu den einzelnen Datenelementen zu subtrahieren.

Eine Übertragungsdatei besteht aus:

Trennzeichen-Vorgabe	UNA	kann
Nutzdaten-Kopfsegment	UNB	muss
Nachrichten-Kopfsegment	UNH	muss
Nutzdaten-Segmente	entsprechend dieser Anlage 1	
Nachrichten-Endesegment	UNT	muss
Nutzdaten-Endesegment	UNZ	muss

Die vollständige Beschreibung der Übertragungsdatei ist in der Anlage 4 (Kapitel 5) enthalten.

Beispiel: Aufnahmesatz

UNH	Kopfsegment Absender und Nachrichtentyp	UNH
	Nachrichtenreferenznummer	00001
	Nachrichtenkennung	AUFN:16:000:00
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
	Versichertenart	1
	Besonderer Personenkreis	04
	DMP-Teilnahme	01
	Gültigkeit der Versichertenkarte	2312
	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	-
NAD	Segment Name/Adresse	NAD
	Name des Versicherten	Meier
	Vorname des Versicherten	Hugo
	Geschlecht	m
	Geburtsdatum des Versicherten	Angabe entfällt} da Kranken-
	Straße und Haus-Nr.	Angabe entfällt} versicherten-
	Postleitzahl	Angabe entfällt} Nr.
	Wohnort	Angabe entfällt} vorhanden
	Titel des Versicherten	-
	Internationales Länderkennzeichen	-
	Namenszusatz	-
	Vorsatzwort	-

	Anschriftenzusatz	-
DPV	Segment Diagnosen-/Prozedurenversion	DPV
	ICD-Version	2023
	OPS-Version	Angabe entfällt
	Alpha-ID-SE Version	Angabe entfällt
AUF	Segment Aufnahme	AUF
	Aufnahmetag	20231001
	Aufnahmeuhrzeit	1120
	Aufnahmegrund	0101
	Fachabteilung	0700
	Voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung	20231009
	Arztnummer des einweisenden Arztes	Angabe entfällt
	Betriebsstättennummer des einweisenden Arztes	Angabe entfällt
	IK des veranlassenden Krankenhauses	123456789
	Veranlassende Stelle bei Notfallaufnahme	Angabe entfällt
	Zahnarztnummer des einweisenden Zahnarztes	Angabe entfällt
	Aufnahmegewicht	Angabe entfällt
EAD	Segment Einweisungs- und Aufnahme diagnose	EAD
	Aufnahmediagnose	M50.8:
	Sekundär-Diagnose Aufnahme	-
	Einweisungsdiagnose	-
	Sekundär-Diagnose Einweisung	-

UNH+00001+AUFN:16:000:00'

FKT+10+01+123456789+987654321'

INV+123456789012+1+04+01+2312+A95-12345'

NAD+Meier+Hugo+m+20030101'

DPV+2023'

AUF+20231001+1120+0101+0700+20231009+++123456789'

EAD+M50.8:'

UNT+...

Aufnahmesatz (AUFN)

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
FKT	Segment Funktion	M	an3	'FKT', siehe Anlage 4 (7.2.4)
1	Verarbeitungskennzeichen	M	an2	Schlüssel 9
2	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	M	an2	'01'
3	IK des Absenders	M	an9	IK des Krankenhauses
4	IK des Empfängers	M	an9	IK der Krankenkasse
INV	Segment Information Versicherter	M	an3	'INV'
1	Krankenversicherten-Nr.	K	an..12	
2	Versichertenart	K	n1	Schlüssel 12 (Teil 1), '9' bei Auslandsversicherten
3	Besonderer Personenkreis	K	an2	Schlüssel 12 (Teil 2), '99' bei Auslandsversicherten
4	DMP-Teilnahme	K	an2	Schlüssel 12 (Teil 3), '99' bei Auslandsversicherten
5	Gültigkeit der Versichertenkarte	K	an4	Bis-Datum (JJMM)
6	KH-internes Kennzeichen des Versicherten	M	an..15	
7	Fall-Nummer der Krankenkasse	K	an..17	Angabe entfällt
8	Aktenzeichen der Krankenkasse	K	an..8	Angabe entfällt
9	Tag des Beginns des Versicherungsschutzes	K	an8	Angabe entfällt
10	Vertragskennzeichen	K	an..25	Vertragskennzeichen des individuellen Vertrags
11	Vertragsnummer	K	an11	Vertragsnummer gemäß Vertragstransparenzstelle nach §293a Abs.1 SGB V
NAD	Segment Name/Adresse	M	an3	'NAD'
1	Name des Versicherten	M	an..45	
2	Vorname des Versicherten	M	an..45	
3	Geschlecht	M	an1	Schlüssel 21
4	Geburtsdatum des Versicherten	M	an8	JJJJMMTT
5	Straße und Haus-Nr.	K	an..56	
6	Postleitzahl	K	an..10	
7	Wohnort	K	an..40	
8	Titel des Versicherten	K	an..20	
9	Internationales Länderkennzeichen	K	an..3	Schlüssel 7
10	Namenszusatz	K	an..20	
11	Vorsatzwort	K	an..20	
12	Anschriftenzusatz	K	an..40	
DPV	Segment Diagnosen- und Prozedurenversion	M	an3	'DPV'
1	ICD-Version	M	an..6	Versionskennung des Diagnoseschlüssels
AUF	Segment Aufnahme	M	an3	'AUF'
1	Aufnahmetag	M	an8	JJJJMMTT
2	Aufnahmeuhrzeit	M	an4	HH(00-23)MM(00-59)

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
3	Aufnahmegrund	M	an4	Schlüssel 1
4	Fachabteilung	M	an4	Schlüssel 6
5	Voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung	M	an8	JJJJMMTT (Bis-Datum)
6	Arztnummer des einweisenden Arztes	K	an..9	Arztnummer des Arztes
7	Betriebsstättennummer des einweisenden Arztes	K	an..9	Betriebsstättennummer des Arztes
8	IK des veranlassenden Krankenhauses	K	an9	
9	Veranlassende Stelle bei Notfallaufnahme	K	an..30	Klartext
10	Zahnarzt Nummer des einweisenden Zahnarztes	K	an..9	KZV-Nummer des Zahnarztes
11	Aufnahmegewicht	K	n..5	Aufnahmegewicht in Gramm, bei Kleinkindern bis zu 1 Jahr
EAD	Segm. Einweisungs- und Aufnahmediagnose	M	an3	'EAD' (20x möglich)
1	Aufnahmediagnose	K		(Datenelementgruppe)
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
2	Sekundär-Diagnose Aufnahme	K		(Datenelementgruppe)
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
3	Einweisungsdiagnose	K		(Datenelementgruppe)
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
4	Sekundär-Diagnose Einweisung	K		(Datenelementgruppe)
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16

Hinweis:

EAD [Aufnahmediagnose]: Erste Aufnahmediagnose Muss-Datenelementgruppe

Verlängerungsanzeige (VERL)

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
FKT	Segment Funktion	M	an3	siehe Anlage 4 (7.2.4)
1	Verarbeitungskennzeichen	M	an2	Schlüssel 9
2	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	M	an2	'01', ...
3	IK des Absenders	M	an9	IK des Krankenhauses
4	IK des Empfängers	M	an9	IK der Krankenkasse
INV	Segment Information Versicherter	M	an3	'INV'
1	Krankenversicherten-Nr.	K	an..12	
2	Versichertenart	K	n1	Schlüssel 12 (Teil 1), '9' bei Auslandsversicherten
3	Besonderer Personenkreis	K	an2	Schlüssel 12 (Teil 2), '99' bei Auslandsversicherten
4	DMP-Teilnahme	K	an2	Schlüssel 12 (Teil 3), '99' bei Auslandsversicherten
5	Gültigkeit der Versichertenkarte	K	an4	Bis-Datum (JJMM)
6	KH-internes Kennzeichen des Versicherten	M	an..15	
7	Fall-Nummer der Krankenkasse	K	an..17	
8	Aktenzeichen der Krankenkasse	K	an..8	
9	Tag des Beginns des Versicherungsschutzes	K	an8	JJJJMMTT
10	Vertragskennzeichen	K	an..25	Vertragskennzeichen des individuellen Vertrags
11	Vertragsnummer	K	an11	Vertragsnummer gemäß Vertragstransparenzstelle nach §293a Abs.1 SGB V
NAD	Segment Name/Adresse	M	an3	'NAD'
1	Name des Versicherten	M	an..45	
2	Vorname des Versicherten	M	an..45	
3	Geschlecht	M	an1	Schlüssel 21
4	Geburtsdatum des Versicherten	M	an8	JJJJMMTT
5	Straße und Haus-Nr.	K	an..56	
6	Postleitzahl	K	an..10	
7	Wohnort	K	an..40	
8	Titel des Versicherten	K	an..20	
9	Internationales Länderkennzeichen	K	an..3	Schlüssel 7
10	Namenszusatz	K	an..20	
11	Vorsatzwort	K	an..20	
12	Anschriftenzusatz	K	an..40	
DPV	Segment Diagnosen- und Prozedurenversion	M	an3	'DPV'
1	ICD-Version	M	an..6	Versionskennung des Diagnoseschlüssels
DAU	Segment Dauer	M	an3	'DAU'
1	Aufnahmetag	M	an8	JJJJMMTT

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
2	Voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung	M	an8	JJJJMMTT (Bis-Datum)
3	Nachfolgediagnose, die	K		(Datenelementgruppe)
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
4	mit Sekundär-Diagnose Arbeitsunfähigkeit	K		(Datenelementgruppe)
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
5	ab dem ... die Arbeitsunfähigkeit allein begründet hat	K	an8	JJJJMMTT
FAB	Segment Fachabteilung	M	an3	'FAB' (10x möglich)
1	Fachabteilung	M	an4	Schlüssel 6
2	Diagnose	M		(Datenelementgruppe)
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
3	Sekundär-Diagnose	K		(Datenelementgruppe)
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16

Hinweis:

Die Verlängerungsanzeige ist in der Regel vor Ablauf der vorausgegangenen Kostenübernahme zu übermitteln, wenn der Vertrag nach § 112 Absatz 2 Nummer 1 SGB V dies erfordert (§ 4 Absatz 1 der Datenübermittlungsvereinbarung).

Medizinische Begründung (MBEG)

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
FKT	Segment Funktion	M	an3	siehe Anlage 4 (7.2.4)
1	Verarbeitungskennzeichen	M	an2	Schlüssel 9
2	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	M	an2	'01', ...
3	IK des Absenders	M	an9	IK des Krankenhauses
4	IK des Empfängers	M	an9	IK der Krankenkasse
INV	Segment Information Versicherter	M	an3	'INV'
1	Krankenversicherten-Nr.	K	an..12	
2	Versichertenart	K	n1	Schlüssel 12 (Teil 1), '9' bei Auslandsversicherten
3	Besonderer Personenkreis	K	an2	Schlüssel 12 (Teil 2), '99' bei Auslandsversicherten
4	DMP-Teilnahme	K	an2	Schlüssel 12 (Teil 3), '99' bei Auslandsversicherten
5	Gültigkeit der Versichertenkarte	K	an4	Bis-Datum (JJMM)
6	KH-internes Kennzeichen des Versicherten	M	an..15	
7	Fall-Nummer der Krankenkasse	K	an..17	
8	Aktenzeichen der Krankenkasse	K	an..8	
9	Tag des Beginns des Versicherungsschutzes	K	an8	JJJJMMTT
10	Vertragskennzeichen	K	an..25	Vertragskennzeichen des individuellen Vertrags
11	Vertragsnummer	K	an11	Vertragsnummer gemäß Vertragstransparenzstelle nach §293a Abs.1 SGB V
NAD	Segment Name/Adresse	M	an3	'NAD'
1	Name des Versicherten	M	an..45	
2	Vorname des Versicherten	M	an..45	
3	Geschlecht	M	an1	Schlüssel 21
4	Geburtsdatum des Versicherten	M	an8	JJJJMMTT
5	Straße und Haus-Nr.	K	an..56	
6	Postleitzahl	K	an..10	
7	Wohnort	K	an..40	
8	Titel des Versicherten	K	an..20	
9	Internationales Länderkennzeichen	K	an..3	Schlüssel 7
10	Namenszusatz	K	an..20	
11	Vorsatzwort	K	an..20	
12	Anschriftenzusatz	K	an..40	
TXT	Segment Text	M	an3	'TXT' (10x möglich)
1	Medizinische Begründung	M	an..70	Klartext

Hinweise:

Auf Verlangen der Krankenkasse, falls die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung überschritten wird.

Die Medizinische Begründung kann wahlweise in maschinenlesbarer oder in nicht maschinenlesbarer Form übermittelt werden. Zu nicht maschinenlesbarer Übermittlung siehe Anlage 3.

Krankenhausinformation (KHIN)

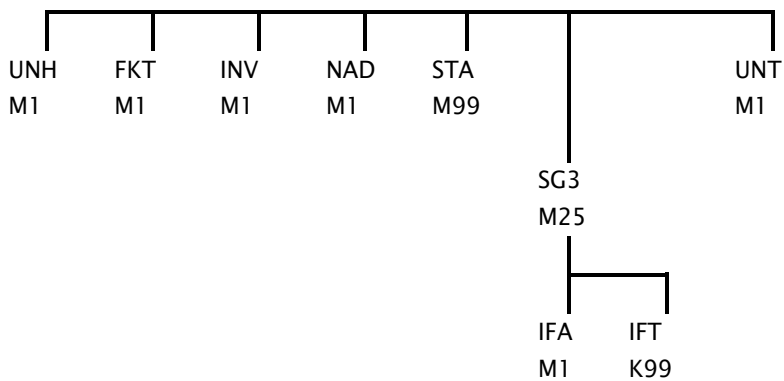
Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
FKT	Segment Funktion	M	an3	siehe Anlage 4 (7.2.4)
1	Verarbeitungskennzeichen	M	an2	Schlüssel 9
2	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	M	an2	'01', ...
3	IK des Absenders	M	an9	IK des Krankenhauses
4	IK des Empfängers	M	an9	IK der Krankenkasse
INV	Segment Information Versicherter	M	an3	'INV'
1	Krankenversicherten-Nr.	K	an..12	
2	Versichertenart	K	n1	Schlüssel 12 (Teil 1), '9' bei Auslandsversicherten
3	Besonderer Personenkreis	K	an2	Schlüssel 12 (Teil 2), '99' bei Auslandsversicherten
4	DMP-Teilnahme	K	an2	Schlüssel 12 (Teil 3), '99' bei Auslandsversicherten
5	Gültigkeit der Versichertenkarte	K	an4	Bis-Datum (JJMM)
6	KH-internes Kennzeichen des Versicherten	M	an..15	
7	Fall-Nummer der Krankenkasse	K	an..17	Angabe entfällt
8	Aktenzeichen der Krankenkasse	K	an..8	Angabe entfällt
9	Tag des Beginns des Versicherungsschutzes	K	an8	Angabe entfällt
10	Vertragskennzeichen	K	an..25	Vertragskennzeichen des individuellen Vertrags
11	Vertragsnummer	K	an11	Vertragsnummer gemäß Vertragstransparenzstelle nach §293a Abs.1 SGB V
NAD	Segment Name/Adresse	M	an3	'NAD'
1	Name des Versicherten	M	an..45	
2	Vorname des Versicherten	M	an..45	
3	Geschlecht	M	an1	Schlüssel 21
4	Geburtsdatum des Versicherten	M	an8	JJJJMMTT
5	Straße und Haus-Nr.	K	an..56	
6	Postleitzahl	K	an..10	
7	Wohnort	K	an..40	
8	Titel des Versicherten	K	an..20	
9	Internationales Länderkennzeichen	K	an..3	Schlüssel 7
10	Namenszusatz	K	an..20	
11	Vorsatzwort	K	an..20	
12	Anschriftenzusatz	K	an..40	
STA	Segment Standort	M	an3	'STA' (99x möglich)
1	Standortnummer	M	an9	Standortnummer (77+Standort- ID+000 oder 001)
2	Standort Ende	M	an8	JJJJMMTT
3	Standort Ende Uhrzeit	M	an4	HH(00-23)MM(00-59)
	Segmentgruppe SG 3 IFA-IFT	M		(25x möglich)
IFA	Segment Informationsart	M	an3	'IFA'

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
1	Aufnahmetag	M	an8	Aufnahmetag aus Aufnahmesatz (JJJMMTT)
2	Art der Information	M	an5	Schlüssel 31
3	Datum Erklärung	K	an8	Datum Einwilligungserklärung bzw. Datum Widerruf (JJJMMTT)
IFT	Segment Informationstext	K	an3	'IFT' (99x möglich)
1	Informationstext	M	an..256	Freitext

Da zum Zeitpunkt der Übermittlung noch kein entlassender Standort des Krankenhauses vorliegt, sind die Werte `99991231` im Datenfeld `Standort Ende` und `2359` im Datenfeld `Standort Ende Uhrzeit` als Vorgabewerte für das zeitlich letzte `STA-Segment` zu verwenden.

Hinweise:

Krankenhausinformation-Diagramm



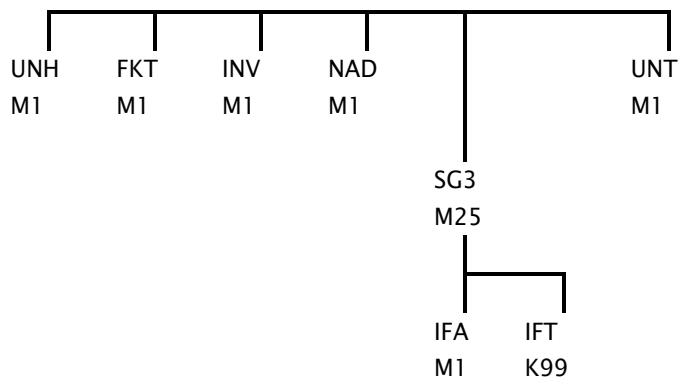
Krankenkassenantwort (KANT)

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterungen
FKT	Segment Funktion	M	an3	siehe Anlage 4 (7.2.4)
1	Verarbeitungskennzeichen	M	an2	Schlüssel 9
2	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	M	an2	'01', ...
3	IK des Absenders	M	an9	IK der Krankenkasse
4	IK des Empfängers	M	an9	IK des Krankenhauses
INV	Segment Information Versicherter	M	an3	'INV'
1	Krankenversicherten-Nr.	K	an..12	
2	Versichertenart	K	n1	Schlüssel 12 (Teil 1), '9' bei Auslandsversicherten
3	Besonderer Personenkreis	K	an2	Schlüssel 12 (Teil 2), '99' bei Auslandsversicherten
4	DMP-Teilnahme	K	an2	Schlüssel 12 (Teil 3), '99' bei Auslandsversicherten
5	Gültigkeit der Versichertenkarte	K	an4	Bis-Datum (JJMM)
6	KH-internes Kennzeichen des Versicherten	M	an..15	
7	Fall-Nummer der Krankenkasse	K	an..17	Angabe entfällt
8	Aktenzeichen der Krankenkasse	K	an..8	Angabe entfällt
9	Tag des Beginns des Versicherungsschutzes	K	an8	Angabe entfällt
10	Vertragskennzeichen	K	an..25	Vertragskennzeichen des individuellen Vertrags
11	Vertragsnummer	K	an11	Vertragsnummer gemäß Vertragstransparenzstelle nach §293a Abs.1 SGB V
NAD	Segment Name/Adresse	M	an3	'NAD'
1	Name des Versicherten	M	an..45	
2	Vorname des Versicherten	M	an..45	
3	Geschlecht	M	an1	Schlüssel 21
4	Geburtsdatum des Versicherten	M	an8	JJJJMMTT
5	Straße und Haus-Nr.	K	an..56	
6	Postleitzahl	K	an..10	
7	Wohnort	K	an..40	
8	Titel des Versicherten	K	an..20	
9	Internationales Länderkennzeichen	K	an..3	Schlüssel 7
10	Namenszusatz	K	an..20	
11	Vorsatzwort	K	an..20	
12	Anschriftenzusatz	K	an..40	
	Segmentgruppe SG 3 IFA-IFT	M		(25x möglich)
IFA	Segment Informationsart	M	an3	'IFA'
1	Aufnahmetag	M	an8	Aufnahmetag aus Aufnahmesatz (JJJJMMTT)
2	Art der Information	M	an5	Schlüssel 31

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterungen
3	Datum Erklärung	K	an8	Datum Einwilligungserklärung bzw. Datum Widerruf aus KHIN (JJJMMTT)
IFT	Segment Informationstext	K	an3	'IFT' (99x möglich)
1	Informationstext	M	an..256	Freitext

Hinweise:

Krankenkassenantwort - Diagramm



Rechnungssatz (RECH)

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
FKT	Segment Funktion	M	an3	siehe Anlage 4 (7.2.4)
1	Verarbeitungskennzeichen	M	an2	Schlüssel 9
2	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	M	an2	'01', ...
3	IK des Absenders	M	an9	IK des Krankenhauses
4	IK des Empfängers	M	an9	IK der Krankenkasse
INV	Segment Information Versicherter	M	an3	'INV'
1	Krankenversicherten-Nr.	K	an..12	
2	Versichertenart	K	n1	Schlüssel 12 (Teil 1), '9' bei Auslandsversicherten
3	Besonderer Personenkreis	K	an2	Schlüssel 12 (Teil 2), '99' bei Auslandsversicherten
4	DMP-Teilnahme	K	an2	Schlüssel 12 (Teil 3), '99' bei Auslandsversicherten
5	Gültigkeit der Versichertenkarte	K	an4	Bis-Datum (JJMM)
6	KH-internes Kennzeichen des Versicherten	M	an..15	
7	Fall-Nummer der Krankenkasse	K	an..17	
8	Aktenzeichen der Krankenkasse	K	an..8	
9	Tag des Beginns des Versicherungsschutzes	K	an8	JJJJMMTT
10	Vertragskennzeichen	K	an..25	Vertragskennzeichen des individuellen Vertrags
11	Vertragsnummer	K	an11	Vertragsnummer gemäß Vertragstransparenzstelle nach §293a Abs.1 SGB V
NAD	Segment Name/Adresse	M	an3	'NAD'
1	Name des Versicherten	M	an..45	
2	Vorname des Versicherten	M	an..45	
3	Geschlecht	M	an1	Schlüssel 21
4	Geburtsdatum des Versicherten	M	an8	JJJJMMTT
5	Straße und Haus-Nr.	K	an..56	
6	Postleitzahl	K	an..10	
7	Wohnort	K	an..40	
8	Titel des Versicherten	K	an..20	
9	Internationales Länderkennzeichen	K	an..3	Schlüssel 7
10	Namenszusatz	K	an..20	
11	Vorsatzwort	K	an..20	
12	Anschriftenzusatz	K	an..40	
STA	Segment Standort	M	an3	'STA' (99x möglich)
1	Standortnummer	M	an9	Standortnummer (77+Standort-ID+000 oder 001)
2	Standort Ende	M	an8	JJJJMMTT
3	Standort Ende Uhrzeit	M	an4	HH(00-23)MM(00-59)
CUX	Segment Währung	M	an3	'CUX'
1	Währungskennzeichen	M	an3	Schlüssel 18

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
REC	Segment Rechnung	M	an3	'REC'
1	Rechnungsnummer	M	an..20	
2	Rechnungsdatum	M	an8	JJJJMMTT
3	Rechnungsart	M	an2	Schlüssel 11
4	Aufnahmetag	M	an8	JJJJMMTT
5	Rechnungsbetrag	M	n..10	99999999,99
6	Debitoren-Kontonr. des Krankenhauses	K	an..9	
7	Referenznummer des Krankenhauses	K	an..20	
8	IK des Krankenhauses für Zahlungsweg	K	an9	wenn abweichend von FKT
ZLG	Segment Zuzahlung	K	an3	'ZLG'
1	Zuzahlungsbetrag	M	n..6	9999,99
2	Zuzahlungskennzeichen	M	an1	Schlüssel 15
FAB	Segment Fachabteilung	M	an3	'FAB' (30x möglich)
1	Fachabteilung	M	an4	Schlüssel 6
ENT	Segment Entgelt	M	an3	'ENT' (399x möglich)
1	Entgeltart	M	an8	Schlüssel 4
2	Entgeltbetrag	M	n..10	99999999,99 (Einzelbetrag)
3	Abrechnung von	M	an8	JJJJMMTT
4	Abrechnung bis	M	an8	JJJJMMTT
5	Entgeltanzahl	M	n..5	
6	Tage ohne Berechnung/Behandlung	K	n..3	
7	Tag der Wundheilung	K	an8	Angabe entfällt

Entlassungsanzeige (ENTL)

Das Segment ETL sowie das neue Segment NDG werden Bestandteil einer Segmentgruppe; das erste Segment der Gruppe ist ein Muss-Segment. Innerhalb dieser Segmentgruppe kann das Segment NDG (Kann-Segment) 49x vorkommen.

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
FKT	Segment Funktion	M	an3	siehe Anlage 4 (7.2.4)
1	Verarbeitungskennzeichen	M	an2	Schlüssel 9
2	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	M	an2	'01', ...
3	IK des Absenders	M	an9	IK des Krankenhauses
4	IK des Empfängers	M	an9	IK der Krankenkasse
INV	Segment Information Versicherter	M	an3	'INV'
1	Krankenversicherten-Nr.	K	an..12	
2	Versichertenart	K	n1	Schlüssel 12 (Teil 1), '9' bei Auslandsversicherten
3	Besonderer Personenkreis	K	an2	Schlüssel 12 (Teil 2), '99' bei Auslandsversicherten
4	DMP-Teilnahme	K	an2	Schlüssel 12 (Teil 3), '99' bei Auslandsversicherten
5	Gültigkeit der Versichertenkarte	K	an4	Bis-Datum (JJMM)
6	KH-internes Kennzeichen des Versicherten	M	an..15	
7	Fall-Nummer der Krankenkasse	K	an..17	
8	Aktenzeichen der Krankenkasse	K	an..8	
9	Tag des Beginns des Versicherungsschutzes	K	an8	JJJJMMTT
10	Vertragskennzeichen	K	an..25	Vertragskennzeichen des individuellen Vertrags
11	Vertragsnummer	K	an11	Vertragsnummer gemäß Vertragstransparenzstelle nach §293a Abs.1 SGB V
NAD	Segment Name/Adresse	M	an3	'NAD'
1	Name des Versicherten	M	an..45	
2	Vorname des Versicherten	M	an..45	
3	Geschlecht	M	an1	Schlüssel 21
4	Geburtsdatum des Versicherten	M	an8	JJJJMMTT
5	Straße und Haus-Nr.	K	an..56	
6	Postleitzahl	K	an..10	
7	Wohnort	K	an..40	
8	Titel des Versicherten	K	an..20	
9	Internationales Länderkennzeichen	K	an..3	Schlüssel 7
10	Namenszusatz	K	an..20	
11	Vorsatzwort	K	an..20	
12	Anschriftenzusatz	K	an..40	
STA	Segment Standort	M	an3	'STA' (99x möglich)

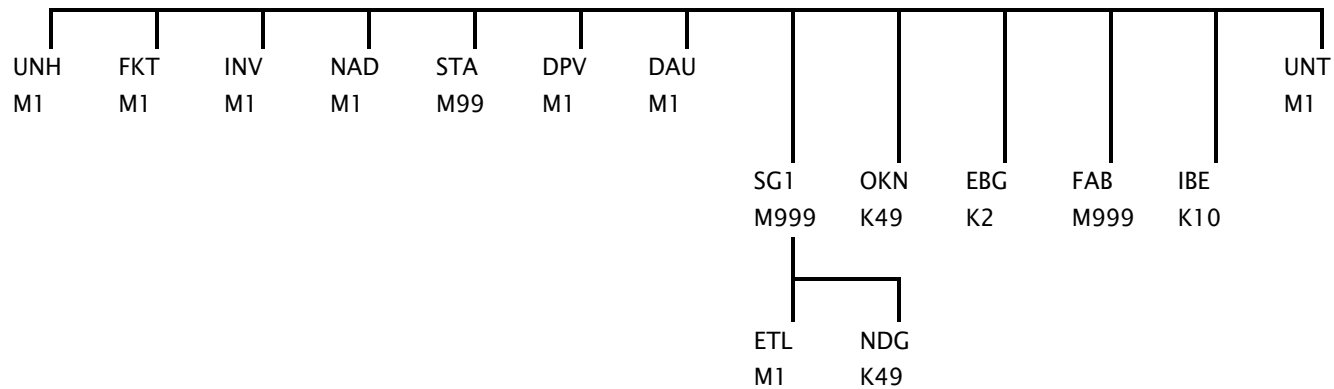
Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
1	Standortnummer	M	an9	Standortnummer (77+Standort-ID+000 oder 001)
2	Standort Ende	M	an8	JJJJMMTT
3	Standort Ende Uhrzeit	M	an4	HH(00–23)MM(00–59)
DPV	Segment Diagnosen- und Prozedurenversion	M	an3	'DPV'
1	ICD-Version	M	an..6	Versionskennung des Diagnoseschlüssels
2	OPS-Version	K	an..6	Versionskennung des Prozedurenschlüssels
3	Alpha-ID-SE Version	K	an..6	Versionskennung des Alpha-ID-SE Schlüssels
DAU	Segment Dauer	M	an3	'DAU'
1	Aufnahmetag	M	an8	JJJJMMTT
2	Entlassungstag	M	an8	JJJJMMTT
3	Nachfolgediagnose, die	K		(Datenelementgruppe)
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
4	mit Sekundär-Diagnose Arbeitsunfähigkeit	K		(Datenelementgruppe)
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
5	ab dem ... die Arbeitsunfähigkeit allein begründet hat	K	an8	JJJJMMTT
6	Beatmungstunden	K	an..4	HHHH
	Segmentgruppe SG1 ETL-NDG	M		(999x möglich)
ETL	Segment Entlassung/Verlegung	M	an3	'ETL'
1	Tag der Entlassung/Verlegung	M	an8	JJJJMMTT
2	Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit	M	an4	HH(00–23)MM(00–59)
3	Entlassungs-/Verlegungsgrund	M	an3	Schlüssel 5
4	Fachabteilung	M	an4	Schlüssel 6 oder "0000" oder "0001" oder "0002" oder „0003“ oder „0004“
5	Hauptdiagnose	M		(Datenelementgruppe)
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
6	Sekundär-Diagnose	K		(Datenelementgruppe)
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
7	IK der aufnehmenden Institution	K	an9	
NDG	Segment Nebendiagnose	K	an3	'NDG' (49x möglich)
1	Nebendiagnose	M		(Datenelementgruppe)
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
2	Sekundär-Diagnose	K		(Datenelementgruppe)
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
OKN	Segment Orpha-Kennnummer	K	an3	'OKN' (49x möglich)
1	Orpha-Kennnummer	M	an..6	Orpha-Kennnummer
EBG	Segment Entbindung	K	an3	'EBG' (2x möglich)
1	Tag der Entbindung	M	an8	JJJJMMTT
FAB	Segment Fachabteilung	M	an3	'FAB' (999x möglich)
1	Fachabteilung	M	an4	Schlüssel 6
2	Diagnose	K		(Datenelementgruppe)
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
3	Sekundär-Diagnose	K		(Datenelementgruppe)
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	Angabe entfällt
	Lokalisation	K	a1	Angabe entfällt
4	Zusatzschlüssel Diagnose	K		(Datenelementgruppe)
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	Angabe entfällt
	Lokalisation	K	a1	Angabe entfällt
5	Sekundär-Diagnose Zusatzschlüssel	K		(Datenelementgruppe)
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	Angabe entfällt
	Lokalisation	K	a1	Angabe entfällt
6	Operationstag	K	an8	JJJJMMTT
7	Operation	K		(Datenelementgruppe)
	Prozedureschlüssel	M	an..11	Amtlicher OP-Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
8	Zusatzschlüssel 1 Operation	K		(Datenelementgruppe)
	Prozedureschlüssel	M	an..11	Angabe entfällt
	Lokalisation	K	a1	Angabe entfällt
9	Zusatzschlüssel 2 Operation	K		(Datenelementgruppe)
	Prozedureschlüssel	M	an..11	Angabe entfällt
	Lokalisation	K	a1	Angabe entfällt
IBE	Segment implantatbezogene Eingriffe	K	an3	'IBE' (10x möglich)
1	ID Meldebestätigung	M	an10	
2	Hash-String	M	an..512	
	Produktzuordnung	M	n1	,1' wenn mindestens ein spezialangefertigtes Implantat oder ein Implantat mit Sonderzulassung gemeldet wurde, sonst ,0'
	Hashwert	M	an64	

Hinweis:

FAB [Operationstag] und [Operation]: Die Datenfelder dürfen nur gemeinsam übermittelt werden.

Entlassungsanzeige-Diagramm



Rechnungssatz Ambulante Operation (AMBO)

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
FKT	Segment Funktion	M	an3	siehe Anlage 4 (7.2.4)
1	Verarbeitungskennzeichen	M	an2	Schlüssel 9
2	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	M	an2	'01', ...
3	IK des Absenders	M	an9	IK des Krankenhauses
4	IK des Empfängers	M	an9	IK der Krankenkasse
INV	Segment Information Versicherter	M	an3	'INV'
1	Krankenversicherten-Nr.	K	an..12	
2	Versichertenart	K	n1	Schlüssel 12 (Teil 1), '9' bei Auslandsversicherten
3	Besonderer Personenkreis	K	an2	Schlüssel 12 (Teil 2), '99' bei Auslandsversicherten
4	DMP-Teilnahme	K	an2	Schlüssel 12 (Teil 3), '99' bei Auslandsversicherten
5	Gültigkeit der Versichertenkarte	K	an4	Bis-Datum (JJMM)
6	KH-internes Kennzeichen des Versicherten	M	an..15	
7	Fall-Nummer der Krankenkasse	K	an..17	Angabe entfällt
8	Aktenzeichen der Krankenkasse	K	an..8	Angabe entfällt
9	Tag des Beginns des Versicherungsschutzes	K	an8	Angabe entfällt
10	Vertragskennzeichen	K	an..25	Vertragskennzeichen des individuellen Vertrages (z.B. Modellvorhaben, Qualitätsverträge, DMP) oder Muss Angabe bei § 116b (neu) (Teamnummer '00xxxxxxx'), Muss angegeben werden bei § 117 Abs. 1 und 2 SGB V (Ermächtigung: `XXASK` oder `XXRBE` oder `XXFUL`), Muss-Angabe für Nummer des Netzverbundvertrages bei § 92 Abs. 6b SGB V (KSVPsych)
11	Vertragsnummer	K	an11	Vertragsnummer gemäß Vertragstransparenzstelle nach §293a Abs.1 SGB V
NAD	Segment Name/Adresse	M	an3	'NAD'
1	Name des Versicherten	M	an..45	
2	Vorname des Versicherten	M	an..45	
3	Geschlecht	M	an1	Schlüssel 21
4	Geburtsdatum des Versicherten	M	an8	JJJJMMTT
5	Straße und Haus-Nr.	K	an..56	
6	Postleitzahl	K	an..10	
7	Wohnort	K	an..40	
8	Titel des Versicherten	K	an..20	

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
9	Internationales Länderkennzeichen	K	an..3	Schlüssel 7
10	Namenszusatz	K	an..20	
11	Vorsatzwort	K	an..20	
12	Anschriftenzusatz	K	an..40	
CUX	Segment Währung	M	an3	'CUX'
1	Währungskennzeichen	M	an3	Schlüssel 18
DPV	Segment Diagnosen- und Prozedurenversion	M	an3	'DPV'
1	ICD-Version	M	an..6	Versionskennung des Diagnoseschlüssels
2	OPS-Version	K	an..6	Versionskennung des Prozedurenschlüssels
REC	Segment Rechnung	M	an3	'REC'
1	Rechnungsnummer	M	an..20	
2	Rechnungsdatum	M	an8	JJJJMMTT
3	Rechnungsart	M	an2	Schlüssel 11
4	Tag des Zugangs	M	an8	JJJJMMTT
5	Rechnungsbetrag	M	n..10	99999999,99
6	Debitoren-Kontonr. des Krankenhauses	K	an..9	
7	Referenznummer des Krankenhauses	K	an..20	
8	IK des Krankenhauses für Zahlungsweg	K	an9	wenn abweichend von FKT
9	Honorarsumme (für Pauschale)	M	n..8	999999,99, nur bei § 115b (Honorarsumme), sonst 0,00
10	Pauschale	K	n..8	999999,99
ZLG	Segment Zuzahlung	K	an3	'ZLG'
1	Zuzahlungsbetrag	M	n..6	9999,99
2	Zuzahlungskennzeichen	M	an1	Schlüssel 15
RZA	Segment Rechnungszusatz Ambulante OP	M	an3	'RZA'
1	Fachabteilung	M	an4	Schlüssel 6
2	Arztnummer des überweisenden Arztes	K	an..9	Arztnummer des Arztes, muss angegeben werden bei § 116b (neu): bei Überweisungen in die ASV
3	Betriebsstättennummer des überweisenden Arztes	K	an..9	Betriebsstättennummer des Arztes, Muss angegeben werden bei § 116b (neu): bei Überweisungen in die ASV
4	Zahnarztnummer des überweisenden Zahnarztes	K	an..9	KZV-Nummer des Zahnarztes
5	Überweisungsdiagnose	K		(Datenelementgruppe), muss angegeben werden bei § 116b (neu): bei Überweisungen in die ASV
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
	Diagnosensicherheit	K	a1	Schlüssel 17
6	Sekundär-Diagnose	K		(Datenelementgruppe)

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD–Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
	Diagnosensicherheit	K	a1	Schlüssel 17
7	Arztnummer des Belegarztes /kooperierenden Vertragsarztes	K	an..9	bei § 115b
8	Arztnummer eines weiteren kooperierenden Vertragsarztes	K	an..9	bei § 115b
9	Standortnummer/Betriebsstättennummer	K	an..9	bei §§ 116b–120 Abs. 1a SGB V: Standortnummer oder Betriebsstättennummer
10	Datum der Überweisung in die ASV	K	an8	JJJJMMTT, Muss angegeben werden bei § 116b (neu): bei Überweisungen in die ASV
11	KV-Bezirk	M	an2	Schlüssel 26
12	EBM-Version	K	an8	JJJJMMTT
BDG	Segment Behandlungsdiagnose	M	an3	'BDG' (99x möglich)
1	Behandlungsdiagnose	M		(Datenelementgruppe)
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD–Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
	Diagnosensicherheit	K	a1	Schlüssel 17
2	Sekundär–Diagnose	K		(Datenelementgruppe)
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD–Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
	Diagnosensicherheit	K	a1	Schlüssel 17
3	Diagnoseart	M	a1	1 = Behandlungsdiagnose /Ambulanzdiagnose, 2 = bei § 116b (neu): Diagnose der Überweisung innerhalb der ASV, 3 = mitbehandelte Diagnosen bei § 117 Abs. 1 und 2 SGB V, 4 = begleitende pathogenetisch verbundene somatische Diagnose bei § 118 Abs. 3 SGB V
4	Teammitgliedsidentifikation	K	an9	Muss angegeben werden bei § 116b (neu): bei Diagnoseart '2', bei KH: Fachgruppennummer
5	Standortnummer/Betriebsstättennummer	K	an9	bei §§ 116b–120 Abs. 1a SGB V: Standortnummer oder Betriebsstättennummer
6	Fachabteilung HSA	K	an4	Muss angegeben werden bei § 117 Abs. 1 und 2 SGB V, Schlüssel 6
7	Erster Tag Mitbehandlung/Standort	K	an8	JJJJMMTT, bei §§ 116b–120 Abs. 1a SGB V
PRZ	Segment Prozedur	K	an3	'PRZ' (99x möglich)
1	Prozedur	M		(Datenelementgruppe)

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
	Prozedurenschlüssel	M	an..11	Amtlicher OP-Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
2	Prozedurentag	M	an8	JJJJMMTT
3	Lebendspende	K	a1	„J“ bei Lebendspende, sonst leer
IBE	Segment implantatbezogene Eingriffe	K	an3	'IBE' (10x möglich)
1	ID Meldebestätigung	M	an10	
2	Hash-String	M	an..512	
3	Produktzuordnung	M	n1	‚1‘ wenn mindestens ein spezialangefertigtes Implantat oder ein Implantat mit Sonderzu- lassung gemeldet wurde, sonst ‚0‘
4	Hashwert	M	an64	
ENA	Segment Entgelt Ambulante OP	M	an3	'ENA' (999x möglich)
1	Entgeltart	M	an8	Schlüssel 4 Teil II
2	Zusatzkennzeichen EBM	K	an3	Schlüssel 19
3	Abrechnungsbegründung	K	an..70	Text
4	in Honorarsumme für Pauschale enthalten	K	a1	„J“ wenn in Honorarsumme für die Berechnung der Pauschale nach AOP-Vertrag enthalten, nur für § 115b, sonst leer
5	Tag der Behandlung	M	an8	JJJJMMTT
6	Punktzahl	K	n..6	999999
7	Punktwert	K	n..8	99,999999 Cent
8	Entgeltbetrag	M	n..10	99999999,99 (Einzelbetrag)
9	Entgeltanzahl	M	n..3	
10	Doppeluntersuchung	K	an1	„J“ bei Doppeluntersuchung, sonst leer
11	Teammitgliedsidentifikation	K	an9	Muss angegeben werden bei § 116b (neu), bei KH: Fachgruppennummer
12	Teamebene	K	an2	Muss angegeben werden bei § 116b (neu), Schlüssel 25
13	Gennummer, codiert	K	an12	sofern bei EBM notwendig
14	Anzahl Gennummer	K	n..3	Multiplikator Gennummer
EZV	Segment Einzelvergütung	K	an3	'EZV' (99x möglich)
1	Einzelvergütung	M	n..8	999999,99
2	Einzelvergütung, Erläuterung	M	an2	Schlüssel 3, bei § 116b (neu): außer '05' oder '06'
3	Einzelvergütung, Texterläuterung	K	an..70	Text
4	Anzahl	M	n..3	
5	Tag der Behandlung	K	an8	JJJJMMTT
6	Honorarsummenrelevanter Anteil	K	n..8	999999,99, nur bei § 115b (Honorarsumme), sonst leer
LEI	Segment Leistungsdokumentation	K	an3	'LEI' (999x möglich)
1	Leistungsart	M	an2	Schlüssel 24

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
2	Leistungsschlüssel	M	an..20	Schlüssel 22 bei § 116b Fällen oder Schlüssel 23 bei PIA Doku oder `9999`, Schlüssel 28 bei § 116b (neu), Schlüssel 32 bei Erprobungsleistung
3	Leistungstag	K	an8	JJJJMMTT

Hinweis:

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

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

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 LEI-Segment im ersten Datenelement „Leistungsschlüssel“ durch die Angabe „9999“ anzuzeigen. Im Datenelement „Leistungsart“ ist „A3“ (Schlüssel 24) anzugeben. Die Angabe des Leistungstages entfällt.

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.

Zuzahlungsgutschrift / –rückforderung (ZGUT)

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
FKT	Segment Funktion	M	an3	siehe Anlage 4 (7.2.4)
1	Verarbeitungskennzeichen	M	an2	'10'
2	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	M	an2	'01', ...
3	IK des Absenders	M	an9	IK des Krankenhauses
4	IK des Empfängers	M	an9	IK der Krankenkasse
INV	Segment Information Versicherter	M	an3	'INV'
1	Krankenversicherten-Nr.	K	an..12	
2	Versichertenart	K	n1	Schlüssel 12 (Teil 1), '9' bei Auslandsversicherten
3	Besonderer Personenkreis	K	an2	Schlüssel 12 (Teil 2), '99' bei Auslandsversicherten
4	DMP-Teilnahme	K	an2	Schlüssel 12 (Teil 3), '99' bei Auslandsversicherten
5	Gültigkeit der Versichertenkarte	K	an4	Bis-Datum (JJMM)
6	KH-internes Kennzeichen des Versicherten	M	an..15	
7	Fall-Nummer der Krankenkasse	K	an..17	
8	Aktenzeichen der Krankenkasse	K	an..8	
9	Tag des Beginns des Versicherungsschutzes	K	an8	JJJJMMTT
10	Vertragskennzeichen	K	an..25	Vertragskennzeichen des individuellen Vertrags (z.B. Modellvorhaben, Qualitätsverträge, DMP)
11	Vertragsnummer	K	an11	Vertragsnummer gemäß Vertragstransparenzstelle nach §293a Abs.1 SGB V
NAD	Segment Name/Adresse	M	an3	'NAD'
1	Name des Versicherten	M	an..45	
2	Vorname des Versicherten	M	an..45	
3	Geschlecht	M	an1	Schlüssel 21
4	Geburtsdatum des Versicherten	M	an8	JJJJMMTT
5	Straße und Haus-Nr.	K	an..56	
6	Postleitzahl	K	an..10	
7	Wohnort	K	an..40	
8	Titel des Versicherten	K	an..20	
9	Internationales Länderkennzeichen	K	an..3	Schlüssel 7
10	Namenszusatz	K	an..20	
11	Vorsatzwort	K	an..20	
12	Anschriftenzusatz	K	an..40	
CUX	Segment Währung	M	an3	'CUX'
1	Währungskennzeichen	M	an3	Schlüssel 18
RED	Segment Rechnungsdaten	M	an3	'RED'
1	Rechnungsnummer	M	an..20	
2	Gutschrifts-/Rückforderungsdatum	M	an8	JJJJMMTT

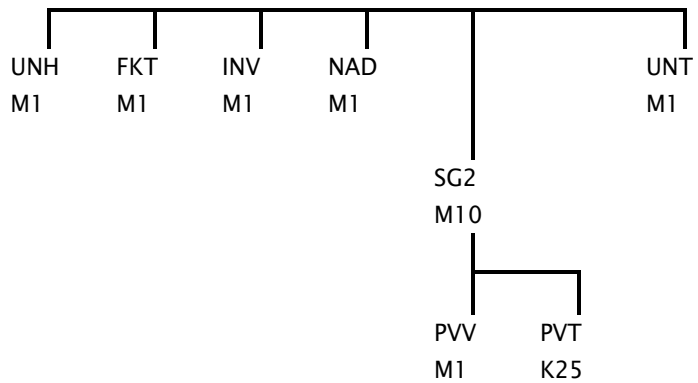
Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
3	Gutschrifts-/Rückforderungsbetrag	M	n..10	99999999,99
4	Referenznummer der Krankenkasse	K	an..20	Angabe entfällt
5	Rechnungsart	M	an2	Schlüssel 11
6	Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen	K	n..10	Angabe entfällt
7	KH-internes Kennzeichen des Versicherten	K	an..15	Angabe entfällt
8	IK des Krankenhauses für Zahlungsweg	K	an9	Wenn abweichend von FKT

Information Krankenhäuser (INKA)

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
FKT	Segment Funktion	M	an3	siehe Anlage 4 (7.2.4)
1	Verarbeitungskennzeichen	M	an2	75/76
2	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	M	an2	
3	IK des Absenders	M	an9	IK des Krankenhauses
4	IK des Empfängers	M	an9	IK der Krankenkasse
INV	Segment Information Versicherter	M	an3	'INV'
1	Krankenversicherten-Nr.	K	an..12	
2	Versichertenart	K	n1	Schlüssel 12 (Teil 1), '9' bei Auslandsversicherten
3	Besonderer Personenkreis	K	an2	Schlüssel 12 (Teil 2), '99' bei Auslandsversicherten
4	DMP-Teilnahme	K	an2	Schlüssel 12 (Teil 3), '99' bei Auslandsversicherten
5	Gültigkeit der Versichertenkarte	K	an4	Bis-Datum (JJMM)
6	KH-internes Kennzeichen des Versicherten	M	an..15	
7	Fall-Nummer der Krankenkasse	K	an..17	
8	Aktenzeichen der Krankenkasse	K	an..8	
9	Tag des Beginns des Versicherungsschutzes	K	an8	Angabe entfällt
10	Vertragskennzeichen	K	an..25	Vertragskennzeichen des individuellen Vertrags
11	Vertragsnummer	K	an11	Vertragsnummer gemäß Vertragstransparenzstelle nach §293a Abs.1 SGB V
NAD	Segment Name/Adresse	M	an3	'NAD'
1	Name des Versicherten	M	an..45	
2	Vorname des Versicherten	M	an..45	
3	Geschlecht	M	an1	Schlüssel 21
4	Geburtsdatum des Versicherten	M	an8	JJJJMMTT
5	Straße und Haus-Nr.	K	an..56	
6	Postleitzahl	K	an..10	
7	Wohnort	K	an..40	
8	Titel des Versicherten	K	an..20	
9	Internationales Länderkennzeichen	K	an..3	Schlüssel 7
10	Namenszusatz	K	an..20	
11	Vorsatzwort	K	an..20	
12	Anschriftenzusatz	K	an..40	
	Segmentgruppe SG2 PVV-PVT	M		(10x möglich)
PVV	Segment PrüfvV	M	an3	'PVV'
1	Information	M	an5	Schlüssel 30
2	Rechnungsnummer (REC)	M	an..20	Rechnungsnummer (REC)
3	Rechnungsdatum (REC)	M	an8	JJJJMMTT, Rechnungsdatum (REC)
PVT	Segment PrüfvV-Text	K	an3	'PVT' (25x möglich)
1	PrüfvV-Text	M	an..256	Freitext

Hinweise:

Information Krankenhäuser – Diagramm



Kostenübernahmesatz (KOUB)

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
FKT	Segment Funktion	M	an3	siehe Anlage 4 (7.2.4)
1	Verarbeitungskennzeichen	M	an2	Schlüssel 9
2	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	M	an2	'01', ...
3	IK des Absenders	M	an9	IK der Krankenkasse
4	IK des Empfängers	M	an9	IK des Krankenhauses
INV	Segment Information Versicherter	M	an3	'INV'
1	Krankenversicherten-Nr.	K	an..12	
2	Versichertenart	K	n1	Schlüssel 12 (Teil 1), '9' bei Auslandsversicherten
3	Besonderer Personenkreis	K	an2	Schlüssel 12 (Teil 2), '99' bei Auslandsversicherten
4	DMP-Teilnahme	K	an2	Schlüssel 12 (Teil 3), '99' bei Auslandsversicherten
5	Gültigkeit der Versichertenkarte	K	an4	Bis-Datum (JJMM)
6	KH-internes Kennzeichen des Versicherten	M	an..15	
7	Fall-Nummer der Krankenkasse	K	an..17	
8	Aktenzeichen der Krankenkasse	K	an..8	
9	Tag des Beginns des Versicherungsschutzes	K	an8	JJJJMMTT
10	Vertragskennzeichen	K	an..25	Vertragskennzeichen des individuellen Vertrags (z.B. Modellvorhaben, Qualitätsverträge, DMP)
11	Vertragsnummer	K	an11	Vertragsnummer gemäß Vertragstransparenzstelle nach §293a Abs.1 SGB V
NAD	Segment Name/Adresse	M	an3	'NAD'
1	Name des Versicherten	M	an..45	
2	Vorname des Versicherten	M	an..45	
3	Geschlecht	M	an1	Schlüssel 21
4	Geburtsdatum des Versicherten	M	an8	JJJJMMTT
5	Straße und Haus-Nr.	K	an..56	
6	Postleitzahl	K	an..10	
7	Wohnort	K	an..40	
8	Titel des Versicherten	K	an..20	
9	Internationales Länderkennzeichen	K	an..3	Schlüssel 7
10	Namenszusatz	K	an..20	
11	Vorsatzwort	K	an..20	
12	Anschriftenzusatz	K	an..40	
CUX	Segment Währung	K	an3	'CUX'
1	Währungskennzeichen	M	an3	Schlüssel 18
KOS	Segment Kostenübernahme	M	an3	'KOS'
1	Datum der Kostenübernahme	M	an8	JJJJMMTT
2	Merkmal Kostenübernahme	M	an..4	Schlüssel 8

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
3	Kostenübernahme ab	K	an8	JJJJMMTT
4	Kostenübernahme bis	K	an8	JJJJMMTT
5	Zuzahlungstage	K	n..2	Resttage
6	Höchstbetrag je Tag	K	n..6	9999,99
TXT	Segment Text	K	an3	'TXT' (10x möglich)
1	Merkmal Kostenübernahme, Erläuterung	M	an..70	Klartext

Hinweise:

KOS [Kostenübernahme ab] : Leer bei Ablehnung

KOS [Kostenübernahme bis] : Soweit in dem Vertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V vorgesehen.

Leer bei Ablehnung

KOS [Zuzahlungstage] : Leer bei teilstationärer Behandlung, Entbindung und bei Ablehnung

KOS [Höchstbetrag je Tag] : Gilt nur für Knappschaft, siehe Schlüssel 8

Anforderungssatz Medizinische Begründung (ANFM)

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
FKT	Segment Funktion	M	an3	siehe Anlage 4 (7.2.4)
1	Verarbeitungskennzeichen	M	an2	Schlüssel 9
2	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	M	an2	'01', ...
3	IK des Absenders	M	an9	IK der Krankenkasse
4	IK des Empfängers	M	an9	IK des Krankenhauses
INV	Segment Information Versicherter	M	an3	'INV'
1	Krankenversicherten-Nr.	K	an..12	
2	Versichertenart	K	n1	Schlüssel 12 (Teil 1), '9' bei Auslandsversicherten
3	Besonderer Personenkreis	K	an2	Schlüssel 12 (Teil 2), '99' bei Auslandsversicherten
4	DMP-Teilnahme	K	an2	Schlüssel 12 (Teil 3), '99' bei Auslandsversicherten
5	Gültigkeit der Versichertenkarte	K	an4	Bis-Datum (JJMM)
6	KH-internes Kennzeichen des Versicherten	M	an..15	
7	Fall-Nummer der Krankenkasse	K	an..12	
8	Aktenzeichen der Krankenkasse	K	an..8	
9	Tag des Beginns des Versicherungsschutzes	K	an8	JJJJMMTT
10	Vertragskennzeichen	K	an..25	Vertragskennzeichen des individuellen Vertrags (z.B. Modellvorhaben, Qualitätsverträge, DMP)
11	Vertragsnummer	K	an11	Vertragsnummer gemäß Vertragstransparenzstelle nach §293a Abs.1 SGB V
NAD	Segment Name/Adresse	M	an3	'NAD'
1	Name des Versicherten	M	an..45	
2	Vorname des Versicherten	M	an..45	
3	Geschlecht	M	an1	Schlüssel 21
4	Geburtsdatum des Versicherten	M	an8	JJJJMMTT
5	Straße und Haus-Nr.	K	an..56	
6	Postleitzahl	K	an..10	
7	Wohnort	K	an..40	
8	Titel des Versicherten	K	an..20	
9	Internationales Länderkennzeichen	K	an3	Schlüssel 7
10	Namenszusatz	K	an..20	
11	Vorsatzwort	K	an..20	
12	Anschriftenzusatz	K	an..40	
TXT	Segment Text	M	an3	'TXT' (10x möglich)
1	Erläuterung der Anforderung	M	an..70	Klartext

Zahlungssatz (Z AHL)

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
FKT	Segment Funktion	M	an3	siehe Anlage 4 (7.2.4)
1	Verarbeitungskennzeichen	M	an2	Schlüssel 9
2	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	M	an2	'01', ...
3	IK des Absenders	M	an9	IK der Krankenkasse
4	IK des Empfängers	M	an9	IK des Krankenhauses
INV	Segment Information Versicherter	M	an3	'INV'
1	Krankenversicherten-Nr.	K	an..12	
2	Versichertenart	K	n1	Schlüssel 12 (Teil 1), '9' bei Auslandsversicherten
3	Besonderer Personenkreis	K	an2	Schlüssel 12 (Teil 2), '99' bei Auslandsversicherten
4	DMP-Teilnahme	K	an2	Schlüssel 12 (Teil 3), '99' bei Auslandsversicherten
5	Gültigkeit der Versichertenkarte	K	an4	Bis-Datum (JJMM)
6	KH-internes Kennzeichen des Versicherten	M	an..15	
7	Fall-Nummer der Krankenkasse	K	an..17	
8	Aktenzeichen der Krankenkasse	K	an..8	
9	Tag des Beginns des Versicherungsschutzes	K	an8	JJJJMMTT
10	Vertragskennzeichen	K	an..25	Vertragskennzeichen des individuellen Vertrags (z.B. Modellvorhaben, Qualitätsverträge, DMP)
11	Vertragsnummer	K	an11	Vertragsnummer gemäß Vertragstransparenzstelle nach §293a Abs.1 SGB V
NAD	Segment Name/Adresse	M	an3	'NAD'
1	Name des Versicherten	M	an..45	
2	Vorname des Versicherten	M	an..45	
3	Geschlecht	M	an1	Schlüssel 21
CUX	Segment Währung	M	an3	'CUX'
1	Währungskennzeichen	M	an3	Schlüssel 18
REC	Segment Rechnung	M	an3	'REC'
1	Rechnungsnummer	M	an..20	
2	Rechnungsdatum	M	an8	JJJJMMTT
3	Rechnungsart	M	an2	Schlüssel 11
4	Aufnahmetag	M	an8	JJJJMMTT
5	Rechnungsbetrag	M	n..10	99999999,99
6	Debitoren-Kontonr. des Krankenhauses	K	an..9	
7	Referenznummer des Krankenhauses	K	an..20	
8	IK des Krankenhauses für Zahlungsweg	K	an9	wenn abweichend von FKT
ZLG	Segment Zuzahlung	K	an3	'ZLG'
1	Zuzahlungsbetrag	M	n..6	9999,99
2	Zuzahlungskennzeichen	M	an1	Schlüssel 15

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
ZPR	Segment Zahlung / Prüfung	M	an3	'ZPR'
1	Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen	M	n..10	99999999,99
2	Prüfungsvermerk	M	an2	Schlüssel 10
ENT	Segment Entgelt	K	an3	'ENT' (400x möglich)
1	Entgeltart	M	an8	Schlüssel 4
2	Entgeltbetrag	M	n..10	99999999,99 (Einzelbetrag)
3	Abrechnung von	M	an8	JJJJMMTT
4	Abrechnung bis	M	an8	JJJJMMTT
5	Entgeltanzahl	M	n..5	
6	Tage ohne Berechnung/Behandlung	K	n..3	
7	Tag der Wundheilung	K	an8	JJJJMMTT (bei A-Fallpauschale)

Hinweis:

Der Zahlungssatz **muss** übermittelt werden, wenn der Zahlungsbetrag vom Rechnungsbetrag abweicht oder im Fall einer Ablehnung (siehe Anlage 5). Ansonsten kann er vom Krankenhaus im Rechnungssatz (Schlüssel 11) angefordert werden.

Zahlungssatz Ambulante Operation (ZAAO)

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
FKT	Segment Funktion	M	an3	siehe Anlage 4 (7.2.4)
1	Verarbeitungskennzeichen	M	an2	Schlüssel 9
2	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	M	an2	'01', ...
3	IK des Absenders	M	an9	IK der Krankenkasse
4	IK des Empfängers	M	an9	IK des Krankenhauses
INV	Segment Information Versicherter	M	an3	'INV'
1	Krankenversicherten-Nr.	K	an..12	
2	Versichertenart	K	n1	Schlüssel 12 (Teil 1), '9' bei Auslandsversicherten
3	Besonderer Personenkreis	K	an2	Schlüssel 12 (Teil 2), '99' bei Auslandsversicherten
4	DMP-Teilnahme	K	an2	Schlüssel 12 (Teil 3), '99' bei Auslandsversicherten
5	Gültigkeit der Versichertenkarte	K	an4	Bis-Datum (JJMM)
6	KH-internes Kennzeichen des Versicherten	M	an..15	
7	Fall-Nummer der Krankenkasse	K	an..17	
8	Aktenzeichen der Krankenkasse	K	an..8	
9	Tag des Beginns des Versicherungsschutzes	K	an8	JJJJMMTT
10	Vertragskennzeichen	K	an..25	Vertragskennzeichen des individuellen Vertrages (z.B. Modellvorhaben, Qualitätsverträge, DMP) oder Muss Angabe bei § 116b (neu) (Teamnummer '00xxxxxxx'), Muss angegeben werden bei § 117 Abs. 1 und 2 SGB V (Ermächtigung: `XXASK` oder `XXRBE` oder `XXFUL`)
11	Vertragsnummer	K	an11	Vertragsnummer gemäß Vertragstransparenzstelle nach §293a Abs.1 SGB V
NAD	Segment Name/Adresse	M	an3	'NAD'
1	Name des Versicherten	M	an..45	
2	Vorname des Versicherten	M	an..45	
3	Geschlecht	M	an1	Schlüssel 21
CUX	Segment Währung	M	an3	'CUX'
1	Währungskennzeichen	M	an3	Schlüssel 18
REC	Segment Rechnung	M	an3	'REC'
1	Rechnungsnummer	M	an..20	
2	Rechnungsdatum	M	an8	JJJJMMTT
3	Rechnungsart	M	an2	Schlüssel 11

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
4	Tag des Zugangs	M	an8	JJJJMMTT
5	Rechnungsbetrag	M	n..10	99999999,99
6	Debitoren-Kontonr. des Krankenhauses	K	an..9	
7	Referenznummer des Krankenhauses	K	an..20	
8	IK des Krankenhauses für Zahlungsweg	K	an9	wenn abweichend von FKT
9	Honorarsumme (für Pauschale)	M	n..8	999999,99
10	Pauschale	K	n..8	999999,99
ZPR	Segment Zahlung / Prüfung	M	an3	'ZPR'
1	Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen	M	n..10	99999999,99
2	Prüfungsvermerk	M	an2	Schlüssel 10
3	Honorarsumme, neu berechnet	K	n..8	999999,99, nur bei § 115 b (Honorarsumme), sonst 0,00
4	Pauschale, neu berechnet	K	n..8	999999,99
ZLG	Segment Zuzahlung	K	an3	'ZLG'
1	Zuzahlungsbetrag	M	n..6	9999,99
2	Zuzahlungskennzeichen	M	an1	Schlüssel 15
ENA	Segment Entgelt Ambulante OP	K	an3	'ENA' (999x möglich)
1	Entgeltart	M	an8	Schlüssel 4 Teil II
2	Zusatzkennzeichen EBM	K	an3	Schlüssel 19
3	Abrechnungsbegründung	K	an..70	Text
4	in Honorarsumme für Pauschale enthalten	K	a1	„J“ wenn in Honorarsumme für die Berechnung der Pauschale nach AOP - Vertrag enthalten, nur für § 115b Fälle, sonst leer
5	Tag der Behandlung	M	an8	JJJJMMTT
6	Punktzahl	K	n..6	999999
7	Punktwert	K	n..8	99,999999 Cent
8	Entgeltbetrag	M	n..10	99999999,99 (Einzelbetrag)
9	Entgeltanzahl	M	n..3	
EZV	Segment Einzelvergütung	K	an3	'EZV' (99x möglich)
1	Einzelvergütung	M	n..8	999999,99
2	Einzelvergütung, Erläuterung	M	an2	Schlüssel 3, bei § 116b (neu): außer '05' oder '06'
3	Einzelvergütung, Texterläuterung	K	an..70	Text
4	Anzahl	M	n...3	
5	Tag der Behandlung	K	an8	JJJJMMTT
6	Honorarsummenrelevanter Anteil	K	n..8	999999,99, nur bei § 115 b (Honorarsumme), sonst leer

Hinweis:

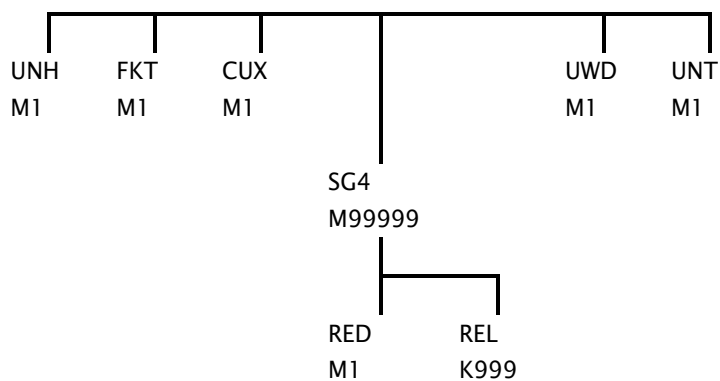
Der Zahlungssatz Ambulante Operation **muß** übermittelt werden, wenn der Zahlungsbetrag vom Rechnungsbetrag abweicht oder im Fall einer Ablehnung (siehe Anlage 5). Ansonsten kann er vom Krankenhaus im Rechnungssatz (Schlüssel 11) angefordert werden.

Sammelüberweisung (SAMU)

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
FKT	Segment Funktion	M	an3	siehe Anlage 4 (7.2.4)
1	Verarbeitungskennzeichen	M	an2	Schlüssel 9
2	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	M	an2	'01'
3	IK des Absenders	M	an9	IK der Krankenkasse
4	IK des Empfängers	M	an9	IK des Krankenhauses
CUX	Segment Währung	M	an3	'CUX'
1	Währungskennzeichen	M	an3	Schlüssel 18
	Segmentgruppe SG4 RED-REL	M		(99999x möglich)
RED	Segment Rechnungsdaten	M	an3	'RED'
1	Rechnungsnummer	M	an..20	
2	Rechnungsdatum	M	an8	JJJJMMTT
3	Rechnungsbetrag	M	n..10	99999999,99
4	Referenznummer der Krankenkasse	K	an..20	
5	Rechnungsart	M	an2	Schlüssel 11
6	Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen	M	n..10	99999999,99
7	KH-internes Kennzeichen des Versicherten	M	an..15	
REL	Segment Leistungsanspruch zur Aufrechnung	K	an3	'REL' (999x möglich)
1	Rechnungsnummer	M	an..20	
2	Rechnungsbetrag	M	n..10	99999999,99
3	Rechnungsart	M	an2	Schlüssel 11
4	Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen	M	n..10	99999999,99
5	Davon verwendeter Betrag für Aufrechnung	M	n..10	99999999,99
6	KH-internes Kennzeichen des Versicherten	M	an..15	
UWD	Segment Überweisungsdaten	M	an3	'UWD'
1	Rechnungsbetrag, Summe	M	n..10	99999999,99
2	Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen	M	n..10	99999999,99
3	IK des Krankenhauses für Zahlungsweg	K	an9	wenn abweichend von FKT
4	Sammelbelegnummer	M	an..10	

Hinweis:

Sammelüberweisung - Diagramm



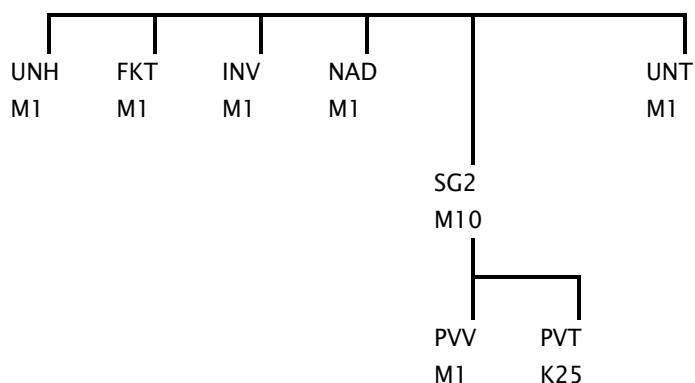
Krankenkasseninformation (KAIN)

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
FKT	Segment Funktion	M	an3	siehe Anlage 4 (7.2.4)
1	Verarbeitungskennzeichen	M	an2	75/76
2	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	M	an2	
3	IK des Absenders	M	an9	IK des Krankenkasse
4	IK des Empfängers	M	an9	IK der Krankenhauses
INV	Segment Information Versicherter	M	an3	'INV'
1	Krankenversicherten-Nr.	K	an..12	
2	Versichertenart	K	n1	Schlüssel 12 (Teil 1), '9' bei Auslandsversicherten
3	Besonderer Personenkreis	K	an2	Schlüssel 12 (Teil 2), '99' bei Auslandsversicherten
4	DMP-Teilnahme	K	an2	Schlüssel 12 (Teil 3), '99' bei Auslandsversicherten
5	Gültigkeit der Versichertenkarte	K	an4	Bis-Datum (JJMM)
6	KH-internes Kennzeichen des Versicherten	M	an..15	
7	Fall-Nummer der Krankenkasse	K	an..17	
8	Aktenzeichen der Krankenkasse	K	an..8	
9	Tag des Beginns des Versicherungsschutzes	K	an8	Angabe entfällt
10	Vertragskennzeichen	K	an..25	Vertragskennzeichen des individuellen Vertrags
11	Vertragsnummer	K	an11	Vertragsnummer gemäß Vertragstransparenzstelle nach §293a Abs.1 SGB V
NAD	Segment Name/Adresse	M	an3	'NAD'
1	Name des Versicherten	M	an..45	
2	Vorname des Versicherten	M	an..45	
3	Geschlecht	M	an1	Schlüssel 21
4	Geburtsdatum des Versicherten	M	an8	JJJJMMTT
5	Straße und Haus-Nr.	K	an..56	
6	Postleitzahl	K	an..10	
7	Wohnort	K	an..40	
8	Titel des Versicherten	K	an..20	
9	Internationales Länderkennzeichen	K	an..3	Schlüssel 7
10	Namenszusatz	K	an..20	
11	Vorsatzwort	K	an..20	
12	Anschriftenzusatz	K	an..40	
	Segmentgruppe SG2 PVV-PVT	M		(10x möglich)
PVV	Segment PrüfvV	M	an3	'PVV'
1	Information	M	an5	Schlüssel 30
2	Rechnungsnummer (REC)	M	an..20	Rechnungsnummer (REC)
3	Rechnungsdatum (REC)	M	an8	JJJJMMTT, Rechnungsdatum (REC)
PVT	Segment PrüfvV-Text	K	an3	'PVT' (25x möglich)
1	PrüfvV-Text	M	an..256	Freitext

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
2	PrüfvV-Hauptdiagnose	K		(Datenelementgruppe)
	HD-Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel
	HD-Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
3	HD-Sekundärdiagnose	K		(Datenelementgruppe)
	HD-Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel
	HD-Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
4	PrüfvV-Nebendiagnose	K		(Datenelementgruppe)
	ND-Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel
	ND-Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
5	ND-Sekundärdiagnose	K		(Datenelementgruppe)
	ND-Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel
	ND-Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
6	PrüfvV-Prozedur	K		Datenelementgruppe
	Prozdurenschlüssel	M	an..11	Amtlicher Prozedurenschlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16

Hinweis:

„Krankenkasseninformation“ - Diagramm



Fehlernachricht (FEHL)

Das Fehlerverfahren wird im Kapitel 6 der Anlage 4 (Technische Anlage) zur § 301-Vereinbarung näher beschrieben.

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
FKT	Segment Funktion	M	an3	siehe Anlage 4 (7.2.4)
1	Verarbeitungskennzeichen	M	an2	'10'
2	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	M	an2	'01'
3	IK des Absenders	M	an9	IK der Krankenkasse / des Krankenhauses oder falls nicht bekannt entsprechendes IK aus UNB
4	IK des Empfängers	M	an9	IK des Krankenhauses / der Krankenkasse oder falls nicht bekannt entsprechendes IK aus UNB
FHL	Segment Fehlermeldung	M	an3	'FHL' (200x möglich)
1	Segment	K	an3	Name des Segmentes, dem der Fehler zuzuordnen ist
2	Segmentposition	K	an3	Nummer des Segmentes des gleichen Segmenttyps (innerhalb der Nachricht), dem der Fehler zuzuordnen ist; bei Segmentgruppen ist fortlaufend innerhalb der Nachricht weiterzuzählen
3	Feldposition	K	an2	Nummer des Feldes (innerhalb des Segmentes), dem der Fehler zuzuordnen ist
4	Text	K	an..70	Fehlertext
5	Fehlercode	K	an5	siehe Anhang C zu Anlage 2
6	Anwendungsreferenz (Dateiname)	K	an..14	aus UNB (0026)
7	Datum/Uhrzeit der Erstellung			aus UNB (S004)
	- Datum der Erstellung	K	n6	JJMMTT
	- Uhrzeit der Erstellung	K	n4	HHMM
8	Nachrichtenreferenznummer	K	an..14	aus UNH (0062)
9	Datenaustauschreferenz (Dateinummer)	K	an..14	aus UNB (0020)

Hinweis:

Sind Inhalte der Kann-Datenelemente des FHL-Segmentes bei der Fehlerprüfung ermittelbar, werden die Kann-Datenelemente zu Muss-Datenelementen.

Verwendung der Segmente

		Von Krankenhaus									Von Krankenkasse						
		AUFN	KHIN	VERL	MBEG	RECH	ENTL	AMBO	ZGUT	INKA	KOUB	KANT	ANFM	ZAHL	ZAAO	SAMU	KAIN
FKT	Segment Fu. des Nachrichtentyps	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
1	Verarbeitungskennzeichen	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
2	Lfd.Nr. des Geschäftsvorfalles	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
3	IK des Absenders	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
4	IK des Empfängers	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
INV	Segment Info. Versicherter	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M		M
1	Krankenversicherten-Nr.	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K		K
2	Versichertenart	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K		K
3	Besonderer Personenkreis	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K		K
4	DMP-Teilnahme	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K		K
5	Gültigkeitsdatum der V.karte	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K		K
6	KH-internes Kennzeichen	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M		M
7	Fall-Nummer der KK	K	K	K	K	K	K	-	K	K	K	K	K	K	K		K
8	Aktenzeichen der KK	K	K	K	K	K	K	-	K	K	K	K	K	K	K		K
9	Beginn des Vers.schutzes	K	K	K	K	K	K	-	K	K	K	K	K	K	K		K
10	Vertragskennzeichen	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K		K
11	Vertragsnummer	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K		K
NAD	Segment Name/Adresse	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M		M
1	Name des Versicherten	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M		M
2	Vorname des Versicherten	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M		M
3	Geschlecht	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M		M
4	Geburtsdatum des Vers.	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	-	-		M
5	Straße und Haus-Nr.	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	-	-		K
6	Postleitzahl	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	-	-		K
7	Wohnort	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	-	-		K
8	Titel des Versicherten	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	-	-		K
9	Internat. Länderkennzeichen	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	-	-		K
10	Namenszusatz	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K				K
11	Vorsatzwort	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K				K
12	Anschriftenzusatz	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K				K
STA	Segment Standort		M			M	M										

1	Standortnummer		M			M	M											
2	Standort-Ende		M			M	M											
3	Standort Ende Uhrzeit		M			M	M											
DPV																		
	Segment Diagn.- u. Proz.version	M		M			M	M										
1	ICD-Version	M		M			M	M										
2	OPS-Version						K	K										
3	Alpha-ID-SE Version						K											
CUX																		
	Segment Währung					M		M	M		K				M	M	M	
1	Währungskennzeichen					M		M	M		M				M	M	M	
AUF																		
	Segment Aufnahme	M																
1	Aufnahmetag	M																
2	Aufnahmeuhrzeit	M																
3	Aufnahmegrund	M																
4	Fachabteilung	M																
5	Voraussichtl. Dauer	M																
6	Arztnummer	K																
7	Betriebsstättennummer	K																
8	IK des veranlassenden KH	K																
9	Veranlass. Stelle bei Notfall	K																
10	Zahnarztnummer	K																
11	Aufnahmegewicht	K																
EAD																		
	Segment Einw/Aufn.Diagnose	M																
1	Aufnahmediagnose	K																
2	Sekundär-Diagnose (Aufnahme)	K																
3	Einweisungsdiagnose	K																
4	Sekundär-Diagnose (Einweisung)	K																
DAU																		
	Segment Dauer			M			M											
1	Aufnahmetag			M			M											
2	Voraussichtl. Dauer/Entl.tag			M			M											
3	Nachfolgediagnose (AU)			K			K											
4	Sekundär-Diagnose (AU)			K			K											
5	Ab-Datum zu AU			K			K											
6	Beatmungsstunden						K											

FAB	Segment Fachabteilung			M		M	M											
1	Fachabteilung			M		M	M											
2	Diagnose			M		-	K											
3	Sekundär-Diagnose			K		-	K											
4	Zusatzschlüssel Diagnose			-		-	K											
5	Sekundär-Diagnose Zusatzschl.			-		-	K											
6	Operationstag			-		-	K											
7	Operation			-		-	K											
8	Zusatzschlüssel 1 Operation			-		-	K											
9	Zusatzschlüssel 2 Operation			-		-	K											
ETL	Segment Entlassung/Verlegung						M											
1	Tag der Entlassung/Verlegung						M											
2	Entlassungsuhrzeit						M											
3	Entlassungsgrund						M											
4	Fachabteilung						M											
5	Hauptdiagnose						M											
6	Sekundär-Diagnose						K											
7	IK aufnehmende Institution						K											
NDG	Segment Nebendiagnose						K											
1	Hauptdiagnose						M											
2	Sekundär-Diagnose						K											
OKN	Orpha-Kennnummer						K											
1	Orpha-Kennnummer						M											
IBE	Segment implantatebezogene Eingriffe						K	K										
1	ID Meldebestätigung						M	M										
2	Hash-String						M	M										
3	Produktzuordnung						M	M										
4	Hashwert						M	M										
EBC	Segment Entbindung						K											
1	Tag der Entbindung						M											
REC	Segment Rechnung						M		M						M	M		
1	Rechnungsnummer						M		M						M	M		
2	Rechnungsdatum						M		M						M	M		

3	Rechnungsart				M		M					M	M		
4	Aufnahmetag/Tag d. Zugangs				M		M					M	M		
5	Rechnungsbetrag				M		M					M	M		
6	Debitoren-Konto des KH				K		K					K	K		
7	Referenznummer des KH				K		K					K	K		
8	IK für Zahlungsweg				K		K					K	K		
9	Honorarsumme (für Pauschale)				-		M					-	M		
10	Pauschale				-		K					-	K		
ZLG															
	Segment Zuzahlung				K		K					K	K		
1	Zuzahlungsbetrag				M		M					M	M		
2	Zuzahlungskennzeichen				M		M					M	M		
ZPR															
	Segment Zahlung/Prüfung											M	M		
1	Rechn.betrag, angewiesen											M	M		
2	Prüfungsvermerk											M	M		
3	Honorarsumme, neu berechnet											-	K		
4	Pauschale, neu berechnet											-	K		
ENT															
	Segment Entgelt				M							K			
1	Entgeltart				M							M			
2	Entgeltbetrag				M							M			
3	Abrechnung von				M							M			
4	Abrechnung bis				M							M			
5	Entgeltanzahl				M							M			
6	Tage ohne Berechnung/Behandlg.				K							K			
7	Tag der Wundheilung				K							K			
RED															
	Segment Rechnungsdaten										M				M
1	Rechnungsnummer										M				M
2	Rechnungs-/Gutschriftsdatum										M				M
3	Rechnungs-/Gutschriftsbetrag										M				M
4	Referenznummer der KK										K				K
5	Rechnungsart										M				M
6	Rechn.betrag angewiesen										K				M
7	KH-internes Kennzeichen										K				M
8	IK für Zahlungsweg										K				

Hinweise:

INV **Entweder** INV-1 Muss-Datenelement
oder sofern INV-1 zum Zeitpunkt der Nachricht im Krankenhaus noch nicht vorliegt NAD-4 + NAD-5
(sofern vorhanden) + NAD-6/NAD-9 + NAD-7 Muss-Datenelemente

NAD NAD-5 ist bei Inlandsanschriften nicht immer vorhanden (kleine Gemeinden).

Bei Auslandsanschriften kann NAD-6 entfallen (NAD-9 vorhanden).

AUF Entweder AUF-6 und AUF-7 **oder** AUF-8 **oder** AUF-9 **oder** AUF-10 Muss-Datenelement.

REC REC-5 = Summe (ENT-2 x ENT-5) ./ ZLG-1

(Summe: Wenn in ENT-1 ein Abschlag angegeben ist, muss ENT-2 x ENT-5 subtrahiert werden)

Bei Rechnungssatz Ambulante Operation:

$REC-5 = \Sigma (ENA-7 \times ENA-6) + REC-10 + \Sigma (EZV-1) ./ ZLG-1$

Die NAD-Segmente sind für KHIN und KANT entsprechend anzuwenden. FHL findet auch bei KHIN und KANT Anwendung

Anlage 2 – Schlüsselverzeichnis

Version: 124

Vertragsstand: 01.12.1994

Stand der Anlage: 09.04.2024

Stand der letzten Anlage: 09.02.2024

Anzuwenden ab: 01.05.2024

Inhaltsverzeichnis

Anlage 2 – Schlüsselverzeichnis	69
Historie	72
Schlüssel 1: Aufnahmegrund	73
Schlüssel 2: reserviert	74
Schlüssel 3: Einzelvergütung, Erläuterung	74
Schlüssel 4 Teil I: Entgeltart stationär	75
Schlüssel 4 Teil II: Entgeltart ambulant	97
Schlüssel 4 Teil III: Entgeltarten BPfIV (bei Anwendung § 17d KHG).....	102
Schlüssel 5: Entlassungs-/Verlegungsgrund	118
Schlüssel 6: Fachabteilungen	120
Schlüssel 7: Internationales Länderkennzeichen	126
Schlüssel 8: Merkmal Kostenübernahme	129
Schlüssel 9: Verarbeitungskennzeichen	131
Schlüssel 10: Prüfungsvermerk	133
Schlüssel 11: Rechnungsart	135
Schlüssel 12: Versichertenstatus	136
Schlüssel 13: reserviert	137
Schlüssel 14: reserviert	137
Schlüssel 15: Zuzahlungskennzeichen	138
Schlüssel 16: Lokalisation.....	138
Schlüssel 17: Diagnosensicherheit.....	138
Schlüssel 18: Währungskennzeichen	138
Schlüssel 19: Zusatzkennzeichen EBM	139
Schlüssel 20: EBM-Ziffern.....	140
Schlüssel 21: Geschlecht	141
Schlüssel 22: Leistungsbereich (§ 116b).....	142
Schlüssel 23: PIA-Leistung	144
Schlüssel 24: Leistungsart	147
Schlüssel 25: Teamebene (§ 116b)	148
Schlüssel 26: KV-Bezirk.....	148
Schlüssel 27: Fachgruppencode (§ 116b).....	149
Schlüssel 28: Dokumentation schwerer Verlaufsformen – TNM – nach § 116b (neu)	155
Schlüssel 29: Dokumentation schwerer Verlaufsformen–Progression – nach § 116b (neu) .	157
Schlüssel 30: Information PrüfvV	158
Schlüssel 31: Art der Information (Entlassmanagement)	161

Schlüssel 32: Studientitel nach § 137e SGB V	163
Anhang A: reserviert	164
Anhang B: Entgeltarten – nicht dargestellt, s. www.gkv-clavisdb.de	165
Anhang C: Fehlercodes	166
Anhang D: EBM-Ziffern – nicht dargestellt, s. www.gkv-clavisdb.de	167

Historie

Version	Status	Datum	Abschnitt	Erläuterung
119	abgestimmt	29.03.2023	Schlüssel 4 Teil 2, Schlüssel 11, Schlüssel 22 Schlüssel 30	Anpassung an den Nachtrag vom 29.03.2023 mit Wirkung zum 01.07.2023
120	abgestimmt	16.05.2023	Schlüssel 30 und Schlüssel 32	Anpassung an den Nachtrag vom 16.05.2023 mit Wirkung zum 01.07.2023
121	abgestimmt	16.05.2023	Schlüssel 4 Teil I, Schlüssel 5, Schlüssel 6	Anpassung an den Nachtrag vom 16.05.2023 mit Wirkung zum 01.08.2023
122	abgestimmt	20.12.2023	Schlüssel 3 und Schlüssel 4, Anpassung an den AOP- Vertrag	Anpassung an den Nachtrag vom 20.12.2023 mit Wirkung zum 01.01.2024
123	abgestimmt	09.02.2024	Schlüssel 1, Schlüssel 4	Anpassung an den Nachtrag vom 09.02.2024 mit Wirkung zum 01.05.2024
124	abgestimmt	09.04.2024	Schlüssel 3, Schlüssel 4, Schlüssel 6, Schlüssel 32	Anpassung an den Nachtrag vom 09.04.2024 mit Wirkung zum 01.05.2024

Schlüssel 1: Aufnahmegrund

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 –
	10	Stationsäquivalente Behandlung
	11	Übergangspflege
	12	Krankenhausbehandlung nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG)
3. u. 4. Stelle	01	Normalfall
	02	Arbeitsunfall / Berufskrankheit (§ 11 Abs. 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
	08	Erprobungsleistungen nach § 137e SGB V
		Bei Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers: 21 bis 27 anstelle 01 bis 07

Hinweis:

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. Die Angabe, ob es sich im Aufnahmesatz um den Aufnahmegrund „Notfall“ (3.–4. Stelle „07“) handelt, erfolgt durch das Krankenhaus. Die Angabe kann in diesem Fall von der des einweisenden Vertragsarztes auf dem Einweisungsschein abweichen.

Der Aufnahmegrund `05` (Stationäre Entbindung) ist ebenfalls bei Totgeburten (totgeborenes Kind) zu verwenden.

Im Rahmen der Übergangspflege ist der Aufnahmegrund `11` (1.–2. Stelle) und `01` (3.–4. Stelle) zu verwenden.

Bei voll- und teilstationären Krankenhausleistungen wird im Rahmen von Erprobungsleistungen an der Stelle 3.–4. die Ausprägung `08` verwendet.

Schlüssel 2: reserviert**Schlüssel 3: Einzelvergütung, Erläuterung**

1. u. 2. Stelle	Entgeltschlüssel
01	Im Körper verbleibende Implantate in Summe (siehe Hinweis)
02	Röntgenkontrastmittel (siehe Hinweis)
03	Pauschalvergütung Qualitätssicherung
04	Pauschalvergütung Sachmittel (auch für §§ 116b, 117, 118, 119, § 137e Abs. 4 Satz 4 SGB V)
05	honorarsummenrelevante Pauschalvergütung
06	teilweise honorarsummenrelevante Pauschalvergütung
07	Diagnostische und interventionelle Katheter einschl. Führungsdraht, Gefäßschleuse, Einführungsbesteck und Verschlussysteme im Zusammenhang mit angiologisch–diagnostischen und –therapeutischen, gefäßchirurgischen und phlebologischen Leistungen (siehe Hinweis)
08	Iris–Retraktoren, Kapselspannringe und Injektionshalterungen bei ophthalmochirurgischen Eingriffen (siehe Hinweis)
09	Ophthalmica (Viskoelastika, Perfluordecaline, Silikonöl, C3F8–Gas) bei ophthalmochirurgischen Leistungen (siehe Hinweis)
10	Narkosegase, Sauerstoff (siehe Hinweis)
12	Erstattung für Arzneimittel (75 % des Apotheken–Einkaufspreises nach Lauertaxe zuzüglich Mehrwertsteuer)
13	Erstattung für Photonensensibilisatoren bei der Photodynamischen Therapie und Hormonpräparate bei Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung (80% des Apotheken–Einkaufspreises nach Lauertaxe zuzüglich Mehrwertsteuer)
14	Nahtmaterial (siehe Hinweis)
15	Diagnostische und interventionelle Katheter einschl. Führungsdraht im Zusammenhang mit gastrokopischen Leistungen (inkl. Leistungen an den Gallenwegen) (siehe Hinweis)
16	Trokare, Endoclips und Einmalapplikatoren für Clips im Zusammenhang mit laparoskopischen Leistungen (siehe Hinweis)
17	Diagnostische und interventionelle Katheter einschl. Führungsdraht im Zusammenhang mit Leistungen zur In–Vitro–Fertilisation abzüglich des Patienteneigenanteils (siehe Hinweis)
18	Schienen, Kompressionsstrümpfe (nicht Anti–Thrombosestrümpfe) (siehe Hinweis)
19	Diagnostische und interventionelle Katheter einschl. Führungsdraht, Ureterschleusen (Führungshülsen) im Zusammenhang mit urologischen Leistungen
50	Pauschale für Sprechstundenbedarf (nur für §§ 116b, 117, 118 und 119 SGB V)
51	Pauschale für Sprechstundenbedarf inklusive Kontrastmittel (nur für §§ 116b (alt), 117, 118 und 119 SGB V)
52	Kontrastmittelpauschale (nur für §§ 116b, 117, 118 und 119 SGB V)

Hinweis:

Materialien, soweit sie 6,25 € je aufgeführter Sachmittelposition übersteigen (§ 11 Abs. 5 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V) § 116b neu: EZV-Schlüssel `04` (Pauschalvergütung Sachmittel) ohne Kosten für Kontrastmittel, Kosten für Kontrastmittel sind mit `52` in Rechnung zu stellen.

Bei der Abrechnung nach § 137e SGB V werden mit den Ausprägungen „04“ die gesondert berechnungsfähigen Sachkosten gemäß Bereich VIII EBM, Nr.60.1.2.2 in Rechnung gestellt. Die Abrechnung erfolgt in diesem Fall nicht pauschal; es werden die tatsächlich realisierten Preise in Rechnung gestellt.

Schlüssel 4 Teil I: Entgeltart stationär

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel
01	Tagesgleicher Pflegesatz für Allgemeine Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, und Psychosomatik/Psychotherapie
02	Ermäßigter Abteilungspflegesatz für Allgemeine Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, und Psychosomatik/Psychotherapie nach § 14 Abs. 2 Satz 3 oder Abs. 7 Satz 2 BpflV ¹
03-28	reserviert
40	Zuschlag nach § 8 Abs. 3 BpflV bzw. § 8 Abs. 3 KHEntgG (Investitionszuschlag)
41	Entgelt für vorstationäre Behandlung
42	Entgelt für nachstationäre Behandlung
43	Pflegesatz bei Beurlaubung
44	Modellvorhaben nach § 24 BpflV bzw. § 26 BpflV (Altvorhaben)
45	Wahlleistung Unterkunft (nur für Knappschaft)
46	Zuschlag für Qualitätssicherung nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 7 KHEntgG oder § 7 Satz 1 Nr. 3 BpflV
47	Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG bzw. § 7 Satz 1 Nr. 3 und Satz 2 BpflV und sonstiger Zu- und Abschlag
48	DRG Systemzuschlag
49	Abrechnungsergänzungen
50-51	Reserviert
60	Sonderfall
61	Entgelt für integrierte Versorgung nach § 140c SGB V
62	Abschlag bei Entgelten für integrierte Versorgung nach § 140c SGB V
63	Entgelt für Modellvorhaben nach § 63 SGB V
65	Zusatzentgelt für DMP
70	DRG-Fallpauschale nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG
71	Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD nach § 1 Abs. 2 Satz 1 FPV oder tagesbezogene teilstationäre DRG-Fallpauschale ab 2. Tag
72	Abschlag bei Verlegungen nach § 1 Abs. 1 Satz 3 FPV
73	Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD nach § 1 Abs. 3 Satz 1 FPV
74	Entgelt für Pflegeerlös/Tag
75	Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG
76	Zusatzentgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2, 3, 5 oder 6 KHEntgG

¹ BpflV in seiner bis 31.12.2013 gültigen Fassung
Stand: 09.04.2024

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel
77	Reserviert
78	Teilstationäre Leistung nach § 6 Abs. 2 FPV
79	Reserviert
80	Entgelt für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Abs. 2 KHEntgG (fallbezogen)
81	Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG
82	Abschlag bei Verlegung für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG
83	Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG
84	Pflegeanteil für tages- oder fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
85	Tagesbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
86	Fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
87	Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD für fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
88	Abschlag bei Verlegung für fallbezogene Entgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
89	Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
90	Qualitätsverträge nach § 110a SGB V
91	Übergangspflege
92-94	Reserviert

01* Tagesgleicher Pflegesatz für Allgemeine Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, und Psychosomatik/Psychotherapie

02* – Ermäßigter Abteilungspflegesatz für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Allgemeine Psychiatrie und Psychosomatik/Psychotherapie

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	01	Tagesgleicher Pflegesatz für Allgemeine Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, und Psychosomatik/Psychotherapie
	02	Ermäßigter Abteilungspflegesatz für Allgemeine Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, und Psychosomatik/Psychotherapie
	3. Stelle	
	0	keine weitere Differenzierung
	4. Stelle	
	0	keine weitere Differenzierung
	5.-8. Stelle	
	0001	Basispflegesatz, vollstationär
	0002	Basispflegesatz, teilstationär
	4. Stelle	
	1	Abteilungspflegesätze
	5.-8. Stelle	
	XXXX	Fachabteilungsschlüssel der Allgemeinen Psychiatrie (29*), der Kinder- und Jugendpsychiatrie (30*) und der Psychosomatik/Psychotherapie (31*) (siehe Schlüssel 6) ohne somatische Fachabteilungen
	4. Stelle	
	3	Teilstationäre Pflegesätze
	5.-8. Stelle	
	XXXX	Fachabteilungsschlüssel der Allgemeinen Psychiatrie (29*), der Kinder- und Jugendpsychiatrie (30*) und der Psychosomatik/Psychotherapie (31*) (siehe Schlüssel 6) ohne somatische Fachabteilungen
	4. Stelle	
	4	Pflegesätze für Belegpatienten
	5.-8. Stelle	
	XXXX	Fachabteilungsschlüssel der Allgemeinen Psychiatrie (29*), der Kinder- und Jugendpsychiatrie (30*) und der Psychosomatik/Psychotherapie (31*) (siehe Schlüssel 6) ohne somatische Fachabteilungen
	4. Stelle	
	5	Teilstationäre Pflegesätze für Belegpatienten
	5.-8. Stelle	
	XXXX	Fachabteilungsschlüssel der Allgemeinen Psychiatrie (29*), der Kinder- und Jugendpsychiatrie (30*) und der Psychosomatik/Psychotherapie (31*) (siehe Schlüssel 6) ohne somatische Fachabteilungen

40* – Zuschlag nach § 8 Abs. 3 BpflV bzw. § 8 Abs. 3 KHEntgG (Investitionszuschlag)

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	40	Zuschlag nach § 8 Abs. 3 BpflV bzw. § 8 Abs. 3 KHEntgG (Investitionszuschlag)
		3. Stelle
	0	keine weitere Differenzierung
		4. –8. Stelle
	00000	keine weitere Differenzierung

41* – Entgelt für vorstationäre Behandlung

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	41	Entgelt für vorstationäre Behandlung
		3. Stelle
	0	keine weitere Differenzierung
		4. –8. Stelle
	10901	Schlafbezogene Atmungsstörungen bei Erwachsenen, Bayern, erster Behandlungstag
	10902	Schlafbezogene Atmungsstörungen bei Erwachsenen, Bayern, zweiter und jeder weitere Behandlungstag
	20001	Anwendung von Arzneimitteln mit monoklonalen Antikörpern gemäß § 2 Abs. 2 Punkt 1 MAKV (450 bzw.360 Euro)
	20002	Anwendung von Arzneimitteln mit monoklonalen Antikörpern gemäß § 4 Abs. 2 MAKV (40 Euro)
	20003	Anwendung von Arzneimitteln mit monoklonalen Antikörpern gemäß § 2 Abs. 2 Punkt 2 MAKV bei nicht mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen oder Patienten, die einem erhöhten Risiko eines schweren Verlaufs bei einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 ausgesetzt sind (150 Euro)
	20004	Anwendung von Arzneimitteln mit monoklonalen Antikörpern gemäß § 4 Abs. 2a MAKV bei Abholung (40 Euro)
	20005	Zuschlag gemäß § 2 Absatz 2 Punkt 2 MAKV bei Besuch der Patientin oder des Patienten in der eigenen Häuslichkeit oder in beschützenden Wohnheimen, Einrichtungen oder Pflege- oder Altenheimen (60 Euro, nur in Verbindung mit Entgeltart 41020003)
	90000	Durchschnittspauschale neue Länder
	90100	Fallbezogene Pauschale Innere Medizin
	90200	Fallbezogene Pauschale Innere Geriatrie
	...	
	93600	Fallbezogene Pauschale Intensivmedizin
	93700	Fallbezogene Pauschale Sonstige Fachabteilung
	XXXXX	Einzelleistungsvergütung med.-tech. Großgeräte (nach DKG-NT I / BG-T-Ziffern), siehe Anhang B
	80010	Vergütung für Leistungen nach Maßgabe des § 5 der Allgemeinen Tarifbestimmungen des DKG-NT/BG-T (z. B. Kontrastmittel) nach Einstandspreis, siehe Anhang B

42* – Entgelt für nachstationäre Behandlung

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	42	Entgelt für nachstationäre Behandlung
		3. Stelle
	0	keine weitere Differenzierung
		4. –8. Stelle
	90000	Durchschnittspauschale neue Länder
	90100	Tagesbezogene Pauschale Innere Medizin
	90200	Tagesbezogene Pauschale Innere Geriatrie
	...	
	93600	Tagesbezogene Pauschale Intensivmedizin
	93700	Tagesbezogene Pauschale Sonstige Fachabteilung
	XXXXX	Einzelleistungsvergütung med.-tech. Großgeräte (nach DKG-NT I / BG-T-Ziffern), siehe Anhang B (nach DKG-NT I / BG-T-Ziffern)
	80010	Vergütung für Leistungen nach Maßgabe des § 5 der Allgemeinen Tarifbestimmungen des DKG-NT/BG-T (z. B. Kontrastmittel) nach Einstandspreis, siehe Anhang B (nach DKG-NT I / BG-T-Ziffern)

43* – Pflegesatz bei Beurlaubung

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	43	Pflegesatz bei Beurlaubung
		3. Stelle
	0	keine weitere Differenzierung
		4. –8. Stelle
	00001– 00009	Reserviert
		4. Stelle
	1	Abteilung (vollstationär)
	2	Besondere Einrichtung
	3	Abteilung (teilstationär)
	4	Belegabteilung (vollstationär)
	5	Belegabteilung (teilstationär)
		5.–8. Stelle
	XXXX	Fachabteilungsschlüssel (siehe Schlüssel 6, wenn 4. Stelle = 1, 3, 4 oder 5 bzw. Schlüssel für besondere Einrichtungen wenn 4. Stelle=2: 0010–0091, siehe Anhang B)

44* – Modellvorhaben nach § 24 BpflV bzw. § 26 BpflV (Altvorhaben)

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	44	Modellvorhaben nach § 24 BpflV bzw. § 26 BpflV (Altvorhaben)
		3. Stelle
	0	keine weitere Differenzierung
	1–6	auch möglich wenn explizit vereinbart
		4. –5. Stelle
	01ff.	Länderschlüssel
		6. –8. Stelle
	001ff.	fortlaufend je Länderschlüssel, siehe Anhang B

45* – Wahlleistung Unterkunft (gilt nur für Knappschaft)²

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	45	Wahlleistung Unterkunft (gilt nur für Knappschaft)
		3. Stelle
	0	keine weitere Differenzierung
		4. –8. Stelle
	00001	Einbettzimmer-Zuschlag (wird bei Zahlung durch übernahmefähigen Zweibettzimmer-Zuschlag ersetzt)
	00002– 00009	Zweibettzimmer-Zuschlag, krankenhausindividuelle Staffelung

46* – Zuschlag für Qualitätssicherung nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 7 KHEntgG oder § 7 Satz 1 Nr. 3 BpflV

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	46	Zuschlag für Qualitätssicherung nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 7 KHEntgG oder § 7 Satz 1 Nr. 3 BpflV
		3. Stelle
	0	keine weitere Differenzierung
		4. –5. Stelle
	00	Bundesweit
	01ff.	Länderschlüssel
		6. Stelle
	0	Allgemeiner Zuschlag ab 2004
		7.–8. Stelle
	00	allgemeiner Zuschlag ab 2004
	02	Behandlung von Schlaganfallpatienten

² Gilt nur für Knappschaft: Auch zur Verwendung in psychiatrischen/psychosomatischen Behandlungsfällen gemäß BpflV bei Anwendung des § 17d KHG neben Teilzahlungsentgelten oder ggf. nach Gutschrift in der Schlussrechnung/Nachtragsrechnung zu übermitteln.

47* – Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG bzw. § 7 Satz 1 Nr. 3 und Satz 2 BPfIV und sonstiger Zu- und Abschlag

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	47	Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG bzw. § 7 Satz 1 Nr. 3 und Satz 2 BPfIV und sonstiger Zu- und Abschlag
	47XXXXXX	reserviert (extern)
		3. Stelle
	1	Zuschlag
		4. –8. Stelle
	00000	Systemzuschlag Gemeinsamer Bundesausschuss [§ 91 Abs. 3 Satz 1 SGB V i.V.m. § 139c Satz 1 SGB V], teilstationär
	00001	Systemzuschlag Gemeinsamer Bundesausschuss [§ 91 Abs. 3 Satz 1 SGB V i.V.m. § 139c Satz 1 SGB V], vollstationär
	00005	Zuschlag für Vorhaltekosten von besonderen Einrichtungen (§3 Abs. 2 Satz 2 VBE)
	00007	Zuschlag für Zentren und Schwerpunkte (§ 5 Abs. 3 KHEntgG)
	00008	Aufwandspauschale bei erfolgloser MDK-Prüfung (§ 275 Abs.1c SGB V)
	00009	Telematikzuschlag, vollstationär (§377 Abs. 1 und 2 SGB V)
	00010	Zuschlag nach § 15 Abs. 2 KHEntgG
	00011	Zuschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG
	00012	Zuschlag Pflegestellen-Förderprogramm nach § 4 Abs. 10 KHEntgG bzw. § 4 Abs. 8 KHEntgG (Neu) ³
	00013	Telematikzuschlag, teilstationär (§377 Abs. 1 und 2 SGB V)
	00015	Zuschlag für besondere Einrichtungen nach § 4 Abs. 7 KHEntgG
	00020	Zuschlag Hygiene-Förderprogramm nach § 4 Abs. 11 KHEntgG bzw. § 4 Abs. 9 KHEntgG (Neu)
	00021	Zuschlag Mehrkosten G-BA nach § 5 Abs. 3c KHEntgG (fester Eurowert je stationären Fall)
	00022	Zuschlag Mehrkosten G-BA nach § 5 Abs. 3c KHEntgG (prozentual)
	00023	Zuschlag klinische Sektionen (Obduktionen) nach § 5 Abs. 3b KHEntgG
	00024	reserviert
	00025	reserviert
	00026	Zuschlag für die Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen [§ 17b Absatz 1a Nummer 4 KHG]
	00027	Zuschlag für Teilnahme am Notfallstufensystem nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG
	00028	Zuschlag zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf nach § 4 Abs. 8a KHEntgG
	00030	Zuschlag Mehrkosten G-BA nach § 5 Abs. 3c KHEntgG (prozentual) – ohne Pflegekosten
	00031	Zuschlag für nachträglichen pauschalen und abschließenden Ausgleich etwaiger nicht refinanzierter Tarifsteigerungen im Bereich des Pflegepersonals

³ Nur an Stellen, die mit „Neu“ gekennzeichnet sind, wird auf Fassungen infolge der Änderungen durch das KHSG verwiesen
Stand: 09.04.2024

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel		
		00032	Zuschlag für zusätzliche Finanzierung nach § 5 Absatz 2a KHEntgG (Liste der ländlichen Krankenhäuser)
		00033	Zuschlag gem. § 5 Abs.3i KHEntgG zur Vergütung von Mehrkosten aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2
		00034	Zuschlag gem. §5 Abs. 3i KHEntgG zur Vergütung von Mehrkosten aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 bei Nachweis einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2
		00035	Zuschlag für Speicherung von Daten und Erstbefüllung auf der elektronischen Patientenakte gemäß § 5 Abs. 3g Satz 1 und 2 KHEntgG
		00036	Zuschlag Hebammenstellen-Förderprogramm § 4 Abs. 10 KHEntgG
		00037	Zuschlag für den Ausgleich eines aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandenen Erlösrückgang (prozentual, Corona-Ausgleichsvereinbarung)
		00038	Zuschlag zur Konvergenzangleichung des Landesbasisfallwertes zur maßgeblichen Korridorgrenze (je Bundesland)
		00039	Zuschlag zur Durchführung von Abschlagszahlungen vor 2022 (prozentual, COVID-19-Abschlagszahlungsvereinbarung nach § 6 KHWiSichV)
		00043	Zuschlag nach § 5 Absatz 3i KHEntgG zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten als Ausgleich gemäß § 5 Abs. 3 der CoronaMehrkosten-Vereinbarung, prozentual
		00044	Zuschlag zur Durchführung von Abschlagszahlungen 2022 (prozentual, COVID-19-Abschlagszahlungsvereinbarung nach § 6 KHWiSichV)
		00045	Zuschlag gem. § 4a KHEntgG zur Sicherstellung und Förderung der Kinder- und Jugendmedizin (prozentual)
		00046	Zuschlag gem. § 5 Abs. 2c KHEntgG zur Förderung der geburtshilflichen Versorgung in Krankenhäusern (fester Eurowert)
		4. –8. Stelle Sonstige Zuschläge	
		10000	Zuschlag für telemedizinische Versorgung von Schlaganfällen in krankenhausplanerisch abgestimmten Netzwerken, Satelliten-Klinik, Bayern
		10001	Zuschlag für Thrombektomie-Intervention durch "Flying Interventionalist", Satelliten-Kliniken, Schlaganfallnetzwerk, Bayern
		10002	FIT-Zuschlag („Flying Interventionalist“), Bayern
		10003	FIT-Zuschlag 1: Mehrkostendifferenz mit 1 Stentretreiver-System, Schlaganfallnetzwerk, Bayern
		10004	FIT-Zuschlag 2: Mehrkostendifferenz mit 2 Stentretreiver-Systemen, Schlaganfallnetzwerk, Bayern
		10005	FIT-Zuschlag 3: Mehrkostendifferenz mit 3 oder mehr Stentretreiver-Systemen, Schlaganfallnetzwerk, Bayern
		10006	FIT-Zuschlag 4: Mehrkostendifferenz mit 1 Aspirationskatheter, Schlaganfallnetzwerk, Bayern
		10007	FIT-Zuschlag 5: Mehrkostendifferenz mit 2 Aspirationskathetern, Schlaganfallnetzwerk, Bayern
		10008	FIT-Zuschlag 6: Mehrkostendifferenz mit 3 oder mehr Aspirationskathetern, Schlaganfallnetzwerk, Bayern
		20001	Kostenpauschale für Verwaltungsverfahren
		20004	Gerichtskosten

1. und 2. Stelle	Entgeltsschlüssel	
		3. Stelle
	2	Abschlag
		4. –8. Stelle
		00000 intern reserviert
		00007 Abschlag für Zentren und Schwerpunkte (§ 5 Abs. 3 KHEntgG) (für Korrekturen)
		00008 Abschlag Fortsetzungspauschale PrüfV (KHEntgG, BPfIV_alt)
		00009 Telematikabschlag, vollstationär (§ 377 Abs. 1 und 2 SGB V) (für Korrekturen)
		00010 Abschlag nach § 15 Abs. 2 KHEntgG
		00011 Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG
		00012 Abschlag für Mehrleistungen nach § 4 Abs. 2a Satz 4 KHEntgG
		00013 Telematikabschlag, teilstationär (§ 377 Abs. 1 und 2 SGB V) (für Korrekturen)
		00015 Abschlag für besondere Einrichtungen nach § 4 Abs. 7 KHEntgG
		00020 Abschlag Hygiene-Förderprogramm nach § 4 Abs. 11 KHEntgG (für Korrekturen)
		00026 Fixkostendegressionsabschlag nach § 4 Abs. 2a KHEntgG
		00027 Abschlag für Nichtteilnahme am Notfallstufensystem nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG
		00029 Abschlag bei Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen (§ 137i Abs. 5 SGB V)
		00037 Abschlag für den Ausgleich eines aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandenen Erlösanstiegs (prozentual, Corona-Ausgleichsvereinbarung)
		00038 Abschlag zur Konvergenzangleichung des Landesbasisfallwertes zur maßgeblichen Korridorgrenze (je Bundesland)
		00040 Abschlag gemäß § 2 Abs. 8 und 9 B-BEP-Abschlagsvereinbarung (pro Fall)
		00041 Abschlag bei Unterlassen der Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung gemäß § 3 Abs. 4 B-BEP-Abschlagsvereinbarung)
		00042 Abschlag bei Nichtteilnahme an der Telematikinfrastruktur
		00043 Abschlag nach § 5 Absatz 3i KHEntgG zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten als Ausgleich gemäß § 5 Abs. 4 der Corona-Mehrkosten-Vereinbarung, prozentual
		00047 Abschlag bei nicht anfallender Übernachtung im Rahmen tagesstationärer Behandlung (§ 115e Abs. 3 SGB V – fallbezogen)
		00048 Abschlag bei Nichtlieferung von Unterlagen und Daten für die Budgetverhandlungen (§ 11 Abs. 4 Satz 6 KHEntgG – fallbezogen)

48* – DRG-Systemzuschlag

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	48	DRG-Systemzuschlag
		3. Stelle
	0	keine weitere Differenzierung
		4. –8. Stelle
	00001	vollstationärer Fall
	00002	teilstationärer Fall

49* – Abrechnungsergänzungen

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	49	Abrechnungsergänzungen
		3. Stelle
	1	Zuschlag für Zentren und Schwerpunkte (§ 5 Abs. 3 KHEntgG)
	2	Abschlag für Zentren und Schwerpunkte (§ 5 Abs. 3 KHEntgG)
		4. Stelle⁴
	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 hämatookologisches Zentrum
	0002	Herzzentrum
	0003	Tumorzentrum
	0004	onkologische und neurologische Schwerpunktaufgaben
	0005	Kinderonkologisches Zentrum
	0006	telemedizinische Versorgung von Schlaganfällen in krankenhausplanerisch abgestimmten Netzwerken (Bayern)

⁴ Die variablen Beträge der Ausprägungen „1“ und „3“ in der 4. Stelle ergeben sich aus einem auf die Rechnungssumme vereinbarten Prozentsatz. Die Berechnung erfolgt analog des Berechnungsschemas für die prozentualen Zuschläge zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen und der Abschaffung des Arztes im Praktikum im Hinweis der Schlüsselfortschreibung vom 11.02.2005. Die Zu- und Abschläge auf den Basisfallwert der Ausprägungen „5“ und „6“ in der 4. Stelle berechnen sich analog des Abrechnungsschemas für den Abschlag vom Landesbasisfallwert für Mehrleistungen nach § 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG im Hinweis des Nachtrages vom 27.03.2009. Zur übersichtlichen Darstellung der Ermittlung der Zu- oder Abschläge verständigen sich GKV-Spitzenverband und DKG noch gesondert.

60* – Sonderfall

1. und 2. Stelle		Entgeltschlüssel	
	60	Sonderfall	
		3. Stelle	
	0	keine weitere Differenzierung	
		4. –8. Stelle	
		00001	Entgelt für Aufnahmeuntersuchung
		00002	Weihnachtsgeld
		00003	Taschengeld
		00004	Bekleidungs geld
		00005	Früherkennungsuntersuchungen für Neugeborene (Brandenburg)
		00006	Entgelt für gutachterliche Stellungnahme bei Transplantationen nach § 7 Abs.1 Satz 2 Nr. 2 BpflV oder § 4 Abs. 1 Nr. 4 FPV
		00007	Entgelt für Transport von Knochenmark oder hämatopoetischer Stammzellen nach § 4 Abs. 1 Nr. 6 FPV
		00008– 00009	reserviert
		4. Stelle	
		1	Abteilung (vollstationär)
		2	Besondere Einrichtung
		3	Abteilung (teilstationär)
		4	Belegabteilung (vollstationär)
		5	Belegabteilung (teilstationär)
		5.–8.Stelle	
		XXXX	Fachabteilungsschlüssel (siehe Schlüssel 6, wenn 4. Stelle = 1, 3, 4 oder 5 bzw. Schlüssel für besondere Einrichtungen, wenn 4. Stelle = 2)

61* – Entgelt für Integrierte Versorgung nach § 140c SGB V

62* – Abschlag für Integrierte Versorgung nach § 140c SGB V

63* – Entgelt für Modellvorhaben nach § 63 SGB V

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	61	Entgelt für Integrierte Versorgung nach §140c SGB V
	62	Abschlag für Integrierte Versorgung nach §140c SGB V
	63	Entgelt für Modellvorhaben nach § 63 SGB V
	3. Stelle	
	1	Ortskrankenkassen
	2	Angestellten-Krankenkassen
	3	Arbeiter-Ersatzkassen
	4	Betriebskrankenkassen
	5	Innungskrankenkassen
	6	Knappschaft
	7	Landwirtschaftliche Krankenkassen
	8	Seekrankenkasse
	4. –5. Stelle	
	01ff.	individuelle Krankenkassenaufteilung der Verbände (z.B. 01 Barmer, 02 DAK, ... und 01 AOK Nordost, 02 AOK Hamburg, ...)
	6.–8. Stelle	
	000ff.	zur freien Verfügung der in Stelle 4.–5. bezeichneten Krankenkasse

65* – Zusatzentgelt für DMP

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	65	Zusatzentgelt für DMP
		3. –4. Stelle
	01–98	KV-Bezirk (siehe Schlüssel 26)
		5.–6. Stelle
	01	Erstdokumentation
	02	Folgedokumentation
	03	Beratungspauschale
	04	Begleitgespräch vor Eingriff
	05	Begleitgespräch nach Eingriff
	06	Begleitgespräch Nachsorge
	07	Schulung Diabetes je Einheit
	08	Schulung Hypertonie je Einheit
	09	Schulung INR je Einheit
	10	Sonstige Schulung
	11	Zusatzvergütung für elektronische Übermittlung
	12	Präoperative Erstdokumentation
	13	Postoperative Erstdokumentation
	14	Koordinierungspauschale
	15	Schulung für intensivierete Insulintherapie
	16	Schulungsprogramm LINDA für Typ 1 Diabetes
	17	Diabetesbuch für Kinder
	18	Schulungsprogramm für Jugendliche mit Diabetes
	19	Strukturiertes Hypertonie Behandlungs- und Schulungsprogramm
	20	Strukturiertes Hypertonie Therapie- und Schulungsprogramm (HBSP)
	21	Schulungsprogramm für Kinder
	22	Schulungsprogramm für Jugendliche
	23	Schulungsmaterial inkl. Diabetes-/Hypertonie-Pass
	24	Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen
	25	Nationales ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker (NASA)
	26	Schulungs- und Verbrauchsmaterial
	27	Schulungsprogramm für chronisch obstruktive Bronchitis und Lungenemphysem (COBRA)
	28	Schulungsprogramm MEDIAS 2
	29	Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen
	30	Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die Insulin spritzen
	31	Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen
	32	Schulungsprogramm Diabetes und Verhalten
	33	Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung (SPOG)
		7.–8. Stelle
	01	Brustkrebs
	02	Diabetes mellitus Typ 2
	03	Koronare Herzkrankheiten
	04	Diabetes mellitus Typ 1

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel			
			05	Asthma bronchiale
			06	COPD
			07	Chronische Herzinsuffizienz
			08	Depression
			09	Rückenschmerz

70* – DRG–Fallpauschale nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG

71* – Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD nach § 1 Abs. 2 Satz 1 FPV oder tagesbezogene teilstationäre DRG–Fallpauschale ab 2. Tag

72* – Abschlag bei Verlegungen nach § 1 Abs. 1 Satz 3 FPV

73* – Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD nach § 1 Abs. 3 Satz 1 FPV

74* – Entgelt für Pflegeerlös/Tag

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	70	DRG–Fallpauschale nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG bzw. Hybrid–DRG nach Anlage 2 Hybrid–DRG–Verordnung
	71	Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD nach § 1 Abs. 2 Satz 1 FPV oder tagesbezogene teilstationäre DRG–Fallpauschale ab 2. Tag
	72	Abschlag bei Verlegung nach § 1 Abs. 1 Satz 3 FPV
	73	Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD nach § 1 Abs. 3 Satz 1 FPV
	74	Entgelt für Pflegeerlös/Tag
		1.–8. Stelle–Sonderfälle für die Bereiche 70 und 74
	70000000	intern reserviert
	70888888	Teilzahlung nach § 11 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG
	74000000	Intern reserviert (Pflegeentgeltwert)
		3. Stelle
	1	Hauptabteilung
	2	Hauptabteilung und Beleghebamme
	3	Belegoperateur
	4	Belegoperateur und Beleganästhesist
	5	Belegoperateur und Beleghebamme
	6	Belegoperateur, Beleganästhesist und Beleghebamme
	7	Teilstationäre Versorgung (für teilstationäre DRG–Fallpauschalen)
	8	Belegarzt mit Honorarvertrag (§18 Abs. 3 KHEntgG) ⁵
	9	Hybrid DRG (§115f SGB V)
		4.Stelle
	0	keine weitere Differenzierung
		5.–8. Stelle
	A01Aff.	DRG, alphanumerisch
		3. Stelle Fallpauschalen–Katalog Anlage 1 Teil d) und e)
	A	Hauptabteilung
	B	reserviert
	C	Belegoperateur

⁵ Zur Berechnung des Entgeltbetrages sind aus Teil a (Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen) und Teil c (Bewertungsrelationen bei teilstationärer Versorgung) des bundeseinheitlichen Fallpauschalenkatalogs für die Ermittlung der DRG–Fallpauschale die Bewertungsrelation der Hauptabteilung und, soweit anwendbar, für die Ermittlung des Entgelts bei Überschreiten der oberen GVD die Bewertungsrelation/Tag bei Überschreiten der oberen GVD oder für die Ermittlung des Abschlags bei Verlegung die Bewertungsrelation je Tag bei externer Verlegung oder für die Ermittlung des Abschlags bei Nichterreichen der unteren GVD die Bewertungsrelation/Tag bei Nichterreichen der unteren GVD jeweils vor der Multiplikation mit dem Landesbasisfallwert mit 0,8 zu multiplizieren und auf drei Nachkommastellen kaufmännisch zu runden.

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel			
			D	Belegoperateur und Beleganästhesist
			E	reserviert
			F	reserviert
			G	reserviert
			H	Belegarzt mit Honorarvertrag (§18 Abs. 3 KHEntgG) ⁶
				4.Stelle
			0	keine weitere Differenzierung
				5.–8. Stelle
				I68Dff. DRG der Anlagen 1 Teil d und e des Fallpauschalen-Kataloges

⁶Zur Berechnung des Entgeltbetrages sind aus Teil d (Bewertungsrelationen mit gezielter Absenkung in Abhängigkeit der Median-Fallzahl bei Versorgung durch Hauptabteilungen) des bundeseinheitlichen Fallpauschalenkataloges für die Ermittlung der DRG-Fallpauschale die Bewertungsrelation der Hauptabteilung und, soweit anwendbar, für die Ermittlung des Entgelts bei Überschreiten der oberen GVD die Bewertungsrelation/Tag bei Überschreiten der oberen GVD oder für die Ermittlung des Abschlags bei Verlegung die Bewertungsrelation je Tag bei externer Verlegung oder für die Ermittlung des Abschlags bei Nichterreichen der unteren GVD die Bewertungsrelation/Tag bei Nichterreichen der unteren GVD jeweils vor der Multiplikation mit dem Landesbasisfallwert mit 0,8 zu multiplizieren und auf drei Nachkommastellen kaufmännisch zu runden.

75* – Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	75	Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG
		3. Stelle
	1	Zuschlag
		4.–8. Stelle
	00001	Sicherstellungszuschlag nach § 17b Abs. 1 Satz 7 KHG (Festbetrag)
	00002	Sicherstellungszuschlag auf den Basisfallwert § 17b Abs. 1 Satz 7 KHG ⁷
	00003	Zuschlag für Begleitperson nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG i.V.m. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3, 1. HS KHEntgG
	00004	Zuschlag Mitaufnahme Pflegekraft nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG i.V.m. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3, 2. HS KHEntgG
	00005	Zuschlag Mitaufnahme je neugeborenem Geschwisterkind (§ 1 Abs. 5 Satz 9 FPV)
	00006	Zuschlag für Begleitpersonen nach § 11 Abs. 3 Satz 2 SGB V (Unterbringung außerhalb des Krankenhauses)
		4.–5. Stelle
	01ff.	Länderschlüssel
		6.–8. Stelle
	001	Sicherstellungszuschlag nach § 5 Abs. 2 Satz 2 (KHEntgG (landesspezifische Regelung)
	002	Ausbildungszuschlag nach § 17 a Abs. 6 bzw. 9 KHG
	003	Ausbildungszuschlag nach § 33 Abs. 3 Satz 1 PflBG
	004	Kombinierter Ausbildungszuschlag nach §§ 17a Abs. 6 bzw. 9 KHG und §§ 33 Abs. 3 PflBG
		3. Stelle
	2	Abschlag
		4.–8. Stelle
	00001	Abschlag für Nichtbeteiligung an der Notfallversorgung nach § 17 b Abs. 1 Satz 4 KHG
	05002	Ausbildungsabschlag (für Korrekturen)

⁷ Der Sicherstellungszuschlag auf den Basisfallwert berechnet sich analog des Abrechnungsschemas für den Abschlag vom Landesbasisfallwert für Mehrleistungen nach § 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG im Hinweis des Nachtrages vom 27.03.2009.

76* – Zusatzentgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2, 3, 5 oder 6 KHEntgG

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	76	Zusatzentgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2, 3, 5 oder 6 KHEntgG
		3. Stelle
	0	Zusatzentgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 oder 5 KHEntgG
	1	Zusatzentgelt nach § 6 Abs. 2 KHEntgG (NUB)
	2	Zusatzentgelt nach § 6 Abs. 2a KHEntgG
		4.–5. Stelle
	00	bundesweit
	01ff.	Länderschlüssel
	9X	bundesweit
		6.–8. Stelle
		000ff. Zusatzentgelt bundesweit nach Anlage 2 KFPV 2004
		3.–4. Stelle
	ZE	bundesweit nach Anlage 5 FPV
		5.–8. Stelle
		0101ff. Hämodialyse..., siehe Anhang B
		3.–4. Stelle
	CT	Zusatzentgelt für Testung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG)
		5–8. Stelle
		9994 Testungen im Pool mit insgesamt mehr als vier Proben und höchstens 10 Proben
		9995 Testungen im Pool mit insgesamt mehr als zehn Proben und höchstens 20 Proben
		9996 Testungen im Pool mit insgesamt mehr als 20 Proben
		9997 Testung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG) – zur patientennahen Anwendung durch Dritte als PoC Antigentest
		9998 Testung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG) – mittels Labordiagnostik als Antigentest
		9999 Testung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG)

78* – Teilstationäre Leistung nach § 6 Abs. 2 FPV

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	78	Teilstationäre Leistung nach § 6 Abs. 2 FPV
		1.–8. Stelle
		78999999 teilstationäre Behandlung innerhalb des Zeitraumes bis einschließlich drei Tage nach Überschreiten der abgerundeten mittleren Verweildauer nach § 6 Abs. 2 FPV (0,00 EUR)

80* – Entgelt für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Abs. 2 KHEntgG (fallbezogen)

81* – Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD für fallbezogenes Entgelt nach § 6 Abs. 2 KHEntgG

82* – Abschlag bei Verlegung für fallbezogenes Entgelt nach § 6 Abs. 2 KHEntgG

83* – Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogenes Entgelt nach § 6 Abs. 2 KHEntgG

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	80	Entgelt für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Abs. 2 KHEntgG (fallbezogen)
	81	Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG
	82	Abschlag bei Verlegung für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG
	83	Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG
	3.-4. Stelle	
	01 ff.	Länderschlüssel
	5.-8. Stelle	
	fortlaufend, siehe Anhang B Teil 1	

84* – Pflegeanteil für tages- oder fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG

85* – Tagesbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG

86* – Fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs.1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	84	Pflegeanteil für tages- oder fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
	85	Tagesbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
	86	Fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
	3.-8. Stelle	
	00000	Tagespauschale nach § 7 Abs. 4 FPV, bundesweit
	3.-4. Stelle	
	00	Bundesweit, bei 84* Verwendung für Pflegeanteil tagesbezogener Entgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
	01ff.	Länderschlüssel, nicht bei 84*
	30	Belegabteilung, nicht bei 84*
	50	Pflegeanteil nur fallbezogene Entgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG, (nur für 84*)
	5.-8. Stelle	
	0001ff.	fortlaufend je Länderschlüssel, teilstationär
	3001ff.	fortlaufend je Länderschlüssel, teilstationär in besonderen Einrichtungen
	4001ff.	fortlaufend je Länderschlüssel, vollstationär in besonderen Einrichtungen
	A01Aff.	bundesweit, alphanumerisch für nicht kalkulierte DRG
	Siehe Anhang B	

87* – Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD für fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr.5 KHEntgG

88* – Abschlag bei Verlegung für fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG

89* – Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	87	Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD für fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
	88	Abschlag bei Verlegung für fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
	89	Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
	3.-4. Stelle	
	00	bundesweit
	01ff.	Länderschlüssel
	30	Belegabteilung
	5.-8. Stelle	
	0001ff.	fortlaufend je Länderschlüssel, teilstationär
	3001ff.	fortlaufend je Länderschlüssel, teilstationär in besonderen Einrichtungen
	4001ff.	fortlaufend je Länderschlüssel, vollstationär in besonderen Einrichtungen
	A01Zff.	DRG alphanumerisch
	Siehe Anhang B	

90* – Qualitätsverträge nach § 110a SGB V

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	90	Qualitätsverträge nach § 110a SGB V
	3. Stelle	
	1	Ortskrankenkassen
	2 und 3	Ersatzkassen
	4	Betriebskrankenkassen
	5	Innungskrankenkassen
	6	Knappschaft
	7	Landwirtschaftliche Krankenkassen
	4.-5. Stelle	
	01ff.	individuelle Krankenkassenaufteilung der Verbände (z.B. 01 Barmer, 02 DAK, ... und 01 AOK Nordost, 02 AOK Rheinland/Hamburg, ...)
	6. Stelle	
	1	Endoprothetische Gelenkversorgung
	2	Prävention des postoperativen Delirs bei der Versorgung von älteren Patientinnen und Patienten
	3	Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten
	4	Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus
	5	Diagnostik, Therapie und Prävention von Mangelernährung
	6	Multimodale Schmerztherapie
	7	Geburten/Entbindung
	8	Stationäre Behandlung der Tabakabhängigkeit
	7.-8. Stelle	
		zur freien Verfügung der in Stelle 4.-5. bezeichneten Krankenkasse (alphanumerisch)

91* – Übergangspflege Somatik⁸

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	91	Übergangspflege
	3. Stelle	
	0	Vergütung je Tag
	4. Stelle	
	0	keine weitere Differenzierung
	5.-8. Stelle	
	0001	Vergütung je Tag, undifferenziert
	0002	Vergütung je Tag, inklusive Leistungen der medizinischen Rehabilitation

⁸ Zusätzlich zu diesen Entgeltschlüsseln sind Entgelte beginnend mit 76* im Rahmen der Abrechnung möglich
Stand: 09.04.2024

Schlüssel 4 Teil II: Entgeltart ambulant

1. Stelle	Einrichtungsart		
0	Ambulantes Operieren nach § 115b SGB V, Ambulante Behandlung nach § 116b SGB V		
1	-		
2	Hochschulambulanzen nach § 117 Abs. 1. und Abs. 2 SGB V		
3	Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V		
4	Sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V		
5	Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V		
6	Kinderspezialambulanzen (ergänzende fall- oder einrichtungsbezogene Pauschale) nach § 120 Abs. 1a SGB V		
7	Ambulanzen an Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG – § 117 Abs. 3 SGB V		
8	Medizinische Behandlungszentren (MBZ) nach § 119c SGB V		
2. Stelle	Abrechnungsart		
0	EBM*		
	3. Stelle	0	ohne Differenzierung
		2	Abschlag
		A-Z	regionale Buchstabenkennung (regionale Eurogebührenordnung)
	4. – 8. Stelle	01100 ff.	EBM-Ziffern, Schlüssel 20, bzw. für § 116b (neu) Leistungen: regionale Eurogebührenordnungen bzw. Pseudo-/Zusatzziffern*, für § 92 Abs. 6b SGB V Leistungen aus Abschnitt 37.5 EBM
1	Quartalspauschale		
	3. Stelle	0	ohne Differenzierung
		1	Einmalkontakt
		2	Mehrfachkontakt
		3	Mitbehandlung
		4	Konsiliarleistung
	4. – 7. Stelle	0000	keine Differenzierung
		0001	Sprechstundenbedarf
		0002 – 0099	Leistungsart (noch zu definieren)
		0100 ff.	Fachabteilung
		4000 ff.	Leistungsart Erwachsene
		5000 ff.	Leistungsart Kinder und Jugendliche
	8. Stelle	0	keine Differenzierung
		1	ärztliche Leistung
		2	nichtärztliche Leistung
2	Behandlungspauschale		
	3. Stelle	0	ohne Differenzierung
		1	Einmalkontakt
		2	Mehrfachkontakt
		3	Mitbehandlung
		4	Konsiliarleistung
	4. – 7. Stelle	0000	keine Differenzierung
		0001	Sprechstundenbedarf

		0002 – 0099	Leistungsart
		0100 ff.	Fachabteilung
		4000 ff.	Leistungsart Erwachsene
		5000 ff.	Leistungsart Kinder und Jugendliche
		6000 ff	Leistungsart (Fortsetzung)
	8. Stelle	0	keine Differenzierung
		1	ärztliche Leistung
		2	nichtärztliche Leistung
		3	Komplexbehandlung
3	Tagespauschale		
	3. Stelle	0	ohne Differenzierung
		1	Einmalkontakt
		2	Mehrfachkontakt
		3	Mitbehandlung
		4	Konsiliarleistung
	4. – 7. Stelle	0000	keine Differenzierung
		0001	Sprechstundenbedarf
		0002 – 0099	Leistungsart (noch zu definieren)
		0100 ff.	Fachabteilung
		4000 ff.	Leistungsart Erwachsene
		5000 ff	Leistungsart Kinder und Jugendliche
	8. Stelle	0	keine Differenzierung
		1	ärztliche Leistung
		2	nichtärztliche Leistung
4	Pauschale je Behandlungseinheit		
	3. Stelle	1	je Stunde
	4. Stelle	0	keine Differenzierung
		1	Leistungsart Erwachsene
		2	Leistungsart Kinder und Jugendliche
	5. – 8. Stelle	1000	keine Differenzierung
		1001 – 1999	Konkretisierungen
	3. Stelle	2	je Behandlungstage
	4. Stelle	0	keine Differenzierung
		1	Leistungsart Erwachsene
		2	Leistungsart Kinder und Jugendliche
	5. – 8. Stelle	0000	keine Differenzierung
		0001 – 0999	Konkretisierungen
	3. Stelle	3	je Behandlungseinheit
	4. Stelle	0	keine Differenzierung
		1	Leistungsart Erwachsene
		2	Leistungsart Kinder und Jugendliche
	5. – 8. Stelle	2000	keine Differenzierung

			2001 – 2999	Konkretisierungen
	5	Pauschale nach Katalog		
		3. Stelle	1	krankenhausindividueller Katalog
		4. – 8. Stelle	00001 ff.	Katalogwerte
		3. Stelle	2	Landeskatalog
		4. Stelle	1	Erwachsenenpsychiatrie
		5. – 8. Stelle	0001 ff.	Katalogwerte Erwachsenenpsychiatrie
		4. Stelle	2	Kinder- und Jugendpsychiatrie
		5. – 8. Stelle	0001 ff.	Katalogwerte Kinder- und Jugendpsychiatrie
		4. Stelle	3	Psychotherapie
		5. – 8. Stelle	0001 ff.	Katalogwerte Psychotherapie
		4. Stelle	4	Psychosomatik
		5. – 8. Stelle	0001 ff.	Katalogwerte Psychosomatik
	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
		5. – 8. Stelle	8000–8499	Variabler Zuschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§ 64b Abs. 1 SGB V)
			8500–8999	Fester Zuschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§ 64b Abs. 1 SGB V)
		5. – 8. Stelle	9000–9499	Variabler Abschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§ 64b Abs. 1 SGB V)
			9500–9999	Fester Abschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§ 64b Abs. 1 SGB V)
		3. – 4. Stelle	02	Entgelte für Modellvorhaben PSIA (§ 64b Abs. 1 SGB V)
		5. – 8. Stelle	0000ff	Fortlaufende Nummerierung

			8000–8499	Variabler Zuschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§ 64b Abs. 1 SGB V)
			8500–8999	Fester Zuschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§ 64b Abs. 1 SGB V)
		5. – 8. Stelle	9000–9499	Variabler Abschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§ 64b Abs. 1 SGB V)
			9500–9999	Fester Abschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§ 64b Abs. 1 SGB V)
	7	Integrierte Versorgung (ambulante Entgelte)		
		3. Stelle	1	Ortskrankenkassen
			2	Ersatzkassen
			4	Betriebskrankenkassen
			5	Innungskrankenkassen
			6	Knappschaft
			7	Landwirtschaftliche Krankenkassen
		4. – 5. Stelle	01 ff.	individuelle Krankenkassenaufteilung der „Verbände“ (z.B. 01 Barmer-GEK, 02 DAK..., 01 AOK Nordost, 02 AOK Bayern...)
		6. – 8. Stelle	000 ff.	zur freien Verfügung der in den Stellen 4.–5. bezeichneten Krankenkasse
	8	Zuschlag		
		3. – 4. Stelle	00	allgemeiner Zuschlag
			01	Laborpauschale
			02	Heilmittelpauschale
			03	bildgebende Verfahren
			04	Verbrauchsmaterial
			05	besondere Krankheiten
		5. – 8. Stelle	0000	keine Differenzierung
			0001 ff.	Konkretisierungen
			0100 ff.	Fachabteilung
		3.Stelle	3	prozentualer Zuschlag ⁹
		4.Stelle	0	keine Differenzierung
		5.–8.Stelle	0001 ff.	Konkretisierungen
	9	Abschlag		
		3. Stelle	0	allgemeiner Abschlag
			1	Abschlag bei Mehrleistungen
			2	Prozentualer Abschlag bei Nichtumsetzung der Telematikinfrastruktur gemäß §291 Abs. 2b SGB V ¹⁰
		4. Stelle	0	keine Differenzierung
		5. – 8. Stelle	0000	keine Differenzierung
			0100 ff.	Fachabteilung

⁹ Zur Ermittlung des Zahlbetrages wird der Prozentsatz gegen die Summe aller Entgelte innerhalb der Rechnung ohne andere Zu- und Abschläge (2.Stelle = 8 oder 9) gebildet und kaufmännisch auf 2 Nachkommastellen gerundet.

¹⁰ Die Entgeltschlüssel werden entsprechend [0–8]9200000 gebildet.

		3.Stelle	3	prozentualer Abschlag ¹¹
		4.Stelle	0	keine Differenzierung
		5.–8.Stelle	0001 ff.	Konkretisierungen

Hinweise:

Für die Unterscheidung, welchem Abrechnungsbereich (Einrichtungsart) die jeweilige Nachricht AMBO zuzuordnen ist, wird das Verarbeitungskennzeichen im FKT-Segment der Nachricht AMBO verwendet.

Für Quartals-, Behandlungs- oder Tagespauschalen (2. Stelle "1", "2" oder "3") gilt grundsätzlich die gleiche Systematik in der 3., 4.–7. und 8. Stelle; innerhalb einer Abrechnungsart (2.Stelle), werden an der 4. – 7. Stelle die Entgeltsschlüssel abweichend hiervon so vergeben, dass die 4. – 7. Stelle überschneidungsfreie, unterschiedliche Ziffernblöcke enthält. Die weitere Differenzierung von Leistungsarten, z. B. den auch über das Segment EZV abbildbaren Röntgenkontrastmitteln, wird über Schlüssel fortbeschreibung geregelt. In der 8. Stelle werden die Ausprägungen "1" (ärztliche Leistung) und "2" (nichtärztliche Leistung) nur dann verwendet, wenn diese Unterscheidung in der Vergütungsvereinbarung geregelt ist, ansonsten wird "0" (keine Differenzierung) verwendet.

Für die Abrechnungsarten „1“, „2“, „3“ und „8“ (Quartals-, Behandlungs- und Tagespauschale, Zuschlag) werden zu den für Fachabteilungen reservierten Stellen der jeweils benötigte „Fachabteilungsschlüssel“ (4.–7. bzw. 5.–8. Stelle) zur Angabe nicht bettenführender Abteilungen unabhängig und ergänzend zu Schlüssel 6 im Entgeltartenschlüssel festgelegt.

*§ 116b (neu) Leistungen: Gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V erfolgt bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach § 116b Abs. 6 Satz 2 SGB V die Vergütung auf der Grundlage der vom ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss bestimmten abrechnungsfähigen spezialfachärztlichen Leistungen. In seiner Sitzung am 20. Juni 2014 wurde festgelegt, dass u.a. für die Vergütung der im EBM abgebildeten ASV-Leistungen des Abschnittes 1 die Preise der jeweiligen regionalen EURO-Gebührenordnungen zu Grunde gelegt werden. Insofern Leistungen zu regional geltenden Preisen vergütet werden, müssen diese durch die Abbildung an der 3.–8. Stelle des Entgeltartenschlüssels (Abrechnungsart 2. Stelle – EBM, 3. Stelle regionale Buchstabenkennung, 4.–8. Stelle regionale Eurogebührenordnung) übermittelt werden, Schlüssel 20 – EBM findet insofern keine Anwendung.

*Für Leistungen, die im Abschnitt 2 des Appendix der jeweiligen Konkretisierung aufgeführt und noch nicht im EBM abgebildet sind, finden gemäß Anlage 5 der ASV-AV bundeseinheitliche Pseudoziffern ihre Anwendung. Hierzu werden diese an den ersten drei Stellen mit `000` und an der 4.–8. Stelle mit der 5stelligen Pseudoziffer gemäß Anlage 5 ASV-AV übermittelt.

*Für Leistungen, die in Anlage 3 des AOP-Vertrages als Frakturzuschlag aufgeführt sind, finden die dort aufgeführten zu kodierenden Zusatzziffern ihre Anwendung. Hierzu werden diese an den ersten drei Stellen mit `000` und an der 4.–8. Stelle mit der 5stelligen Zusatzziffer gemäß Anlage 3 AOP-Vertrag übermittelt.

¹¹ Zur Ermittlung des Zahlbetrages wird der Prozentsatz gegen die Summe aller Entgelte innerhalb der Rechnung ohne andere Zu- und Abschläge (2. Stelle = 8 oder 9) gebildet und kaufmännisch auf 2 Nachkommastellen gerundet
Stand: 09.04.2024

Schlüssel 4 Teil III: Entgeltarten BPfIV (bei Anwendung § 17d KHG)

Hinweis: Der Entgeltartenschlüssel wird fortgeschrieben (siehe Anhang B Teil III und Anlage 5). Diese Entgeltartenschlüssel gelten für Krankenhäuser, die das Vergütungssystem nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes anwenden.

Der Entgeltartenbereich „Zusatzentgelte nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog § 7 Satz 1 Nr. 2 BPfIV“ bzw. „krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte“ (2. Stelle des Entgeltartenschlüssels = 5 bzw. 9) und Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 7 Satz 1 Nr. 5 BPfIV (2. Stelle des Entgeltartenschlüssels = C) wird dem Behandlungsbereich „stationär“ (1. Stelle des Entgeltartenschlüssels = C) zugeordnet. Der Entgeltartenbereich „ergänzende Tagesentgelte“ (2. Stelle – 4) wird ebenfalls dem Behandlungsbereich „stationär“ (1. Stelle des Entgeltartenschlüssels = C) zugeordnet. Für die Abrechnung bei Zusatzentgelten im voll- bzw. teilstationären Entgeltbereich und von ergänzenden Tagesentgelten finden bis auf weiteres die Entgeltarten C5*, C9* und C4* Anwendung.

Zur internen Verwendung wird, abweichend von der Systematik, der Entgeltartenschlüssel `C1000000` reserviert.

Bei der Abrechnung von Wahlleistungen für Versicherte der Knappschaft sind weiterhin die Entgeltschlüssel 45XXXXXX („Wahlleistung Unterkunft nur für Knappschaft“) zu verwenden. (siehe Anlage 2, Schlüssel 4 Teil I: Entgeltart stationär)

1. Stelle	Behandlungsbereich	
A	vollstationärer Behandlungsbereich	
B	teilstationärer Behandlungsbereich	
C	stationärer Behandlungsbereich (gilt für Entgeltbereiche 4, 5, 9, A, B, C, F, U, V und N)*	
D	stationsäquivalenter Behandlungsbereich**	
	* Die Entgeltbereiche A und F sind somit in den Behandlungsbereichen A, B und C möglich.	
	** Die Entgeltbereiche 6, 7, D, G und H sind im Behandlungsbereich D möglich. Weiterhin sind im Behandlungsbereich D auch Entgelte des Behandlungsbereiches C (stationär) möglich. Ausgenommen hiervon sind die Entgeltbereiche 4 (Ergänzende Tagesentgelte).	
Hinweis:		
Die Entgeltschlüssel können an der 4. – 8. Stelle je Entgeltbereich (differenziert an der 2. Stelle) jeweils neu, beginnend mit „00000“ ff., nummeriert werden. Es werden keine „bereichsübergreifenden“ Blöcke reserviert. Nur dort wo die 4. – 8. Stelle mit z. B. „00000“ eine gleiche Ausprägung für die 1. Stelle hat (z.B. 00000 – Kostenpauschale für Verwaltungsverfahren) ist diese in Anlage 2 explizit als Ausprägung aufgeführt und gilt für die 1. Stelle A und B ebenso.		
	2. Stelle	Entgeltbereich
	1	Bewertete Entgelte nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog, § 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV [E1]
	2	Zuschlag nach Überschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten, § 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV [E1]
	3	Abschlag nach Unterschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten, § 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV [E1]
	4	Ergänzende Tagesentgelte nach bundesweit vereinbarten Entgeltkatalog, § 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV

		5	Zusatzentgelte nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog, § 7 Satz 1 Nr. 2 BpflV [E2]
		6	Zuschläge [u.a. gemäß KHG]
		7	Abschläge [u.a. gemäß KHG]
		8	krankenhausindividuell vereinbarte Entgelte [E3.1 E3.3.]
		9	krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte [E3.2]
		A	Entgelte für Modellvorhaben § 64b Abs. 1 SGB V
		B	Entgelte für regionale und strukturelle Besonderheiten (RSB) nach § 7 Satz 1 Nr. 4 2. HS BpflV
		C	Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden [ab 2017], § 7 Satz 1 Nr. 5 BpflV
		D	Teilzahlungsentgelte § 11 Abs. 1 Satz 3 BpflV
		E	gesonderte Entgelte für Patientinnen/Patienten von Belegärzten, § 8 Abs. 2 BpflV
		F	Entgelte für Integrierte Versorgung
		G	Bewertete PEPP-Entgelte bei stationsäquivalenter Behandlung (reserviert für Anlage 6a PEPPV)
		H	Unbewertete PEPP-Entgelte bei stationsäquivalenter Behandlung (Anlage 6b PEPPV)
		U	Übergangspflege nach § 39e SGB V
		V	vorstationäre Behandlung
		N	nachstationäre Behandlung
Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 1 [PEPP – Entgelte lt. Katalog]			
	Entgeltbezug		
	3.–7. Stelle	PEPP-Entgelt	Bezeichnung aus gültigem Entgeltkatalog, alphanumerisch
	Zusatzinformation		
	8. Stelle	1	Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 1
		2	Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 2
		3–8	Entgelte nach Entgeltkatalog gemäß der Vergütungsklassen 3–8
		9	Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 9
		A	Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 10
		B	Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 11
		...	fortlaufend durch Nutzung aller Buchstaben
		Z	Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 35
Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 2–3 [Zu- oder Abschläge PEPP – Entgelte lt. Katalog]			
	Entgeltbezug		
	3.–7. Stelle	PEPP-Entgelt	Bezeichnung aus gültigem Entgeltkatalog, alphanumerisch
	Zusatzinformation		
	8. Stelle	0	reserviert
Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 4 [Ergänzende Tagesentgelte]			
	Entgeltbezug		
	3.–8. Stelle	Orientierung bei der Entgeltvergabe an Bezeichnung Katalog, alphanumerisch (z. B. ET0101)	

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 5 [Zusatzentgelt nach Katalog]				
Entgeltbezug				
3. Stelle	Z	reserviert		
	4.-7. Stelle	0000ff.	Orientierung bei der Entgeltvergabe an Bezeichnung Katalog, alphanumerisch	
Zusatzinformation				
	8. Stelle	0	reserviert	
3. Stelle	C	Zusatzentgelt für Testung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG)		
	4. – 8. Stelle	T9994	Testungen im Pool mit insgesamt mehr als vier Proben und höchstens 10 Proben	
	4. – 8. Stelle	T9995	Testungen im Pool mit insgesamt mehr als zehn Proben und höchstens 20 Proben	
	4. – 8. Stelle	T9996	Testungen im Pool mit insgesamt mehr als 20 Proben	
	4. – 8. Stelle	T9997	Testung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG) – zur patientennahen Anwendung durch Dritte als PoC Antigentest	
	4. – 8. Stelle	T9998	Testung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG) – mittels Labordiagnostik als Antigentest	
	4. – 8.Stelle	T9999	Testung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG)	
Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 6 [Zuschläge u.a. gemäß KHG]				
Entgeltbezug				
3. Stelle	1	Tagesbezogene Zuschläge		
	4.-8. Stelle	00000	Zuschlag Begleitperson [§ 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 1. HS BpflV]	
		00001	Zuschlag Mitaufnahme Pflegekraft [§ 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 2. HS BpflV]	
		00002	Investitionszuschlag bis 2014 [§ 8 Abs. 3 BpflV]	
3. Stelle	2	Fallbezogene Zuschläge		
	4.-8. Stelle	00000	Ausbildungszuschlag [§ 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 Gemeinsamer Bundesausschuss [§ 91 Abs. 3 Satz 1 SGB V i.V.m. § 139 c Satz 1 SGB V]	
		00008	Telematikzuschlag [§ 291a Abs. 7a SGB V]	
		00009	Zuschlag für die Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen [§ 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG]	
		00010	Ausbildungszuschlag nach § 33 Abs. 3 Satz 1 PflBG	

			00011	Kombinierter Ausbildungszuschlag nach §§ 33 17a Abs. 6 bzw. 9 KHG und Abs. 33 Satz 1 PflBG
			00012	Zuschlag für nachträglichen pauschalen und abschließenden Ausgleich etwaiger nicht refinanzierter Tarifsteigerungen im Bereich des Pflegepersonals nach § 8 Abs. 7 BPflV
			00013	Zuschlag gem. § 5 Abs. 3i KHEntgG zur Vergütung von Mehrkosten aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2
			00014	Zuschlag gem. § 5 Abs. 3i KHEntgG zur Vergütung von Mehrkosten aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 bei Nachweis einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2
			00035	Zuschlag für Speicherung von Daten und Erstbefüllung auf der elektronischen Patientenakte gemäß § 5 Abs. 3g Satz 1 und 2 KHEntgG (krankenhausindividuell)
	3. Stelle	3	Sonstige Zuschläge	
		4.-8. Stelle	00000	Kostenpauschale für Verwaltungsverfahren
			00001	Aufwandspauschale bei erfolgloser MDK-Prüfung (§ 275 Abs.1c SGB V)
		4	prozentuale Zuschläge	
		4.-8. Stelle	CORON	Zuschlag für den Ausgleich aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandenen Erlösrückgangs (prozentual, Corona-Ausgleichsvereinbarung)
			AUSGL	Zuschlag zur Durchführung von Abschlagszahlungen vor 2022 (prozentual, COVID-19-Abschlagszahlungsvereinbarung nach § 6 KHWiSichV)
			AUS22	Zuschlag zur Durchführung von Abschlagszahlungen 2022 (prozentual, COVID-19- Abschlagszahlungsvereinbarung nach § 6 KHWiSichV)
	3. Stelle	4	prozentuale Zuschläge – nur Leistungsbereich D* (STÄB) ¹²	
		4.-8. Stelle	EA000	Erwachsene, Arzt
			EP000	Erwachsene, Psychologe
			ES000	Erwachsene, Spezialtherapeut
			KA000	Kinder und Jugendliche, Arzt
			KP000	Kinder und Jugendliche, Psychologe
			KF000	Kinder und Jugendliche, pädagogisch-pflegerische Fachperson
Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 7 [Abschläge u.a. gemäß KHG]				
	Entgeltbezug			
	3. Stelle	1	Tagesbezogene Abschläge	
		4.-8. Stelle	00000ff.	
	3. Stelle	2	Fallbezogene Abschläge	

¹² Diese Zuschläge werden für den Behandlungsbereich „D“ vergeben (D64*). Der prozentuale Wert ist auf alle Entgelte der Rechnung ohne andere Zu- und Abschläge [abzüglich X[6,7]XXXXXX]) zu beziehen.

		4.–8. Stelle	00000	Korrektur Ausbildungszuschlag
			00001	Abschlag Nichtteilnahme Qualitätssicherung [§ 8 Abs. 4 BpflV]
			00002	Abschlag für Nichtbeteiligung an der Notfallversorgung [§ 17b Abs. 1 Satz 4 KHG]
			00008	Telematikabschlag [§ 377 Abs. 1 und 2 SGB V] (für Korrekturen)
			00048	Abschlag bei Nichtlieferung von Unterlagen und Daten für die Budgetverhandlungen (§ 11 Abs. 4 Satz 5 BpflV – fallbezogen)
	3. Stelle	3	Sonstige Abschläge	
		4.–8. Stelle	00008	Abschlag Fortsetzungspauschale PrüfV (BpflV_neu)
			00009	Abschlag bei Nichtteilnahme an der Telematikinfrastruktur
	3. Stelle	4	prozentuale Abschläge	
		4.–8. Stelle	CORON	Abschlag für den Ausgleich eines aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandenen Erlösanstiegs (prozentual, Corona-Ausgleichsvereinbarung)
Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 8 [krankenhausindividuell vereinbarte PEPP-Entgelte]				
	Entgeltbezug			
	3. Stelle	0	Tagesbezogene Entgelte, fortlaufende Vergabe	
		4.–8. Stelle	00000ff.	
	3.–7. Stelle	PEPP-Entgelt	Bezeichnung aus gültigem Entgeltkatalog, alphanumerisch (Anlage 1b oder 2b)	
		8. Stelle	1	Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 1
			2	Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 2
			3–8	Entgelte nach Entgeltkatalog gemäß der Vergütungsklassen 3–8
			9	Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 9
			A	Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 10
			B	Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 11
			...	fortlaufend durch Nutzung aller Buchstaben
			Z	Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 35
	3. Stelle	8	Fallbezogene Entgelte [E3.1.]	
		4.–8. Stelle	00000ff.	bundesweite Vergabe anhand PEPP-Entgeltkatalog (Anlage 1b oder 2b), ansonsten fortlaufende Vergabe
	3. Stelle	9	Zeitraumbezogene Entgelte	
		4.–8. Stelle	00000ff.	bundesweite Vergabe anhand PEPP-Entgeltkatalog (Anlage 1b oder 2b), ansonsten fortlaufende Vergabe
Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 9 [krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte]				
	Entgeltbezug			
	3. Stelle	1	Tagesbezogene Zusatzentgelte	
		4.–8. Stelle	00000ff.	
	3. Stelle	2	Fallbezogene Zusatzentgelte	

		4.–8. Stelle	00000ff.	
	3. Stelle	3	Zeitraumbezogene Zusatzentgelte	
		4.–8. Stelle	00000ff.	
Zusatzschlüssel für Entgeltbereich A [Entgelte für Modellvorhaben]				
Entgeltbezug				
	3. Stelle	0	reserviert	
		4.–8. Stelle	00000ff. ¹³	
			99999	intern reserviert (BEW-Modellvorhaben)
			ZZZZT	Teilzahlungsentgelt Modellvorhaben
			ZZZZK	Teilzahlungskorrektur Modellvorhaben
	3.–7. Stelle	PEPP-Entgelt ¹⁴	Bezeichnung aus gültigem Entgeltkatalog, alphanumerisch (Anlage 1a und 2a PEPP-Entgeltkatalog)	
		8. Stelle	1	Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 1 (oder Entgelt ohne Vergütungsstufe)
			2	Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 2
			3–8	Entgelte nach Entgeltkatalog gemäß der Vergütungsklassen 3–8
			9	Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 9
			A	Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 10
			B	Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 11
			...	fortlaufend durch Nutzung aller Buchstaben
			Z	Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 35
	3.–8. Stelle ¹⁵	Ergänzende Tagesentgelte	Orientierung bei der Entgeltvergabe an Bezeichnung Katalog, alphanumerisch (z. B. ET0101)	
	8 ¹⁶	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 ¹⁷	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)

¹³ PEPP-Entgelte der Anlage 1b und 2b (unbewertet) werden hier fortlaufend nummeriert nach Antrag unter www.gkv-clavisdb.de vergeben (Bezeichnung enthält als Klammerwert die jeweilige PEPP)

¹⁴ nur für den voll- bzw. teilstationären Behandlungsbereich (1. Stelle des Entgeltartenschlüssels = A oder B)

¹⁵ nur für den stationären Behandlungsbereich (1. Stelle des Entgeltartenschlüssels = C)

¹⁶ nur für den stationären Behandlungsbereich (1. Stelle des Entgeltartenschlüssels = C)

¹⁷ nur für den stationären Behandlungsbereich (1. Stelle des Entgeltartenschlüssels = C)

			5.–8. Stelle	0000ff.
Zusatzschlüssel für Entgeltbereich B [Entgelte für regionale und strukturelle Besonderheiten (RSB) nach § 7 Satz 1 Nr. 4 2. HS BPfIV]				
	Entgeltbezug			
	3. Stelle	1	Tagesbezogenes Entgelt	
		4. Stelle	1	Therapie
			5.–8. Stelle	0000ff.
			2	Diagnostik
			5.–8. Stelle	0000ff.
			3	Infrastruktur
			5.–8. Stelle	0000ff.
			4	Sonstiges
			5.–8. Stelle	0000ff.
	3. Stelle	2	Fallbezogenes Entgelt	
		4. Stelle	1	Therapie
			5.–8. Stelle	0000ff.
			2	Diagnostik
			5.–8. Stelle	0000ff.
			3	Infrastruktur
			5.–8. Stelle	0000ff.
			4	Sonstiges
			5.–8. Stelle	0000ff.
	3. Stelle	3	Zeitraumbezogenes Entgelt	
		4.– Stelle	1	Therapie
			5.–8. Stelle	0000ff.
			2	Diagnostik
			5.–8. Stelle	0000ff.
			3	Infrastruktur
			5.–8. Stelle	0000ff.
			4	Sonstiges
			5.–8. Stelle	0000ff.
	3. Stelle	4	Zuschläge tagesbezogenes Entgelt	
		4. Stelle	1	Therapie
			5.–8. Stelle	0000ff.
			2	Diagnostik
			5.–8. Stelle	0000ff.
			3	Infrastruktur
			5.–8. Stelle	0000ff.
			4	Sonstiges
			5.–8. Stelle	0000ff.
	3. Stelle	5	Zuschläge fallbezogenes Entgelt	
		4. Stelle	1	Therapie
			5.–8. Stelle	0000ff.
			2	Diagnostik
			5.–8. Stelle	0000ff.
			3	Infrastruktur
			5.–8. Stelle	0000ff.
			4	Sonstiges

			5.–8. Stelle	0000ff.
	3. Stelle	6	Zuschläge zeitraumbezogenes Entgelt	
		4. Stelle	1	Therapie
			5.–8. Stelle	0000ff.
			2	Diagnostik
			5.–8. Stelle	0000ff.
			3	Infrastruktur
			5.–8. Stelle	0000ff.
			4	Sonstiges
			5.–8. Stelle	0000ff.
	3. Stelle	7	Sonstige Zuschläge	
		4. Stelle	1	Therapie
			5.–8. Stelle	0000ff.
			2	Diagnostik
			5.–8. Stelle	0000ff.
			3	Infrastruktur
			5.–8. Stelle	0000ff.
			4	Sonstiges
			5.–8. Stelle	0000ff.
Zusatzschlüssel für Entgeltbereich C [NUB-Entgelte]				
	Entgeltbezug			
	3. Stelle	0	reserviert	
		4.–8. Stelle	00000ff.	
Zusatzschlüssel für Entgeltbereich D [Teilzahlungsentgelte]				
	Entgeltbezug			
	3. Stelle	1	Tagesbezogenes Entgelt	
		4.–8. Stelle	00001	Teilzahlungsentgelt
			00002	Teilzahlungskorrektur
Zusatzschlüssel für Entgeltbereich E [Belegpatienten]				
	Entgeltbezug			
	3. Stelle	1	Tagesbezogenes Entgelt	
		4.–8. Stelle	00000ff.	
	3. Stelle	2	Fallbezogenes Entgelt	
		4.–8. Stelle	00000ff.	
	3. Stelle	3	Zeitraumbezogenes Entgelt	
		4.–8. Stelle	00000ff.	
Zusatzschlüssel für Entgeltbereich F [Integrierte Versorgung]				
	Entgeltbezug			
	3. Stelle	1	Entgelte für Integrierte Versorgung	
		2	Abschläge für Entgelte Integrierte Versorgung	
		4. Stelle	1	Ortskrankenkassen
			2	Ersatzkrankenkassen
			4	Betriebskrankenkassen
			5	Innungskrankenkassen
			6	Knappschaft

			5. Stelle	1-Z	individuelle Krankenkassenaufteilung der Verbände (z. B. 1 Barmer GEK, 2 DAK, ... und 1 AOK Nordost, 2 AOK Bayern, ...)
				6.-8. Stelle	000ff. zur freien Verfügung der in Stellen 4. – 5. bezeichneten Krankenkasse
Zusatzschlüssel für Entgeltbereich H [Stationsäquivalente Behandlung Anlage 6b]					
	Entgeltbezug				
	3. Stelle	1	Tagesbezogenes Entgelt		
		4.-8. Stelle	00000ff., bundesweite Vergabe anhand PEPP-Entgeltkatalog (z. B. `QA80Z`-Anlage 6b) bzw. bei fortlaufender Vergabe: PEPP in Entgeltbezeichnung		
	3. Stelle	2	Fallbezogenes Entgelt		
		4.-8. Stelle	00000ff., bundesweite Vergabe anhand PEPP-Entgeltkatalog (z. B. `QA80Z`-Anlage 6b) bzw. bei fortlaufender Vergabe: PEPP in Entgeltbezeichnung		
	3.Stelle	3	Zeitraumbezogenes Entgelt		
		4.-8. Stelle	00000ff., bundesweite Vergabe anhand PEPP-Entgeltkatalog (z.B. `QA80Z`-Anlage 6b) bzw. bei fortlaufender Vergabe: PEPP in Entgeltbezeichnung		
Zusatzschlüssel für Entgeltbereich U [Übergangspflege nach §39e SGB V]¹⁸					
	Entgeltbezug				
	3. Stelle	1	Tagesbezogenes Entgelt		
		4.-8. Stelle	00001	Vergütung je Tag, undifferenziert	
			00002	Vergütung je Tag, weitere Differenzierung	
Für den Behandlungsbereich C finden derzeit die Entgeltbereiche V und N wie folgt Anwendung:					
Zusatzschlüssel für Entgeltbereich V [vorstationär]					
	Entgeltbezug				
	3. Stelle	0	reserviert		
		4.-8. Stelle	92900	Fallbezogene Pauschale Allgemeine Psychiatrie	
			93000	Fallbezogene Pauschale Kinder- und Jugendpsychiatrie	
			93100	Fallbezogene Pauschale Psychosomatik/Psychotherapie	
			20001	Anwendung von Arzneimitteln mit monoklonalen Antikörpern gemäß § 2 Abs. 2 Punkt 1 MAKV (450 bzw.360 Euro)	
			20002	Anwendung von Arzneimitteln mit monoklonalen Antikörpern gemäß § 4 Abs. 2 MAKV (40 Euro)	
			20003	Anwendung von Arzneimitteln mit monoklonalen Antikörpern gemäß § 2 Abs. 2 Punkt 2 MAKV bei nicht mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen oder	

¹⁸ Zusätzlich zu diesen Entgeltschlüsseln sind Entgelte beginnend mit C5/C9 in der Abrechnung möglich
Stand: 09.04.2024

				Patienten, die einem erhöhten Risiko eines schweren Verlaufs bei einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 ausgesetzt sind (150 Euro)
			20004	Anwendung von Arzneimitteln mit monoklonalen Antikörpern gemäß § 4 Abs. 2a MAKV bei Abholung (40 Euro)
			20005	Zuschlag gemäß § 2 Absatz 2 Punkt 2 MAKV bei Besuch der Patientin oder des Patienten in der eigenen Häuslichkeit oder in beschützenden Wohnheimen, Einrichtungen oder Pflege- oder Altenheimen (60 Euro, nur in Verbindung mit Entgeltart CV020003)
			0XXXX	Einzelleistungsvergütung med.-tech. Großgeräte (nach DKG-NT / BG-T-Ziffern), siehe Anhang B Teil III
Zusatzschlüssel für Entgeltbereich N [nachstationär]				
Entgeltbezug				
	3. Stelle	0	reserviert	
		4.-8. Stelle	92900	Tagesbezogene Pauschale Allgemeine Psychiatrie
			93000	Tagesbezogene Pauschale Kinder- und Jugendpsychiatrie
			93100	Tagesbezogene Pauschale Psychosomatik/Psychotherapie
			0XXXX	Einzelleistungsvergütung med.-tech. Großgeräte (nach DKG-NT / BG-T-Ziffern), siehe Anhang B Teil III

Hinweis:

Der Entgeltbereich A (§ 64b Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen) ist mit der Maßgabe anzuwenden, dass dieser Entgeltbereich für Krankenhäuser gilt, die Modellvorhaben gemäß § 64b SGB V neu vereinbaren, unabhängig davon, ob sie bereits das neue Vergütungssystem nach §17d KHG anwenden. Bereits vereinbarte Modellvorhaben gemäß § 63 SGB V bzw. § 24 BPfIV (alt) sind hiervon nicht betroffen.

Bei den Entgeltschlüsseln im Entgeltbereich 1, in denen der Katalog keine weitere Unterscheidung anhand von Vergütungsklassen vorsieht, ist immer die Zusatzinformation 1 an der 8. Stelle zu verwenden.

BPfIV (§ 17d KHG) Entgeltsystematik

Stand 06.07.2022

1. Stelle	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.				
A Vollstationärer Behandlungsbereich	1	PEPP					1-Z ¹ Vergütungs- klasse		Bewertetes Entgelt nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog (§ 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV)	PEPP	
	2						0		Zuschlag nach Überschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten (§ 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV)		
	3								Abschlag nach Unterschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten (§ 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV)		
	6	1	00000ff.						T	Tagesbezogene Zuschläge	Zuschläge
		2	00000ff.						F	Fallbezogene Zuschläge	
		3	00000ff.						F	Sonstige Zuschläge	
		4	00000ff.							Prozentuale Zuschläge	
	7	1	00000ff.						T	Tagesbezogene Abschläge	Abschläge
		2	00000ff.						F	Fallbezogene Abschläge	
		3	00000ff.						F	Sonstige Abschläge	
		4	00000ff.						F	Prozentuale Abschläge	
	8	0	00000ff.						T	Entgelt für krankenhausindividuell vereinbarte Leistungen, <u>tagesbezogen</u> (§ 6 Abs. 1 BPfIV)	PEPP unbew. Kh – individuell
		PEPP-Entgelt					1-Z Vergütungs- klasse		F	Krankenhausindividuell vereinbarte PEPP-Entgelte	
		8	00000ff.						F	Entgelt für krankenhausindividuell vereinbarte Leistungen, <u>fallbezogen</u> (§ 6 Abs. 1 BPfIV)	
		9	00000ff.						Z	Entgelt für krankenhausindividuell vereinbarte Leistungen, <u>zeitraumbezogen</u> (§ 6 Abs. 1 BPfIV)	
		00000ff.							Individuelle Modellentgelte	Modell-	

1. Stelle	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	T tagesbezogen F fallbezogen Z zeitraumbezogen			
oder B Teilstationärer Behandlungsbereich	A	0	99999						intern reserviert (BEW-Modellvorhaben)	vorhaben	
			ZZZZT						Teilzahlungsentgelt Modellvorhaben		
			ZZZZK						Teilzahlungskorrektur Modellvorhaben		
		PEPP-Entgelt					1-Z ¹ Vergütungs- klasse		Entgelt nach PEPP-Entgeltkatalog in Modellvorhaben		
	D	1	00001					T	Teilzahlung (§ 11 Abs. 1 Satz 3 BpflV)	Teilzahlungsentgelte	
			00002					T	Teilzahlungskorrektur (§ 11 Abs. 1 Satz 3 BpflV)		
	E	1	00000ff.					T	Entgelt für Belegpatienten, <u>tagesbezogen</u> (§ 8 Abs. 3 Satz 6 BpflV)	Beleg- patienten	
			2	00000ff.					F		Entgelt für Belegpatienten, <u>fallbezogen</u> (§ 8 Abs. 3 Satz 6 BpflV)
				3	00000ff.						Z
	F	1	1-6	1- Z	000ff.				Entgelt für integrierte Versorgung	Integrierte Versorgung	
1-6			1- Z	000ff.				Abschlag für integrierte Versorgung			
C Stationärer Behandlungsbereich	10000000								reserviert		
	4	ET0101ff.								Ergänzende Tagesentgelte	
	5	Z	0000ff.					0	Zusatzentgelte nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog (§ 7 Satz 1 Nr. 2 BpflV)	Zusatzentgelt für Testung Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG)	
		C	T9994						Testungen im Pool mit insgesamt mehr als vier Proben und höchstens 10 Proben		
			T9995						Testungen im Pool mit insgesamt mehr als zehn Proben und höchstens 20 Proben		
			T9996						Testungen im Pool mit insgesamt mehr als 20 Proben		
T9997						Testung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG) - zur patientennahen Anwendung durch Dritte als PoC Antigentest					

1. Stelle	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	T tagesbezogen F fallbezogen Z zeitraumbezogen				
			T9998						Testung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG) als Antigentest			
			T9999						Testung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG)			
	9		1	00000ff.					T	Krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte, <u>tagesbezogen</u> (§ 6 Abs. 1 BPfIV)	KH-ind. vereinbarte Zusatzentgelte	
			2	00000ff.					F	Krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte, <u>fallbezogen</u> (§ 6 Abs. 1 BPfIV)		
			3	00000ff.					Z	Krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte, <u>zeitraumbezogen</u> (§ 6 Abs. 1 BPfIV)		
	A	0	00000ff.								Individuelle Modellentgelte	Modellvorhaben
			99999								Intern reserviert (BEW-Modellvorhaben)	
			ZZZZT								Teilzahlungsentgelt Modellvorhaben	
			ZZZZK								Teilzahlungskorrektur Modellvorhaben	
		ET0101ff. (Modelle)								Ergänzende Tagesentgelte (Modellvorhaben)		
		8	0	0000ff.						Variabler Zuschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§ 64b Abs. 1 SGB V)		
			1	0000ff.						Fester Zuschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§ 64b Abs. 1 SGB V)		
		9	0	0000ff.						Variabler Abschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§ 64b Abs. SGB V)		
			1	0000ff.						Fester Abschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben, (§ 64b Abs. 1 SGB V)		
		B	1	1	0000ff.					T	Tagesbezogenes Entgelt Therapie	
	2			0000ff.					T	Tagesbezogenes Entgelt Diagnostik		
	3			0000ff.					T	Tagesbezogenes Entgelt Infrastruktur		
	4			0000ff.					T	Tagesbezogenes Entgelt Sonstiges		
	2		1	0000ff.					F	Fallbezogenes Entgelt Therapie		
			2	0000ff.					F	Fallbezogenes Entgelt Diagnostik		
3			0000ff.					F	Fallbezogenes Entgelt Infrastruktur			
4			0000ff.					F	Fallbezogenes Entgelt Sonstiges			

1. Stelle	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	T tagesbezogen F fallbezogen Z zeitraumbezogen		
		3	1	0000ff.			Z	Zeitraumbezogenes Entgelt Therapie		
			2	0000ff.			Z	Zeitraumbezogenes Entgelt Diagnostik		
			3	0000ff.			Z	Zeitraumbezogenes Entgelt Infrastruktur		
			4	0000ff.			Z	Zeitraumbezogenes Entgelt Sonstiges		
		4	1	0000ff.			T	Zuschläge tagesbezogenes Entgelt Therapie		
			2	0000ff.			T	Zuschläge tagesbezogenes Entgelt Diagnostik		
			3	0000ff.			T	Zuschläge tagesbezogenes Entgelt Infrastruktur		
			4	0000ff.			T	Zuschläge tagesbezogenes Entgelt Sonstiges		
		5	1	0000ff.			F	Zuschläge fallbezogenes Entgelt Therapie		
			2	0000ff.			F	Zuschläge fallbezogenes Entgelt Diagnostik		
			3	0000ff.			F	Zuschläge fallbezogenes Entgelt Infrastruktur		
			4	0000ff.			F	Zuschläge fallbezogenes Entgelt Sonstiges		
		6	1	0000ff.			Z	Zuschläge zeitraumbezogenes Entgelt Therapie		
			2	0000ff.			Z	Zuschläge zeitraumbezogenes Entgelt Diagnostik		
			3	0000ff.			Z	Zuschläge zeitraumbezogenes Entgelt Infrastruktur		
			4	0000ff.			Z	Zuschläge zeitraumbezogenes Entgelt Sonstiges		
	7	1	0000ff.				Sonstige Zuschläge Therapie			
		2	0000ff.				Sonstige Zuschläge Diagnostik			
		3	0000ff.				Sonstige Zuschläge Infrastruktur			
		4	0000ff.				Sonstige Zuschläge Sonstiges			
	C	0	00000ff.				NUB-Zusatzentgelte	NUB		
	F	1	1-6	1-Z	000ff.			Entgelt für integrierte Versorgung	Integrierte Versorgung	
		2	1-6	1-Z	000ff.			Abschlag für integrierte Versorgung		
	U	1	00001			T	Vergütung je Tag, undifferenziert	Übergangspflege		
			00002			T	Vergütung je Tag, weitere Differenzierung			
	N	0	92900			T	Entgelte für nachstationäre Behandlung, tagesbezogen	Nachstationär		
			93000							
			93100							

1. Stelle	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	T tagesbezogen F fallbezogen Z zeitraumbezogen				
	V	0	0XXXX						Einzelleistungsvergütung med.-techn. Großgeräte	Vorstationär		
			92900	F	Entgelte für vorstationäre Behandlung, fallbezogen							
			93000									
			93100									
			20001	F	Anwendung von Arzneimitteln mit monoklonalen Antikörpern gemäß § 2 Abs. 1 MAKV (450 bzw 360 Euro)							
			20002	F	Anwendung von Arzneimitteln mit monoklonalen Antikörpern gemäß § 2 Abs. 1 MAKV (40 Euro)							
			20003	F	Anwendung von Arzneimitteln mit monoklonalen Antikörpern gemäß § 2 Abs. 2 Punkt 2 MAKV (150 Euro)							
			20004	F	Anwendung von Arzneimitteln mit monoklonalen Antikörpern gemäß § 4 Abs. 2a MAKV bei Abholung (40 Euro)							
			20005	F	Zuschlag gemäß § 2 Absatz 2 Punkt 2 MAKV bei Besuch der Patientin oder des Patienten in der eigenen Häuslichkeit oder in beschützenden Wohnheimen, Einrichtungen oder Pflege- oder Altenheimen (60 Euro, nur in Verbindung mit Entgeltart CV020003)							
			0XXXX						Einzelleistungsvergütung med.-techn. Großgeräte			
D Stationsäquivalenter Behandlungsbereich	6	1	00000ff.	T	Tagesbezogene Zuschläge					Zuschläge		
			2	00000ff.	F	Fallbezogene Zuschläge						
			3	00000ff.	F	Sonstige Zuschläge						
		00001		F	Zuschlag-Aufwandspauschale bei erfolgloser MDK-Prüfung							
		4	00000ff.	F	Prozentuale Zuschläge							
			EA000	F	Zuschlag Erwachsene, Arzt							
			EP000	F	Zuschlag Erwachsene, Psychologe							
			ES000	F	Zuschlag Erwachsene, Spezialtherapeut							
			KA000	F	Zuschlag Kinder und Jugendliche, Arzt							
			KF000	F	Zuschlag Kinder und Jugendliche, pädagogisch-pflegerische Fachperson							
			KP000	F	Zuschlag Kinder und Jugendliche, Psychologe							

1. Stelle	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	T tagesbezogen F fallbezogen Z zeitraumbezogen			
	7	1	00000ff.					T	Tagesbezogene Abschläge	Abschläge	
		2	00000ff.					F	Fallbezogene Abschläge		
		3	00000ff.					F	Sonstige Abschläge		
		4	00000ff					F	Prozentuale Abschläge		
	D	1	00001					T	Teilzahlungsentgelt (stationsäquivalente Behandlungsfälle)	Teilzahlungsentgelte	
			00002					T	Teilzahlungskorrektur (stationsäquivalente Behandlungsfälle)		
	G		Reserviert								
	H	1	00000ff					T	Entgelt für krankenhausindividuell vereinbarte Leistungen, <u>tagesbezogen</u>	Anlage 6b	
		2	00000ff.					F	Entgelt für krankenhausindividuell vereinbarte Leistungen, <u>fallbezogen</u>		
		3	00000ff.					Z	Entgelt für krankenhausindividuell vereinbarte Leistungen <u>zeitraumbezogen</u>		

¹ bei fehlender Unterscheidung von Vergütungsklassen immer „1“

Schlüssel 5: Entlassungs-/Verlegungsgrund

1. u. 2. Stelle	01	Behandlung regulär beendet
	02	Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
	03	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
	04	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
	05	Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
	06	Verlegung in ein anderes Krankenhaus
	07	Tod
	08	Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
	09	Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
	10	Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
	11	Entlassung in ein Hospiz
	12	interne Verlegung
	13	externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung
	14	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
	15	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
	16	externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs.1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung
	17	interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs.1 Satz 15 KHG
	18	Rückverlegung
	19	Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung
	20	Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation
	21	Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme
	22	Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
	23	Beginn eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht (BpflV-Bereich – für verlegende Fachabteilung)
	24	Beendigung eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht (BpflV-Bereich – für Pseudofachabteilung 0003)
	25	Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung – § 4 PEPPV)
	26	Beginn eines Zeitraumes ohne direkten Patientenkontakt (stationsäquivalente Behandlung)
	27	Beendigung eines Zeitraumes ohne direkten Patientenkontakt (stationsäquivalente Behandlung – für Pseudofachabteilung 0004)
	30	Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege
	31	Beginn eines externen Aufenthalts (tagesstationäre Behandlung)
	32	Reguläre Beendigung eines externen Aufenthalts bei tagesstationärer Behandlung
	33	Ungeplante Beendigung eines externen Aufenthalts bei tagesstationärer Behandlung – Notfall

	34	Ungeplante Beendigung eines externen Aufenthalts bei tagesstationärer Behandlung – medizinischer Behandlungsbedarf
	35	Ungeplante Beendigung eines externen Aufenthalts bei tagesstationärer Behandlung – Wunsch des Patienten
3. Stelle	1	arbeitsfähig entlassen
	2	arbeitsunfähig entlassen
	3	arbeitsfähig: keine Angabe; invasiv beatmet i.S. B-BEP-Abschlagsvereinbarung; keine Verordnung einer Anschlussversorgung zur Beatmungsentwöhnung
	4	arbeitsfähig: keine Angabe; invasiv beatmet i.S. B-BEP-Abschlagsvereinbarung; Verordnung einer Anschlussversorgung zur Beatmungsentwöhnung
	5	arbeitsfähig: keine Angabe; invasiv beatmet; B-BEP-Abschlagsvereinbarung nicht anwendbar; keine Verordnung
	6	arbeitsfähig: keine Angabe; invasiv beatmet; Anwendung §3 Abs. 6 FPV
	9	keine Angabe

Hinweis:

Bei Angabe der Ziffern 01 – 04, 14 – 15 und 21 in der 1. und 2. Stelle muss für erwerbstätige Versicherte die 3. Stelle mit '1' (arbeitsfähig entlassen) oder '2' (arbeitsunfähig entlassen) gefüllt werden; in allen anderen Fällen – sofern es sich nicht um invasiv beatmet entlassene oder verletzte Patienten handelt – ist die 3. Stelle mit '9' zu füllen. Es handelt sich um eine Einschätzung des behandelnden Arztes und stellt keinen verbindlichen Vorgriff auf die abschließende Beurteilung durch den behandelnden Vertragsarzt (AU-Bescheinigung) dar.

Die Angabe der Ziffer 13 bezieht sich auf eine Untermenge der ehemals unter Ziffer 06 zusammengefassten Krankenhäuser. Die Ziffer 06 bezieht sich nunmehr nur noch auf externe Verlegungen in Krankenhäuser, sofern nicht in eine psychiatrische oder psychosomatische Abteilung verlegt wird.

Die Angaben '16' und '18' bis '21' in der 1. und 2. Stelle sind nur bei Neueinstufung in Verbindung mit Rückverlegung oder Wiederaufnahme zu verwenden (siehe Anlage 5, Abschnitt 1.4.4) oder '16' und '18' in Verbindung mit Rückverlegung bei Fortführung im BPFIV-Bereich (siehe Anlage 5, Abschnitt 1.4.5)!

Für den Bereich der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (Aufnahmegrund `10`) gelten auch die Schlüssel 21x/22x (siehe Anlage 5 die Textziffern 1.4.9.1).

Durch die Angabe eines Entlassungs-/Verlegungsgrundes (1. und 2. Stelle Ausprägung 01 bis 04 oder 09–11) in Verbindung mit der 3. Stelle (Ausprägung 3–5) dokumentiert das Krankenhaus den Status zur Beatmung bei Entlassung und die formlose Verordnung gemäß § 3 Abs. 7 der B-BEP-Abschlagsvereinbarung. Eine Angabe arbeitsfähig/arbeitsunfähig erfolgt nicht.

Im Falle einer Verlegung in eine Weaningeinheit gemäß §3 Abs. 6 FPV ist die Verlegung eines invasiv beatmeten Patienten mit Verlegungsgrund 1.–2.Stelle 06 und an dritter Stelle 6 anzugeben.

Schlüssel 6: Fachabteilungen

Fachabteilungen gemäß Anhang 1 der BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

1. bis 4. Stelle	0100	Innere Medizin
	0200	Geriatric
	0300	Kardiologie
	0400	Nephrologie
	0500	Hämatologie und internistische Onkologie
	0600	Endokrinologie
	0700	Gastroenterologie
	0800	Pneumologie
	0900	Rheumatologie
	1000	Pädiatrie
	1100	Kinderkardiologie
	1200	Neonatologie
	1300	Kinderchirurgie
	1400	Lungen- und Bronchialheilkunde
	1500	Allgemeine Chirurgie
	1600	Unfallchirurgie
	1700	Neurochirurgie
	1800	Gefäßchirurgie
	1900	Plastische Chirurgie
	2000	Thoraxchirurgie
	2100	Herzchirurgie
	2200	Urologie
	2300	Orthopädie
	2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
	2500	davor Geburtshilfe
	2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
	2700	Augenheilkunde
	2800	Neurologie
	2900	Allgemeine Psychiatrie
	3000	Kinder- und Jugendpsychiatrie
	3100	Psychosomatik/Psychotherapie
	3200	Nuklearmedizin
	3300	Strahlenheilkunde
	3400	Dermatologie
	3500	Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
	3600	Intensivmedizin
		Ergänzung
	2316	Orthopädie und Unfallchirurgie
	2425	Frauenheilkunde
	3700	Sonstige Fachabteilung

Hinweis:

Der Fachabteilungsschlüssel wird bei Bedarf fortgeschrieben (siehe Anlage 5).

Stand: 09.04.2024

Fachabteilungen mit Differenzierung nach Schwerpunkten

Sofern der Krankenhausplan des jeweiligen Landes eine Differenzierung von/nach Schwerpunkten vorsieht und ein entsprechender Schwerpunkt für das Krankenhaus ausgewiesen ist oder eine Differenzierung im Rahmen eines Vertrages nach § 109 SGB V zwischen den Vertragsparteien vereinbart wurde, können die Fachabteilungen wie folgt verschlüsselt werden:

1. bis 4. Stelle		Fachabteilungen	
	0102	Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie	
	0103	Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie	
	0104	Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie	
	0105	Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	
	0106	Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie	
	0107	Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie	
	0108	Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie	
	0109	Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie	
	0114	Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	
	0150	Innere Medizin/Tumorforschung	
	0151	Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie	
	0152	Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten	
	0153	Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes	
	0154	Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde	
	0156	Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten	
	0224	Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	
	0260	Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	
	0261	Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	
	0410	Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie	
	0436	Nephrologie/Intensivmedizin	
	0510	Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie	
	0524	Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	
	0533	Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	
	0607	Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie	
	0610	Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie	
	0706	Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie	
	0710	Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie	
	0910	Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie	
	1004	Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie	
	1005	Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	
	1006	Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie	
	1007	Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie	
	1009	Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie	
	1011	Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie	
	1012	Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie	
	1014	Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	
	1028	Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie	
	1050	Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin	
	1051	Langzeitbereich Kinder	
	1136	Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin	

1410	Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie	
1513	Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie	
1516	Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie	
1518	Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie	
1519	Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie	
1520	Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie	
1523	Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie	
1536	Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)	
1550	Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie	
1551	Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie	
2021	Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie	
2036	Thoraxchirurgie/Intensivmedizin	
2050	Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin	
2118	Herzchirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie	
2120	Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie	
2136	Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)	
2150	Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin	
2309	Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie	
2315	Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie	
2402	Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie	
2405	Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	
2406	Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie	
2810	Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie	
2851	Neurologie/Schwerpunkt Gerontologie	
2852	Neurologie/Schwerpunkt Neurologische Frührehabilitation	
2856	Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten	
2928	Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie	
2930	Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie	
2931	Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie	
2950	Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung	
2951	Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie	
2952	Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung	
2953	Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik	
2954	Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtambulanz	
2955	Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik	
2956	Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtambulanz	
2960	Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	
2961	Allgemeine Psychiatrie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)	
3060	Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	
3061	Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)	
3110	Psychosomatik/Psychotherapie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychosomatik	
3160	Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	
3161	Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)	
3233	Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	
3305	Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	

	3350	Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie	
	3415	Dermatologie/Schwerpunkt Chirurgie	
	3460	Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	
	3601	Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin	
	3603	Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie	
	3610	Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie	
	3617	Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie	
	3618	Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie	
	3621	Intensivmedizin/Schwerpunkt Herzchirurgie	
	3622	Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie	
	3624	Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe	
	3626	Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	
	3628	Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie	
	3650	Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie	
	3651	Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie	
	3652	Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie	
	3750	Angiologie	
	3751	Radiologie	
	3752	Palliativmedizin	
	3753	Schmerztherapie	
	3754	Heiltherapeutische Abteilung	
	3755	Wirbelsäulenchirurgie	
	3756	Suchtmedizin	
	3757	Visceralchirurgie	
	3758	Weaningeinheit	
	3759	Schmerztherapie/Tagesklinik	
	3760	Palliativmedizin Kinder	

Fachabteilungen ohne Differenzierung nach Schwerpunkten oder mit sonstigen Spezialisierungen

1. und 2. Stelle	=	1. und 2. Stelle des Fachabteilungsschlüssels (01 bis 37)
3. und 4. Stelle	a)	'00'
	b)	'90'
	c)	'91'
	d)	'92'
	e)-j)	'93'-'98'
	Beispiele:	
	0100	Innere Medizin A
	0190	Innere Medizin B
	(0191	Innere Medizin C)
	(0192	Innere Medizin D)
	(0195	Innere Medizin G)
	1500	Chirurgie I
	1590	Chirurgie II
	(1591	Chirurgie III)
	(1592	Chirurgie IV)

	(1597	Chirurgie IX)
	3700	Sonstige Fachabteilung I
	3790	Sonstige Fachabteilung II
	(3791	Sonstige Fachabteilung III)
	(3792	Sonstige Fachabteilung IV)
	(3797	Sonstige Fachabteilungen IX)

Hinweis:

Zusätzlich zu '00' kann in der 3. und 4. Stelle '90' bis '98' individuell genutzt werden, um spezialisierte Fachabteilungen zu verschlüsseln, für die kein bundeseinheitlicher Fachabteilungsschlüssel vorgesehen ist.

Bei dieser Differenzierung von Fachabteilungen kommt es im Rahmen der Datenübermittlung nicht auf die exakte Benennung der Art der Spezialisierung oder des Schwerpunktes der Fachabteilung an. Voraussetzung für das Verfahren ist, dass die Vertragsparteien im Rahmen der Pflegesatzvereinbarung gemeinsam die oben beschriebene Festlegung der Fachabteilungsschlüssel vornehmen.

Sonderregelung für Pseudo-Fachabteilungen im ETL-Segment der Entlassungsanzeige

0000	Pseudo-Fachabteilung für den Krankenhausbezug (relevante "Fachabteilung" für die DRG-Gruppierung) bei internen Verlegungen und/oder Rückverlegungen und/oder Wiederaufnahmen und/oder bei externem Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht, siehe Anlage 5, Kapitel 1.2.7
0001	Pseudo-Fachabteilung für den Aufenthalt bei Rückverlegung, siehe Anlage 5, Kapitel 1.4.4.2
0002	Pseudo-Fachabteilung für den externen Aufenthalt bei Wiederaufnahme
0003	Pseudofachabteilung für den externen Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht im BPFIV-Bereich*
0004	Pseudofachabteilung für Zeitraum ohne direkten Patientenkontakt (bei stationsäquivalenter Behandlung)
0005	Reserviert
0006	Pseudo-Fachabteilung für Rückkehr in das Krankenhaus bei tagesstationärer Behandlung

* Hinweis:

„0003“ wird als Fachabteilungsschlüssel bei einem externen Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht für Versicherte in Krankenhäusern, die gemäß BPFIV vergütet werden angewendet (unabhängig von der Anwendung des neuen Vergütungssystems nach §17d KHG – siehe Anlage 5 Kapitel 1.4.10)

Fachabteilungsschlüssel, bei denen nach BPFIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung 50 % APS-intensiv abgerechnet werden kann und deren Abteilungspflegesätze bei gleichzeitiger Abrechnung eines Sonderentgeltes nicht um 20 % zu ermäßigen sind:

	0436	Nephrologie/Intensivmedizin
	1136	Kinderkardiologie/Intensivmedizin
	1536	Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BPFIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
	2036	Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
	2050	Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin

	2136	Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
	2150	Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
	36xx	Intensivmedizin

Der BpflV unterliegende Fachabteilungen werden durch die ersten zwei Stellen identifiziert:

	29xx	Allgemeine Psychiatrie
	30xx	Kinder- und Jugendpsychiatrie
	31xx	Psychosomatik/Psychotherapie

Der Ort des häuslichen Umfelds wird gemäß § 12 der Vereinbarung zur Stationsäquivalenten Behandlung nach § 115d Abs. 2 SGB V wie folgt dokumentiert:

2970 Allgemeine Psychiatrie, Stationsäquivalente Behandlung in der Privatwohnung

2971 Allgemeine Psychiatrie, Stationsäquivalente Behandlung im Pflegeheim

2972 Allgemeine Psychiatrie, Stationsäquivalente Behandlung in weiteren Wohnformen

3070 Kinder- und Jugendpsychiatrie, Stationsäquivalente Behandlung in der Privatwohnung

3071 Kinder- und Jugendpsychiatrie, Stationsäquivalente Behandlung im Pflegeheim

3072 Kinder- und Jugendpsychiatrie, Stationsäquivalente Behandlung in weiteren Wohnformen

Schlüssel 7: Internationales Länderkennzeichen

Quelle: 'Liste der Nationalitätszeichen im internationalen Kraftfahrzeugverkehr' vom Bundesverkehrsministerium, Stand 1. Dezember 1995

Die kursiv gedruckten Länder haben kein internationales Kfz-Länderkennzeichen, die Kennzeichen dazu sind frei vergeben worden.

ET	Ägypten
ETH	Äthiopien
AFG	Afghanistan
AL	Albanien
DZ	Algerien
AND	Andorra
ANG	Angola
<i>AB</i>	<i>Antigua und Barbuda</i>
RA	Argentinien
<i>AR</i>	<i>Armenien</i>
AZ	Aserbaidtschan
AUS	Australien
BS	Bahamas
BRN	Bahrain
BD	Bangladesch
BDS	Barbados
BY	Belarus (Weißrußland)
B	Belgien
BH	Belize (brit. Honduras)
<i>BEN</i>	<i>Benin (Dahomey)</i>
<i>BHU</i>	<i>Bhutan</i>
BOL	Bolivien
BIH	Bosnien–Herzegowina
RB	Botsuana
BR	Brasilien
BRU	Brunei Darussalam
BG	Bulgarien
D	Bundesrepublik Deutschland
BF	Burkina Faso
<i>RU</i>	<i>Burundi</i>
RCH	Chile
RC	China (Taiwan)
<i>CHI</i>	<i>China (Volksrepublik)</i>
CR	Costa Rica
CI	Côte d'Ivoire (Elfenbeinküste)
DK	Dänemark
WD	Dominica
DOM	Dominikanische Republik

EC	Ecuador
ES	El Salvador
ER	Eritrea
EST	Estland
FR	Faröer (dän.)
<i>FAL</i>	<i>Falklandinseln</i>
FJI	Fidschi
FIN	Finnland
F	Frankreich
<i>GAB</i>	<i>Gabun</i>
WAG	Gambia
GE	Georgien
GH	Ghana
GBZ	Gibraltar
WG	Grenada
GR	Griechenland
GB	Vereinigtes Königreich (Großbritannien)
GBA	Alderney
GBG	Guernsey
GBJ	Jersey
GBM	Insel Man
GCA	Guatemala
<i>GUI</i>	<i>Guinea</i>
GUY	Guyana
RH	Haiti
HN	Honduras
HK	Hongkong
IND	Indien
RI	Indonesien
IRQ	Irak
IR	Iran
IRL	Irland
IS	Island
IL	Israel
I	Italien
JA	Jamaika
J	Japan
<i>JEM</i>	<i>Jemen</i>
JOR	Jordanien
K	Kambodscha

<i>KAM</i>	<i>Kamerun</i>
CDN	Kanada
KZ	Kasachstan
Q	Katar
EAK	Kenia
KS	Kirgisistan
CO	Kolumbien
RCB	Kongo
CD	Kongo, Demokratische Republik
ROK	Korea (Südkorea)
RKS	Kosovo
HR	Kroatien
C	Kuba
KWT	Kuwait
LAO	Laos, Demokratische Volksrepublik
LS	Lesotho
LV	Lettland
RL	Libanon
<i>LBA</i>	<i>Liberia</i>
<i>LBY</i>	<i>Libyen</i>
FL	Liechtenstein
LT	Litauen
L	Luxemburg
RM	Madagaskar
MK	Mazedonien (ehemalige jugoslawische Republik)
MW	Malawi
MAL	Malaysia
<i>MDI</i>	<i>Malediven</i>
RMM	Mali
M	Malta
MA	Marokko
RIM	Mauretanien
MS	Mauritius
MEX	Mexiko
<i>MIK</i>	<i>Mikronesien, Föderierte Staaten von</i>
MD	Moldau
MC	Monaco
<i>MNG</i>	<i>Mongolei</i>
<i>MNE</i>	<i>Montenegro</i>
MOC	Mosambik
MYA	Myanmar (Birma)
NAM	Namibia
<i>NAU</i>	<i>Nauru</i>
<i>NEP</i>	<i>Nepal</i>
NZ	Neuseeland

NIC	Nicaragua
NA	Niederl. Antillen (Curacao)
NL	Niederlande
RN	Niger
WAN	Nigeria
N	Norwegen
A	Österreich
OM	Oman
PK	Pakistan
PA	Panama
<i>PAP</i>	<i>Papua-Neuguinea</i>
PY	Paraguay
PE	Peru
RP	Philippinen
PL	Polen
P	Portugal
RWA	Ruanda
RO	Rumänien
RUS	Russische Föderation
<i>SAL</i>	<i>Salomonen</i>
WL	Santa Lucia
WV	St. Vincent u. die Grenadinen
Z	Sambia
WS	Samoa (Westsamoa)
RSM	San Marino
<i>SAN</i>	<i>Sansibar</i>
<i>STO</i>	<i>Sao Tome und Principe</i>
KSA	Saudi Arabien, Königreich
S	Schweden
CH	Schweiz
SN	Senegal
<i>SRB</i>	<i>Serbien</i>
SY	Seychellen
WAL	Sierra Leone
ZW	Simbabwe
SGP	Singapur
SK	Slowakische Republik
SLO	Slowenien
SP	Somalia
E	Spanien
<i>SRL</i>	<i>Sri Lanka (Ceylon)</i>
<i>STK</i>	<i>St. Kitts und Nevis</i>
<i>SUD</i>	<i>Sudan</i>
ZA	Südafrika
SME	Suriname
SD	Swasiland
SYR	Syrien
TJ	Tadschikistan

EAT	Tansania
THA	Thailand
RT	Togo
TT	Trinidad und Tobago
<i>TSD</i>	<i>Tschad</i>
CZ	Tschechische Republik
TN	Tunesien
TR	Türkei
TM	Turkmenistan
EAU	Uganda
UA	Ukraine
H	Ungarn
ROU	Uruguay
UZ	Usbekistan
V	Vatikanstadt
YV	Venezuela
UAE	Vereinigte Arabische Emirate
USA	Vereinigte Staaten von Amerika
VN	Vietnam
RCA	Zentralafrikanische Republik
CY	Zypern

Schlüssel 8: Merkmal Kostenübernahme

1. und 2. Stelle	01	Kostenübernahme, kein Pflegegrad vorhanden
	A1	Kostenübernahme, kein Pflegegrad vorhanden, Einstufung beantragt
	B1	Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 1
	C1	Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 1, Antrag auf Neueinstufung
	D1	Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 2
	E1	Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 2, Antrag auf Neueinstufung
	F1	Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 3
	G1	Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 3, Antrag auf Neueinstufung
	H1	Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 4
	K1	Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 4, Antrag auf Neueinstufung
	L1	Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 5
	M1	Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 5, Antrag auf Neueinstufung
	02	Änderung der Kostenübernahme
	03	Ablehnung, kein Leistungsanspruch
	04	Kostenübernahme, Rechnung zusätzlich in Papierform (Auslands-Versicherter / Auftragsleistung)
	05	Ablehnung, Unfallversicherungsträger zuständig
	06	Ablehnung, Rentenversicherungsträger zuständig
	07	Ablehnung, Krankenversicherungsträger nicht zuständig
	08	Bestätigung des Versichertenverhältnisses, kein Pflegegrad vorhanden
	A8	Bestätigung des Versichertenverhältnisses, kein Pflegegrad vorhanden, Einstufung beantragt
	B8	Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 1
	C8	Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 1, Antrag auf Neueinstufung
	D8	Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 2
	E8	Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 2, Antrag auf Neueinstufung
	F8	Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 3
	G8	Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 3, Antrag auf Neueinstufung
	H8	Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 4
	K8	Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 4, Antrag auf Neueinstufung
	L8	Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 5
	M8	Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 5, Antrag auf Neueinstufung
3 u. 4. Stelle		gilt nur für Knappschaft, sonst leer
	10	Kostenübernahme in Höhe der allgemeinen Krankenhausleistungen
	21	Wie 10 sowie Übernahme der Kosten für die Unterbringung in einem Zweibettzimmer (ohne weitere gesondert berechenbare Zusatzleistungen) und für die Behandlung durch die liquidationsberechtigten Chefärzte/leitenden

		Krankenhausärzte nach dem Vertrag zwischen dem VLK und der Knappschaft in der jeweiligen Fassung auf Grund einer spezifizierten Rechnung
	24	Wie 10 sowie Übernahme der Kosten für die Unterbringung in einem Zweibettzimmer (ohne weitere gesondert berechenbare Zusatzleistungen) und für die Behandlung durch die liquidationsberechtigten Chefärzte/leitenden Krankenhausärzte nach der GOÄ aufgrund einer spezifizierten Rechnung
	25	Wie 10 sowie Übernahme der Kosten für die Unterbringung in einem Zweibettzimmer (ohne weitere gesondert berechenbare Zusatzleistungen)
	26	Wie 10 sowie Übernahme der Kosten für die Behandlung durch die liquidationsberechtigten Chefärzte/leitenden Krankenhausärzte nach dem Vertrag zwischen dem VLK und der Knappschaft in der jeweiligen Fassung auf Grund einer spezifizierten Rechnung
	27	Wie 10 sowie Übernahme der Kosten für die Behandlung durch die liquidationsberechtigten Chefärzte/leitenden Krankenhausärzte nach der GOÄ aufgrund einer spezifizierten Rechnung
	31	Übernahme der Kosten für die Unterbringung in einem Zweibettzimmer (ohne weitere gesondert berechenbare Zusatzleistungen) und für die Behandlung durch die liquidationsberechtigten Chefärzte/leitenden Krankenhausärzte nach dem Vertrag zwischen dem VLK und der Knappschaft in der jeweiligen Fassung auf Grund einer spezifizierten Rechnung ohne Kosten der allgemeinen Krankenhausleistung
	34	Übernahme der Kosten für die Unterbringung in einem Zweibettzimmer (ohne weitere gesondert berechenbare Zusatzleistungen) und für die Behandlung durch die liquidationsberechtigten Chefärzte/leitenden Krankenhausärzte nach der GOÄ aufgrund einer spezifizierten Rechnung ohne Kosten der allgemeinen Krankenhausleistung
	35	Übernahme der Kosten für die Unterbringung in einem Zweibettzimmer (ohne weitere gesondert berechenbare Zusatzleistungen) ohne Kosten der allgemeinen Krankenhausleistung
	36	Übernahme der Kosten für die Behandlung durch die liquidationsberechtigten Chefärzte/leitenden Krankenhausärzte nach dem Vertrag zwischen dem VLK und der Knappschaft in der jeweiligen Fassung auf Grund einer spezifizierten Rechnung ohne Kosten der allgemeinen Krankenhausleistung
	37	Übernahme der Kosten für die Behandlung durch die liquidationsberechtigten Chefärzte/leitenden Krankenhausärzte nach der GOÄ aufgrund einer spezifizierten Rechnung ohne Kosten der allgemeinen Krankenhausleistung

(Das Übermittlungsverfahren bezieht die Liquidation der Chefärzte/leitenden Krankenhausärzte nicht ein!)

Schlüssel 9: Verarbeitungskennzeichen

	01	reserviert
	03	reserviert
		<u>Normalfall für Leistungen nach § 140a, § 120 Abs. 1a und § 117 Abs. 2 u. 3 SGB V</u>
	05	Leistungen nach § 140a SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO)
	06	Leistungen nach § 120 Abs. 1a SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO)
	07	Leistungen nach § 117 Abs. 3 SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO)
	08	Leistungen nach § 117 Abs. 2 SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO)
	09	ambulante Leistungen nach § 137e Abs. 4 Satz 4 SGB V (nur für AMBO)
	10	Normalfall
	11	Ambulante Abrechnung nach § 115b SGBV statt stationäre Abrechnung (nur für AMBO und optional für ZAAO nach Fallstorno „35“)
	12	Ambulante Abrechnung nach § 116b SGBV (alt) statt stationäre Abrechnung (nur für AMBO und optional für ZAAO nach Fallstorno „35“)
	13	spezialfachärztliche Leistungen nach § 116b SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO)
	14	Leistungen nach § 119c SGB V (nur für AMBO und optional ZAAO)
	16	Leistungen nach § 116b Abs. 2 SGB V (alt) (nur für AMBO und optional für ZAAO)
	17	Leistungen nach § 117 Abs. 1 SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO)
	18	Leistungen nach § 118 SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO)
	19	Leistungen nach § 119 SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO)
	20	Änderung
	30	Fallstorno (durch Krankenhaus, nur über AUFN und AMBO)
	31	KH-internes Kennzeichen des Versicherten fehlerhaft
	32	IK des Krankenhauses fehlerhaft
	33	Kostenträgerzuordnung nicht zutreffend
	34	Softwarefehler
	35	Ambulante Abrechnung nach stationärer Aufnahme (nur für AUFN)
	36	Stornierung Abrechnung nach § 116b Abs. 2 SGB V (nur für AMBO)
	37	Stornierung Abrechnung nach § 117 Abs. 1 SGB V (nur für AMBO)
	38	Stornierung Abrechnung nach § 118 SGB V (nur für AMBO)
	39	Stornierung Abrechnung nach § 119 SGB V (nur für AMBO)
	40	Storno einer Entlassungsanzeige
	41	Storno einer Entlassungsanzeige wegen Rückverlegung oder Wiederaufnahme
		<u>Fallstorno für Leistungen nach § 140a, § 116b, § 119c SGB V, § 120 Abs. 1a, § 117 Abs. 2 u. 3 SGB V und § 137e Abs. 4 Satz 4 SGB V</u>
	43	Stornierung Abrechnung spezialfachärztliche Leistungen § 116b SGB V (nur für AMBO)
	44	Stornierung Abrechnung nach § 119c SGB V (nur für AMBO)
	45	Stornierung Abrechnung nach § 140a SGB V (nur für AMBO)
	46	Stornierung Abrechnung nach § 120 Abs.1a SGB V (nur für AMBO)
	47	Stornierung Abrechnung nach § 117 Abs.3 SGB V (nur für AMBO)
	48	Stornierung Abrechnung nach § 117 Abs. 2 SGB V (nur für AMBO)
	49	Stornierung Abrechnung nach § 137e Abs. 4 Satz 4 SGB V (nur für AMBO)

	75	Information gemäß PrüfvV (nur KAIN und INKA)
	76	Stornierung einer Information gemäß PrüfvV (nur KAIN und INKA)

Schlüssel 10: Prüfungsvermerk

1. und 2. Stelle	01	Rechnungsbetrag wird angewiesen
	02	Rechnung wird zur Zeit geprüft (Zahlung / Abweisung erfolgt unverzüglich)
	03	Rechnung wurde bereits bezahlt
	04	Krankenkasse ist nicht Kostenträger
	05	Rechnungsbetrag wird teilweise angewiesen
	06	Es handelt sich bei der Erkrankung um einen Arbeitsunfall bzw. um eine Berufskrankheit. Berufsgenossenschaft ist zuständig
	07	Es handelt sich um einen BVG-Fall, einen Grenzgänger oder einen Auslands-Versicherten oder einen sonstigen Regreßfall. Rechnung bitte zusätzlich in Papierform
	11	Rechnungsbetrag wird angewiesen
	12	Rechnung wird zur Zeit geprüft (Zahlung / Abweisung erfolgt unverzüglich)
	13	Rechnung wurde bereits bezahlt
	15	Rechnungsbetrag wird teilweise angewiesen
	21	Rechnungsbetrag wird angewiesen, Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
	22	Rechnung wird zur Zeit geprüft (Zahlung / Abweisung erfolgt unverzüglich), Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
	23	Rechnung wurde bereits bezahlt, Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
	25	Rechnungsbetrag wird teilweise angewiesen, Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
	31	Rechnungsbetrag wird angewiesen, Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
	32	Rechnung wird zur Zeit geprüft (Zahlung / Abweisung erfolgt unverzüglich), Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
	33	Rechnung wurde bereits bezahlt, Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
	35	Rechnungsbetrag wird teilweise angewiesen, Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
	41	Rechnungsbetrag wird angewiesen, Belege über entstandene Kosten sind gesondert zur Verfügung zu stellen
	42	Rechnung wird zur Zeit geprüft (Zahlung / Abweisung erfolgt unverzüglich), Belege über entstandene Kosten sind gesondert zur Verfügung zu stellen
	43	Rechnung wurde bereits bezahlt, Belege über entstandene Kosten sind gesondert zur Verfügung zu stellen
	45	Rechnungsbetrag wird teilweise angewiesen, Belege über entstandene Kosten sind gesondert zur Verfügung zu stellen
	51	Rechnungsbetrag wird angewiesen, Belege über entstandene Kosten und Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
	52	Rechnung wird zur Zeit geprüft (Zahlung / Abweisung erfolgt unverzüglich), Belege über entstandene Kosten und Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
	53	Rechnung wurde bereits bezahlt, Belege über entstandene Kosten und Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen

	55	Rechnungsbetrag wird teilweise angewiesen, Belege über entstandene Kosten und Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
	61	Rechnungsbetrag wird angewiesen, Beleg über Unzustellbarkeit ist gesondert zur Verfügung zu stellen
	62	Rechnung wird zur Zeit geprüft (Zahlung / Abweisung erfolgt unverzüglich), Beleg über Unzustellbarkeit ist gesondert zur Verfügung zu stellen
	65	Rechnungsbetrag wird teilweise angewiesen, Beleg über Unzustellbarkeit ist gesondert zur Verfügung zu stellen
Hinweise:	04, 06	Gelangt für Fälle zur Anwendung, bei denen ohne vorhergehenden Aufnahmesatz oder Kostenübernahmesatz eine Rechnung übermittelt wird.
	05, 15, 25, 35, 45, 55, 65	Gelangt für Fälle zur Anwendung, bei denen die Krankenkasse im Rahmen der Gesetzeslage, des Landesvertrages und aktueller Rechtsprechung eine vom Rechnungsbetrag abweichende Zahlung vornimmt, sowie für Fälle, in denen die Rechnung anerkannt wird und eine Kürzung auf Grund eines Abschlages erfolgt.
	11 – 65	Gelangt nur bei vollstationären Fällen zur Anwendung.
		Die Schlüssel mit der Ausprägung 1 in der ersten Stelle können parallel zu den inhaltsgleichen Schlüsseln mit der Ausprägung 0 in der ersten Stelle und die Schlüssel mit der Ausprägung 2 in der ersten Stelle können parallel zu den inhaltsgleichen Schlüsseln mit der Ausprägung 3 in der ersten Stelle verwendet werden.

Schlüssel 11: Rechnungsart

1. Stelle	0	Zahlungssatz wird nicht angefordert
	1	Fortsetzungspauschale PrüfvV (2. Stelle = 4)
	2	Vergütung nach vorstationärer Höhe (Ersatzabrechnung; 2. Stelle = 2)
	5	Zahlungssatz wird angefordert (nicht bei 2. Stelle 4 oder 6 bis 8)
	8	Zuzahlungsgutschrift (nur für Zuzahlungsgutschrift / -rückforderung)
	9	Rückforderung von Zuzahlungen (nur für Zuzahlungsgutschrift / -rückforderung)
2. Stelle	0	(nur für Zuzahlungsgutschrift / -rückforderung)
	1	Zwischenrechnung
	2	Schlussrechnung
	3	Nachtragsrechnung
	4	Gutschrift / Stornierung
	5	Rechnung Übergangspflege
	6	Zahlungserinnerung
	7	1. Mahnung
	8	2. Mahnung
	9	Vorausberechnung nach § 14 Abs. 4 BPfIV bzw. § 14 Abs. 9 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

Schlüssel 12: Versichertenstatus

Teil 1	Versichertenart
	1 Mitglied
	3 Familienversicherter
	5 Rentner und deren Familienangehörige
	9 Auslandsversicherte
Teil 2	Besonderer Personenkreis
	00 kein besonderer Personenkreis
	04 § 264 SGB V, Nicht Versicherungspflichtige, Sozialhilfeempfänger
	06 BVG inkl. OEG, BSeuchG, SVG, ZHG, HHG, PrVG sowie BEG
	07 besonderer Personenkreis (in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatlichem Recht und niederl. Grenzgänger, die über eine KV-Karte verfügen; nach Aufwand)
	08 besonderer Personenkreis (in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatlichem Recht, die über eine KV-Karte verfügen; pauschal)
	09 Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz
	99 Auslandsversicherte
Teil 3	DMP-Teilnahme
	00 keine DMP- Teilnahme
	01 Diabetes mellitus Typ 2
	02 Brustkrebs
	03 koronare Herzkrankheit
	04 Diabetes mellitus Typ 1
	05 Asthma bronchiale
	06 COPD
	07 Chronische Herzinsuffizienz
	08 Depression
	09 Rückenschmerz
	10 Rheuma
	11 Osteoporose
	99 Auslandsversicherte

Schlüssel 13: reserviert

Schlüssel 14: reserviert

Schlüssel 15: Zuzahlungskennzeichen

	1	keine Zuzahlungspflicht
	2	Zuzahlung verrechnet und vom Versicherten vollständig geleistet
	4	keine Zuzahlungspflicht auf Grund gültiger Bescheinigung nach § 62 SGB V
	5	keine Zuzahlungspflicht auf Grund gültiger Quittung nach § 61 SGB V
	6	geringere Zuzahlung auf Grund gültiger Quittung nach § 61 SGB V verrechnet und vom Versicherten vollständig geleistet
	7	geringere Zuzahlung auf Grund gültiger Quittung nach § 61 SGB V verrechnet und vom Versicherten nicht oder nur teilweise geleistet
	8	Zuzahlung verrechnet und vom Versicherten nicht oder nur teilweise geleistet

Schlüssel 16: Lokalisation

	R	rechts
	L	links
	B	beidseitig

Schlüssel 17: Diagnosesicherheit

	A	ausgeschlossene Diagnose
	V	Verdachtsdiagnose
	Z	(symptomloser) Zustand nach der betreffenden Diagnose
	G	gesicherte Diagnose

Schlüssel 18: Währungskennzeichen

Hinweis: Währungseinheit, codiert nach ISO 4217

	DEM	Deutsche Mark
	EUR	Euro

Schlüssel 19: Zusatzkennzeichen EBM

	001	Allgemeinärzte, Praktische Ärzte, Hausärztliche Internisten
	002	Anästhesisten
	003	Chirurgen
	004	Frauenärzte
	005	Hautärzte
	006	HNO-Ärzte
	007	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
	008	Nervenärzte, Neurologen, Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
	009	Notfallärzte
	010	Orthopäden, Ärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin
	011	Nuklearmediziner
	012	Radiologen
	013	Strahlentherapeuten
	014	Urologen
	015	Fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt (Teilgebiet)
	Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt (Teilgebiet):	
	016	- Angiologie
	017	- Endokrinologie
	018	- Gastroenterologie
	019	- Hämatologie und Internistische Onkologie
	020	- Kardiologie
	021	- Nephrologie
	022	- Pneumologie
	023	- Rheumatologie
	024	- Orthopäden mit Schwerpunkt Rheumatologie

Schlüssel 20: EBM-Ziffern

siehe Anhang D zu Anlage 2

Bei Erweiterungen im Katalog „EBM“ wird der Schlüssel 20 fortgeschrieben. Sollte im Einzelfall ein Krankenhaus eine EBM-Ziffer, zu dessen Rechnungslegung es berechtigt ist, im Schlüsselverzeichnis nicht wiederfinden, stellt es formlos unter Nennung der EBM-Ziffer einen Antrag auf Erweiterung des Kataloges an den GKV-Spitzenverband (datenaustausch301@gkv-spitzenverband.de). Nach Abklärung des Sachverhaltes durch die autorisierte Schlüsselvergabestelle wird der Schlüssel 20 entsprechend des Ergebnisses der Prüfung fortgeschrieben.

Schlüssel 21: Geschlecht

	m	männlich
	w	weiblich
	d	divers
	x	unbestimmt

Schlüssel 22: Leistungsbereich (§ 116b)

010100	CT/ MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen
010200	Brachytherapie
020100	Mukoviszidose
020200	Gerinnungsstörungen (Hämophilie)
020300	Fehlbildungen, angeborenen Skelettsystemfehlbildungen und neuromuskulären Erkrankungen
020301	angeborenen Skelettsystemfehlbildungen
020302	Fehlbildungen
020400	schwerwiegende Immunologische Erkrankungen
020600	biliäre Zirrhose
020700	primär sklerosierende Cholangitis
020800	Morbus Wilson
020900	Transsexualismus
021001	angeborene Stoffwechselstörungen: Adrenogenitales Syndrom
021002	angeborene Stoffwechselstörungen: Hypothyreose
021003	angeborene Stoffwechselstörungen: Phenylketonurie
021004	angeborene Stoffwechselstörungen: Medium-chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (MCAD-Mangel)
021005	angeborene Stoffwechselstörungen: Galactosaemie
021100	Marfan-Syndrom
021200	Pulmonale Hypertonie
021300	neuromuskuläre Erkrankungen
021400	Kurzdarmsyndrom
021500	Vor- und Nachbehandlung bei Lebertransplantation
030101	onkologische Erkrankungen: Gastrointestinale Tumore, Tumore der Bauchhöhle
030102	onkologische Erkrankungen: Tumore der Lunge und des Thorax
030103	onkologische Erkrankungen: Knochen- und Weichteil-Tumore
030104	onkologische Erkrankungen: Hauttumore
030105	onkologische Erkrankungen: Tumore des Gehirns und der peripheren Nerven
030106	onkologische Erkrankungen: Kopf- und Halstumore
030107	onkologische Erkrankungen: Tumore des Auges
030108	onkologische Erkrankungen: Gynäkologische Tumore
030109	onkologische Erkrankungen: Urologische Tumore
030110	onkologische Erkrankungen: Tumore des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung
030111	onkologische Erkrankungen: Tumore bei Kindern und Jugendlichen
030200	HIV/ AIDS
030300	schwere Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen
030301	schwere Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen: Erwachsene
030302	schwere Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen: Kinder und Jugendliche
030400	schwere Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3 - 4)
030500	Tuberkulose
030600	Multiple Sklerose
030700	Anfallsleiden
030800	pädiatrische Kardiologie
030900	Frühgeborene mit Folgeschäden

031000	Querschnittslähmung bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen
--------	---

Leistungen nach §116b SGB V in seiner ab 01.01.2012 geltenden Fassung (wird entsprechend fortgeschrieben –§ 116b (neu))	
1[A-I]0100ff	Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen
1A0100	Onkologische Erkrankungen; Gastrointestinale Tumore und Tumore der Bauchhöhle
1A0200	Onkologische Erkrankungen; gynäkologische Tumore ohne Subspezialisierung
1A0201	Onkologische Erkrankungen: Mammakarzinom
1A0202	Onkologische Erkrankungen: Subspezialisierung andere gynäkologische Tumore
...	
1A0300	Urologische Tumore
1A0400	Hauttumore
1A0500	Tumore der Lunge und des Thorax
1A0600	Kopf- und Halstumore
1A0700	Tumore des Gehirns und der peripheren Nerven
1A0800	Knochen- und Weichteiltumore
...	
1B0100	Rheumatologische Erkrankungen; Erwachsene
1B0101	Rheumatologische Erkrankungen; Kinder
...	
1E0100	Multiple Sklerose
...	
1J0100	Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
...	
2[A-O]0100ff	Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen
2A0100	Tuberkulose; Tuberkulose und atypische Mykobakteriose
2B0100	Mukoviszidose
2C0100	Hämophilie
2D0100	Neuromuskuläre Erkrankungen
2E0100	Schwerwiegende immunologische Erkrankungen: Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose
...	
2H0100	Morbus - Wilson
2K0100	Marfan-Syndrom
2L0100	pulmonale Hypertonie
2O0100	ausgewählte seltene Lebererkrankungen
...	
3[A-B]0100ff	Hochspezialisierte Leistungen
....	

Schlüssel 23: PIA-Leistung

Bisherige Ausprägungen gültig bis 31.12.2018:

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

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

Neu ab 01.07.2018:

Leistungen von Ärzten

PIA-11A	Leistungen von Ärzten, Einzelbehandlung, bis 20 Min.
PIA-11B	Leistungen von Ärzten, Einzelbehandlung, > 20 bis 60 Min.
PIA-11C	Leistungen von Ärzten, Einzelbehandlung, > 60 Min.
PIA-14A	Leistungen von Ärzten, Kleingruppe, bis 60 Min.
PIA-14B	Leistungen von Ärzten, Kleingruppe, > 60 bis 90 Min.
PIA-14C	Leistungen von Ärzten, Kleingruppe, > 90 Min.
PIA-15A	Leistungen von Ärzten, Großgruppe, bis 60 Min.
PIA-15B	Leistungen von Ärzten, Großgruppe, > 60 bis 90 Min.
PIA-15C	Leistungen von Ärzten, Großgruppe, > 90 Min.
PIA-16A	Leistungen von Ärzten, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, bis 20 Min.
PIA-16B	Leistungen von Ärzten, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, > 20 bis 60 Min.
PIA-16C	Leistungen von Ärzten, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, > 60 Min.

Leistungen von Psychologen

PIA-21A	Leistungen von Psychologen, Einzelbehandlung, bis 20 Min.
PIA-21B	Leistungen von Psychologen, Einzelbehandlung, > 20 bis 60 Min.
PIA-21C	Leistungen von Psychologen, Einzelbehandlung, > 60 Min.
PIA-24A	Leistungen von Psychologen, Kleingruppe, bis 60 Min.
PIA-24B	Leistungen von Psychologen, Kleingruppe, > 60 bis 90 Min.
PIA-24C	Leistungen von Psychologen, Kleingruppe, > 90 Min.
PIA-25A	Leistungen von Psychologen, Großgruppe, bis 60 Min.
PIA-25B	Leistungen von Psychologen, Großgruppe, > 60 bis 90 Min.
PIA-25C	Leistungen von Psychologen, Großgruppe, > 90 Min.
PIA-26A	Leistungen von Psychologen, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, bis 20 Min.
PIA-26B	Leistungen von Psychologen, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, > 20 bis 60 Min.
PIA-26C	Leistungen von Psychologen, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, > 60 Min.

Leistungen von Pflegepersonal

PIA-31A	Leistungen von Pflegepersonal, Einzelbehandlung, bis 20 Min.
PIA-31B	Leistungen von Pflegepersonal, Einzelbehandlung, > 20 bis 60 Min.
PIA-31C	Leistungen von Pflegepersonal, Einzelbehandlung, > 60 Min.
PIA-34A	Leistungen von Pflegepersonal, Kleingruppe, bis 60 Min.
PIA-34B	Leistungen von Pflegepersonal, Kleingruppe, > 60 bis 90 Min.
PIA-34C	Leistungen von Pflegepersonal, Kleingruppe, > 90 Min.
PIA-35A	Leistungen von Pflegepersonal, Großgruppe, bis 60 Min.
PIA-35B	Leistungen von Pflegepersonal, Großgruppe, > 60 bis 90 Min.
PIA-35C	Leistungen von Pflegepersonal, Großgruppe, > 90 Min.
PIA-36A	Leistungen von Pflegepersonal, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, bis 20 Min.
PIA-36B	Leistungen von Pflegepersonal, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, > 20 bis 60 Min.
PIA-36C	Leistungen von Pflegepersonal, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, > 60 Min.

Leistungen von Sozialpädagogen

PIA-41A	Leistungen von Sozialpädagogen, Einzelbehandlung, bis 20 Min.
PIA-41B	Leistungen von Sozialpädagogen, Einzelbehandlung, > 20 bis 60 Min.
PIA-41C	Leistungen von Sozialpädagogen, Einzelbehandlung, > 60 Min.
PIA-44A	Leistungen von Sozialpädagogen, Kleingruppe, bis 60 Min.
PIA-44B	Leistungen von Sozialpädagogen, Kleingruppe, > 60 bis 90 Min.
PIA-44C	Leistungen von Sozialpädagogen, Kleingruppe, > 90 Min.
PIA-45A	Leistungen von Sozialpädagogen, Großgruppe, bis 60 Min.
PIA-45B	Leistungen von Sozialpädagogen, Großgruppe, > 60 bis 90 Min.
PIA-45C	Leistungen von Sozialpädagogen, Großgruppe, > 90 Min.
PIA-46A	Leistungen von Sozialpädagogen, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, bis 20 Min.
PIA-46B	Leistungen von Sozialpädagogen, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, > 20 bis 60 Min.
PIA-46C	Leistungen von Sozialpädagogen, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, > 60 Min.

Leistungen von Spezialtherapeuten

PIA-51A	Leistungen von Spezialtherapeuten, Einzelbehandlung, bis 20 Min.
PIA-51B	Leistungen von Spezialtherapeuten, Einzelbehandlung, > 20 bis 60 Min.
PIA-51C	Leistungen von Spezialtherapeuten, Einzelbehandlung, > 60 Min.
PIA-54A	Leistungen von Spezialtherapeuten, Kleingruppe, bis 60 Min.
PIA-54B	Leistungen von Spezialtherapeuten, Kleingruppe, > 60 bis 90 Min.
PIA-54C	Leistungen von Spezialtherapeuten, Kleingruppe, > 90 Min.
PIA-55A	Leistungen von Spezialtherapeuten, Großgruppe, bis 60 Min.
PIA-55B	Leistungen von Spezialtherapeuten, Großgruppe, > 60 bis 90 Min.
PIA-55C	Leistungen von Spezialtherapeuten, Großgruppe, > 90 Min.
PIA-56A	Leistungen von Spezialtherapeuten, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, bis 20 Min.
PIA-56B	Leistungen von Spezialtherapeuten, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, > 20 bis 60 Min.
PIA-56C	Leistungen von Spezialtherapeuten, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, > 60 Min.

Ohne Zuordnung zu Berufsgruppen

PIA-60Z	Fallbesprechung
PIA-17Z	Aufwändige Laboruntersuchungen
PIA-18Z	Aufwändige apparative Diagnostik

Zusatzleistungsschlüssel

PIA-81Z	Medikamentöse Ein- und Umstellung
PIA-82Z	Krisenintervention
PIA-83Z	Psychotherapie
PIA-86Z	Aufsuchende Behandlung ohne Fahrzeit

Ergänzende Zusatzleistungsschlüssel (nur für Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 3 SGB V)

PIA-91Z	Behandlungsbeginn mit Überweisung
PIA-92Z	Behandlungsbeginn als Anschlussbehandlung nach stationärer Behandlung
PIA-93Z	Übergang in die vertragsärztliche Versorgung

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
A4	Dokumentation für Einrichtungen nach § 119, § 119c SGB V (soweit vereinbart)*
A5	Dokumentation schwerer Verlaufsformen nach § 116b (neu) gemäß Schlüssel 28
A6	Dokumentation schwerer Verlaufsformen nach § 116b (neu) gemäß Schlüssel 29
A7	Dokumentation für Einrichtungen nach § 117 SGB V (soweit individuell vereinbart)*
A8	Besondere Leistungsangaben
A9	Studientitel nach § 137e SGB V

Hinweis: Wird im Segment LEI der Schlüssel „A4“ angegeben, erfolgt die Angabe des Leistungsschlüssels entsprechend individueller Vereinbarung der Vertragspartner. Der Leistungstag wird, sofern vereinbart, angegeben. Bei der Übermittlung Leistungsart A4, A7 wird im Leistungsschlüssel an den ersten beiden Stellen je Bundesland wie folgt unterschieden:

Stelle 1 und 2 des Leistungsschlüssels	Bundesland
01	Schleswig-Holstein
02	Hamburg
03	Niedersachsen
04	Bremen
05	Nordrhein-Westfalen
06	Hessen
07	Rheinland-Pfalz
08	Baden-Württemberg
09	Bayern
10	Saarland
11	Berlin
12	Brandenburg
13	Mecklenburg-Vorpommern
14	Sachsen
15	Sachsen-Anhalt
16	Thüringen

Wird im Segment LEI der Schlüssel „A8“ angegeben, erfolgt die Angabe des Leistungsschlüssels mit 2 Buchstaben unter folgender Vorgabe

- `OR` Information über eine beendete Richtlinien-Psychotherapie ohne rezidiv Prophylaxe
- `MR` Information über eine beendete Richtlinien-Psychotherapie mit rezidiv Prophylaxe
- `VK` Kennzeichnung von ausschließlichen Videokontakten

Schlüssel 25: Teamebene (§ 116b)

01	Teamleitung
02	Mitglied des Kernteams
03	Hinzugezogener Facharzt

Schlüssel 26: KV-Bezirk

Stelle 1 und 2 des KV-Bezirks	Bundesland
01	Schleswig-Holstein
02	Hamburg
03	Bremen
17	Niedersachsen
20	Westfalen-Lippe
38	Nordrhein
46	Hessen
51	Rheinland-Pfalz
52	Baden-Württemberg
71	Bayern
72	Berlin
73	Saarland
78	Mecklenburg-Vorpommern
83	Brandenburg
88	Sachsen-Anhalt
93	Thüringen
98	Sachsen

Schlüssel 27: Fachgruppencode (§ 116b)

Bezeichnung	Fachgruppencode
Arzt; obsolet (ohne Facharzt-Weiterbildung ab 1986 bis 1991)	Hausarzt: 02 FA: entsprechend dem Abrechnungsfachgebiet
Praktischer Arzt; obsolet (altes Recht vor 1987 bzw. EWG-Recht ab 86/457/EWG)	Hausarzt: 02, FA: entsprechend dem Abrechnungsfachgebiet
Gebiet Allgemeinmedizin	
FA Allgemeinmedizin (alte (M-)WBO, kammerindividuell, EU-Ärzte)	Hausarzt: 01 FA: entsprechend dem Abrechnungsfachgebiet
FA Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)	Hausarzt: 01 FA: entsprechend dem Abrechnungsfachgebiet
SP Geriatrie, kammerindividuell	Hausarzt: 01 FA: entsprechend dem Abrechnungsfachgebiet
Gebiet Anästhesiologie	
FA Anästhesiologie	04
FA Anästhesiologie und Intensivtherapie; kammerindividuell, obsolet	04
Gebiet Augenheilkunde	
FA Augenheilkunde	05
Gebiet Chirurgie	
FA Allgemeine Chirurgie	06
FA Chirurgie; obsolet	06
FA Gefäßchirurgie	07
TG Herz- und Gefäßchirurgie; neue Bundesländer, obsolet	07
SP Gefäßchirurgie; obsolet	07
FA Visceralchirurgie	08
SP Visceralchirurgie; obsolet	08
FA Kinderchirurgie	09
TG Kinderchirurgie; obsolet	09
FA Orthopädie und Unfallchirurgie	10
FA Orthopädie; obsolet	10
SP Unfallchirurgie; obsolet	11
SP Rheumatologie (der ehemaligen Orthopädie); obsolet	12
FA Plastische Chirurgie	13
SP Plastische Chirurgie	13
FA Plastische und Ästhetische Chirurgie	13
TG Plastische Chirurgie; obsolet	13
SP Thoraxchirurgie in der Chirurgie; obsolet	14
TG Thorax- und Kardiovascularchirurgie; obsolet	14
Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe	
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	15
SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	16
SP Gynäkologische Onkologie	17

SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	18
Gebiet Hals–Nasen–Ohrenheilkunde	
FA Hals–Nasen–Ohrenheilkunde	19
FA Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	20
FA Phoniatrie und Pädaudiologie; obsolet	20
SP Phoniatrie und Pädaudiologie; obsolet	20
TG Audiologie; neue Bundesländer, obsolet	20
TG Phoniatrie; neue Bundesländer, obsolet	20
Gebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten	
FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	21
Gebiet Humangenetik	
FA Humangenetik	22
Fachwissenschaftler Genetik	22
Gebiet Innere Medizin	
FA Innere Medizin und SP gesamte Innere Medizin; kammerindividuell	Hausarzt: 03, Internist: 23
FA Innere Medizin; obsolet	Hausarzt: 03, Internist: 23
FA Innere Medizin und SP Angiologie	24
SP Angiologie; obsolet	24
FA Innere Medizin und SP Endokrinologie und Diabetologie	25
SP Endokrinologie; obsolet	25
SP Endokrinologie und Diabetologie; kammerindividuell, obsolet	25
TG Diabetologie; neue Bundesländer, obsolet	25
FA Innere Medizin und SP Gastroenterologie	26
FA Magenarzt; obsolet	26
SP Gastroenterologie; obsolet	26
FA Innere Medizin und SP Hämatologie und Onkologie	27
SP Hämatologie und Internistische Onkologie; obsolet	27
TG Hämatologie; obsolet	27
FA Innere Medizin und SP Kardiologie	28
SP Kardiologie; obsolet	28
TG Kardiologie und Angiologie; kammerindividuell, obsolet	28
FA Innere Medizin und SP Nephrologie	29
SP Nephrologie; obsolet	29
TG Nephrologie; obsolet	29
FA Innere Medizin und SP Pneumologie	30
FA Lungenarzt; obsolet	30
SP Pneumologie; obsolet	30
TG Lungen- und Bronchialheilkunde; obsolet	30
FA Innere Medizin und SP Rheumatologie	31
SP Rheumatologie; obsolet	31
SP Geriatrie; obsolet (vor 2003 in Muster-WBO der Bundesärztekammer)	32
FA Innere Medizin und SP Geriatrie; kammerindividuell	32
SP Infektiologie; kammerindividuell, obsolet	33
TG Infektions- und Tropenmedizin; neue Bundesländer, obsolet	33
Gebiet Kinder- und Jugendmedizin	

FA Kinder- und Jugendmedizin	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
FA Arzt für Kinder- und Jugendmedizin; kammerindividuell, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
FA Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin; kammerindividuell, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
FA Kinderheilkunde; obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
FA Kinder- und Jugendarzt; kammerindividuell, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
FA Kinder- und Jugendmedizin; kammerindividuell, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
SP Infektiologie; kammerindividuell, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
SP Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie; kammerindividuell	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
TG Kinderdiabetologie; neue Bundesländer, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
SP Kinder-Gastroenterologie; kammerindividuell	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
TG Kindergastroenterologie; neue Bundesländer, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
SP Kinder-Nephrologie; kammerindividuell	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
TG Kindernephrologie; neue Bundesländer, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
TG Kinderrheumatologie; neue Bundesländer, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
SP Kinder-Hämatologie und -Onkologie	Hausarzt: 35; Facharzt: 41
TG Kinderhämatologie; neue Bundesländer, obsolet	Hausarzt: 35; Facharzt: 41
SP Kinder-Kardiologie	Hausarzt: 36; Facharzt: 42
SP Neonatologie	Hausarzt: 37; Facharzt: 43
SP Neuropädiatrie	Hausarzt: 38; Facharzt: 44
TG Kinderneuropsychiatrie; neue Bundesländer, obsolet	Hausarzt: 38; Facharzt: 44
SP Kinder-Pneumologie; kammerindividuell	Hausarzt: 39; Facharzt: 45
TG Kinder-Lungen- und Bronchialheilkunde; neue Bundesländer, obsolet	Hausarzt: 39; Facharzt: 45
Facharztbezeichnung aus dem Gebiet Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunktbezeichnung und Teilnahme an der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung	46
Gebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	
FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	47

FA Kinder- und Jugendpsychiatrie; obsolet	47
Gebiet Laboratoriumsmedizin	
FA Laboratoriumsmedizin	48
TG Mikrobiologie; obsolet	48
Fachwissenschaftler Chemie und Labordiagnostik	48
Gebiet Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	
FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	49
FA Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie; obsolet	49
FA Experimentelle und diagnostische Mikrobiologie; neue Bundesländer, obsolet	49
Fachzahnarzt für Mikrobiologie	49
Gebiet Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	
FA Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	50
FA Kieferchirurgie; obsolet	50
Fachzahnarzt für Kieferchirurgie (§ 6 Abs. 1 BMV)	50
FA Nervenheilkunde; obsolet	51
FA Neurologie und Psychiatrie; obsolet	51
TG Kinderneuropsychiatrie; neue Bundesländer, obsolet	44
Gebiet Neurochirurgie	
FA Neurochirurgie	52
Gebiet Neurologie	
FA Neurologie	53
SP Geriatrie, kammerindividuell	53
Gebiet Nuklearmedizin	
FA Nuklearmedizin	54
Gebiet Pathologie	
FA Neuropathologie	55
TG Neuropathologie; obsolet	55
FA Pathologische Anatomie; kammerindividuell, obsolet	56
FA Pathologie	56
Fachwissenschaftler Zytologie/Histologie	56
Gebiet Physikalische und Rehabilitative Medizin	
FA Physikalische und Rehabilitative Medizin	57
FA Physiotherapie; neue Bundesländer, obsolet	57
Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie	
FA Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie; kammerindividuell, obsolet	51
FA Psychiatrie und Psychotherapie	58
FA Psychiatrie; obsolet	58
SP Geriatrie	58
SP Forensische Psychiatrie	59
Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	60
FA Psychotherapeutische Medizin; obsolet	60
FA Psychotherapie; neue Bundesländer, obsolet	60
Psychotherapeutisch tätiger Arzt (Zusatzbezeichnung)	61
Gebiet Radiologie	

FA Radiologie (neue (M-)WBO)	62
FA Diagnostische Radiologie; obsolet	62
FA Radiologie (alte (M-)WBO); obsolet	62
FA Radiologische Diagnostik; obsolet	62
FA Strahlentherapie und Radiologische Diagnostik; obsolet	62
SP Kinderradiologie	63
SP Neuroradiologie	64
TG Neuroradiologie; obsolet	64
TG Strahlentherapie; obsolet	65
Gebiet Strahlentherapie	
FA Strahlentherapie	65
Gebiet Transfusionsmedizin	
FA Transfusionsmedizin	66
FA Blutspende- und Transfusionsmedizin; kammerindividuell, obsolet	66
Gebiet Urologie	
FA Urologie	67
Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten	
Psychologischer Psychotherapeut	68
Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut	69
weitere Fachgruppen:	
Gebiet Anatomie	
FA Anatomie	99
Gebiet Arbeitsmedizin	
FA Arbeitsmedizin	99
FA Arbeitshygiene; neue Bundesländer, obsolet	99
Gebiet Biochemie	
FA Biochemie	99
Gebiet Chirurgie	
FA Herzchirurgie	99
FA Thoraxchirurgie	99
SP Thoraxchirurgie in der Herzchirurgie; obsolet	99
SP Echokardiologie herznaher Gefäße; obsolet	
Gebiet Hygiene und Umweltmedizin	
FA Hygiene und Umweltmedizin	99
FA Hygiene; kammerindividuell, obsolet	99
FA Immunologie; neue Bundesländer, obsolet	99
Gebiet Öffentliches Gesundheitswesen	
FA Öffentliches Gesundheitswesen	99
Gebiet Pharmakologie	
FA Klinische Pharmakologie	99
FA Pharmakologie und Toxikologie	99
TG Klinische Pharmakologie; obsolet	99
Gebiet Physiologie	
FA Physiologie	99
Gebiet Rechtsmedizin	
FA Rechtsmedizin	99

FA Sozialhygiene; neue Bundesländer, obsolet	99
FA Sportmedizin; neue Bundesländer, obsolet	99
Fachzahnärzte nach § 10a Abs. 1 BÄO, § 6 BMV (neue Bundesländer)	
Fachzahnarzt für theoretisch-experimentelle Medizin (§ 6 Abs. 2 BMV)	99
Fachwissenschaftler der Medizin, § 7 BMV (neue Bundesländer)	
Fachbiologie der Medizin	99
Fachwissenschaftler Immunologie	99

Schlüssel 28: Dokumentation schwerer Verlaufsformen – TNM – nach § 116b (neu)

In ASV-Fällen, in denen die Diagnose der Erkrankung (ICD-Code) alleine bereits den schweren Verlauf erkennen lässt („Im Regelfall schwere Verlaufsform“), ist keine Übermittlung ergänzender Dokumentationen erforderlich. Für Patienten mit einer „im Regelfall schweren Verlaufsform“ genügt die Übermittlung des ICD-10_GM-Codes.

In ASV-Fällen, in denen sich bei „im Einzelfall schweren Verlaufsformen“ aus den übermittelten Diagnose(n) die schwere Verlaufsform der Erkrankung nicht bereits durch die Angabe der Diagnose(n) ergibt, muss zusätzlich eine die schwere Verlaufsform dokumentierende Angabe nach den folgenden Schlüsseln erfolgen. Diese Angabe ist zu Beginn der Behandlung im Rahmen der ASV im ersten Behandlungsquartal von mindestens einem ASV-Berechtigten des Kernteams zu übermitteln. Sofern gemäß Konkretisierung ein Überweisungserfordernis vorliegt, ist diese Angabe, nach Ablauf der in der jeweiligen Anlage der ASV-RL vorgegebenen Frist, d.h. zu Beginn des neuen „ASV-Überweisungsfalls“, zu melden. Als Grundlage dient die internationale Klassifizierung von Tumorstadien (TNM) der „Union internationale contre le cancer“ (UICC). Die hier abgebildeten Ausprägungen werden in einer einzigen 11-stelligen Ziffern- und Buchstabenkombination abgebildet [z.B.: rT1N2M1G2R1]. Diese 11 Stellen werden wie folgt abgebildet:

1. Stelle: r – Rezidiv

0	kein Rezidiv vorhanden
r	r – Rezidiv vorhanden

2. Stelle: T – Tumorklassifikation

T	Standardwert
---	--------------

3. Stelle: T – Tumorklassifikationen–Ausprägung

0	T0 nach TNM
1	T1 nach TNM
2	T2 nach TNM
3	T3 nach TNM
4	T4 nach TNM
X	Tx oder Tis nach TNM

4. Stelle: N – Lymphknotenmetastasen

N	Standardwert
---	--------------

5. Stelle: N – Lymphknotenmetastasen–Ausprägung

0	N0 nach TNM
1	N1 nach TNM
2	N2 nach TNM
3	N3 nach TNM

X	Nx nach TNM
---	-------------

6. Stelle: M – Fernmetastasen

M	Standardwert
---	--------------

7. Stelle: M – Fernmetastasen–Ausprägung

0	M0 nach TNM
1	M1 nach TNM

8. Stelle: G – Grading

G	Standardwert
---	--------------

9. Stelle: G – Grading–Ausprägung

1	G1 – Gut differenziert
2	G2 – Mäßig differenziert
3	G3 – Schlecht differenziert
4	G4 – Undifferenziert
X	Gx – Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden

10. Stelle: R – Residualtumor

R	Standardwert
---	--------------

11. Stelle: R – Residualtumor–Ausprägung

0	R0 – Kein Residualtumor
1	R1 – Mikroskopischer Residualtumor
2	R2 – Makroskopischer Residualtumor, mikroskopisch nicht bestätigt
X	Rx – Vorhandensein von Residualtumor kann nicht beurteilt werden

Hinweis:

In den Fällen, in denen der TNM–Status als Nachweis für den schweren Verlauf gefordert ist, wird dieser vollständig übermittelt.

Schlüssel 29: Dokumentation schwerer Verlaufsformen–Progression – nach § 116b (neu)

In ASV-Fällen, in denen die Diagnose der Erkrankung (ICD-Code) alleine bereits den schweren Verlauf erkennen lässt („Im Regelfall schwere Verlaufsform“), ist keine Übermittlung ergänzender Dokumentationen erforderlich. Für Patienten mit einer „im Regelfall schweren Verlaufsform“ genügt die Übermittlung des ICD-10-GM-Codes.

In ASV-Fällen, in denen sich bei „im Einzelfall schweren Verlaufsformen“ aus den übermittelten Diagnose(n) die schwere Verlaufsform der Erkrankung nicht bereits durch die Angabe der Diagnose(n) ergibt, muss zusätzlich eine die schwere Verlaufsform dokumentierende Angabe nach dem folgenden Schlüssel erfolgen. Diese Angabe ist im ersten Behandlungsquartal zu übermitteln, darüber hinaus bei Beginn eines neuen „ASV-Überweisungsfalls“.

1. Stelle: P – Progression der Tumorerkrankung

0	keine Progression vorhanden
1	Progression vorhanden

In den Fällen, in denen die Progression als Nachweis für den schweren Verlauf gefordert ist, wird diese übermittelt.

Schlüssel 30: Information PrüfvV

<u>Einleitung des Prüfverfahrens (§ 4 PrüfvV) – nur KAIN</u>	
PF000	primäre Fehlbelegung (KAIN)
SF000	sekundäre Fehlbelegung (KAIN)
KP000	Kodierprüfung (KAIN)
FV000	Fragen zur Voraussetzung bestimmter Maßnahmen (KAIN)
KL000	Klartext bei Nennung anderer/weiterer Prüfgegenstände (KAIN)
<u>Vorverfahren Falldialog (§ 5 PrüfvV)– nur KAIN</u>	
FDK01	Aufforderung zum Falldialog (nur KAIN)
FDK02	Annahme der Aufforderung zum Falldialog (KAIN)
FDK03	Ablehnung eines Falldialoges (nur KAIN)
FDK11	Aufforderung zur Verlängerung des Falldialogs (KAIN)
FDK12	Annahme der Aufforderung zur Verlängerung des Falldialogs (KAIN)
FDK13	Ablehnung der Verlängerung des Falldialoges (KAIN)
BEF00	Beendigung des Prüfverfahrens aufgrund Einigung im Falldialog – ohne Datenkorrektur (§ 5 Abs. 6 PrüfvV – KAIN)
BEK11	Im Vorverfahren wurde kein Falldialog durchgeführt und infolge der maximal zulässigen Prüfquote erfolgt keine Prüfanzeige durch den MD (KAIN)
BEK20	Im Vorverfahren wurde ein Falldialog durchgeführt, jedoch keine Einigung erzielt und infolge der maximal zulässigen Prüfquote erfolgt keine Prüfanzeige durch den MD (nur KAIN)
<u>Vorverfahren (§ 5 PrüfvV)– nur INKA</u>	
FDI01	Aufforderung zum Falldialog (INKA)
FDI02	Annahme der Aufforderung zum Falldialog (INKA)
FDI03	Ablehnung eines Falldialoges (INKA)
FDI11	Aufforderung zur Verlängerung des Falldialogs (INKA)
FDI12	Annahme der Aufforderung zur Verlängerung des Falldialogs (INKA)
FDI13	Ablehnung der Verlängerung des Falldialoges (INKA)
<u>Vorverfahren (§ 5 PrüfvV)– nur KAIN und INKA</u>	
FDK20	Erklärung über die Beendigung des Falldialogs (KAIN)
FDI20	Erklärung über die Beendigung des Falldialogs (INKA)
<u>Durchführung MDK-Prüfung (§ 7 Abs. 2 PrüfvV)– nur KAIN</u>	
MDK30	Keine fristgemäße Übermittlung der Unterlagen. Die Krankenhausabrechnung gilt als erörtert gemäß § 7 abs. 2 Satz 10 PrüfvV (KAIN)
<u>Entscheidung der Krankenkasse nach MD-Gutachten (§ 8 PrüfvV) – nur KAIN</u>	
MDK01	Leistungsrechtliche Entscheidung hat keine Beanstandung der Abrechnung (ohne Minderung des Abrechnungsbetrages) als Ergebnis (nur KAIN)
MDK02	Leistungsrechtliche Entscheidung hat Beanstandung der Abrechnung (mit Minderung des Abrechnungsbetrages) als Ergebnis (nur KAIN)
MDK04	Festlegung des Aufschlages gemäß § 275c Abs. 3 SGB V durch die Krankenkasse (nur KAIN)
MDK06	Reaktion zu evtl. Einwänden des Krankenhauses (KAIN)
MDK07	Mitteilung über einen unveränderten Aufschlagsbetrag (KAIN)
MDK08	Mitteilung über einen veränderten Aufschlagsbetrag (KAIN)
MDK09	Mitteilung des Aufschlages mit Grundlage der Berechnung (KAIN)

MDK11	Rücknahme des Aufschlages, keine weitere Geltendmachung (KAIN)
MDK14	Endgültige Anpassung eines bereits geltend gemachten Aufschlages (KAIN)
MDK20	Datum der leistungsrechtlichen Entscheidung
MDK31	Diese vom MD konkret benannten angeforderten Unterlagen wurden nicht fristgemäß vorgelegt und können nicht im Erörterungsverfahren vorgelegt werden gemäß § 7 Abs. 2 Satz 11 PrüfV (KAIN)
<u>Mitteilung des Krankenhauses – nur INKA</u>	
MDI04	Einwände gegen Grund oder Höhe des Aufschlages durch das Krankenhaus (INKA)
<u>Entscheidung der Krankenkasse nach MD–Gutachten (§ 8 Sätze 4 und 5 PrüfV) – nur INKA</u>	
MDI05	Krankenkasse hat sich nicht innerhalb der Frist nach § 8 Satz 3 geäußert und das Verfahren gilt als beendet und die Krankenhausabrechnung als erörtert (INKA)
<u>Erörterungsverfahren nach MD–Prüfung (§ 9 PrüfV) – nur INKA</u>	
EKH01	Inhaltliche begründetes Bestreiten der Entscheidung der Krankenkasse gemäß § 9 Abs. 1 Satz 1 und 2 PrüfV ohne Einleitung des EV (INKA)
EKH02	Inhaltliche begründetes Bestreiten der Entscheidung der Krankenkasse gemäß § 9 Abs. 1 Satz 1 bis 3 PrüfV mit gleichzeitiger Einleitung des EV (INKA)
EKH30	Aufforderung zur Verlängerung des Erörterungsverfahrens (INKA)
EKH31	Annahme der Aufforderung zur Verlängerung des Erörterungsverfahrens (INKA)
EKH32	Ablehnung der Verlängerung des Erörterungsverfahrens (INKA)
EKH33	Aufforderung mündliches Erörterungsverfahren (INKA)
EKH34	Zustimmung mündliches Erörterungsverfahren (INKA)
EKH35	Ablehnung mündliches Erörterungsverfahren (INKA)
EKH41	Anzeige für eine ausnahmsweise Zulassung nicht fristgerecht geltend gemachter Einwendungen oder Tatsachenvortrag unter Angabe der besonderen Gründe gemäß § 9 Abs. 7 PrüfV (INKA)
EKH42	Ablehnung nicht fristgerecht geltend gemachter Einwendungen oder Tatsachenvortrag unter Angabe der besonderen Gründe gemäß § 9 Abs. 7 PrüfV (INKA)
EKH43	Annahme nicht fristgerecht geltend gemachter Einwendungen oder Tatsachenvortrag gemäß § 9 Abs. 7 PrüfV (INKA)
EKH50	Einigung im Erörterungsverfahren und Beendigung gemäß § 9 Abs. 8 PrüfV (INKA)
EKH51	Einvernehmliche Beendigung des Erörterungsverfahrens ohne Einigung gemäß § 9 Abs. 10 PrüfV (INKA)
EKH60	Abrechnungsstreitigkeit gilt infolge fehlender Erörterung oder fehlender Mitwirkung als erörtert gemäß § 9 Abs. 11 PrüfV (INKA)
EKH61	Es wurde keine Einigung erzielt und das Erörterungsverfahren ist gemäß § 9 Abs. 12 PrüfV beendet (INKA)
<u>Erörterungsverfahren nach MD–Prüfung (§ 9 PrüfV) – nur KAIN</u>	
EKK01	Krankenkasse schließt sich gemäß § 9 Abs. 3 Satz 1 PrüfV der Begründung des Krankenhauses an. Es erfolgt kein Erörterungsverfahren. (KAIN)
EKK02	Krankenkasse schließt sich der Begründung des Krankenhauses gemäß § 9 Abs. 3 Satz 1 PrüfV an. Das durch das Krankenhaus bereits eingeleitete EV ist beendet. (KAIN)
EKK03	Krankenkasse schließt sich nicht der Begründung des Krankenhauses gemäß § 9 Abs. 4 PrüfV an, das KH hat das EV bereits eingeleitet. (KAIN)

EKK04	Krankenkasse schließt sich nicht der Begründung des Krankenhauses gemäß §9 Abs. 4 Satz 1 PrüfvV an und leitet das EV ein. (KAIN)
EKK10	Entscheidung der Krankenkasse wurde nicht fristgemäß bestritten und gilt als erörtert gemäß § 9 Abs. 2 PrüfvV mit Folge der Aufrechnung (KAIN)
EKK30	Aufforderung zur Verlängerung des Erörterungsverfahrens (KAIN)
EKK31	Annahme der Aufforderung zur Verlängerung des Erörterungsverfahrens (KAIN)
EKK32	Ablehnung der Verlängerung des Erörterungsverfahrens (KAIN)
EKK33	Aufforderung mündliches Erörterungsverfahren (KAIN)
EKK34	Zustimmung mündliches Erörterungsverfahren (KAIN)
EKK35	Ablehnung mündliches Erörterungsverfahren (KAIN)
EKK41	Anzeige einer Ausnahmsweise Zulassung nicht fristgerecht geltend gemachter Einwände oder Tatsachenvorträge unter Angabe der besonderen Gründe gemäß § 9 Abs. 7 PrüfvV (KAIN)
EKK42	Ablehnung Zulassung nicht fristgerecht geltend gemachter Einwände oder Tatsachenvorträge unter Angabe der besonderen Gründe gemäß § 9 Abs. 7 PrüfvV (KAIN)
EKK43	Annahme Zulassung nicht fristgerecht geltend gemachter Einwände oder Tatsachenvorträge unter Angabe der besonderen Gründe gemäß § 9 Abs. 7 PrüfvV (KAIN)
EKK50	Einigung im Erörterungsverfahren und Beendigung gemäß § 9 Abs. 8 PrüfvV (KAIN)
EKK51	Einvernehmliche Beendigung des Erörterungsverfahrens ohne Einigung gemäß § 9 Abs. 10 PrüfvV (KAIN)
EKK60	Abrechnungsstreitigkeit gilt infolge fehlender Erörterung oder fehlender Mitwirkung als erörtert gemäß § 9 Abs. 11 PrüfvV (KAIN)
EKK61	Es wurde keine Einigung erzielt und das Erörterungsverfahren ist gemäß § 9 Abs. 12 PrüfvV beendet (KAIN)

Schlüssel 31: Art der Information (Entlassmanagement)

<u>Einwilligung zum Entlassmanagement (nur KHIN)</u>	
JA000	Einwilligungserklärung des Patienten liegt vor (zur Unterstützung durch die Krankenkassen Anlage 1b Nr.1 und 2 wurden als „JA“ bestätigt)
JA001	Einwilligungserklärung des Patienten durch einen gesetzlichen Vertreter liegt vor (zur Unterstützung durch die Krankenkassen Anlage 1b Nr.1 und 2 wurden als „JA“ bestätigt)
WIDRU	Widerruf zur Einwilligung des Patienten in die Unterstützung ist erfolgt
WIDRV	Widerruf zur Einwilligung des Patienten durch einen gesetzlichen Vertreter in die Unterstützung ist erfolgt
<u>Kontaktdaten</u>	
KONTA	Angabe des für das Entlassmanagement im konkreten Fall zu nutzenden Kontaktes (Telefonnummer) (nur KHIN)
KONKK	Angabe des für das Entlassmanagement zuständigen Ansprechpartners der Krankenkasse (nur KANT)
<u>Informationen zum Entlassmanagement (nur KHIN)</u>	
HIMIO	Unterstützungsbedarf zum Thema Hilfsmittelversorgung
HKP00	Unterstützungsbedarf zum Thema Häusliche Krankenpflege
HEIM0	Unterstützungsbedarf zum Thema Heilmittel
BEAT0	Information über Beatmungspatienten (u.a. Angabe zum Weaningpotential)
REHA0	Unterstützungsbedarf zum Thema Rehabilitation
AHB00	Unterstützungsbedarf zum Thema Anschlussheilbehandlung
PFLEG	Unterstützungsbedarf zum Thema Leistungen der Pflegeversicherung (allgemein)
KURZP	Unterstützungsbedarf zum Thema Kurzzeitpflege
HAHIO	Unterstützungsbedarf zum Thema Haushaltshilfe/hauswirtschaftliche Versorgung
PFBER	Unterstützungsbedarf durch Einbeziehung eines Pflegeberaters
PSYUN	Psychosoziale Unterstützung
SOZIL	Unterstützungsbedarf durch soziale/sozialrechtliche Beratung
BERUF	Unterstützungsbedarf zum Thema berufliche Wiedereingliederung
SAPVU	Unterstützungsbedarf zum Thema SAPV
HOSPZ	Unterstützungsbedarf zum Thema Hospiz
SONTO	Unterstützungsbedarf zu sonstigen Bereichen (anderweitig nicht zuordenbar)
UEPFL	Feststellung der Erforderlichkeit der Übergangspflege
<u>Vorschläge für weitere Behandlung (nur KHIN)</u>	
EMA01	Diagnostische Klärung
EMA02	Stationäre Behandlung
EMA03	Operation
EMA04	Psychotherapie
EMA05	Rehabilitations-Sport
EMA06	Rheumafunktionstraining
EMA07	Selbsthilfegruppe
EMA08	Ambulante Rehabilitation (Sucht)
EMA09	Vorstellung Suchtberatung
EMA10	Spezielle Nachsorge
EMA11	Stufenweise Wiedereingliederung
EMA12	Prüfung berufsfördernde Leistung
EMA13	Gewichtsreduktion

EMA14	Alkoholkarenz
EMA15	Nikotinkarenz
EMA16	Wiederholungsheilbehandlung
EMA17	Sonstige Anregung
EMAGE	Angabe geeigneter Einrichtungen

Schlüssel 32: Studientitel nach § 137e SGB V

S1	AlloRelapseMMStudy: Allogene Stammzelltransplantation bei Multiplen Myelom
S2	reserviert
S3	LIPLEG: Liposuktion bei Lipödem in den Stadien I, II oder III
S4	MARGI-T: Magnetresonanztomographie-gesteuerte hochfokussierte Ultraschalltherapie beim Uterusmyom
S5	PASSPORT-HF: Überwachung des pulmonalarteriellen Drucks bei Herzinsuffizienz
S6	TES-RP: Transkorneale Elektrostimulation bei Retinopathia Pigmentosa
S7	TOTO: Tonsillektomie versus Tonsillotomie bei rezidivierender akuter Tonsillitis
S8	ENABLE: Patienten- und Versorgungsbezogener Nutzen der Amyloid-PET-Bildgebung
S9	BENTO: Bronchoskopische Lungenvolumenreduktion beim schweren Lungenemphysem mittels Thermoablation
S10	HOT-AAMI: Mikrovaskuläre Reperfusion von Myokardgewebe mittels intrakoronar applizierter, hyperoxämischer Therapie nach primärer perkutaner Koronarintervention bei akutem Vorderwandinfarkt (SSO2-Therapie)
S11	SAR-WAVE: Koronare Lithoplastie bei koronarer Herzkrankheit
S12	POSA: Schlafpositionstherapie bei leichter bis mittelgradiger lageabhängiger obstruktiver Schlafapnoe
S13	CAM-P-OS: Selbstanwendung einer aktiven Bewegungsschiene im Rahmen der Behandlung von Sprunggelenkfrakturen

Anhang A: reserviert

Anhang B: Entgeltarten – nicht dargestellt, s. www.gkv-clavisdb.de

Anhang C: Fehlercodes

Siehe Dokument 2c_anl2c-x.docx

Anhang D: EBM-Ziffern – nicht dargestellt, s. www.gkv-clavisdb.de

Anlage 2 Anhang C – Fehlercodes

Version: 49B

Vertragsstand: 01.12.1994

Stand der Anlage: 09.04.2024

Stand der letzten Anlage: 09.02.2024

Anzuwenden ab: 01.05.2024

Inhaltsverzeichnis

Anlage 2 Anhang C – Fehlercodes	168
Historie	170
Allgemeine Fehler der Prüfstufe 1	171
Spezifische Fehler der Prüfstufe 1	172
Allgemeine Fehler der Prüfstufe 2	173
Spezifische Fehler der Prüfstufe 2	174
Allgemeine Fehler der Prüfstufe 3	176
Spezifische Fehler der Prüfstufe 3	177

Historie

Version	Status	Datum	Abschnitt	Erläuterung
45	abgestimmt	08.07.2022	Spezifische Fehler der Prüfstufe 2	Anpassung an die 16. Fortschreibung vom 08.07.2022 mit Wirkung zum 01.04.2023
46	abgestimmt	14.03.2023	Spezifische Fehler der Prüfstufe 3	Anpassung an den Nachtrag vom 14.03.2023 mit Wirkung zum 01.07.2023
47	abgestimmt	29.03.2023	Spezifische Fehler der Prüfstufe 3	Anpassung an den Nachtrag vom 29.03.2023 mit Wirkung zum 01.07.2023
48	abgestimmt	16.05.2023	Spezifische Fehler der Prüfstufe 2	Anpassung an den Nachtrag vom 16.05.2023 mit Wirkung zum 01.07.2023
49	abgestimmt	16.05.2023	Spezifische Fehler der Prüfstufe 3	Anpassung an den Nachtrag vom 16.05.2023 mit Wirkung zum 01.08.2023
49A	abgestimmt	09.02.2024	Spezifische Fehler der Prüfstufe 3	Anpassung an den Nachtrag vom 09.02.2024 mit Wirkung zum 01.05.2024
49B	abgestimmt	09.04.2024	Spezifische Fehler der Prüfstufe 2 und 3	Anpassung an den Nachtrag vom 09.04.2024 mit Wirkung zum 01.05.2024

Hinweis: Variablen, die in einer Fehlermeldung durch den tatsächlichen Wert des betroffenen Segmentes zu ersetzen sind, werden in eckigen Klammern mit dem \$-Symbol dargestellt, z. B. [\$\$\$].

Allgemeine Fehler der Prüfstufe 1

Fehlercode	Fehlertext
10001	Segment UNB fehlt bzw. folgt nicht auf UNA
....	
10003	Segment UNH fehlt bzw. folgt nicht auf UNB
10004	Segment UNT fehlt
....	
10006	Segment UNZ fehlt
....	
10010	Segment UNA doppelt
....	
10020	Segment UNA über 9 Zeichen lang
10021	Segment UNA Stelle 8 nicht Blank (reserviert für spätere Verwendung)
10022	Segment UNA nur Sonderzeichen (ohne Umlaute) erlaubt
10023	Segment UNA Datenelemente 4 bis 7 und 9 nicht alle verschieden
....	
10030	Verwendetes Trennkennzeichen ist nicht bekannt
10031	Anzahl der Trennkennzeichen im Segment fehlerhaft
10032	Datenfeldformat nicht numerisch
10033	Datenfeldlänge nicht korrekt
10034	Datenfeldformat nicht Datum:Uhrzeit
....	
10040	Verwendete Syntax (in UNB) nicht bekannt
10041	IK Absender der Datei nicht als Kommunikationspartner bekannt
10042	IK Empfänger der Datei nicht als Kommunikationspartner bekannt
10043	IK Empfänger der Datei nicht annehmende Stelle
10044	Erstellungstag und Uhrzeit der Datei > Tag und Uhrzeit der Verarbeitung
10045	Anwendungsreferenz (UNB 0026) < 8 Stellen oder > 11 Stellen
10046	Referenz/Passwort des Empfängers (UNB S005) unzulässig gefüllt
10047	Dateinummernfolge nicht korrekt
....	
10049	ABSENDER_PHYSIKALISCH aus Auftragsdatei nicht bekannt
....	
10060	Nachrichten-Referenznummer in UNH nicht lückenlos
10061	Dateiname aus UNB entspricht nicht Dateiname aus der Auftragsdatei
....	
10066	Der Absender aus UNB 0004 stimmt nicht mit dem ABSENDER_EIGNER aus der Auftragsdatei überein

10067	Der Empfänger aus UNB 0010 stimmt nicht mit dem EMPFÄNGER_NUTZER oder EMPFÄNGER_PHYSIKALISCH aus der Auftragsdatei überein
....	
10080	Nach UNT folgt nicht UNH oder UNZ
....	
10090	Anzahl der Nachrichten (UNZ 0036) entspricht nicht der Anzahl der übermittelten Nachrichten in der Datei
10091	Datenaustauschreferenz in UNZ ist nicht identisch mit Datenaustauschreferenz aus UNB
10092	Nach UNZ weiteres Segment vorhanden
....	
10099	Segment nicht bekannt
10100	Datenelement im Servicesegment unzulässig leer
10101	Auf Segment [\$\$\$] darf Segment [\$\$\$] nicht folgen
....	

Spezifische Fehler der Prüfstufe 1

Fehlercode	Fehlertext
14001	IK Absender der Datei nicht Krankenhaus, RZ eines Krankenhauses, Krankenkasse oder RZ einer Krankenkasse
14002	Dateiname (UNB 0026) entspricht nicht Anlage 4 (4.1.3)
14003	Dateinummer schon vorhanden
....	
14999	Noch nicht spezifizierter Fehler

Allgemeine Fehler der Prüfstufe 2

Fehlercode	Fehlertext
20001	Datenelement unzulässig leer
....	
20003	Inhalt Datenelement 1. Stelle nicht Buchstabe
20004	Negativer Betrag unzulässig
....	
20006	Inhalt Datenelement NULL ist unzulässig
....	
20020	Inhalt Datenelement nicht JJMM
20021	Inhalt Datenelement nicht JJJMMTT
20022	Format nicht JJMMTT:HHMM (UNB S004)
....	
20030	Verwendetes Trennzeichen ist nicht bekannt
20031	Anzahl der Trennzeichen im Segment fehlerhaft
20032	Datenfeldformat nicht numerisch
20033	Datenfeldlänge nicht korrekt
20034	Inhalt Datenelement > zulässige Länge
....	
20036	Datenfeldformat nicht Uhrzeit (HHMM)
....	
20041	Krankenversicherungsnummer < 6 oder > 12 Stellen unzulässig
....	
20060	Nachrichtentypen der Datei nicht fortlaufend nummeriert
20061	Nachrichtentyp-Kennung in UNH nicht in Nachrichtentypentabelle
20062	Versionsnummer des Nachrichtentyps nicht bekannt
20063	Nachrichtenreferenznummer des ersten UNH-Segmentes nicht 00001
20064	Freigabenummer des Nachrichtentyps nicht 000
20065	Verwaltende Organisation des Nachrichtentyps nicht 00
....	
20070	Anzahl der Segmente in UNT entspricht nicht der Anzahl der übermittelten Segmente des Nachrichtentyps
20071	Nachrichtenreferenznummer in UNT entspricht nicht Nachrichtenreferenznummer in UNH
20072	Segment [\$\$\$] darf Segment [\$\$\$] nicht folgen
....	

Spezifische Fehler der Prüfstufe 2

Fehlercode	Fehlertext
24002	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles nicht 01
24003	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles darf nicht 00 sein
24004	Unterschiedliche Versionsnummern des Nachrichtentyps in einer Datenlieferung sind nicht zulässig
....	
24010	Segment FKT fehlt
24011	Segment INV fehlt
24012	Segment NAD fehlt
24013	Segment AUF fehlt
24014	Segment EAD fehlt
24015	Segment DAU fehlt
24016	Segment FAB fehlt
24017	Segment ETL fehlt
24018	Segment REC fehlt
...	
24020	Segment ENA fehlt
24021	Segment KOS fehlt
24022	Segment ZPR fehlt
24023	Segment TXT fehlt
24024	Segment CUX fehlt
24025	Segment FHL fehlt
24026	Segment DPV fehlt
24027	Segment RED fehlt
24028	Segment RED kann nur 99mal vorkommen
24029	Segment NDG kann nur 49mal vorkommen
24030	Segment EAD kann nur 20mal vorkommen
24031	Segment FAB kann nur 10mal vorkommen
24032	Segment EBG kann nur 2mal vorkommen
...	
24034	Segment ENT kann nur 30/399/400mal vorkommen
24035	Segment ENA kann nur 999mal vorkommen
24036	Segment EZV kann nur 30mal vorkommen
24037	Segment TXT kann nur 10mal vorkommen
24038	Segment FAB kann nur 30/999mal vorkommen
24039	Segmentgruppe ETL-NDG kann nur 99mal vorkommen
24040	Nach EAD folgt nicht EAD oder IBE
24041	Nach FAB folgt nicht FAB oder UNT
24042	Nach FAB folgt nicht FAB oder ENT
24043	Nach FAB folgt nicht FAB oder IBE

24044	Nach ETL folgt nicht NDG oder ETL oder EBG oder FAB
24045	Nach EBG folgt nicht EBG oder FAB
...	
24047	Nach REC folgt nicht ZLG oder FAB
24048	Nach ZLG folgt nicht FAB
24049	Nach letztem ENT folgt nicht UNT
24050	Nach ENA folgt nicht ENA oder EZV, LEI oder UNT
24051	Nach letztem EZV folgt nicht UNT
24052	Nach KOS folgt nicht TXT oder UNT
24053	Nach ZPR folgt nicht ENT oder UNT
24054	Nach TXT folgt nicht TXT oder UNT
24055	Nach ZPR folgt nicht ZLG, ENA oder UNT
24056	Nach ZLG folgt nicht ZPR
24057	Nach TXT folgt nicht TXT oder UNT
24058	Nach REC folgt nicht ZLG oder ZPR
24059	Nach letztem ENT folgt nicht UNT
24060	Nach ENA folgt nicht ENA oder EZV oder UNT
24061	Nach letztem EZV folgt nicht UNT
24062	Nach NDG folgt nicht NDG oder ETL oder EBG oder FAB
24063	Nach RED folgt nicht UNT
24064	Nach RED folgt nicht RED oder REL oder UWD
24065	Nach UWD folgt nicht UNT
24066	Nach REC folgt nicht ZLG oder RZA
24067	Nach ZLG folgt nicht RZA
24068	Nach RZA folgt nicht PRZ oder ENA
24069	Segment PRZ kann nur 99mal vorkommen
24070	Nach PRZ folgt nicht PRZ oder ENA
24071	Nach RZA folgt nicht BDG
24072	Segment BDG kann nur 99x vorkommen
24073	Nach BDG folgt nicht BDG, PRZ oder ENA
24074	Segment LEI kann nur 999mal vorkommen
24075	Segment LEI fehlt
24076	Segment PVV kann nur 10x vorkommen
24077	Segment PVT kann nur 25x vorkommen
24078	Nach PVV folgt nicht PVV, PVT oder UNT
24079	Segment PVV fehlt
24080	Segment PVT fehlt bei Schlüssel 30 = `KP000`, `MDK02`, `NVI01`, `FV000`
24081	Nach letztem PVV oder PVT folgt nicht UNT
24082	Segment STA kann nur 99x vorkommen
24083	Segment IFA kann nur 25x vorkommen
24084	Segment IFT kann nur 99x vorkommen
24085	Nach NAD folgt nicht STA oder IFA

24086	Nach IFA folgt nicht IFA, IFT oder UNT
24087	Segment IFT fehlt bei Schlüssel 31 = `KONTA`, `KONKK`
24088	Feld Leistungstag übermittelt bei VKZ `09` und `49`
24089	Segment OKN fehlt, obwohl `Alpha-ID-SE` Version im DPV Segment angegeben wurde
24090	Segment OKN darf nur 49mal vorkommen
...	
24092	Segment IBE darf nur 10mal vorkommen
24093	Nach IBE folgt nicht IBE, ENA oder UNT
....	
24999	Noch nicht spezifizierter Fehler

Allgemeine Fehler der Prüfstufe 3

Fehlercode	Fehlertext
30001	Es ist weder die KV-Nummer noch das Geburtsdatum des Versicherten vorhanden
...	
30004	Datum > Tag der Verarbeitung unzulässig
30005	IK der Krankenkasse bei der DAV unbekannt
30006	Verarbeitungskennzeichen entspricht nicht Schlüssel Verarbeitungskennzeichen
...	
30009	Datum liegt vor dem 01.01.1901
30010	Anschriftenfelder (teilweise) leer
30011	Straße und Hausnummer gefüllt, aber Wohnort leer
30012	PLZ gefüllt, aber Wohnort leer
30013	PLZ nicht 5 Stellen und Länderkennzeichen leer oder gleich D ist unzulässig
30014	PLZ fehlt
30015	Wohnort fehlt
30016	Für diese Kasse (im FKT-Segment) ist ein anderer Kostenträger zuständig - Daten separat senden
30017	Versichertenart entspricht nicht Schlüssel 12 Teil 1
30018	Besonderer Personenkreis entspricht nicht Schlüssel 12 Teil 2
30019	DMP-Teilnahme entspricht nicht Schlüssel 12 Teil 3
30020	Geburtsdatum fehlt
....	

Spezifische Fehler der Prüfstufe 3

Fehlercode	Fehlertext
34001	IK des Krankenhauses nicht bekannt oder nicht mit IK in UNB verknüpft
34002	IK nicht als Stationäre Einrichtung bekannt
34003	Rechnungsart 01, 03, 09, 51, 53 und 59 bei Nachrichtentyp AMBO unzulässig
...	
34005	IK der Vorsorge- / Rehabilitationseinrichtung nicht bekannt
34006	ENT fehlt, obwohl Zahlungsbetrag abweichend vom Rechnungsbetrag
34007	ENA fehlt, obwohl Zahlungsbetrag abweichend vom Rechnungsbetrag
34008	Verarbeitungskennzeichen gleich 11, 30, 31, 32, 33, 34 oder 35 unzulässig bei Nachrichtentyp ungleich AUFN oder AMBO
34009	IK des Krankenhauses für Zahlungsweg ist für das Krankenhaus nicht bekannt
34010	Aufnahmegrund entspricht nicht Schlüssel 1
34011	Durchgeführte Reha-Maßnahme entspricht nicht Schlüssel 2
34012	Einzelvergütung, Erläuterung entspricht nicht Schlüssel 3
34013	Entgeltart [\$\$\$\$\$\$\$] entspricht nicht Schlüssel 4
34014	Entlassungs-/Verlegungsgrund entspricht nicht Schlüssel 5
34015	Fachabteilung [\$\$\$\$] entspricht nicht Schlüssel 6
34016	Länderkennzeichen entspricht nicht Schlüssel 7
34017	Merkmal Kostenübernahme entspricht nicht Schlüssel 8
34018	Prüfungsvermerk entspricht nicht Schlüssel 10
34019	Rechnungsart [\$\$] entspricht nicht Schlüssel 11
34020	Vorschlag für weitere Behandlung entspricht nicht Schlüssel 13
34021	Währungskennzeichen entspricht nicht Schlüssel 18
34022	Zuzahlungskennzeichen stationär nicht 1, 2, 4, 5, 6, 7 oder 8
34023	Operationsschlüssel entspricht nicht amtlichem OP-Schlüssel
34024	Diagnose entspricht nicht ICD-Schlüssel
34025	Diagnose 3-stellig, obwohl 4-stelliger ICD-Schlüssel vorhanden
34026	Entgeltart [\$\$\$\$\$\$\$] entspricht nicht einer EBM-Ziffer
34027	Klassifikation (Sonderzeichen) der Diagnose unzulässig oder in diesem Datenfeld nicht zulässig
34028	Lokalisation entspricht nicht Schlüssel 16
34029	Zusatzkennzeichen EBM entspricht nicht Schlüssel 19
34030	Datum > Tag der Verarbeitung unzulässig
34031	Datum < Tag der Verarbeitung unzulässig
34032	Datum bis [\$\$\$\$\$\$\$] < Datum von [\$\$\$\$\$\$\$]
34033	Vorstationäre Behandlung außerhalb der Frist
34034	Entlassungs-/Verlegungstag < Aufnahmetag
34035	Tag der Entbindung < Aufnahmetag
34036	Tag der Wundheilung < Aufnahmetag
34037	Voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung oder AU-begründendes Datum der Diagnose < Aufnahmetag

34038	Rechnungsdatum < Aufnahmetag / Tag des Zugangs / Tag der Behandlung
34039	Nachfolgediagnose, die ab dem ... AU allein begründet, ist vorhanden, aber Datum, ab dem ... nicht angegeben oder umgekehrt
34040	AU-begründendes Datum > voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung
34041	AU-begründendes Datum > Entlassungstag
34042	Tag der Entbindung > Entlassungstag
34043	Kostenübernahme ab > Kostenübernahme bis
34044	Bei Ablehnung der Kostenübernahme darf Kostenübernahme ab / bis nicht gefüllt sein
34045	Bei Ablehnung der Kostenübernahme dürfen keine Zuzahlungstage gemeldet werden
34046	Anzahl Zuzahlungstage > Höchstanzahl im Jahr
....	
34048	Operationsschlüssel angegeben, aber Operationsdatum nicht oder umgekehrt
34049	Kostenübernahme ab unzulässig leer
34050	Operationscode vorhanden, aber DPV OPS-Version ist leer
34051	Abrechnung bis ungleich Abrechnung von bei Abrechnung von Sonderentgelten nicht zulässig
....	
34053	Abrechnung von kleiner Aufnahmetag nicht zulässig (gilt nicht für Rechnungspositionen zu vorstationären Kontakten)
34054	Anzahl abgerechneter Tage bei Fallpauschale > Grenzverweildauer
34055	Tag der Wundheilung gefüllt, aber Entgeltart keine A-Fallpauschale
34056	Aufnahmegewicht muss vorhanden sein bei Aufnahmegrund 06
34057	Honorarsummenrelevanter Anteil gefüllt, aber Einzelvergütung Erläuterung nicht 05 oder 06
34058	Entgeltbetrag EBM [\$\$\$\$] entspricht nicht Produkt aus Punktzahl und Punktwert
34059	Punktwert und/oder Punktzahl für EBM [\$\$\$\$] unzulässig gefüllt
34060	Die Pauschale entspricht nicht dem vereinbarten Prozentsatz von der Honorarsumme
34061	Summe der Einzelprodukte der Entgeltanzahlen und Entgeltbeträge zuzüglich der honorarsummenrelevanten Anteile der Einzelvergütungen ist geringer als die Honorarsumme
34062	Summe der Einzelprodukte der Entgeltanzahlen und Entgeltbeträge, Pauschale und Einzelvergütungen abzüglich Zuzahlungen entspricht nicht dem Rechnungsbetrag
34063	Einzelvergütung ist nicht höher als EUR 25,56
34064	Rechnungsbetrag zur Zahlung angewiesen > Rechnungsbetrag
34065	Zuzahlungsbetrag muss Null sein bei Zuzahlungskennzeichen 1, 4 oder 5
34066	Zuzahlungsbetrag darf nicht Null sein bei Zuzahlungskennzeichen 2, 6, 7 oder 8
34067	Summe der Entgelte ./ Zuzahlungsbetrag (Abschläge subtrahiert) entspricht nicht dem Rechnungsbetrag
34068	Summe aus Entgeltanzahl und Anzahl Tage ohne Berechnung/Behandlung darf nicht größer sein als Anzahl abgerechneter Tage
34069	Punktzahl für EBM [\$\$\$\$] entspricht nicht Punktzahl im EBM-Katalog
34070	Punktwert Null ist unzulässig
34071	Summe aus Entgeltanzahl und Anzahl Tage ohne Berechnung/Behandlung entspricht nicht der Anzahl abgerechneter Tage

34072	Entgeltanzahl ungleich 1 unzulässig bei Sonderentgelten, DRG-Systemzuschlag, GBA- und AIP-Zuschlag und Zuschlag zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen
34073	Entgeltbetrag oder Entgeltanzahl ungleich 0 unzulässig bei Wiederaufnahme eines Fallpauschalen-Patienten vor Ablauf der Grenzverweildauer
34074	Entgeltanzahl ungleich 0 oder 1 unzulässig bei fallbezogenen Pauschalen
34075	Punktzahl entspricht nicht 0,725 x Punktzahl im EBM-Katalog
34076	Erstattungsbetrag für Arzneimittel ist geringer als 75 % von EUR 40,00
34077	Doppeluntersuchung Entgeltart [\$\$\$\$\$\$\$] ungleich J oder leer unzulässig
34078	PRZ-Segment fehlt
34079	Es darf entweder Arztnummer oder Zahnarztnummer angegeben werden
34080	Lokalisation gefüllt, aber Diagnoseschlüssel nicht vorhanden
34081	Es darf entweder Arztnummer, IK des veranlassenden Krankenhauses, veranlassende Stelle bei Notfallaufnahme oder Zahnarztnummer angegeben werden
34082	Es ist weder Arztnummer noch IK des veranlassenden Krankenhauses noch veranlassende Stelle bei Notfallaufnahme noch Zahnarztnummer angegeben
34083	Es ist weder eine Reha-Maßnahme noch ein Vorschlag für weitere Behandlung noch ein Vorschlag für eine geeignete Einrichtung angegeben (Segment-RBG enthält kein Datenfeld)
34084	Es ist weder Aufnahmediagnose noch Einweisungsdiagnose angegeben
34085	Zusatzschlüssel Diagnose gefüllt, aber Diagnose nicht vorhanden
34086	Zusatzschlüssel 1 Operation gefüllt, aber Operation nicht vorhanden
34087	Fachabteilung aus Entgeltart in angegebenen Fachabteilungen nicht vorhanden
34088	Zusatzschlüssel 2 Operation gefüllt, aber Zusatzschlüssel 1 Operation nicht vorhanden
34089	Erläuterung zur Einzelvergütung gleich 01, 04, 05, 06 oder 12, aber nähere Bezeichnung in Texterläuterung zur Einzelvergütung nicht vorhanden
34090	IK der aufnehmenden Institution nicht gefüllt, obwohl Entlassungsgrund gleich 06, 08, 13, 16 oder 22
34091	IK der aufnehmenden Institution gefüllt, obwohl Entlassungsgrund nicht 06, 08, 09, 10, 11, 13, 16, 17, 22 oder 29
34092	Honorarsumme, neu berechnet fehlt, obwohl Zahlungsbetrag abweichend vom Rechnungsbetrag
34093	Pauschale, neu berechnet gefüllt, obwohl neu berechnete Honorarsumme leer
34094	Sekundär-Diagnose gefüllt, aber Primär-Diagnose nicht vorhanden
34095	Verarbeitungskennzeichen gleich 40 oder 41 unzulässig bei Nachrichtentyp ungleich ENTL
34096	IK der Pflegeeinrichtung nicht bekannt
34097	IK des Hospizes nicht bekannt
34098	Honorarsummenrelevanter Anteil > Einzelvergütung
34099	FAB = 0000 darf nur einmal und muss bei interner Verlegung im letzten ETL-Segment angegeben werden
34100	Es wurde nur FAB = 0000, 0001, 0002, 0003, 0004 oder 0006 übermittelt
34101	Entlassungs-/Verlegungsgrund gleich 12x, 16x, 18x, 19x, 20x, 21x, 31x-35x im (zeitlich) letzten ETL-Segment unzulässig
34102	Entlassungs-/Verlegungsgrund ungleich 12x, 16x, 18x, 19x, 20x, 21x, 31x-35x in einem (zeitlich) nicht letzten ETL-Segment unzulässig
34103	Veranlassende Stelle bei Notfallaufnahme bei Aufnahmegrund xxx1 unzulässig

34104	Aufnahmediagnose im ersten EAD-Segment ist obligatorisch
34105	Angabe Qualifizierung unzulässig
34106	Verarbeitungskennzeichen ungleich 20 unzulässig bei Rechnungsart 05
34107	Gültigkeit der Versichertenkarte nicht JJMM
34108	Verarbeitungskennzeichen ungleich 10 unzulässig bei Nachrichtentyp ZGUT
34109	Angabe von Nebendiagnosen für Pseudo-Fachabteilung 0001, 0002, 0003, 0004 oder 0006 nicht zulässig
34110	Die Angabe des Verlegungs-/Entlassungsgrundes 18x ist nur in Zusammenhang mit der Pseudo-Fachabteilung 0001 zulässig
34111	Wert hat zu viele Vorkommastellen
34112	Wert hat zu viele Nachkommastellen oder beinhaltet unzulässige Zeichen
34113	Angabe der Beatmungstunden in DAU-Segment fehlt
34114	Verarbeitungskennzeichen ungleich 10 unzulässig bei Rechnungsart 04
34115	Angegebene ICD-Version ist ungültig
34116	Angegebene OPS-Version ist ungültig
34117	Keine OPS-Version angegeben, obwohl OPS-Daten vorhanden
34118	ICD-Version zum Aufnahmedatum unzulässig
34119	OPS-Version zum Aufnahmedatum unzulässig
34120	Bei Aufnahmegrund 06 ist die KV-Nummer erforderlich
...	
34122	Entlassungs-/Verlegungsgrund 19x und 20x nur für die Pseudo-Fachabteilung 0002 zulässig
34123	Lokalisation gefüllt, aber Prozedurenschlüssel nicht vorhanden
34124	Zahlungsbetrag > 20,00 EUR unzulässig
34125	Punktzahl entspricht nicht 0,3625 x Punktzahl im EBM-Katalog
34126	Punktzahl entspricht nicht 0,5 x Punktzahl im EBM-Katalog
34127	Verarbeitungskennzeichen 20 bei Rechnungen nicht zulässig
34128	Verarbeitungskennzeichen 11, 12, 16 und 36 nur für Nachrichtentyp AMBO zulässig
34129	Verarbeitungskennzeichen 35 nur für Nachrichtentyp AUFN zulässig
34130	Geschlecht entspricht nicht Schlüssel 21
34131	Rechnungsart Stelle 1 ungleich 0 und 5 unzulässig
34132	Rechnungsart Stelle 2 gleich 0 unzulässig
34133	In Nachrichtentyp ZGUT nur Rechnungsarten 80 und 90 zulässig
34134	Rechnungsbetrag ungleich Summe der Rechnungsbeträge aus RED
34135	Betriebsstättennummer des ein-/überweisenden Arztes gefüllt, aber Arztnummer des ein-/überweisenden Arztes leer
34136	Betriebsstättennummer des ein-/überweisenden Arztes fehlt
34137	Abrechnung der Pauschale bei Leistungen nach § 116b SGB V nicht zulässig
34138	Einzelvergütung, Erläuterung gleich ,50' nur für 116b-Fälle zulässig
34139	Entweder Arztnummer oder Zahnarztnummer muss angegeben sein
34140	Tag der Behandlung liegt außerhalb des Quartals des Tages des Zugangs
34141	Angabe des Leistungsbereiches fehlt
34142	Mehrfache Angabe des Leistungsbereiches unzulässig

34143	Entgelt [\$\$\$] darf nur einmal je Fall abgerechnet werden
34144	Entgelte 47120001 und 47120002 dürfen nicht mit weiteren Entgelten abgerechnet werden
34145	Entgelte 47120001 bis 47120004 in Zwischen- oder Schlussrechnung nicht zulässig
34146	Bei Entgelten 47120001 bis 47120004 muss der Zuzahlungsbetrag 0,00 sein
34147	Bei Entgelten 47120001 und 47120002 muss das Zuzahlungskennzeichen 2, 6, 7 oder 8 sein
34148	Bei Entgelten 47120003 und 47120004 muss das Zuzahlungskennzeichen 7 oder 8 sein
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
34153	Segment ZLG nur für Verarbeitungskennzeichen 05/45 bei Nachrichtentyp AMBO zulässig
34154	Unzulässige Angabe von „9999“ im Segment PRZ bei §115b SGB V
34155	ICD beginnt unzulässig numerisch
34156	OPS beginnt unzulässig alphanumerisch
34157	Prozedur im Segment PRZ enthält unzulässige Sonderzeichen
34158	Leistungsart im Segment LEI entspricht nicht Schlüssel 24
34159	Teamnummer fehlt im Vertragskennzeichen
34160	Honorar-/ Investitionskosten summe (für Pauschale) mit Wert 0,00 und öffentlich gefördertem Krankenhaus unzulässig
34161	Arzt nummer des überweisenden Arztes bei Überweisung in die ASV fehlt
34162	Ergänzende Dokumentation schwerer Verlaufsformen entspricht nicht Schlüssel 28
34163	Datum der Überweisung in die ASV fehlt
34164	KV-Bezirk fehlt
34165	EBM-Version fehlt
34166	Diagnoseart ungleich 1 oder 2
34167	Teammitgliedsidentifikation fehlt bei Verarbeitungskennzeichen `13` bzw. `43`
34168	in Honorar summe für Pauschale enthalten bei Verarbeitungskennzeichen `10` bzw. `11` bzw. `30` ungleich „J“
34170	Gennummer bei EBM notwendig und fehlt
34171	Anzahl zu Einzelvergütung fehlt
34172	Tag der Behandlung (EZV) fehlt
34173	Verarbeitungskennzeichen „13“ bzw. „43“ mit Kombination Schlüssel 22 für Leistungsbereich nach § 116b (alt) nicht zulässig
34174	Teamebene entspricht nicht Schlüssel 25
34175	Teamebene fehlt
34176	KV Bezirk entspricht nicht Schlüssel 26
34177	lfd. Nummer des Geschäftsvorfalles unzulässig
34178	Verwendung Ausprägung des Schlüssels 30 durch Krankenhaus nicht zulässig
34179	Verwendung Ausprägung des Schlüssels 30 durch Krankenkasse nicht zulässig
34180	Einzelvergütung bei VKZ 13 und 43 darf nicht 05 und/oder 06 sein
34181	Prüfv-Text hat Standardwert „Kodierprüfung“ zu enthalten

34182	Feld `Einzelvergütung, Texterläuterung` muss gefüllt sein, bei VKZ gleich 13 bzw. 43 und Schlüssel 3 (Einzelvergütung) gleich `04`
34183	Feld `Honorarsumme (für Pauschale)` unzulässig gefüllt bei VKZ gleich 13 bzw. 43
34184	Feld `in Honorarsumme für Pauschale enthalten` unzulässig gefüllt bei VKZ gleich 13 bzw. 43
34185	Feld `Honorarsummenrelevanter Anteil` unzulässig gefüllt bei VKZ gleich 13 bzw. 43
34186	Feld `Betriebsstättennummer` muss gefüllt sein bei VKZ `08`, `17`, `37` bzw. `48`, außer bei Ambulanzen die keine Standortnummer gemäß dem Verzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V erhalten
34187	Angabe in Feld `Fachabteilung` VKZ `08`, `17`, `37` bzw. `48` notwendig
34188	Vertragskennzeichen nicht `XXASK` oder `XRB` oder `XFUL` bei VKZ `08`, `17`, `37` bzw. `48`
34189	Feld `Diagnoseart` bei VKZ `08`, `17`, `37` bzw. `48` darf nur Wert `1` bzw. `3` enthalten
34190	Feld `Diagnoseart` bei VKZ `13` bzw. `43` darf nur Wert `1` bzw. `2` enthalten
34191	Standortnummer/BSNR in Feld `Standortnummer/BSNR` (RZA Segment) muss bei VKZ `08`, `17`, `37` bzw. `48` und Diagnoseart `1` mit Feld `Standortnummer/BSNR` im 1. BDG Segment identisch sein
34192	Verwendung Ausprägung des Schlüssels 31 durch Krankenhaus nicht zulässig
34193	Verwendung Ausprägung des Schlüssels 31 durch Krankenkasse nicht zulässig
34194	Datum Einwilligung/Widerruf nicht gefüllt, bei Schlüssel 31 = JA000, JA001, WIDRU, WIDRV
34196	FKT mit laufender Nummer 01 und PVV enthält BEK00 nicht zulässig
34197	Übermittlung einer KAIN-Nachricht ohne bisherige Anzeige eines Prüfverfahrens (durch Krankenkasse oder MDK)
34198	Aufnahmetag abweichend von Angabe im vorhergehenden IFA-Segment derselben Nachricht.
34199	Nachricht lfd Nr > 01 enthält keinen Schlüssel 31 aus dem Bereich „Einwilligung zum Entlassmanagement“
34200	Angaben aus dem Bereich „Einwilligung zum Entlassmanagement“ nur einmal in einer Nachricht zulässig
34201	JA000 mit JA001 in einer Nachricht nicht möglich
34202	JA000 bzw. JA001 in einer Nachricht mit WIDRU/WIDRV nicht möglich
34203	WIDRU mit WIDRV in einer Nachricht nicht möglich
34204	keine Mehrfachnennung des selben Schlüssel 31 in derselben Nachricht zulässig
34205	IFT-Segment fehlt bei Schlüssel 31 `KONTA` oder `KONKK`
34206	Informationen zum Entlassmanagement ohne Einwilligung in einer Nachricht nicht möglich (mit lfd. Nr. 01)
34207	KHIN enthält keine Angaben zum Unterstützungsbedarf (außer bei Schlüssel 31 gleich `WIDRU` oder `WIDRV`)
34208	`Standort Ende` bzw. `Standort Ende Uhrzeit` liegt vor Aufnahmetag (Ausnahme Fälle mit vorstationärem Aufenthalt)
34209	Letztes Segment `Standort Ende` bzw. `Standort Ende Uhrzeit` ungleich `Tag der Entlassung/Verlegung` bzw. `Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit` (Ausnahme Fälle mit nachstationärem Aufenthalt)

34210	Angabe im Feld Rechnungsnummer in Segment RED oder REL unbekannt
34211	Pflegeentgelt nur mit der Abrechnung eines korrespondierenden Basisentgeltes zulässig
34212	Höhe Pflegeentgeltwert bei der Ermittlung des Pflegeerlöses nicht korrekt
34213	`Erster Tag Mitbehandlung/Standort` muss Datum enthalten, wenn Feld `Standortnummer/Betriebsstättennummer` gefüllt ist
34214	Standortnummer bzw. Standortnummer/Betriebsstättennummer fehlt, außer bei Ambulanzen die keine Standortnummer gemäß dem Verzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V erhalten
34215	Standortnummer [\$\$\$\$\$\$\$] fehlerhaft (beginnt nicht mit 77 oder ist nicht neunstellig)
34216	Standortnummer [\$\$\$\$\$\$\$] lt. Standortverzeichnis für IK im FKT-Segment nicht vorhanden
34217	Datum zum Ende des Standorts [\$\$\$\$\$\$\$] ist nicht korrekt (Pseudowert gemeldet), nicht KHIN Nachrichten bzw. Zwischenrechnungen anzuwenden
34218	Uhrzeit zum Standort Ende fehlt
34219	Datum und Uhrzeit zum Ende des Standorts [\$\$\$\$\$\$\$] bereits in anderem STA-Segment vorhanden
34220	Pflegeentgelt (74*) nur in Schlussrechnung (Rechnungsart 02/52) und Zahlungserinnerungen und Mahnungen (Rechnungsart 57/58/07 oder 08) oder Gutschrift/Stornierung (Rechnungsart 04) zulässig
34221	Rechnungsart `22` darf nur vorstationäre Entgelte enthalten
34222	BM Ziffer bei VKZ `09` nicht zulässig
34223	Ausprägung Schlüssel 32 nicht zulässig
34224	Alpha-ID SE Version unzulässig
34225	Orpha-Kennnummer stimmt nicht mit anzuwendenden Alpha-ID-SE Katalog überein
34226	Hashwert im IBE Segment nicht korrekt ermittelt
34227	ID Meldebestätigung stimmt nicht mit Angabe IBE überein
34228	Hash-String unzulässig
34229	Angabe Produktzuordnung entspricht nicht `0` oder `1`
34230	OPS gemäß OPS Trigger Liste des IRD enthalten aber Segment IBE fehlt
34231	Vertragsnummer unzulässig
34232	MDI04 darf nur unmittelbar auf MDK09 oder MDK06 folgen
34233	Bei MDI04 muss mindestens ein PVT-Segment angegeben sein
34234	MDI04 darf nach Abschluss mit MDK07 bis MDK14 nicht mehr zur Anwendung kommen
34235	MDK06 darf nur unmittelbar auf MDI04 folgen
34236	Bei EBM Ziffern KSVPsych (Entgeltart: 300375**) ist Angabe Netzwerkverbundschlüssel notwendig
34237	Bei Angabe Netzwerkverbundschlüssel ist EBM Ziffer KSVPsych (Entgeltart: 300375**) zu verwenden
34238	Die Angabe der Verlegungs-/Entlassungsgründe 32x - 35x ist nur im Zusammenhang mit der Pseudo-Fachabteilung 0006 zulässig
...	...
34243	Abrechnung weitere Entgelte bei Hybrid-DRG unzulässig
34244	Vertragskennzeichen HYB nur für Aufnahmesatz mit Aufnahmegrund 01 zulässig
...	...

34999	Noch nicht spezifizierter Fehler
-------	----------------------------------

Anlage 3 – Vordrucke – wurde gestrichen

Anlage 4 – Technische Anlage

Version: 60

Vertragsstand: 01.12.1994

Stand der Anlage: 11.10.2023

Stand der letzten Anlage: 08.07.2022

Anzuwenden ab: 20.10.2023

Inhaltsverzeichnis

Anlage 4 – Technische Anlage	186
Historie	189
1. Allgemeines	190
2. Teilnahme	190
3. Abwicklung der Datenübermittlung	190
4. Übermittlungsarten	191
4.1 Zeichenvorrat	191
4.1.1 Komprimierung	191
4.1.2 Verschlüsselung	191
4.1.3 Dateiname	191
4.2 Datenfernübertragung	192
4.2.1 Verbindungsaufbau bei FTAM/IP	192
4.2.2 Anwendungsorientierte Funktionen	193
4.2.3 Transportorientierte Funktionen	193
4.2.4 Transportsicherung	194
4.2.5 Dokumentation	194
4.3 Datenträgeraustausch	195
4.3.1 CD-R	195
4.3.2 DVD	195
4.3.3 USB-Speichermedium	195
4.3.4 Transportsicherung	195
4.3.5 Dokumentation	196
5. Austauschformate	197
5.1 Dateibeschreibung	197
5.2 Struktur der Datei	198
6. Fehlerverfahren	201
6.1 Stufe 1 – Prüfung von Datei und Dateistruktur	201
6.2 Stufe 2 – Prüfung der Syntax	201
6.3 Stufe 3 – Formale Prüfung auf Feldinhalte	201
6.4 Stufe 4 – Prüfung in den Fachverfahren der einzelnen Krankenkassen	202
7. Korrekturverfahren	203
7.1 Funktionalität	203
7.2 Technische Umsetzung	203
7.2.1 Identifizierende Merkmale	203
7.2.2 Mehrfach vorkommende Nachrichten	203

7.2.3	Mehrfachänderungen zu einer Nachricht	204
7.2.4	Aufbau des Segments Funktion (FKT)	204
7.3	Allgemeine Verfahrensregeln	204
7.3.1	Normalfall.....	204
7.3.2	Änderung	205
7.3.3	Fallstorno	205
7.3.4	Rechnungsstorno	205
7.3.5	Nachtragsrechnung	206
7.3.6	Gutschrift	206
7.3.7	Fallstorno nach Rechnungsstellung	206
7.3.8	Irrtümliche Entlassungsanzeige	206
7.3.9	Ergänzende Erläuterungen	206
7.4	Änderungen von Versichertendaten außerhalb des Korrekturverfahrens	208
7.4.1	Notwendigkeit des Verfahrens	209
7.4.2	Technische Umsetzung	209
8.	Kostenträgerdateien	210
9.	Datenflüsse.....	211
9.1	Annahmestellen bei den Krankenkassen	211
10.	Testverfahren.....	217
11.	Anhang zur Anlage 4 (Verschlüsselung und Signatur, Übertragungsdateien)	217
11.1	Verschlüsselung und Signatur	217
11.2	Struktur der Übertragungsdateien	217
11.2.1	Übertragungsdateien bei FTAM.....	217
11.2.2	Übertragung per Datenträger.....	217
11.2.3	Festlegung der Transferdarinamen und der Verfahrenskennung	218
11.2.4	Übertragungsdatei bei MHS	222

Historie

Version	Status	Datum	Abschnitt	Erläuterung
58	abgestimmt	17.03.2022	Redaktionelle Anpassung 7.3.5 Nachtragsrechnung	Anpassung an den Nachtrag vom 17.03.2022 mit Wirkung zum 01.04.2022
59	abgestimmt	08.07.2022	Anpassung 5.2 Struktur der Datei	Anpassung an die 16. Fortschreibung vom 08.07.2022 mit Wirkung zum 01.04.2023
60	abgestimmt	11.10.2023	7.3.3 Fallstorno (Klarstellung)	Anpassung an den Nachtrag vom 11.10.2023 mit Wirkung zum 20.10.2023

1. Allgemeines

- (1) Diese Technische Anlage zur Datenübermittlungs-Vereinbarung gemäß § 301 Abs. 3 SGB V regelt organisatorische und technische Sachverhalte, die zur Erfüllung der Vereinbarung einer Regelung bedürfen.
- (2) Die Pflege der Anlage erfolgt durch Austausch/Ergänzung einzelner Seiten oder Abschnitte. Die Änderung muss nach Abstimmung zwischen den Vertragsparteien beschlossen werden.
- (3) Die Regelungen dieser Technischen Anlage entsprechen im Wesentlichen den Grundsätzen für Datenübermittlung und Datenträgeraustausch in der Fassung von Dezember 1990, die von der Koordinierungs- und Beratungsstelle der Bundesregierung für Informationstechnik in der Bundesverwaltung (KBSt) herausgegeben wurde.
- (4) Für den Abschnitt zur Datenübermittlung wird des Weiteren auf das EPHOS-Handbuch der KBSt, Stand 1992, Bezug genommen.

2. Teilnahme

- (1) Die Einzelheiten zur Durchführung der Datenübermittlung sind rechtzeitig vor der erstmaligen Durchführung oder Änderung zwischen dem Absender und dem Empfänger der Daten abzustimmen.
- (2) Durch ein zwischen Absender und Empfänger abgestimmtes Testverfahren vor der erstmaligen Durchführung und vor Änderung des Verfahrens der Datenübermittlung ist die ordnungsgemäße Verarbeitung sicherzustellen.
- (3) Krankenhausfälle von Patienten, die das Kostenerstattungsverfahren gewählt haben, sind nicht in das Datenaustauschverfahren einbezogen.

3. Abwicklung der Datenübermittlung

- (1) Ein Geschäftsvorfall ist jeweils in einer eigenen Nachricht gemäß DIN EN 29735 (UNH bis UNT) zu übermitteln.
- (2) Die übermittelten Daten müssen den vereinbarten Inhalten und Strukturen entsprechen.
- (3) Über die Datenübermittlung ist eine Dokumentation zu führen (siehe 4.2.4 bzw. 4.3.4).
- (4) Der Absender hat sicherzustellen, dass nur geprüfte Datensätze übermittelt werden. Der Umfang der Prüfungen ist in Abschnitt 6 festgelegt.
- (5) Der Absender hat die Datenübermittlung innerhalb der vereinbarten Fristen vorzunehmen. Er hat für die Möglichkeit der Rekonstruktion der Daten im Falle eines Dateiverlustes auf dem Transportweg oder einer Dateirückweisung Sorge zu tragen.
- (6) Der Empfänger hat die Übernahme der Daten zu bestätigen. Werden bei oder nach der Übermittlung Mängel festgestellt, die eine ordnungsgemäße Verarbeitung der Daten ganz oder teilweise beeinträchtigen, werden vom Empfänger nur die fehlerfreien Daten weiterverarbeitet. Das Fehlerverfahren ist in Abschnitt 6 geregelt.
- (7) Der Absender ist über die festgestellten Mängel unverzüglich zu unterrichten. Dieser ist verpflichtet, seinerseits unverzüglich die zurückgewiesenen Daten zu berichtigen und die korrigierten Daten erneut zu übermitteln. Jede erneute Datenlieferung nach Rückweisung fehlerhafter Daten hat ggf. eine erneute Terminsetzung zur Folge. Die elektronische Zurückweisung von Fehlernachrichten (Nachrichtentyp „FEHL“ oder um FHL-Segmente ergänzte Nachrichten) ist zur Vermeidung von Endlosschleifen nicht zulässig.

- (8) Datenträger mit personenbezogenen Daten sind nach der Datenübernahme unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorschriften zu löschen bzw. zu vernichten. Für die Zurückweisung fehlerhafter Datenträger oder Dateien gelten besondere Regelungen (siehe Abschnitt 6).

4. Übermittlungsarten

- (1) Die Datenübermittlung erfolgt per Datenfernübertragung (DFÜ). Soweit eine Datenfernübertragung aus technischen Gründen nicht realisiert werden kann, können vorübergehend Datenträger nach Abschnitt 4.3 verwendet werden.
- (2) Die Kosten für die Datenübermittlung übernimmt der Absender.

4.1 Zeichenvorrat

- (1) Der Bezugscode für den Austausch digitaler Daten ist der Code gemäß DIN 66303:2000-06 (Deutsche Referenzversion des 8-Bit-Code). Dieser Code enthält die Ziffern, die Groß- und Kleinbuchstaben, Sonderzeichen sowie nationale Buchstaben, so dass eine korrekte deutschsprachige Namensschreibung ermöglicht wird.
- (2) Wenn bei der übermittelnden Stelle die technischen Voraussetzungen eine Verwendung des Codes nach Abschnitt 1 nicht vorhanden sind, kann der Code gemäß DIN 66003 DRV (Deutsche Referenzversion des 7-Bit-Code) verwendet werden.
- (3) Alternativ kann der Zeichensatz ISO 8859-15 oder ISO 8859-1 genutzt werden.
- (4) Im Feld „Zeichensatz“ des Auftragsatzes ist der für die Nutzdaten verwendete Zeichensatz zu dokumentieren.
- (5) Eine Zeilenende-Markierung CR / LF (ASCII-Wert - 13 - CR, ASCII-Wert 10 - LF) darf im Zeichenvorrat nicht verwendet werden.

4.1.1 Komprimierung

Die Daten können vor der Übermittlung komprimiert werden, wenn Absender und Empfänger dies vereinbaren. Dabei sollen ausschließlich genormte, herstellerunabhängige Verfahren verwendet werden.

4.1.2 Verschlüsselung

* s. Anhang -

4.1.3 Dateiname

Für den Dateinamen wird folgende Syntax verwendet:

Stellen	Status	Inhalte
1 - 3	M	Klassifikation = „KRH“
4 - 8	M	zur freien Verfügung
9 - 11	K	zur freien Verfügung

4.2 Datenfernübertragung

- (1) Die Festlegungen zur Regelung der Datenübermittlung sollen dem Referenzmodell für die offene Kommunikation (OSI), ISO 7498, entsprechen. Die transportorientierten Funktionen werden durch die Ebenen 1 bis 4, die anwendungsorientierten Funktionen durch die Ebenen 5 bis 7 abgedeckt.
- (2) Für die Realisierung der anwendungsorientierten Funktionen können "File Transfer, Access and Management" (FTAM) zur Datenübermittlung sowie "Message Handling System" (MHS; X.400 Version 1988) als Nachrichtenübermittlungssystem gemäß ISO/OSI verwendet werden. Der Einsatz von MHS (X.400) endet zum 31.12.2017. Ab dem 01.01.2018 wird weiterhin FTAM unterstützt.
- (3) Für die Realisierung der Transportfunktionen wird bis zum 31.12.2017 als Medium das ISDN der Telekom verwendet. Es können auch andere Medien und Techniken, z. B. DATEX-P, das analoge Fernsprechnet als Zugang zum nächsten DATEX-P-Knoten oder Standleitungen, vereinbart werden. Die Krankenkassen erklären sich bereit, sofern notwendig bei ihren Datenannahme- und Verteilstellen ein DFÜ-Verfahren gemäß CCITT X.25 vorzuhalten. Spätestens ab dem 01.01.2018 werden als Übermittlungsmedium nur noch normierte Internetprotokolle (TCP/IP) verwendet.
- (4) Für jedes Transportmedium sind geeignete Mechanismen zur Zugriffskontrolle zu vereinbaren, um den Ansprechpartner zu identifizieren und authentifizieren.
- (5) Im Rahmen bilateraler Absprachen ist die Übertragung mittels weiterer Verfahren möglich. In diesen Fällen muss die gleiche Datensicherheit gewährleistet sein wie beim Einsatz der Datenübertragung mittels der nachfolgenden Festlegungen.

Verlängerung der Annahmefähigkeit für FTAM / ISDN bzw. X.400 / MHS bis 31.3.2018

- (6) Aufgrund erheblicher Verzögerungen bei der Umstellung auf die IP-basierte Datenübermittlung kann mit Stand November 2017 nicht von einer flächendeckenden Umstellung zum 01.01.2018 ausgegangen werden. Um den Abrechnungsbetrieb nicht zu gefährden, haben sich die Vereinbarungspartner daher darauf verständigt, die Annahmefähigkeit der Datenannahmestellen der Krankenkassen für die zum 31.12.2017 beendeten Verfahren FTAM / ISDN bzw. X.400 / MHS einmalig um drei Monate bis zum 31.03.2018 zu verlängern. Die Vereinbarungspartner stimmen darin überein, dass eine weitere Verlängerung über den 31.03.2018 nicht vorgesehen ist. Diese Regelung bedingt die Verfügbarkeit der bisher genutzten ISDN-Anschlüsse sowohl auf Seiten der Datenannahmestellen als auch der Krankenhäuser. Die Vereinbarungspartner haben hierzu den Kontakt mit der Deutschen Telekom gesucht, um eine vorzeitige Umstellung zu vermeiden.

4.2.1 Verbindungsaufbau bei FTAM/IP

- (1) Bei FTAM über TCP/IP (FTAM/IP) erfolgt die Adressierung des Kommunikationspartners entweder über das Domain Name System (DNS) oder über eine feste IP-Adresse und der Angabe des entsprechenden Ports. Es werden IPv4-Netzwerkadressen verwendet; IPv6-Adressen können nach bilateraler Vereinbarung ebenfalls verwendet werden.

Die Datenannahmestellen müssen diese Parameter jedes Kommunikationspartners kennen.

- (2) Bei der Verbindungsaufnahme zwischen FTAM-Initiator und Responder wird entschieden, ob der Nutzer berechtigt ist, Zugriff auf das System zu erhalten. Dieser Verbindungsaufbau erfolgt beim Einsatz von FTAM mittels der PDU (protocol-data-unit). Die PDU enthält die Parameter

initiator-identity

account

filestore-password

Der Parameter initiator-identity ist mit dem weithin bekannten login gleichzusetzen und spezifiziert den Namen des Nutzers, der den Aufbau einer FTAM-Verbindung verlangt. Das filestore-password berechtigt den Nutzer zum Zugriff auf das Zielsystem. Der Parameter account dient üblicherweise zu Abrechnungszwecken. Der FTAM-Responder legt fest, welche von diesen 3 Parametern benötigt werden, um dem Nutzer den Zugang zum System zu ermöglichen. Für den Datenaustausch nach § 301 Abs. 1 SGB V ist der Parameter „Initiator-identity“ (IK der Datenannahmestelle bzw. des Krankenhauses) eine Pflichtangabe.

4.2.2 Anwendungsorientierte Funktionen

- (1) Für die Verwendung anwendungsorientierter Funktionen werden folgende Normen zugrunde gelegt, unabhängig von der gewählten Zugriffsart:

OSI-Ebene 7	ISO IS 8571	OSI-FTAM-Standard
	ISO IS 8649/8650	Funktionselement für Anwendungen (ACSE)
OSI-Ebene 5/6	ISO IS 8822/8823	Darstellung
	ISO IS 8326/8327	Kommunikationssteuerung

- (2) Zur Verwendung des FTAM-Dienstes müssen folgende Normen und Profile beachtet werden:

ENV 41204	Vollständige Übermittlung einfacher Dateien
ENV 41205	Dateiverwaltung
FTAM Typ 3	Unstructured binary files

- (3) Zur Verwendung des MHS-Dienstes bis 31.12.2017 müssen folgende Normen und Profile beachtet werden:

MHS:	CCITT X.400	X.400-Standard, Version 1988
Pedi (P35)	CCITT X.435	Übertragung von EDIFACT-Nachrichten
Verbindung	ENV 41201	Private Verwaltungsbereiche
Verbindung	ENV 41202	Öffentlicher Verwaltungsbereich

- (4) Die Struktur der Übertragungsdateien bei FTAM und X.400 ist im Anhang (Abschnitt 2) definiert.

4.2.3 Transportorientierte Funktionen

- (1) Die ISO-Normen IS 8072/8073 definieren die zu verwendenden Transportdienste und -protokolle.
- (2) Als Protokolle für den D-Kanal sind E-DSS1 (Euro-ISDN) und 1 TR6 zu unterstützen. Im B-Kanal wird gemäß der Telekom-Richtlinie 1TR24 das Schicht3-Protokoll ISO 8208 (entspricht X.25 PLP) genutzt.
- (3) Der Transport über DATEX-P der Telekom erfolgt nach ENV 41104/41105/CCITT X.25.

- (4) Die zu verwendenden Vermittlungs- und Transportdienste nach OSI-Ebene 3 und 4 werden bei Nutzung des Internets durch das Transmission Control Protokoll (TCP) gemäß RFC 793 sowie durch das Internetprotokoll (IPv4/IPv6) gemäß RFC 791 u. a. definiert. Da in den generischen FTAM-Spezifikationen eine native Nutzung von TCP/IP nicht vorgesehen ist, wird die Implementierung gemäß RFC 1006 (ISOonTCP) genutzt.

4.2.4 Transportsicherung

- (1) Die Initiative für den Kommunikationsvorgang übernimmt der Absender.
- (2) Absender und Empfänger können zum gegenseitigen Nachweis der Berechtigung für die Datenübermittlung entsprechende Passwörter vereinbaren.
- (3) Innerhalb des ISDN/DATEX-P wird die Rufnummer des aktiven Partners übergeben und vom passiven Partner geprüft. Deshalb muss die ISDN/DATEX-P-Nummer jedes möglichen aktiven Partners den passiven Partnern gemeldet werden; jede Änderung ist unverzüglich und rechtzeitig im Voraus den beteiligten Stellen bekanntzugeben.

4.2.4.1 Transportsicherung bei FTAM

Einigen sich Absender und Empfänger nicht auf das automatische Recovery gemäß ISO IS 8571 FTAM, gilt für Übertragungsabbrüche, dass die betroffene Datei vom Absender erneut übertragen wird.

4.2.4.2 Transportsicherung bei MHS

Beim Sendevorgang soll der Absender vom Empfänger eine Empfangsbestätigung (Delivery Report) anfordern. Bei fehlender bzw. negativer Rückmeldung ist die Datei erneut zu verschicken.

4.2.5 Dokumentation

Für die Datenübermittlung ist eine Dokumentation zu führen. Sie ist mindestens bis zum Abschluss des jeweiligen Vorgangs (Bezahlung der Schlussrechnung) vorzuhalten. Die Dokumentation muss die folgenden Mindestinhalte umfassen:

- Inhalt der Datenübermittlung (Dateiname)
- Laufende Nummer der Datenübermittlung
- Eindeutige Bezeichnung der Kommunikationspartner
- Beginn und Ende der Datenübermittlung
- Übermittlungsmedium
- Dateigröße
- Verarbeitungshinweise
 - Senden/Empfangen
 - Verarbeitungskennzeichen (fehlerfrei/fehlerhaft)
 - wenn fehlerhaft: Fehlerstatus aus Übertragungsprogramm

4.3 Datenträgeraustausch

- (1) Als Datenträger sind nach bilateraler Abstimmung nicht wiederbeschreibbare CDs, DVDs oder USB-basierte Medien zu verwenden.
- (2) Erfolgt keine bilaterale Einigung auf eines der in Absatz 1 genannten Medien, sind nicht wiederbeschreibbare CDs zu verwenden.

4.3.1 CD-R

- (1) Es sind Recordable-CDs mit 12 cm Durchmesser gemäß ISO-9660 Standard und einer Datenkapazität von 650 MB oder 700 MB zu verwenden.
- (2) Es dürfen sich mehrere Dateien auf einer CD-Rom befinden. Eine Datei darf sich nur über eine CD-ROM erstrecken. Auf die Kennsätze nach DIN wird deshalb verzichtet. Es sind die in Abschnitt 4.1.3 vereinbarten Regelungen einzuhalten.
- (3) Auf der CD dürfen keine Unterverzeichnisse eingerichtet werden. Alle auf dem Datenträger befindlichen Dateien müssen sich im Wurzelverzeichnis befinden.

4.3.2 DVD

- (1) Zulässig sind DVD-R und DVD+R mit 12 cm Durchmesser, Typ DVD 5 mit max. 4,7 GB Speicherkapazität, im UDF. In Bezug auf Dateinamen ist der ISO-9660 Level 1 Standard zu verwenden.
- (2) Es dürfen sich mehrere Dateien auf einer DVD befinden. Eine Datei darf sich nur über eine DVD erstrecken. Auf die Kennsätze nach DIN wird deshalb verzichtet. Es sind die in Abschnitt 4.1.3 vereinbarten Regelungen einzuhalten.
- (3) Auf der DVD dürfen keine Unterverzeichnisse eingerichtet werden. Alle auf der DVD befindlichen Dateien müssen sich im Wurzelverzeichnis befinden.

4.3.3 USB-Speichermedium

- (1) Zulässig sind alle bilateral vereinbarten Medien. Als Dateisystem sollte nur FAT32 verwendet werden.
- (2) Es dürfen sich mehrere Dateien auf einem Speichermedium befinden. Eine Datei darf sich nur über ein Speichermedium erstrecken. Auf die Kennsätze nach DIN wird deshalb verzichtet. Es sind die in Abschnitt 4.1.3 vereinbarten Regelungen einzuhalten.
- (3) Auf dem Speichermedium dürfen keine Unterverzeichnisse eingerichtet werden. Alle auf dem Medium befindlichen Dateien müssen sich im Wurzelverzeichnis befinden.
- (4) Im Einzelfall kann die Rückgabe der Speichermedien vereinbart werden.

4.3.4 Transportsicherung

- (1) Die Datenträger sind mit Etiketten zu versehen, aus denen Name und Adresse sowie das Datenträgerkennzeichen hervorgehen.
- (2) Falls das Transportunternehmen besondere Möglichkeiten zur Transportsicherung bietet, sind diese unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit zu nutzen.
- (3) Die Übernahme der Daten ist dem Absender in geeigneter Form zu quittieren.

4.3.5 Dokumentation

- (1) Für den Datenträgeraustausch werden Transportbegleitzettel in Anlehnung an DIN 31632 verwendet.
Eine Durchschrift/Kopie des Begleitzettels geht mit getrennter Post an den Empfänger.
- (2) Der Transportbegleitzettel muss die folgenden Mindestinhalte umfassen:
 - Überschrift: Datenträgerbegleitzettel
 - Datenübermittlungsverfahren: § 301
 - Absender
 - Empfänger
 - Inhalt der Datenlieferung
 - Lfd. Nummer der übermittelten Datenlieferung/Dateinummer
 - Dateinamen
 - Art des Datenträgers
 - Erstellungsdatum
 - Datum, Unterschrift

5. Austauschformate

5.1 Dateibeschreibung

- (1) Der Aufbau einer Datei entspricht dem EDIFACT-Standard (DIN EN 29 735).
- (2) Die einzelnen Nachrichtentypen werden durch Satzzeichen und Versionsnummern gekennzeichnet bzw. unterschieden. Die Nachricht selbst ist in eine definierte Folge von anwendungsbezogenen Segmenten gegliedert, die durch ihre Kennung identifiziert werden. Segmente enthalten Datenelemente. Datenelemente und Segmente werden durch vereinbarte Steuerzeichen begrenzt, so dass innerhalb einer Nachricht nur signifikante Daten zu übermitteln sind und am Segmentende nicht gefüllte Datenelemente weggelassen werden können.
- (3) Zu den Trennzeichen werden folgende Festlegungen getroffen:

UNA, Trennzeichen-Vorgabe

Funktion: Dient zur Definition der Trennzeichen-Angabe und der anderen Zeichen mit Sonderfunktionen, die in der folgenden Übertragungsdatei verwendet werden.

Wenn die Trennzeichen-Vorgabe übertragen werden soll, muss sie dem Nutzdaten-Kopfsegment UNB unmittelbar vorangestellt werden. Die Vorgabe beginnt mit den Großbuchstaben UNA, dann folgen unmittelbar die sechs festgelegten Trennzeichen in der nachstehend aufgeführten Reihenfolge:

Segment	Feldbezeichnung	Feld-Art	Typ/Länge	Inhalt / Bemerkungen
UNA	Segmentbezeichner	M	an3	'UNA'
	Trennzeichen innerhalb zusammengesetzter Datenelemente	M	an1	Doppelpunkt
	Trennzeichen für Segmentbezeichner, Datenelementgruppen und Datenelemente	M	an1	Plus-Zeichen
	Dezimalzeichen	M	an1	Komma
	Freigabezeichen	M	an1	Fragezeichen
	Reserviert für spätere Verwendung	M	an1	Leerzeichen
	Segmentendezeichen	M	an1	Apostroph

Abweichend von allen anderen Segmenten werden im UNA keine Trennzeichen verwendet. Aufbau des UNA-Segmentes:

UNA:+,?b'

Soll eines der verwendeten Steuerzeichen (Doppelpunkt, Plus-Zeichen, Komma, Fragezeichen, Apostroph) innerhalb eines Feldes als Textzeichen übermittelt werden, so muss das Aufhebungszeichen vorangestellt werden. Es gilt jeweils für das unmittelbar nachfolgende Zeichen.

Beispiele:

Für den Patienten *Luigi D'Angelo* müssten die Felder Nachname und Vorname folgendermaßen übermittelt werden: *D'Angelo+Luigi+*

Das Textfeld *Berechnungsgrundlage: Betrag = Honorarsumme + Einzelvergütung* sähe wie folgt aus:

Berechnungsgrundlage?: Betrag = Honorarsumme ?+ Einzelvergütung+

5.2 Struktur der Datei

- (1) Die zu übermittelnden Daten können mit einer Trennzeichen-Vorgabe UNA beginnen.
- (2) Jede Datei beginnt mit einem Nutzdaten-Kopfsegment (UNB) und endet mit einem Nutzdaten-Endesegment (UNZ).

Im Nutzdaten-Kopfsegment wird als Absenderbezeichnung das Institutionskennzeichen der datenverschlüsselnden Stelle und als Empfängerbezeichnung das Institutionskennzeichen des datenentschlüsselnden Empfängers eingetragen. Eine Datei enthält deshalb nur Daten für die in der Empfängerbezeichnung angegebene Datenannahmestelle.

Für ein Absender-Empfänger-Paar ist die Datenaustauschreferenz fortlaufend je Dateiübermittlung um 1 zu inkrementieren. Bei Datenüberlauf ($99999 + 1 = 00001$) ist mit '00001' neu aufzusetzen. Die Zählung ist für Testverfahren und für Echtverfahren getrennt vorzunehmen.

(Zum Umgang mit der Datenaustauschreferenz in Bezug auf Fehlermeldungen der Stufe 1 siehe Kapitel 6 'Fehlerverfahren'.)

- (3) Eine Nachricht eines Absenders (z. B. Aufnahmesatz, Kostenübernahmesatz) an einen bestimmten Empfänger wird jeweils mit einem Nachrichten-Kopfsegment (UNH) eingeleitet und mit einem Nachrichten-Endesegment (UNT) beendet. Innerhalb dieser beiden Segmente befinden sich alle Nutzdatensegmente der Nachricht. Gemäß DIN EN 29735 ist je Nachricht (innerhalb von UNH und UNT) nur die Übermittlung eines Geschäftsvorfalles möglich.

Das Institutionskennzeichen des Absenders und des Empfängers sind in den Nutzdaten gespeichert.

- (4) Eine Nutzdatendatei darf nur ein UNB-Segment und ein UNZ-Segment enthalten.

Nutzdaten-Kopfsegment

Segment/Feldnr.	Feldbezeichnung	Feld- Art	Typ/Länge	Inhalt/Bemerkungen
UNB	Segmentbezeichner	M	an3	'UNB'
S001	Syntax-Bezeichner	M		Syntaxkennung:Version
0001	Syntax-Kennung	M	an4	'UNOC'
0002	Syntax-Versionsnummer	M	n1	'3'
S002	Absender der Übertragungsdatei	M		
0004	Absenderbezeichnung	M	an..35	IK der datenversendenden Stelle
S003	Empfänger der Übertragungsdatei	M		
0010	Empfängerbezeichnung	M	an..35	IK der datenannehmenden Stelle
S004	Datum/Uhrzeit der Erstellung	M		JJMMTT:HHMM
0017	Datum der Erstellung	M	n6	JJMMTT
0019	Uhrzeit der Erstellung	M	n4	HHMM
0020	Datenaustauschreferenz	M	an..14	5 Stellen fortlaufende Dateinummer
S005	Referenz/Passwort des Empfängers	K		leer
0026	Anwendungsreferenz	M	an..14	11 Stellen Dateiname (siehe 4.1.3)

Beispiel für den Aufbau eines UNB:

(5) UNB+UNOC:3+101234567+261234567+970118:1145+00001++KRHxxxxxxxx'

Nachrichten-Kopfsegment

Segment/Feldnr.	Feldbezeichnung	Feld-Art	Typ/Länge	Inhalt/Bemerkungen
UNH	Segmentbezeichner	M	an3	'UNH'
0062	Nachrichtenreferenznummer	M	an..14	5 Stellen fortlaufende Nummer (innerhalb UNB / UNZ)
S009	Nachrichtenkennung	M		Beispiel: 'AUFN:16:000:00'
0065	Nachrichtentyp-Kennung	M	an..6	'AUFN', 'VERL', 'MBEG', 'KHIN', 'KANT' 'RECH', 'ENTL', 'AMBO', 'ZGUT', 'KOUB', 'ANFM', 'ZAHL', 'ZAAO', 'SAMU', 'INKA', 'KAIN' oder 'FEHL'
0052	Versionsnummer des Nachrichtentyps	M	an..3	'16'
0054	Freigabenummer des Nachrichtentyps	M	an..3	'000'
0051	Verwaltende Organisation	M	an..2	'00'

Nachrichten-Endesegment

Segment/Feldnr.	Feldbezeichnung	Feld-Art	Typ/Länge	Inhalt/Bemerkungen
UNT	Segmentbezeichner	M	an3	'UNT'
0074	Anzahl Segmente in einer Nachricht	M	n..6	Anzahl der Segmente von UNH bis UNT (einschl. UNH und UNT)
0062	Nachrichtenreferenznummer	M	an..14	wie in UNH (0062)

Nutzdaten-Endesegment

Segment/Feldnr.	Feldbezeichnung	Feld-Art	Typ/Länge	Inhalt/Bemerkungen
UNZ	Segmentbezeichner	M	an3	'UNZ'
0036	Datenaustauschzähler	M	n..6	Anzahl der Nachrichten in der Übertragungsdatei
0020	Datenaustauschreferenz	M	an..14	wie in UNB (0020)

6. Fehlerverfahren

Um die Datenübermittlung ohne zeitliche Verzögerung durchzuführen, ist bei Fehlern eine sofortige Reaktion erforderlich. Das bedeutet, dass die als fehlerhaft erkannten Daten umgehend zurückgeschickt werden müssen. Dabei ist grundsätzlich das gleiche Medium zu verwenden, auf dem die ursprüngliche Datenlieferung erfolgte (Ausnahme: physische Nichtlesbarkeit eines Datenträgers).

Die per DFÜ oder auf Datenträgern übermittelten Daten werden einer mehrstufigen Prüfung unterzogen.

6.1 Stufe 1 – Prüfung von Datei und Dateistruktur

Übertragungsdateien werden auf ihre physikalische Lesbarkeit, korrekte Reihenfolge und Syntax der Service-Segmente (UNA, UNB, UNH, UNT, UNZ) sowie auf Gültigkeit der Kommunikationspartner geprüft.

Sollte die übermittelte Übertragungsdatei (DFÜ) nicht lesbar sein, erfolgt eine Klärung unmittelbar zwischen der empfangenden und der absendenden Stelle. Sollte die übermittelte Übertragungsdatei (DFÜ) lesbar sein und Fehler in den Service-Segmenten oder falsche Absender- bzw. Empfängerangaben enthalten, so wird eine eigene Übertragungsdatei, die als Nachrichtentyp ausschließlich 'FEHL' (mit einem oder mehreren Fehlersegmenten) enthält, erzeugt (Struktur der Datei: UNB, UNH mit Nachrichtentyp-Kennung FEHL, Datensegment(e) FKT, FHL; UNT, UNZ) und an den Absender zurück übermittelt, sofern die Fehlersituation eine maschinelle Bearbeitung ermöglicht. Die Übertragungsdatei wird in diesem Falle als nicht übermittelt betrachtet, bei der nächsten Übermittlung wird deshalb die Datenaustauschreferenz (UNB 0020) nicht hochgezählt.

Bei Abweisung eines Datenträgers erfolgt die Rückmeldung an den Absender in Papierform mit Angabe des Fehlers und Kopie des Transportbegleitzettels zusammen mit dem nicht lesbaren Datenträger. In diesem Fall wird dieser nicht gelöscht, um dem Absender die Fehleranalyse zu erleichtern.

6.2 Stufe 2 – Prüfung der Syntax

Je Nachricht wird die Reihenfolge der Segmente geprüft, innerhalb eines Segmentes erfolgen die Prüfungen auf Feldebene in Bezug auf Typ, Länge und Vorkommen (Kann- oder Muss-Feld).

Wenn die Syntax verletzt ist, z. B. bei falschen Segmenten, zu großer Feldlänge oder alphanumerischen Inhalten in numerisch definierten Datenelementen, ist die gesamte Nachricht von UNH bis UNT zurück-zuweisen.

Es wird dann eine Fehlernachricht mit dem Nachrichtentyp 'FEHL' (Segmentfolge UNH, FKT, FHL, UNT) erzeugt und an den Absender übermittelt.

6.3 Stufe 3 – Formale Prüfung auf Feldinhalte

Die einzelnen Felder eines Segmentes werden auf plausiblen Inhalt geprüft (z. B. Datum, Uhrzeit).

Schlüsselausprägungen müssen korrekt sein im Hinblick auf das Schlüsselverzeichnis (Anlage 2) bzw. auf die Informationsstrukturdaten (IK, ICD, Amtlicher OP-Schlüssel). Weiter finden Kombinationsprüfungen über

mehrere Felder statt. Eine als fehlerhaft erkannte Nachricht wird um Fehlersegmente ergänzt und an den Absender zurückübermittelt.

Kassenartenspezifisch ist zu entscheiden, ob in diesen Fällen außer der Zurückweisung der Nachricht zusätzlich eine Information an das Fachverfahren erfolgen soll (Hinweis an den Sachbearbeiter, dass der Absender eine Nachricht mit Fehlersegment(en) zurückübermittelt bekommen hat).

6.4 Stufe 4 – Prüfung in den Fachverfahren der einzelnen Krankenkassen

Die vertrags- und leistungsrechtlichen Prüfungen werden individuell bei den einzelnen Krankenkassen durchgeführt. Für diesen Bereich werden keine kassenartenübergreifenden Regelungen vereinbart. Ein als fehlerhaft erkannter Geschäftsvorfall wird um Fehlersegmente ergänzt und an den Absender zurückübermittelt.

7. Korrekturverfahren

7.1 Funktionalität

Das Korrekturverfahren gilt für **inhaltlich** falsch übermittelte Daten innerhalb der Datenübermittlung zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen nach § 301 SGB V. Es berührt nicht das Fehlerverfahren für **programmtechnisch** festgestellte Fehler, die zu Rückweisungen von einzelnen Nachrichten oder Dateien führen.

Das Korrekturverfahren schafft die DV-technische Voraussetzung, um formal richtige, aber durch Erfassungs- oder Softwarefehler inhaltlich falsche Daten, die auch in Plausibilitätsprüfungen nicht als falsch erkannt werden, zu korrigieren oder zu stornieren. Es dient auch zur nachträglichen Übermittlung inhaltlicher Änderungen.

7.2 Technische Umsetzung

Voraussetzung für die Korrektur bereits übermittelter Daten ist deren eindeutige Identifizierung, d. h. die Zuordnung zum jeweiligen Fall. Darüber hinaus müssen Nachrichten des gleichen Typs zu einem Fall – z. B. mehrere Verlängerungsanzeigen – voneinander unterschieden werden können.

7.2.1 Identifizierende Merkmale

Ein Krankenhausfall ist durch das Institutionskennzeichen des Krankenhauses in FKT und das KH-interne Kennzeichen des Versicherten in INV eindeutig identifiziert. Das KH-interne Kennzeichen muss eine eindeutige Identifizierung des Behandlungsfalles sicherstellen. Somit sind auch stationäre und ambulante Fälle eindeutig voneinander unterscheidbar. Das IK des Krankenhauses darf – bezogen auf einen Krankenhaus-Behandlungsfall – nicht geändert werden. Nach einem Fallstorno (siehe 7.3.3) darf das KH-interne Kennzeichen für die Übermittlung an dieselbe Kasse nicht noch einmal verwendet werden, es ist dann ein neues KH-interne Kennzeichen zu vergeben. Werden nach einem Fallstorno aufgrund falscher Kostenträgerzuordnung die Daten an die tatsächlich zuständige Krankenkasse übermittelt, so kann das KH-interne Kennzeichen beibehalten werden.

Zur Steuerung der DV-technischen Korrektur wird das Funktionssegment FKT verwendet, das jede Nachricht einleitet.

7.2.2 Mehrfach vorkommende Nachrichten

Einige Geschäftsvorfälle wie z. B. die Verlängerungsanzeige können innerhalb eines Krankenhausfalles mehrfach vorkommen.

Das Funktionssegment FKT enthält das Feld 'Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles', das zur Unterscheidung von mehrfach vorkommenden Nachrichten (lückenlos fortlaufend ab '01') verwendet werden kann.

7.2.3 Mehrfachänderungen zu einer Nachricht

Aus technischen Gründen, z. B. weil eine Datei wegen Nichtlesbarkeit zurückgeschickt werden muss, kann es vorkommen, dass übermittelte Nachrichten nicht in der zeitlichen Reihenfolge des Absendens beim Empfänger ankommen bzw. verarbeitet werden. Dies kann auch durch mehrfache Änderungen in kurzem Abstand eintreten.

In solchen Fällen soll bilateral geklärt werden, ob der vom Absender gewünschte Dateninhalt auch tatsächlich als aktueller Stand beim Empfänger vorliegt.

7.2.4 Aufbau des Segments Funktion (FKT)

Segment/Feldnr.	Feldbezeichnung	Feld-Art	Typ/Länge	Inhalt/Bemerkungen
FKT	Segmentbezeichner	M	an3	'FKT'
	Verarbeitungskennzeichen	M	an2	Schlüssel 9
	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	M	an2	'01', bei mehrfach vorkommenden Meldungen: fortlaufend
	IK des Absenders	M	an9	IK des Krankenhauses / der Krankenkasse
	IK des Empfängers	M	an9	IK der Krankenkasse / des Krankenhauses

7.3 Allgemeine Verfahrensregeln

Im Datenübermittlungsverfahren können einzelne Nachrichten korrigiert werden, wobei das Institutionskennzeichen und das KH-interne Kennzeichen des Versicherten als identifizierende Felder nicht geändert werden dürfen (Sicherstellung durch Plausibilitätsprüfungen in den Fachverfahren).

Müssen die identifizierenden Felder geändert werden, ist ein 'Fallstorno' erforderlich. Die Fachverfahren haben den Nachweis von Änderungen und Fallstorni zu gewährleisten.

7.3.1 Normalfall

Im Funktionssegment (FKT) ist das Verarbeitungskennzeichen auf '10' zu setzen. Bei ambulanter Abrechnung eines stationären Falles wird auf Basis von § 115b SGB V '11' und auf Basis von § 116b SGB V '12' verwendet. Die Abrechnung von Leistungen nach § 116b Abs. 2 SGB V erfolgt mit Verarbeitungskennzeichen '16', von Leistungen nach § 117 Abs. 1 SGB V mit Verarbeitungskennzeichen '17', von Leistungen nach § 118 SGB V mit Verarbeitungskennzeichen '18', von Leistungen nach § 119 SGB V mit Verarbeitungskennzeichen '19', von Leistungen nach § 140a SGB V mit Verarbeitungskennzeichen '05', von Leistungen nach § 120 Abs. 1a SGB V mit Verarbeitungskennzeichen '06' und von Leistungen nach § 117 Abs. 2 SGB V mit Verarbeitungskennzeichen '07'.

Wenn es sich um mehrfach vorkommende Nachrichten handelt – z. B. Verlängerungsanzeigen zu einem Krankenhausfall –, ist die laufende Nummer im FKT ab 01 lückenlos hochzuzählen.

7.3.2 Änderung

Änderungen werden nachrichtenbezogen durchgeführt. Wurde z.B. bei einer Entlassung die Fachabteilung in der Entlassungsanzeige falsch verschlüsselt, so ist vom Krankenhaus über eine erneute Entlassungsanzeige eine Änderung zu übermitteln. Im Funktionssegment (FKT) ist dann das Verarbeitungskennzeichen auf '20' zu setzen. Wurde jedoch bereits eine Schlussrechnung übermittelt, ist eine Änderung der Entlassungsanzeige erst nach erfolgter Gutschrift der Schlussrechnung zulässig.

Eine automatische Fortschreibung in andere Nachrichten erfolgt nicht. Diese sind ggf. ebenfalls mit dem Verarbeitungskennzeichen '20' zu ändern.

Eine Änderung des Aufnahmegrundes, des Aufnahmetages, der Aufnahmeuhrzeit oder einer Aufnahmediagnose eines Aufnahmesatzes ist nur dann zulässig, wenn es keine weiteren gültigen Nachrichten des Krankenhauses zu diesem Fall gibt. Wurde z. B. bereits eine Entlassungsanzeige zu diesem Fall übermittelt, ist zuerst die Entlassungsanzeige zu stornieren, bevor der Aufnahmesatz geändert werden darf. Ausgenommen von der Notwendigkeit der Stornierung sind die Nachrichtentypen Medizinische Begründung und Verlängerungsanzeige, da diese nicht storniert werden können.

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 anstelle 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 '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 (mit der Ausnahme von KAIN und INKA) zu einem stornierten Fall (z.B. Rechnungsstorno) ist nicht zulässig.

7.3.4 Rechnungsstorno

Rechnungen – auch Zwischenrechnungen und Rechnungen für Ambulante Operationen – dürfen nicht geändert werden.

Änderungen von Datenfeldern in Rechnungen erfordern zunächst ein Rechnungsstorno durch das Krankenhaus über den Schlüssel 11, Rechnungsart '04' (Gutschrift/Stornierung). Das

Verarbeitungskennzeichen in FKT ist auf '10' zu setzen. Bei ambulanter Abrechnung eines stationären Falles wird auf Basis von § 115b SGB V '11' und auf Basis von § 116b SGB V '12' verwendet. Die Gutschrift von Leistungen nach § 116b Abs. 2 SGB V erfolgt mit Verarbeitungskennzeichen '16', von Leistungen nach § 117 Abs. 1 SGB V mit Verarbeitungskennzeichen '17', von Leistungen nach § 118 SGB V mit Verarbeitungskennzeichen '18', von Leistungen nach § 119 SGB V mit Verarbeitungskennzeichen '19', von Leistungen nach § 140a SGB V mit Verarbeitungskennzeichen '05', von Leistungen nach § 120 Abs. 1a SGB V mit Verarbeitungskennzeichen '06' und von Leistungen nach § 117 Abs. 2 SGB V mit Verarbeitungskennzeichen '07' (Normalfall). Die laufende Nummer des Geschäftsvorfalles wird um 1 erhöht. Der dann richtig gestellte Rechnungssatz ist ebenfalls als Normalfall des jeweiligen Leistungsbereiches in FKT zu übermitteln, die laufende Nummer wird wiederum um 1 erhöht.

7.3.5 Nachtragsrechnung

Wurde in einem Abrechnungsfall eine Pauschale für eine nachstationäre Behandlung noch nicht berechnet, so kann dieses über eine Nachtragsrechnung (Schlüssel 11, Rechnungsart '03' / '53') mit dem Verarbeitungskennzeichen '10' (Normalfall) nachträglich übermittelt werden, die laufende Nummer in FKT ist dabei um 1 zu erhöhen. Weitere Anwendungsfälle der Nachtragsrechnung sind in Anlage 5 geregelt.

7.3.6 Gutschrift

Ist eine Gutschrift erforderlich, so wird diese über den Schlüssel 11 (Rechnungsart '04') mit dem Verarbeitungskennzeichen '10' (Normalfall) übermittelt, die laufende Nummer in FKT wird um 1 erhöht. Der gutgeschriebene ursprünglich in Rechnung gestellte Rechnungsbetrag wird entsprechend dem EDIFACT-Standard ohne Vorzeichen übermittelt.

Die reine Gutschrift von Zuzahlungen erfolgt mit dem Nachrichtentyp 'ZGUT' mit Verarbeitungskennzeichen '10' (Normalfall) in FKT. Es sind je Fall mehrfache Zuzahlungsgutschriften zulässig.

7.3.7 Fallstorno nach Rechnungsstellung

Die Funktionalität des Datenaustausches nach § 301 SGB V endet mit der Übermittlung des Fallstornos, weil die Verfolgung des bilateralen Geldflusses nur über die hausinterne Buchhaltung möglich ist. Es ist den Fachverfahren überlassen, inwieweit hier programmtechnische Unterstützung geleistet wird.

7.3.8 Irrtümliche Entlassungsanzeige

Wurde für einen Patienten irrtümlich eine Entlassungsanzeige übermittelt, so kann diese mit dem Verarbeitungskennzeichen '40' (Storno einer Entlassungsanzeige) storniert oder mit dem Verarbeitungskennzeichen '20' nach der tatsächlichen Entlassung berichtigt werden. Wurde mit der irrtümlichen Entlassungsanzeige bereits eine Schlussrechnung übermittelt, so muss diese storniert werden, bevor die Entlassungsanzeige storniert oder geändert werden kann.

7.3.9 Ergänzende Erläuterungen

(1) Auf eine Änderung einer Aufnahmeanzeige folgt ggf. eine neue Kostenübernahme.

- (2) Auf eine Änderung einer Verlängerungsanzeige folgt dann eine neue Kostenübernahme, wenn die Kasse die vorhergehende Kostenübernahme befristet hatte.
- (3) Eine Stornierung eines Zahlungssatzes ist nicht vorgesehen.
- (4) Eine Stornierung einer Gutschrift ist nicht vorgesehen.
- (5) Ablauf, wenn ein Zahlungssatz mit dem Prüfungsvermerk '02' – wird geprüft – übermittelt wurde:
 - Der Zahlungssatz mit Prüfungsvermerk '02' enthält in ZPR Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen, = Null, und keine ENT-Segmente.
 - Es muss ein neuer Zahlungssatz mit erhöhter laufender Nummer und Verarbeitungskennzeichen '10' folgen mit z. B. Prüfungsvermerk '01', wenn der Rechnungsbetrag anerkannt wird, oder mit Prüfungsvermerk '05', wenn der zur Zahlung angewiesene Betrag vom Rechnungsbetrag abweicht (dann mit nachfolgenden ENT-Segmenten).
- (6) Eine Rechnung kann storniert werden, solange noch keine Zahlung erfolgte, danach ist eine Gutschrift erforderlich (Anlage 5, Kap. 1.2.4).
Sollte es im Einzelfall Unstimmigkeiten geben, weil ein Rechnungsstorno bei der Kasse abgewiesen wird, weil die Zahlung bereits angewiesen bzw. das Geld auf dem Überweisungsweg ist, so ist bilateral (z. B. per Telefon) eine Klärung herbeizuführen.
- (7) Eine Gutschrift hat nicht zwingend eine Rücküberweisung an die Krankenkasse zur Folge. Es ist bilateralen Absprachen überlassen, ob Zahlungen und Gutschriften in der Krankenkasse verrechnet werden.
- (8) Kombinationen von Rechnungsarten

In der nachfolgenden Tabelle wird dargestellt, welche Rechnungsarten in einem Abrechnungszeitraum in Folge möglich sind.

Tabelle: Mögliche Reihenfolge von Rechnungssätzen (Rechnungsarten '1' bis '5') für einen Abrechnungszeitraum

Der erste Rechnungssatz für einen Abrechnungszeitraum muss eine Zwischen- oder Schlussrechnung sein (Rechnungsart '1' oder '2').

Nach einer Schlussrechnung darf kein weiterer Abrechnungszeitraum folgen, nachstationäre Behandlung ist in der Schlussrechnung anzugeben, ggf. als Nachtrag.

	<u>Unmittelbar</u> nachfolgender Rechnungssatz für <u>denselben</u> Abrechnungszeitraum				
Vorhergehender Rechnungssatz	1 Zwischenrechnung	2 Schlussrechnung	3 Nachtrag	5 Stornierung (noch keine Zahlung erfolgt)	4 Gutschrift (Zahlung bereits erfolgt)
1 Zwischenrechnung	nein	nein	ja	ja	ja
2 Schlussrechnung	nein	nein	ja	ja	ja

	Unmittelbar nachfolgender Rechnungssatz für denselben Abrechnungszeitraum				
3a Nachtrag zu Zwischenrechnung	nein	nein	ja	ja	ja
3b Nachtrag zu Schlussrechnung	nein	nein	ja	ja	ja
5a Stornierung einer Zwischenrechnung	ja	ja ¹⁾	nein	nein	nein
5b Stornierung einer Schlussrechnung	ja	ja	nein	nein	nein
5c Stornierung eines Nachtrags	nein	nein	ja	ja ²⁾	ja ³⁾
4a Gutschrift zu Zwischenrechnung	ja	ja ¹⁾	nein	ja ⁴⁾	ja ⁵⁾
4b Gutschrift zu Schlussrechnung	ja	ja	nein	ja ⁴⁾	ja ⁵⁾
4c Gutschrift zu Nachtrag	ja ⁶⁾	ja ⁶⁾	ja	nein	ja ³⁾

Erläuterungen:

- 1) wenn noch keine Schlussrechnung vorhanden war (es darf nur eine Schlussrechnung pro Fall geben)
- 2) wenn zum selben Abrechnungszeitraum noch ein Nachtrag oder eine Rechnung vorhanden ist, der/die noch nicht bezahlt wurde
- 3) wenn zum selben Abrechnungszeitraum noch ein Nachtrag oder eine Rechnung vorhanden ist, der/die bereits bezahlt wurde
- 4) wenn zum selben Abrechnungszeitraum noch ein Nachtrag vorhanden ist, der noch nicht bezahlt wurde
- 5) wenn zum selben Abrechnungszeitraum noch ein Nachtrag vorhanden ist, der bereits bezahlt wurde
- 6) wenn zum selben Abrechnungszeitraum keine Rechnung mehr vorhanden ist (d. h. Storno oder Gutschrift liegt vor)

7.4 Änderungen von Versichertendaten außerhalb des Korrekturverfahrens

Das Korrekturverfahren bezieht sich auf die Änderungen von selbsterzeugten Nachrichten. Die Möglichkeit der Änderung von Versichertendaten wird nicht im Korrekturverfahren geregelt.

7.4.1 Notwendigkeit des Verfahrens

Bei den Versichertendaten in den Segmenten INV und NAD

- * Krankenversicherten-Nummer
- * Name des Versicherten
- * Vorname des Versicherten
- * Geburtsdatum des Versicherten

ist damit zu rechnen, dass bei einer manuellen Datenerfassung (z. B. bei Nichtvorlage der eGK) fehlerhafte Angaben übermittelt werden. Andererseits können Änderungen bei Versichertendaten auftreten, auf die die Krankenkasse noch nicht mit der Ausgabe einer neuen eGK reagieren konnte. Es handelt sich hier z. B. um:

- * Namensänderung infolge Heirat, Scheidung oder auf Antrag
- * Namensgebung bei Neugeborenen nach stationärer Aufnahme
- * Änderung des Versichertenstatus bei gleichzeitiger Neuvergabe einer Krankenversicherten-Nummer

7.4.2 Technische Umsetzung

Ist eine eindeutige Identifizierung des Versicherten durch die Krankenkasse erfolgt, reagiert sie mit der Übermittlung ihrer eigenen Versichertendaten an das Krankenhaus in den Segmenten INV und NAD. Im Fachverfahren der Krankenkasse ist sicherzustellen, dass ggf. notwendige Anpassungen der persönlichen Daten des Versicherten nach Prüfung der Sachlage im Mitgliederbestand durchgeführt werden.

Stellt das Krankenhaus aufgrund der Rückmeldung der Krankenkasse fest, dass sich identifizierende Merkmale des Versicherten geändert haben – z. B. Name/Vorname –, so übernimmt das Krankenhaus diese Daten in den folgenden Übermittlungen.

Wenn das Krankenhaus eine falsche Krankenversicherten-Nummer übermittelt hat, die Krankenkasse den Versicherten anhand weiterer Daten im Aufnahmesatz aber trotzdem zuordnen kann, ist nach Empfang des Kostenübernahmesatzes mit der richtigen Krankenversicherten-Nummer die Übermittlung weiterer Nachrichten durch das Krankenhaus mit dieser Nummer durchzuführen.

Bei einer Änderung der Krankenversicherten-Nummer während eines laufenden stationären Aufenthaltes, ist eine DV-technische Lösung nicht mit angemessenem Aufwand realisierbar. Die ursprünglich übermittelte Krankenversicherten-Nummer wird daher bis zum Abschluss der Behandlung beibehalten. Eine nachträgliche Trennung des Falles (aus Gründen der Kontierung) ist im Fachverfahren der Krankenkassen sicherzustellen.

8. Kostenträgerdateien

Die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene haben sich auf ein einheitliches Format geeinigt, indem sie kassenartenbezogen ihre Kostenträgerdaten an die Deutsche Krankenhausgesellschaft übermitteln. Das Format der Kostenträgerdateien wird in einer separaten Spezifikation („Informationsstrukturdaten Kostenträger“) beschrieben. Die Kostenträgerdateien sowie die Spezifikation werden vom GKV-Spitzenverband auf www.gkv-datenaustausch.de zum Download bereitgestellt.

Die Datei enthält neben den Institutionskennzeichen der elektronischen Gesundheitskarten Informationen über die Datenannahme- und -verteilstellen der Krankenkassen und über die Weiterleitung von Papierunterlagen.

9. Datenflüsse

Nach § 4 der Vereinbarung erfolgt die Datenübermittlung durch das Krankenhaus / die Krankenkasse oder die jeweils vom Krankenhaus benannten Stellen / von der Krankenkasse benannte Stelle (Entscheidung bei der örtlich zuständigen Kasse).

Das Krankenhaus wird durch sein Institutionskennzeichen (IK) oder eines dem Krankenhaus zugeordneten IK einer Betriebsstätte oder zusätzlichen Kontoverbindung in den Nachrichten im FKT-Segment als logischer Absender / Empfänger ausgewiesen. Die datenversendende / datenempfangende entschlüsselungsberechtigte Stelle wird im UNB-Segment als „Absender der Übertragungsdatei“ / „Empfänger der Übertragungsdatei“ durch ihr IK angegeben. Ist ein Krankenhaus selbst die datenversendende Stelle enthält das UNB-Segment das IK des Krankenhauses. Falls ein Rechenzentrum im Auftrag eines Krankenhauses die Datenübermittlung übernimmt, wird das IK dieses Rechenzentrums im UNB-Segment angegeben, sofern es entschlüsselungsberechtigt ist. Auch ein Krankenhaus kann hierbei als Rechenzentrum für andere Krankenhäuser tätig sein. Weiterhin gilt dies auch für Rechenzentren, die nur als Abrechnungsstelle für ambulante Operationen oder Behandlungen oder für Leistungen nach §§ 117 bis 119c, 120 Abs. 1a oder 140a SGB V im Auftrag des Krankenhauses / der Einrichtung tätig sind. In diesen Fällen sind die Rückmeldungen der Krankenkassen für den ambulanten (ZAAO, SAMU, FEHL sowie Fehlermeldungen zu AMBO) und den stationären (KOUB, ANFM, ZAHL, SAMU, KAIN, FEHL sowie Fehlermeldungen zu AUFN, VERL, MBEG, RECH, ZGUT, INKA und ENTL) Bereich jeweils an unterschiedliche Empfänger-IK im UNB-Segment zu richten. Dabei ist es nicht zulässig, dass Abrechnungen eines Leistungsbereichs (§ 115b, § 116b (alt), § 116b (neu)*, § 117, § 118, § 119 oder § 120 Abs. 1a SGB V oder im Rahmen von Verträgen nach 140a SGB V) durch mehr als eine datenversendende / datenempfangende entschlüsselungsberechtigte Stelle erfolgen.

Krankenhäuser, die Rechenzentren als Abrechnungsstelle für einen bestimmten Leistungsbereich (§ 115b, § 116b (alt), § 116b (neu)*, § 117, § 118, § 119, § 119c oder § 120 Abs. 1a SGB V oder im Rahmen von Verträgen nach 140a SGB V) beauftragt haben, können für den Datenaustausch ein gesondertes Institutionskennzeichen in den FKT-Segmenten als logischen Absender / Empfänger verwenden. Die Verwendung eines gesonderten Institutionskennzeichens ist mit dem jeweiligen Kostenträger bilateral abzustimmen.

9.1 Annahmestellen bei den Krankenkassen

Die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene haben kassenartenbezogene Stellen zur Datenannahme und -verteilung eingerichtet. Die übermittelten/empfangenen Dateien werden je nach der für die einzelne Kassenart geltenden Konzeption in der Annahmestelle unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Anforderungen entschlüsselt und einer Vorprüfung unterzogen oder an die zur Entschlüsselung berechnigte Vorprüfstelle weitergeleitet.

Die zu übermittelnden Dateien sind je entschlüsselnder Stelle zu erstellen.

Für die einzelnen Kassenarten bestehen folgende Annahme- und Vorprüfstellen:

AOK:

13 Annahmestellen

Jedes Krankenhaus kann die Daten für **alle** Patienten an **eine** Annahmestelle übermitteln. Die Daten sind für jede AOK entsprechend ihrem Zuständigkeitsbereich getrennt zu verschlüsseln (je Landes-AOK, in Nordrhein-Westfalen: Rheinland und Westfalen-Lippe getrennt).

Die Weiterleitung an die zuständige Annahmestelle (siehe unten) erfolgt dann im internen AOK-Netz.

12 Zuständigkeitsbereiche

Bereich / Annahmestelle	Anschrift / Ansprechpartner	IK
AOK NordOst (Berlin)		
gkv informatik – Unternehmen Synergien Fachbereich Inputmanagement	Lichtscheider Straße 89 42285 Wuppertal Telefon: 0202 695 819 08 Fax: 0202 695 820 1908	100696023
AOK Rheinland/Hamburg (Rheinland)		
gkv informatik – Unternehmen Synergien Fachbereich Inputmanagement	Lichtscheider Straße 89 42285 Wuppertal Telefon: 0202 695 819 08 Fax: 0202 695 820 1908	104212516
AOK Niedersachsen		
ARGE AOK RZ Bremen/Niedersachsen	Bürgermeister-Smidt-Straße 95 28195 Bremen Telefon: 0421 176 1204 Fax: 0421 176 1303	102110939
AOK NordWest (Schleswig-Holstein)		
gkv informatik – Unternehmen Synergien Fachbereich Inputmanagement	Lichtscheider Straße 89 42285 Wuppertal Telefon: 0202 695 819 08 Fax: 0202 695 820 1908	100295017
AOK Rheinland-Pfalz/Saarland (Saarland)		
IT S Care IT-Services für den Gesundheitsmarkt	Postfach 2101 34606 Schwalmstadt Telefon: 06691 736 119 Fax: 06691 736 314 oder Telefon: 06691 736 134 Fax: 06691 736 314	109319309
AOK NordOst (Mecklenburg Vorpommern)		
gkv informatik – Unternehmen Synergien Fachbereich Inputmanagement	Lichtscheider Straße 89 42285 Wuppertal Telefon: 0202 695 819 08 Fax: 0202 695 820 1908	100295017

Bereich / Annahmestelle	Anschrift / Ansprechpartner	IK
AOK Baden-Württemberg		
IT S Care IT-Services für den Gesundheitsmarkt	Schwarzwaldstraße 39 77933 Lahr Telefon: 07821 937 132 Fax: 07821 937 229	108018007
AOK NordOst (Brandenburg)		
gkv informatik - Unternehmen Synergien Fachbereich Inputmanagement	Lichtscheider Straße 89 42285 Wuppertal Telefon: 0202 695 819 08 Fax: 0202 695 820 1908	100696023
AOK Sachsen/Anhalt		
ARGE AOK-Rechenzentrum	Bürgermeister-Smidt-Straße 95 28195 Bremen Telefon: 0421 176 1204 Fax: 0421 176 1303	101097008
AOK Bayern		
Kubus-IT DAV für AOK Bayern und AOK PLUS	Karl-Marx-Straße 7a 95444 Bayreuth Telefon: 03681 450 87 658 Fax: 0180 2 471002421	108310400
AOK Plus (Thüringen)		
Kubus-IT DAV für AOK Bayern und AOK PLUS	Sternplatz 7 01067 Dresden Telefon: 03681 450 87 658 Fax: 0180 2 471002421	106198626
AOK Bremen/Bremerhaven		
ARGE AOK RZ Bremen/Niedersachsen	Bürgermeister-Smidt-Straße 95 28195 Bremen Telefon: 0421 176 1204 Fax: 0421 176 1303	103119199
AOK NordWest (Westfalen-Lippe)		
gkv informatik - Unternehmen Synergien Fachbereich Inputmanagement	Lichtscheider Straße 89 42285 Wuppertal Telefon: 0202 695 819 08 Fax: 0202 695 820 1908	103411401
AOK Rheinland/Hamburg (Hamburg)		
gkv informatik - Unternehmen Synergien Fachbereich Inputmanagement	siehe Westfalen-Lippe	100295017
AOK Rheinland-Pfalz/Saarland (Rheinland-Pfalz)		
IT S Care IT-Services für den Gesundheitsmarkt	Postfach 2101 34606 Schwalmstadt	107310373

Bereich / Annahmestelle	Anschrift / Ansprechpartner	IK
	Telefon: 06691 736 119 Fax: 06691 736 314 oder Telefon: 06691 736 134 Fax: 06691 736 314	
AOK Hessen		
siehe Rheinland-Pfalz	siehe Rheinland-Pfalz	105810615
AOK Plus (Sachsen)		
Kubus-IT DAV für AOK Bayern und AOK PLUS	Sternplatz 7 01067 Dresden Telefon: 03681 450 87 658 Fax: 0180 2 471002-421	107299005

Ersatzkassen:2 Annahmestellen:

- IT-Systems International GmbH (ohne Entschlüsselungsberechtigung)
- BITMARCK Service GmbH (mit und ohne Entschlüsselungsberechtigung)

Im Bereich des vdek gibt es unterschiedliche Verfahren, wo die übermittelten Daten entschlüsselt werden

6 Vorprüfstellen (BITMARCK SERVICE GMBH und selbstprüfende Kassen):

Kürzel	Ersatzkasse	Vorprüfung
BARMER	BARMER	selbst
TK	Techniker Krankenkasse	selbst
DAK-Gesundheit	DAK-Gesundheit	selbst
KKH	KKH-Kaufmännische Krankenkasse	selbst
HEK	Hanseatische Krankenkasse	selbst
hkk	Handelskrankenkasse	bei BITMARCK SERVICE GMBH

Annahmestelle der selbstprüfenden Ersatzkassen mit Ausnahme der DAK-Gesundheit:

T-Systems International GmbH

- * für Datenträgerannahme DTV – Datenträgerannahme und Verteilstelle:
Business Connect Services (BCS), Nauheimer Straße 98, 70372 Stuttgart
- * für DFÜ: 0800/3324785 (DAV-Hotline) – dort wird die aktuelle DFÜ-Telefonnummer bekanntgegeben –

Annahmestelle der DAK-Gesundheit (ohne Entschlüsselungsbefugnis):

BITMARCK SERVICE GMBH
Lindenallee 6 – 8
45127 Essen

Betriebskrankenkassen

2 Annahme und Vorprüfstellen (mit Entschlüsselungsberechtigung)

Name	Anschrift/Ansprechpartner	IK
Betriebskrankenkassen (ohne BKK Mobil Oil und VIACTIV Krankenkasse)	BITMARCK SERVICE GMBH, Lindenallee 6-8, 45127 Essen	ohne 102193212 ohne 102193234
BKK Mobil Oil	Mobil ISC GmbH, Raiffeisenstr. 12, 31275 Lehrte, Telefon 05132 83051-41	102193212
VIACTIV Krankenkasse	Mobil ISC GmbH, Raiffeisenstr. 12, 31275 Lehrte, Telefon 05132 83051-41	102193234

Innungskrankenkassen:

1 Annahme- und Vorprüfstelle (mit Entschlüsselungsberechtigung)

Knappschaft:

1 Annahme- und Vorprüfstelle (mit Entschlüsselungsberechtigung)

2 Vorprüfstellen:

(BITMARCK und Knappschaft)

Annahmestelle der Knappschaft:

BITMARCK SERVICE GMBH
Lindenallee 6 – 8
45127 Essen

Landwirtschaftliche Krankenkassen:

1 Annahme- und Vorprüfstelle (mit Entschlüsselungsberechtigung)

BITMARCK SERVICE GMBH
Lindenallee 6 – 8
45127 Essen

Annahme- und Vorprüfstelle der Innungskrankenkassen und der hkk:

BITMARCK SERVICE GMBH

Lindenallee 6 - 8

45127 Essen

10. Testverfahren

Bei Neuaufnahme des Datenaustausches kann zwischen den Beteiligten ein Testverfahren bilateral vereinbart werden.

11. Anhang zur Anlage 4 (Verschlüsselung und Signatur, Übertragungsdateien)

11.1 Verschlüsselung und Signatur

Als Basis für die Verschlüsselung wird ein asymmetrisches Verfahren für die Kommunikation eingesetzt, das folgenden Anforderungen genügt:

- * Das Verschlüsselungsverfahren beruht auf RSA/AES.
- * Die Schlüsselerzeugung erfolgt dezentral.
- * Das Schlüsselmanagement erfolgt zentral über Zertifizierungs- bzw. Schlüsselverwaltungsstellen.

Die Nutzdatendateien werden vor der Verschlüsselung elektronisch signiert, um sie einerseits gegen unbefugte Veränderung zu schützen (Integrität) und andererseits deren Herkunft nachzuweisen (Authentizität). Der Signaturalgorithmus stellt eine Kombination aus einer Einweg-Hashfunktion und einem Public-Key-Verfahren dar.

Für die einzusetzenden kryptografischen Verfahren (einschließlich der erforderlichen PKI) sowie die Parameter für deren Verwendung gelten die Vorgaben der Security Schnittstelle für den Datenaustausch im Gesundheits- und Sozialwesen (Anlage 16 Gemeinsame Grundsätze Technik nach § 95 SGB IV) in der Fassung vom 26.10.2017, gültig ab 01.01.2018.

11.2 Struktur der Übertragungsdateien

11.2.1 Übertragungsdateien bei FTAM

Zu jeder Nutzdatendatei muss für die Übertragung die nachfolgend definierte Auftragsdatei generiert werden, die z. B. für das Routing benutzt wird.

Die Übertragung jeder Nutzdatendatei erfolgt als separate Datei. Vor der Übertragung einer Nutzdatendatei wird die dazugehörige Auftragsdatei übertragen. Innerhalb einer bestehenden FTAM-Session wird ein Dateipaar, bestehend aus Auftragsdatei und Nutzdatendatei, übermittelt.

11.2.2 Übertragung per Datenträger

Die Datenübertragung mittels Datenträger (CD-R/DVD+/-R/USB-Speichermedium) kann mehrere Nutzdatendateien beinhalten, jedoch jeweils versehen mit der zugehörigen Auftragsdatei in der festgelegten Reihenfolge.

11.2.3 Festlegung der Transferdarinamen und der Verfahrenskennung

Auf der Seite des Absenders besteht der Transferdateiname aus der Dateitypbezeichnung (Feld VERFAHREN_KENNUNG) und einer laufenden Nummer (Feld TRANSFER_NUMMER).

Der Name der zugehörigen Auftragsdatei besteht aus dem vorstehend beschriebenen Transferdateinamen mit dem Zusatz '.AUF'.

Die Verfahrenskennung lautet:

„EKRH0“ für Echtdaten

„TKRH0“ für Testdaten

	Auftragsdatei 1	Nutzdatendatei 1	Auftragsdatei 2	Nutzdatendatei 2
--	-----------------	------------------	-----------------	------------------

z. B.:

	EKRH0007.AUF	EKRH0007	EKRH0008.AUF	EKRH0008
--	--------------	----------	--------------	----------

11.2.3.1 Format der Auftragsdatei

Der Auftragsatz ist nur aus logischen Gründen in mehrere Tabellen (Objekte) aufgeteilt worden. Physikalisch handelt es sich um einen zusammenhängenden Satz. Alle Objekte müssen vorhanden sein.

Die Abkürzungen in den Spalten haben folgende Bedeutung:

Nutzungstypen:

- R: Routing-Informationen
- L: Logging- und Statusinformationen
- K: Information für KKS-Verfahren
- D: Datenträgerspezifische Informationen
- I: Interne Nutzung
- A: Allgemeine Informationen
- S: Informationen zur Verschlüsselung

Feldtypen:

- N: Numerisch
rechtsbündig mit führenden Nullen
- A: Alpha
linksbündig mit Leerzeichen aufgefüllt
- AN: Alphanumerisch
linksbündig mit Leerzeichen gefüllt

Feldarten:

- M: Muss versorgt werden
- K: kann versorgt werden, sind immer zu liefern, wenn die zu diesem Feld definierte Bedingung erfüllt ist

1. Teil Allgemeine Beschreibung

Bezeichnung	Stellen	Länge	Nutzungstyp	Feldtyp	Feldart	Beschreibung
IDENTIFIKATOR	01 – 06	6	A	N	M	Inhalt: '500000'
VERSION	07 – 08	2	A	N	M	Inhalt: '01'
LÄNGE_AUFTRAG	09 – 16	8	A	N	M	Länge der Auftragsdatei in Bytes Inhalt: '00000348'
SEQUENZ_NR	17 – 19	3	A	N	M	Laufende Nummer bei einer Teillieferung. '000' Nachricht ist komplett vorhanden
VERFAHREN _KENNUNG	20 – 24	5	R	AN	M	Kennung des Verfahrens: Stellen 20–23: 'EKRH' für Echtdaten 'TKRH' für Testdaten Stelle 24: '0' Ziffer für Version des Verfahrens
TRANSFER _NUMMER	25 – 27	3	A	N	M	Laufende Transfernummer bei der Übertragung zwischen zwei direkt verbundenen Kommunikationspartnern
VERFAHREN _KENNUNG _SPEZIFIKATION	28 – 32	5	R	AN	K	' ' (5 Blanks)
ABSENDER _EIGNER	33 – 47	15	R	AN	M	IK des absendenden Eigners der Nutzdaten. Der Eigner nimmt die Verschlüsselung vor.

Bezeichnung	Stellen	Länge	Nutzungstyp	Feldtyp	Feldart	Beschreibung
ABSENDER _PHYSIKALISCH	48 – 62	15	R	AN	M	IK des tatsächlichen (physikalischen) Absenders der Nutzdaten
EMPFÄNGER _NUTZER	63 – 77	15	R	AN	M	IK des Empfängers, der die Daten nutzen soll. Dieser Empfänger ist im Besitz des Schlüssels, um verschlüsselte Informationen zu entschlüsseln.
EMPFÄNGER _PHYSIKALISCH	78 – 92	15	R	AN	M	Empfänger, der Daten physikalisch empfangen soll
FEHLER _NUMMER	93 – 98	6	R	N	M	Inhalt: '000000'
FEHLER _MAßNAHME	99 – 104	6	R	N	M	Inhalt: '000000'
DATEINAME	105 – 115	11	A	AN	M	siehe Anlage 4, 4.1.3
DATUM _ERSTELLUNG	116 – 129	14	L	N	M	Erstellungsdatum der Datei Format JJJJMMTThhmmss
DATUM _ÜBERTRAGUNG _GESENDET	130 – 143	14	L	N	K	Start der Übermittlung der Datei Format JJJJMMTThhmmss Diese Zeit kann als Logging-Information oder auch für Wiederaufsatzverfahren zwischen zwei Partnern genutzt werden. Wird vom Absender ausgefüllt.
DATUM _ÜBERTRAGUNG _EMPFANGEN _START	144 – 157	14	L	N	K	Start des Empfangs der Datei Format JJJJMMTThhmmss Wird nur vom ersten Empfänger ausgefüllt, der vertraglich die annehmende Stelle ist und dessen Annahmezeit daher vertragliche

Bezeichnung	Stellen	Länge	Nutzungstyp	Feldtyp	Feldart	Beschreibung
						Auswirkungen hat. Das Feld ist vom ersten Absender mit Nullen aufzufüllen.
DATUM _ÜBERTRAGUNG _EMPFANGEN _ENDE	158 – 171	14	L	N	K	Ende des Empfangs der Datei Format JJJJMMThhmmss
DATEIVERSION	172 – 177	6	A	N	M	Inhalt: '000000'
KORREKTUR	178	1	A	N	M	Inhalt: '0'
DATEIGRÖßE _NUTZDATEN	179 – 190	12	A	N	M	Größe der Nutzdatendatei in Bytes (unverschlüsselt und unkomprimiert)
DATEIGRÖßE _ÜBERTRAGUNG	191 – 202	12	A	N	M	Größe der Nutzdatendatei in Bytes (verschlüsselt und komprimiert)
ZEICHENSATZ	203 – 204	2	A	AN	M	'11': ISO 8859-1 '15': ISO 8859-15 '17': ISO 7-Bit '18': ISO 8-Bit
KOMPRIMIERUNG	205 – 206	2	A	N	M	'00' keine '02' komprimiert
VERSCHLÜSSELUNGS ART	207 – 208	2	A	N	M	'00' keine (nur für Testdaten) '03' PKCS#7-Format
ELEKTRONISCHE UNTERSCHRIFT	209 – 210	2	A	N	M	'00' keine '03' PKCS#7-Format

2. Teil Spezifische Information zur Bandverarbeitung

Bezeichnung	Stellen	Länge	Nutzungstyp	Feldtyp	Feldart	Beschreibung
SATZFORMAT	211 – 213	3	D	A	M	Satzformat der Datei auf dem Datenträger: F=FIX, U=Undefiniert, FB=FIX_geblockt, FBA=FIX_geblockt, ...
SATZLÄNGE	214 – 218	5	D	N	M	Satzlänge bei fixem Satzformat
BLOCKLÄNGE	219 – 226	8	D	N	M	Blocklänge in Bytes, sofern geblockt

3. Teil Spezifische Information für das KKS-Verfahren

Spezifische Informationen zur Verarbeitung mit dem KKS-Verfahren (Kommentare siehe KKS-Verfahren, Felder dürfen vom Absender nicht ausgefüllt werden):

Bezeichnung	Stellen	Länge	Nutzungstyp	Feldtyp	Feldart	Beschreibung
Status	227	1	K	N	K	Inhalt: Null
Wiederholung	228 – 229	2	K	N	K	Inhalt: Null
Übertragungsweg	230	1	K	N	K	Inhalt: Null
Verzögerter Versand	231 – 240	10	K	N	K	Inhalt: Null
Info und Fehlerfelder	241 – 246	6	K	N	K	Inhalt: Null
Variables Info-Feld	247 – 274	28	K	AN	K	leer

4. Teil Spezifische Information zur Verarbeitung innerhalb eines RZ

Spezifische Informationen zur Verarbeitung innerhalb eines Rechenzentrums (Felder müssen vom Absender nicht ausgefüllt werden):

Bezeichnung	Stellen	Länge	Nutzungstyp	Feldtyp	Feldart	Beschreibung
DATEINAME _PHYSIKALISCH	275 – 318	44	I	AN	K	Interner physischer Dateiname
DATEI _BEZEICHNUNG	319 – 348	30	I	AN	K	Zusatzinformationen zur Datei

5. Teil Spezifische Information zur Verschlüsselung

Die Informationen für die Verschlüsselung (Session-Key usw.) werden gemäß der Definition der Security-Schnittstelle für das Gesundheitswesen in den dafür definierten Feldern in der Nutzdatendatei festgelegt.

11.2.4 Übertragungsdatei bei MHS

Der MHS-Dienst benötigt die für den FTAM-Dienst vorgesehene Aufteilung der Übertragungsdateien in eine unverschlüsselte Auftragsdatei und verschlüsselte Nutzdatendatei nicht. Die nachfolgende Definition der

Struktur einer MHS-Übertragungsdatei stellt insofern einen Kompromiss mit Rücksicht auf die FTAM-Lösung dar. Sie ist eine Übergangsregelung in Richtung auf eine MHS-konforme Lösung.

11.2.4.1 Struktur der MHS-Nachricht

Die Übertragungsdatei entsprechend dem in X.400 definierten MHS-System setzt sich als Interpersonal-Nachricht (Interpersonal Message, IPM) zusammen aus:

Umschlag		(Envelope header)
Inhalt		(Envelope contents)
	Kopf	(Contents heading)
	Rumpf	(Contents body)

Die verschlüsselte Nutzdatendatei und der Auftragssatz (s. 2.2.1) sind Bestandteile (Body parts) des Rumpfes:

Nutzdatendatei	1. Bestandteil, undefined
Auftragssatz	2. Bestandteil, im IA5 – Format

Der Kopf der IP-Nachricht enthält folgende Elemente:

Identifikation der Nachricht (Message Id)	(vom Anwender/-system festzulegen)
Absendername (Originator's name)	(Absendername)
Empfängername (Recipient's name)	(Empfängername)
Kopie (copy recipient names)	leer
Betreff (Subject)	logischer Dateiname, s. Anhang 4, 4.1.3
Art des Inhalts (Contents type)	–
Vertraulichkeit (Sensitivity)	(vertraulich)

Der Umschlag enthält folgende Elemente:

Identifikation der Nachricht (Message Id)	(vom MHS-Dienst festzulegen)
Absenderadresse (Originator's address)	siehe 2.3.2
Empfängeradresse (Recipient's address)	siehe 2.3.2
Art des Inhalts (Contents Type)	–
Verschlüsselung (Encryption Id)	leer

Gemäß ENV 41201 darf die vollständige Nachricht die Größe von insgesamt 2 MB nicht überschreiten.

11.2.4.2 Struktur der MHS-/X.400-Adresse

Für die Struktur der MHS-/X.400-Adresse wird die Form 1 Variant 1 (Mnemonic O/R Address) der X.400-Version 1988 zugrunde gelegt:

C	Country	an..3	DE
A	Administrative Management Domain	an..16	(abhängig von ADMD)
P	Private Management Domain	an..16	(abhängig von PRMD)
O	Organization	an..64	(Organisation)
OU	Organization Unit (OU1 bis OU4 möglich)	an..32	(Organisationseinheit)
CN	Common Name (Allgemeiner Name)	an..64	Absendername

PN	Personal Name			Ansprechpartner
	S	Surname	an..40	(Name)
	G	Given Name	an..16	(Vorname)
	I	Initials	an..5	(Initialen)
	GQ	Generation Qualifier	an..3	(z. B. jr.)

Anlage 5 – Durchführungshinweise

Version: 94B

Vertragsstand: 01.12.1994

Stand der Anlage: 09.04.2024

Stand der letzten Anlage: 09.02.2024

Anzuwenden ab: 01.05.2024

Inhaltsverzeichnis

Anlage 5 – Durchführungshinweise	225
Historie	229
1. Hinweise zur Datenübermittlung	230
1.1 Übermittlungsfristen	231
1.2 Übermittlung von Krankenhaus an Krankenkasse	232
1.2.1 Aufnahmesatz	232
1.2.2 Verlängerungsanzeige.....	234
1.2.3 Medizinische Begründung	234
1.2.4 Rechnungssatz	235
1.2.5 Zahlungserinnerung, Mahnung	245
1.2.6 Zuzahlungsgutschrift / –rückforderung	245
1.2.7 Entlassungsanzeige	245
1.2.8 Rechnungssatz Ambulante Operation	248
1.2.9 Fehlerbehandlung	258
1.2.10 Information Krankenhäuser	258
1.2.11 Krankenhausinformation (KHIN).....	261
1.3 Übermittlung von Krankenkasse an Krankenhaus	264
1.3.1 Kostenübernahmesatz	264
1.3.2 Anforderungssatz medizinische Begründung	265
1.3.3 Sammelüberweisung	265
1.3.4 Zahlungssatz	271
1.3.5 Zahlungssatz Ambulante Operation.....	272
1.3.6 Fehlerbehandlung	272
1.3.7 Krankenkasseninformation	272
1.3.8 Krankenkassenantwort (KANT).....	276
1.4 Vorgaben für besondere Fallkonstellationen	276
1.4.1 Versorgung von Neugeborenen im G-DRG-System	276
1.4.2 Teilstationäre Leistungen	278
1.4.3 Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen	279
1.4.4 Rückverlegung oder Wiederaufnahme in den DRG-Fallpauschalenbereich	279
1.4.5 Rückverlegung in einen Entgeltbereich nach der BpflV oder einen Entgeltbereich für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG	281
1.4.6 Abrechnungszeiträume für Abschläge bei Verlegung und Nichterreichen der unteren GVD	282
1.4.7 Transplantationen	282
1.4.8 Zuzahlungseinzugsverfahren bei vollstationären Patienten	282
1.4.9 Abrechnung psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen gemäß BpflV (bei Anwendung §17d KHG).....	286
1.4.10 Externe Aufenthalte mit Abwesenheiten über Mitternacht bei Versicherten in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen (BpflV)	291

1.4.11 Abrechnung Pflegeerlöskatalog	292
1.4.12 Beispiele für Verlegungsfälle.....	296
1.4.13 Aufschläge gemäß § 275c Absatz 3 SGB V	305
1.4.14 Abrechnung der Übergangspflege	307
1.4.15 Dokumentation und Abrechnung tagesstationärer Behandlung nach §115e SGB V..	308
1.4.16 Abrechnung Spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG) nach § 115f SGB V	309
2. Hinweise zu Datenelementen	313
2.1 AUF Segment Aufnahme	313
2.2 BDG Segment Behandlungsdiagnose (99 x möglich)	314
2.3 CUX Segment Währung	316
2.4 DAU Segment Dauer	316
2.5 DPV Segment Diagnosen- und Prozedurenversion	317
2.6 EAD Segment Einweisungs- und Aufnahmediagnose (20 x möglich)	318
2.7 EBG Segment Entbindung (2 x möglich)	318
2.8 ENA Segment Entgelt Ambulante Operation (999 x möglich)	319
2.9 ENT Segment Entgelt (399 x / 400 x möglich).....	321
2.10 ETL Segment Entlassung/Verlegung	324
2.11 EZV Segment Einzelvergütung (99 x möglich)	326
2.12 FAB Segment Fachabteilung (10 x in VERL/30 x in RECH/ 999 x in ENTL möglich) .	327
2.13 IBE Segment implantatbezogene Eingriffe	328
2.14 FHL Segment Fehlermeldung (200 x möglich)	329
2.15 IFA Segment Informationsart.....	330
2.16 IFT Segment Informationstext	330
2.17 FKT Segment Funktion	330
2.18 INV Segment Information Versicherter	332
2.19 LEI Segment Leistungsdokumentation (999x möglich).....	335
2.20 KOS Segment Kostenübernahme	335
2.21 OKN Segment Orpha-Kennnummer (bis zu 49x möglich).....	336
2.22 NAD Segment Name/Adresse.....	337
2.23 NDG Segment Nebendiagnose (49 x möglich)	338
2.24 PRZ Segment Prozedur (99 x möglich)	339
2.25 PVT Segment PrüfvV-Text (25x möglich).....	340
2.26 PVV Segment PrüfvV (10x möglich)	341
2.27 REC Segment Rechnung	342
2.28 REL Segment Leistungsanspruch zu Aufrechnung (999 x möglich)	344
2.29 RED Segment Rechnungsdaten (1 x / 99999 x möglich).....	344
2.30 STA Segment Standort	346

2.31	RZA Segment Rechnungszusatz Ambulante Operation	347
2.32	TXT Segment Text (10 x möglich)	349
2.33	UWD Segment Überweisungsdaten	349
2.34	ZLG Segment Zuzahlung	350
2.35	ZPR Segment Zahlung/Prüfung	350
3.	Verfahren zur Fortschreibung der Schlüssel für Entgeltarten und Fachabteilungen	352
4.	Anhang D – Beispiele zur Verwendung von Verarbeitungskennzeichen (VKZ) und laufender Nummer des Geschäftsvorfalles (lfd.-Nr.)	354
4.1	Aufnahmesatz.....	354
4.2	Verlängerungsanzeige (analog Medizinische Begründung)	355
4.3	Entlassungsanzeige	356
4.4	Rechnungssatz	357
4.5	Rechnungssatz Ambulante Operation	358
4.6	Zuzahlungsgutschrift (analog Zuzahlungsgutschrift Ambulante Operation)	360

Historie

Version	Status	Datum	Abschnitt	Erläuterung
87	abgestimmt	08.07.2022	1.Hinweise zur Datenübermittlung, 1.3.3 Sammelüberweisung, 2.5 DPV, 2.9 ENT, 2.13 IBE, 2.18 INV, 2.21 OKN, 2.23 NDG	Anpassung an die 16. Fortschreibung vom 08.07.2022 mit Wirkung zum 01.04.2023
88	abgestimmt	29.03.2023	1.2.3 Medizinische Begründung, 2.8 ENA Segment Entgelt Ambulante Operation, 2.11 EZV Segment Einzelvergütung	Anpassung an den Nachtrag vom 29.03.2023 mit Wirkung zum 01.05.2023
89	abgestimmt	14.03.2023	1.4.13 Aufschläge gemäß §275c Absatz 3 SGB V	Anpassung an den Nachtrag vom 14.03.2023 mit Wirkung zum 01.07.2023
90	abgestimmt	29.03.2023	1.2.8.9 Abrechnung von Leistungen nach § 92 Abs. 6b SGB V (KSVPsych), Anpassung der Abschnitte 1.2.10.5, 1.3.7.6, 1.3.7.5, 1.4.8 und 2.18	Anpassung an den Nachtrag vom 29.03.2023 mit Wirkung zum 01.07.2023
91	abgestimmt	16.05.2023	1.4.13 Aufschläge gemäß § 275c Absatz 3 SGB V, 2.30. STA	Anpassung an den Nachtrag vom 16.05.2023 mit Wirkung zum 01.07.2023
92	abgestimmt	16.05.2023	1.2.4 Entlassungsanzeige, 1.4. Vorgaben für besondere Fallkonstellationen,	Anpassung an den Nachtrag vom 16.05.2023 mit Wirkung zum 01.08.2023
93	abgestimmt	11.10.2023	2.26 PVV	Anpassung an den Nachtrag vom 11.10.2023 mit Wirkung zum 20.10.2023
94	abgestimmt	20.12.2023	Anpassung der Abschnitte an den AOP-Vertrag: 1.2.3, 1.2.8.1, 2.8, 2.11 und 2.27	Anpassung an den Nachtrag vom 20.12.2023 mit Wirkung zum 01.01.2024
94A	abgestimmt	09.02.2024	1.4.16 Abrechnung Spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG) nach § 115f SGB V	Anpassung an den Nachtrag vom 09.02.2024 mit Wirkung zum 01.05.2024
94B	abgestimmt	09.04.2024	Anpassung der Abschnitte 1.4.13 und 1.4.16	Anpassung an den Nachtrag vom 09.04.2024 mit Wirkung zum 01.05.2024

1. Hinweise zur Datenübermittlung

Das Datenübermittlungsverfahren beginnt zum vereinbarten Stichtag bei neuen Behandlungsfällen mit dem Aufnahmesatz.

Behandlungsfälle, deren Aufnahmedatum vor Beginn des Übermittlungsverfahrens liegt, werden im Allgemeinen mit dem bis zum Stichtag vereinbarten Verfahren (z. B. Rechnungen in Papierform) zu Ende geführt.

Langzeitfälle bedürfen einer besonderen Regelung, die im Testverfahren zwischen den einzelnen Testpartnern zu vereinbaren ist. Dabei entfällt die erneute Übermittlung eines Aufnahmesatzes.

Vorgehen bei Versionswechsel:

Die Fallabwicklung orientiert sich ausschließlich am Aufnahmetag. Für alle Nachrichten eines Falles, einschließlich Entlassungsanzeige, Rechnungssatz und Zahlungssatz, sind die am Aufnahmetag gültigen Versionen der Schlüsselverzeichnisse (insbesondere ICD, OPS, DRG-Katalog) und der Datenaustauschstrukturen maßgeblich. Ein Fall ist somit mit der Nachrichtenversion zu Ende zu führen, mit der er im Aufnahmesatz begonnen wurde. Nachträglich übermittelte Änderungsmeldungen dürfen nur in der Version der zu ändernden Ursprungsnachricht erfolgen. Dies bedingt zwingend eine Versionsfähigkeit der eingesetzten Software.

Je Übermittlungsdatei sind mehrere Nachrichtenversionen zulässig. Eine Fehlernachricht der Stufe 1 (FEHL) wird in der neuen Nachrichtenversion übermittelt. Eine Zusammenfassung von Rechnungen unterschiedlicher Nachrichtenversionen in einer Sammelüberweisung ist möglich, sofern zwischen den Nachrichtenversionen keine strukturellen Unterschiede in den übermittelten Segmenten der Nachricht SAMU bestehen.

Kommt es zu Verzögerungen bei der Bereitstellung der Software für die neue Nachrichtenversion, werden Datenmeldungen für Fälle mit Aufnahmedatum in dem Quartal, in das die Versionsumstellung fällt, nur dann angenommen, wenn durch die Verwendung der veralteten Version keine gruppierungsrelevanten Informationen verloren gehen. Die Krankenkassen übermitteln in diesen Fällen die Antwortnachrichten (KOUB auf AUFN oder VERL, ANFM auf VERL, ZAHL auf RECH und ZAAO auf AMBO) in der Version, in der die zu beantwortende Nachricht vom Krankenhaus übermittelt wurde. Für Krankenhäuser, die nach dem DRG-Vergütungssystem abrechnen, kommt diese Regelung für den 01.01.2005 (wegen der Umstellung der OPS-301-Version) nicht zum Tragen. Für Aufnahmen ab dem folgenden Quartal werden Nachrichten in der veralteten Version abgewiesen.

Die Einstufung eines Nachtrages / einer Fortschreibung als „gruppierungsrelevant“ oder „nicht gruppierungsrelevant“ wird jeweils mit der Veröffentlichung des Nachtrages / der Fortschreibung vorgenommen. Mit der Veröffentlichung wird auch über das Vorhalten vorheriger Nachrichtenversionen bei den Krankenkassen und Krankenhäusern informiert. Nachrichtenversionen 10 (bis 31.12.2012) und kleiner sind von Krankenkassen und Krankenhäusern nicht mehr vorzuhalten.

1.1 Übermittlungsfristen

Die nachstehende Tabelle enthält für die vereinbarten Satzarten (Nachrichtentypen) die nach § 4 der § 301– Vereinbarung bestehenden Übermittlungsfristen.

Satzart	Fristen nach § 4
Aufnahmesatz	spätestens 3 Arbeitstage nach Aufnahme (Anlaufphase: unverzüglich, wenn nicht in 3 AT möglich)
Verlängerungsanzeige	vor Ablauf der vorausgegangenen Kostenübernahme, wenn der Vertrag nach § 112 Abs.2 Nr.1 SGB V dies erfordert
Medizinische Begründung	(unverzüglich)
Krankenhausinformation	Nach Aufnahmesatz und rechtzeitig vor Entlassung des Patienten. Keine Unterstützungsanforderung für Folgetag.
Krankenkassenantwort	Nach Krankenhausinformation und rechtzeitig vor Entlassung des Patienten.
Rechnungssatz	in der Regel einmal pro Kalenderwoche
Entlassungsanzeige	innerhalb von 3 Arbeitstagen nach Entlassung oder Verlegung spätestens mit der Schlußrechnung
Rechnungssatz Ambulante OP	siehe Vereinbarung nach § 115 b SGB V, Festlegung der Spitzenverbände der Krankenkassen zu § 116 b SGB V (Kapitel 1.2.8) und Vereinbarung nach § 120 abs. 3 SGB V
Kostenübernahmesatz	spätestens 3 Arbeitstage nach Eingang der Aufnahmeanzeige bzw. der Verlängerungsanzeige (Anlaufphase: unverzüglich, wenn nicht in 3 AT möglich)
Anforderungssatz med. Begründung	(unverzüglich)
Zahlungssatz	in der Regel einmal pro Kalenderwoche (innerhalb der Zahlungsfrist)
Zahlungssatz Ambulante OP	analog Rechnungssatz Ambulante OP

Wird der Kostenübernahmesatz nicht innerhalb von drei Arbeitstagen (Montag – Freitag) nach Eingang des fehlerfreien Aufnahmesatzes bei der Krankenkasse an das Krankenhaus übermittelt, können die Entlassungsanzeige und der Rechnungssatz unabhängig davon an die Krankenkasse übermittelt werden, wobei die Entlassungsanzeige spätestens mit dem Rechnungssatz bei der Krankenkasse eingehen muss. Im INV-Segment der Entlassungsanzeige und des Rechnungssatzes ist die Versichertennummer als Muss-Feld zu füllen, sofern eine Versichertennummer vergeben worden ist.

1.2 Übermittlung von Krankenhaus an Krankenkasse

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 stattdessen „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.

Bei Übergang von Krankenhausbehandlung zur stationären Entbindung oder umgekehrt ist **kein** erneuter Aufnahmesatz zu übermitteln.

Findet während einer noch nicht abgeschlossenen teilstationären Behandlung eine Aufnahme zur vollstationären Behandlung statt (oder umgekehrt), ist für den Patienten ein gesonderter Aufnahmesatz mit neuem KH-internen Kennzeichen zu übermitteln. Die teilstationäre und vollstationäre Behandlung wird entsprechend dem KH-internen Kennzeichen getrennt bei der Übermittlung abgewickelt (Ausnahme: teilstationäre Dialyse bei vollstationärer Behandlung (§ 14 Abs. 2 Satz 4 bzw. § 14 Abs. 6 Nr. 2 BPFIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)). Wird ein teilstationärer Quartalsfall durch eine vollstationäre Behandlung lediglich unterbrochen, kann der teilstationäre Fall ohne Wechsel des KH-internen Kennzeichens nach Beendigung der vollstationären Behandlung fortgeführt werden. Der erste Aufenthalt darf hierzu nicht durch eine Entlassungsanzeige abgeschlossen sein.

Bei der Abrechnung teilstationärer Fälle ist für fallbezogene Zu- und Abschläge (z. B. DRG-Systemzuschlag) nach § 17b Abs. 5 Satz 4 KHG die Zählung entsprechend Fußnote 11 und 11a zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (LKA) nach der Bundespflegesatzverordnung maßgeblich. Dabei ist zu beachten, dass bei Wechsel von vollstationärer und teilstationärer Behandlung jeweils ein separater Fallabschluss erfolgt. Die fallbezogenen Zu- und Abschläge (z. B. DRG-Systemzuschlag) sind dann nur für den vollstationären Fall abzurechnen.

Für die Fallzählung von teilstationären Behandlungen bei Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG ist § 8 KFPV 2004 / FPV zu beachten.

Bei teilstationären Fällen im Budgetbereich, die wegen derselben Erkrankung regelmäßig oder mehrfach behandelt werden (je Quartal ein Fall) besteht bei Abrechnung von tagesbezogenen Entgelten jeweils zu Quartalsende folgende Abrechnungsmöglichkeit:

- Entlassung, Schlussrechnung und gleichzeitige (Neu-)Aufnahme nach dem Entlassungstag unter neuem KH-internen Kennzeichen,

- Zwischenrechnung und Fortführung des KH-internen Kennzeichens im Folgequartal.

In beiden Fällen ist ein DRG-Systemzuschlag pro Abrechnungsquartal in Rechnung zu stellen.

In der Rechnung zu Quartalsende sind die Tage, an denen keine Behandlung erfolgte, in den Segmenten ENT im Datenelement "Tage ohne Berechnung/Behandlung" auszuweisen. Soweit Tage der Beurlaubung mit Entgeltschlüssel 43xxxxxx abgerechnet werden, sind lediglich verbleibende Tage ohne Behandlung im Datenelement "Tage ohne Berechnung/Behandlung" zu berücksichtigen. Erfolgt die Behandlung und Entlassung eines teilstationären Patienten zu Quartalsbeginn, soll zur Abrechnung zunächst eine Zwischenrechnung gestellt werden, wenn eine erneute Behandlung wegen derselben Erkrankung im verbleibenden Quartalsrest nicht ausgeschlossen werden kann. Zu Quartalsende ist dann eine Entlassung am Quartalsletzten und Schlussrechnung einschließlich fallbezogener Zu- und Abschläge (z. B. DRG-Systemzuschlag) mit Ausweis von Tagen ohne Berechnung/Behandlung bis zum Quartalsletzten erforderlich.

Tritt während der mittels tagesbezogener Entgelte nach § 6 Abs. 1 des KHEntgG, tagesbezogener teilstationärer Fallpauschalen oder mit Pflegesätzen nach BpflV vergüteten Behandlung ein Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers ein, wird an die dann zuständige Krankenkasse ein Aufnahmesatz übermittelt, der in Schlüssel 1 (Aufnahmegrund) den Zuständigkeitswechsel durch eine "2" in der 3. Stelle ausweist. Die Kosten der einzelnen Belegungstage sind mit dem Kostenträger abzurechnen, der am Tag der Leistungserbringung leistungspflichtig war. Tritt hingegen bei Fallpauschalenpatienten während der stationären Behandlung ein Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers ein, wird der gesamte Krankenhausfall (mit allen anfallenden Entgelten) mit dem Kostenträger abgerechnet, der am Tag der Aufnahme leistungspflichtig war.

Der durch den einweisenden Vertragsarzt auszustellende Vordruck "Verordnung von Krankenhausbehandlung" (Einweisungsschein) ist an die zuständige Krankenkasse zu schicken. Bei Auslandsversicherten sind die nach den jeweiligen zwischenstaatlichen Abkommen vereinbarten Vordrucke an die zuständige Krankenkasse zu schicken.

Stellt das Krankenhaus fest, dass ein Aufnahmesatz (und ggf. folgende Sätze) zu einem Behandlungsfall mit falschen identifizierenden Merkmalen (KH-internes Kennzeichen des Versicherten und/oder IK des Krankenhauses falsch) übermittelt wurde(n), oder dass die Kostenträgerzuordnung nicht zutreffend ist oder ein Softwarefehler vorliegt oder die Abrechnung als ambulante Leistung erfolgen muss, sind die bis dahin zu dem Behandlungsfall übermittelten Daten durch ein Fallstorno zu stornieren. Ein Fallstorno wird über einen Aufnahmesatz mit dem Verarbeitungskennzeichen 30/31/32/33/34/35 in dem Segment FKT vorgenommen. Die Daten zu dem Behandlungsfall sind danach von Anfang an mit den korrekten Angaben zu übermitteln.

Eine Änderung des Aufnahmegrundes, des Aufnahmetages, der Aufnahmeuhrzeit oder einer Aufnahmediagnose eines Aufnahmesatzes ist nur dann zulässig, wenn es keine weiteren gültigen Nachrichten des Krankenhauses zu diesem Fall gibt. Wurde z. B. bereits eine Entlassungsanzeige zu diesem Fall übermittelt, ist zuerst die Entlassungsanzeige zu stornieren, bevor der Aufnahmesatz geändert werden darf. Ausgenommen von der Notwendigkeit der Stornierung sind die Nachrichtentypen Medizinische Begründung und Verlängerungsanzeige, da diese nicht storniert werden können.

BpflV (bei Anwendung § 17d KHG):

Für jeden teilstationären Fall ist eine separate Aufnahmeanzeige mit eigenem KH-internen Kennzeichen zu übermitteln. Je Aufnahme ist mit der Schlussrechnung ein DRG-Systemzuschlag mit dem spezifischen Entgeltschlüssel B6200005 in Rechnung zu stellen.

Tritt bei „§ 17d KHG Patienten“ während der stationären Behandlung ein Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers ein, wird der gesamte Krankenhausfall (mit allen anfallenden Entgelten) mit dem Kostenträger abgerechnet, der am Tag der Aufnahme leistungspflichtig war.

1.2.2 Verlängerungsanzeige

Mit der Verlängerungsanzeige wird der Krankenkasse eine Verlängerung der Krankenhausbehandlung angezeigt. Die Verlängerungsanzeige ist in der Regel vor Ablauf der vorausgegangenen Kostenübernahme zu übermitteln, wenn der Vertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V dies erfordert.

In der Verlängerungsanzeige sind die behandelnde Fachabteilung und die Aufnahmediagnose oder eine in der Zwischenzeit ggf. festgestellte Nachfolgediagnose anzugeben. Nebendiagnosen sind zu der behandelnden Fachabteilung in weiteren FAB-Segmenten zu übermitteln, der Fachabteilungsschlüssel ist dann zu wiederholen.

Wiederholte Verlängerungen sollen nicht durch Änderungsmeldung einer vorangehenden Verlängerungsanzeige sondern durch eine neue Meldung mit Verarbeitungskennzeichen "10" und erhöhter laufender Nummer des Geschäftsvorfalles übermittelt werden.

1.2.3 Medizinische Begründung

Die Medizinische Begründung ist vom Krankenhaus auf Verlangen der Krankenkasse zu übermitteln, falls die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung überschritten wird.

Die medizinische Begründung kann wahlweise in maschinenlesbarer oder in nicht maschinenlesbarer Form übermittelt werden. Zu nicht maschinenlesbarer Übermittlung s. Anlage 3.

In den Fällen, in denen abweichend von § 8 Abs. 2 des AOP-Vertrages und den in Anlage 2 genannten Kontextfaktoren medizinische Gründe oder soziale Gründe vorliegen, die dazu führen, dass die Versorgung des Patienten oder der Patientin in der Häuslichkeit nicht sichergestellt werden kann und dadurch der medizinische Behandlungserfolg gefährdet ist, so sind diese Gründe bei einer stationären Durchführung der Leistung nach Anlage 1 des AOP-Vertrages fallindividuell durch Übermittlung einer Nachricht `Medizinische Begründung` (MBEG) darzustellen.

Liegen bei Leistungen nach AOP-Vertrag bereits zum Zeitpunkt der Aufnahme medizinische oder soziale Gründe nach § 8 Abs. 3 AOP-Vertrag vor, kann das Krankenhaus die Krankenkasse hierüber informieren, indem es in der Aufnahmeanzeige im EAD Segment (Segment Einweisungs- und Aufnahmediagnose) zusätzlich zu der vom Krankenhausarzt bei der Aufnahme festgestellten Diagnose den ICD-Kode `Z76.8` (Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen näher bezeichneten Gründen in Anspruch nehmen) übermittelt. In diesen Fällen übermittelt das Krankenhaus mit der Nachricht `Medizinische Begründung` (MBEG) im Segment „Text“ die entsprechenden fallindividuellen Gründe so früh wie möglich, spätestens jedoch mit der Übermittlung der Schlussrechnung des stationären Falles.

Treten im Rahmen der Behandlung erstmalig oder weitere fallindividuelle Gründe nach § 8 Abs. 3 AOP-Vertrag auf, übermittelt das Krankenhaus diese Gründe ebenfalls in einer Nachricht MBEG spätestens mit der Übermittlung der Schlussrechnung des stationären Falles. Eine Stornierung und Neuübermittlung der Aufnahmeanzeige (mit nachträglicher Ergänzung der [ICD Z76.8]) erfolgt nicht.

1.2.4 Rechnungssatz

Mit dem Rechnungssatz stellt das Krankenhaus der Krankenkasse die Entgelte nach der Bundespflegesatzverordnung, dem Krankenhausentgeltgesetz und nach § 115a SGB V in Rechnung. Die abgerechneten Entgelte sind nach Schlüssel 4 anzugeben. Entsprechend Schlüssel 6 sind korrespondierend zu den berechneten Entgelten die behandelnden Fachabteilungen auszuweisen.

Die von einem Patienten zu leistende Zuzahlung ist entsprechend der Angabe im Zuzahlungskennzeichen vollständig im Rechnungsbetrag zu berücksichtigen.

Bei Zwischenrechnungen werden Rechnungssätze jeweils für zeitlich aufeinanderfolgende, abgegrenzte Abrechnungszeiträume übermittelt. Die Beträge von prozentualen Zu- oder Abschlägen sind hierbei auf die je Zwischen- oder Schlussrechnung angegebenen Entgelte zu beziehen. Zu- oder Abschläge werden im Entgeltbereich des Vergütungssystems der BpflV (bei Anwendung § 17d KHG) mit der Schlussrechnung in Rechnung gestellt. Der gesamte Abrechnungsbetrag ergibt sich aus der Summe aller in Rechnungssätzen (Zwischenrechnungen und Schlussrechnung) berechneten Entgelte. Die Rechnungsnummer ist hierbei für jede Einzelrechnung (Zwischen-, Schluss-, Nachtragsrechnung oder auch Zuzahlungsgutschrift) eindeutig zu vergeben, insbesondere um eine eindeutige Identifikation in einer Sammelrechnung zu ermöglichen. Einmal vergebene Rechnungsnummern dürfen auch nach Rechnungs- oder Fallstornierungen nicht wiederverwendet werden.

Jeder stationäre Krankenhausfall ist mit einer Schlussrechnung abzuschließen, der in Bezug auf den in der Schlussrechnung gemeldeten Abrechnungszeitraum nur noch Nachtragsrechnungen folgen dürfen. Für den Fall, dass der gesamte Abrechnungszeitraum bereits in Zwischenrechnungen in Rechnung gestellt worden ist, ist die letzte Zwischenrechnung gutzuschreiben / zu stornieren und eine Schlussrechnung für diesen Abrechnungszeitraum zu erstellen. Der Rechnungsbetrag der Gutschrift / Stornierung ist ohne Vorzeichen zu übermitteln.

Zur Abrechnung von Abteilungspflegesätzen in Verbindung mit Sonderentgelten für operative Leistungen siehe Abschnitt 2 (Segment ENT).

Bei der Rechnungslegung für nachstationäre Behandlungen sind die nachstationären Behandlungen innerhalb der oberen Grenzverweildauer und die außerhalb der oberen Grenzverweildauer einer in Rechnung gestellten Fallpauschale in zwei getrennten ENT-Segmenten anzugeben.

Im DRG-Entgeltsystem nach KHEntgG ist die Abrechnung von Pflegesätzen bei Beurlaubung nicht zulässig. Die Beurlaubungstage sind als Tage ohne Berechnung anzugeben.

Bei Abrechnung nach BpflV 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

Entgeltsschlüssels gleich „45“ bis „48“) in Rechnung gestellt. Bei Verwendung eines Beurlaubungspflegesatzes werden die Beurlaubungstage im Datenfeld „Entgeltanzahl“ angegeben.

Vollständige Tage der Abwesenheit (z. B. Belastungserprobungen, Beurlaubungen), die während eines Behandlungsfalles bei BpflV Krankenhäusern (BpflV bei Anwendung §17d KHG) anfallen, sind keine Berechnungstage. Sie sind in den Segmenten ENT im Datenelement „Tage ohne Berechnung/Behandlung“ auszuweisen und werden bei der Ermittlung der Vergütungsklassen nicht berücksichtigt. Tage des Antritts und der Wiederkehr werden mit einem entsprechenden tagesbezogenen PEPP in voller Höhe abgerechnet und nicht im Datenelement „Tage ohne Berechnung/Behandlung“ ausgewiesen.

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 BpflV und der zugehörigen Abrechnungsbestimmungen (PEPPV) wie folgt erstellt.

Hat das Krankenhaus vor Entlassung des Patienten der Krankenkasse über eine Zwischenrechnung (oder mehrere) mit der Entgeltart AD100001, BD100001 oder DD100001 eine Teilzahlung (§ 11 Abs. 1 Satz 3 BpflV) 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. Im regulären Rechnungsbetrag sind neben den PEPP-Entgelten alle Zu- und Abschläge, Zusatzentgelte, vor- bzw. nachstationäre Entgelte sowie abzusetzende Zuzahlungen zu berücksichtigen.

Unterschreitet die Summe der Teilzahlungen den regulären Rechnungsbetrag, ist dieser über eine Teilzahlungskorrektur um diese Summe zu mindern. Dazu wird die Entgeltart AD100002, BD100002 oder DD100002 (Teilzahlungskorrektur) für alle über Zwischenrechnung berechneten Tage in der Schlussrechnung ausgewiesen. Es erfolgt in der Schlussrechnung die Rechnungsstellung in der die tatsächlich abzurechnenden Entgeltarten gemäß Anhang B Teil III angegeben werden.

Die Entgeltarten AD100001, BD100001 oder DD100001 (bei Zwischenrechnung) und AD100002, BD100002 oder DD100002 (zur Teilzahlungskorrektur bei Schlussrechnung) sind jeweils im Datenelement „Entgeltbetrag“ als tagesbezogener Einzelbetrag auszuweisen. Zur Abbildung unterschiedlich hoher Teilzahlungsbeträge (u. a. § 1 Abs. 9 Satz 2 PEPPV – Kinder- und Jugendpsychiatrie) innerhalb eines Krankenhauses dient die behandelnde Fachabteilung. Für die Abbildung der stationsäquivalenten Behandlung dienen die Entgeltarten DD100001 und DD100002.

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.

Technische Beispiele für Abrechnungen nach PEPP mit Abschlagszahlungen (fiktive Werte)**Beispiel A Normalfall mit Verrechnung von Teilzahlungen („Unterzahlung“)**

Aufnahme vollstationär:	10.01.2015
Tag mit vollständiger Abwesenheit:	25.01.2015
Entlassung vollstationär:	03.02.2015
BEW:	250,00 Euro
Teilzahlungsentgelt (AD100001, AD100002)	300,00 Euro

Das Gruppieren bei Entlassung ergibt das PEPP „PA01A“ (2015–Vergütungsklasse bis maximal 17 bei insgesamt 24 Berechnungstagen = bei 0,9675 BWR/Tag)

1. Zwischenrechnung am 20.01.2015, ENT-Segment (über 3.000 Euro):

Entgeltart:	AD100001
Entgeltbetrag:	300,00 Euro
Abrechnung von:	10.01.2015
Abrechnung bis:	19.01.2015
Entgeltanzahl:	10
REC-Rechnungsbetrag:	3000,00 Euro

2. Zwischenrechnung am 30.01.2015, ENT-Segment (über 2.700 Euro):

Entgeltart:	AD100001
Entgeltbetrag:	300,00 Euro
Abrechnung von:	20.01.2015
Abrechnung bis:	29.01.2015
Entgeltanzahl:	9
Tage ohne Berechnung/Behandlung:	1
REC-Rechnungsbetrag:	2700,00 Euro

Schlussrechnung am 04.02.2015 (über 105,12 Euro nach Verrechnung der Teilzahlungen):**1. ENT-Segment:**

Entgeltart:	A1PA01AH
Entgeltbetrag:	241,88 Euro
Abrechnung von:	10.01.2015
Abrechnung bis:	03.02.2015
Entgeltanzahl:	24
Tage ohne Berechnung	1

2. ENT-Segment:

Entgeltart:	AD100002
Entgeltbetrag:	300,00 Euro

Abrechnung von: 10.01.2015
 Abrechnung bis: 29.01.2015
 Entgeltanzahl: 19
 Tage ohne Berechnung/Behandlung: 1

REC-Rechnungsbetrag: 105,12 Euro

Beispiel B Ausnahmefall mit Storno von Teilzahlungen („Überzahlung“)

Aufnahme vollstationär: 10.01.2015
 Tag mit vollständiger Abwesenheit: 25.01.2015
 Entlassung vollstationär: 10.02.2015
 BEW: 250,00 Euro
 Teilzahlungsentgelt (AD100001, AD100002) 300,00 Euro

Das Gruppieren bei Entlassung ergibt das PEPP „PA01A“ (2015–Vergütungsklasse bis maximal 17 bei insgesamt 31 Berechnungstagen= bei 0,9675 BWR/Tag)

1. Zwischenrechnung am 20.01.2015, ENT-Segment (über 3.000 Euro):

Entgeltart: AD100001
 Entgeltbetrag: 300,00 Euro
 Abrechnung von: 10.01.2015
 Abrechnung bis: 19.01.2015
 Entgeltanzahl: 10
 REC-Rechnungsbetrag: 3000,00 Euro

2. Zwischenrechnung am 30.01.2015, ENT-Segment (über 2.700 Euro):

Entgeltart: AD100001
 Entgeltbetrag: 300,00 Euro
 Abrechnung von: 20.01.2015
 Abrechnung bis: 29.01.2015
 Entgeltanzahl: 9
 Tage ohne Berechnung/Behandlung: 1
 REC-Rechnungsbetrag: 2700,00 Euro

3. Zwischenrechnung am 09.02.2015, ENT-Segment (über 3.000 Euro):

Entgeltart: AD100001
 Entgeltbetrag: 300,00 Euro
 Abrechnung von: 30.01.2015
 Abrechnung bis: 08.02.2015
 Entgeltanzahl: 10

REC-Rechnungsbetrag: 3000,00 Euro

Die Schlussrechnung am 10.02.2015 ergäbe ohne Berücksichtigung der Teilzahlungen in Höhe von insgesamt 8.700 Euro einen geringeren Rechnungsbetrag von 7.498,28 Euro. Die drei Zwischenrechnungen (Teilzahlungen) müssen daher storniert werden:

Rechnungsstorno 1. Zwischenrechnung vor Schlussrechnung am 10.02.2015

Rechnungsstorno 2. Zwischenrechnung vor Schlussrechnung am 10.02.2015

Rechnungsstorno 3. Zwischenrechnung vor Schlussrechnung am 10.02.2015

Schlussrechnung am 10.02.2015:

1. ENT-Segment (über 7.498,28 Euro):

Entgeltart:	A1PA01AH
Entgeltbetrag:	241,88 Euro
Abrechnung von:	10.01.2015
Abrechnung bis:	10.02.2015
Entgeltanzahl:	31
Tage ohne Behandlung	1

In den REC-Rechnungsbetrag geht die Summe von 7.498,28 Euro (zzgl. evtl. abrechenbarer Zuschläge) ein.

Definition: Ein PEPP ergibt entsprechend der im Katalog ausgewiesenen Vergütungsklassen eine PEPP-Entgeltart je Fall. Bei der Abrechnung von PEPP wird in den Datenfeldern „Abrechnung von“ bzw. „Abrechnung bis“ (Segment „ENT“) der kalendarische Beginn bzw. das Ende der Behandlung (inklusive Entlassungstag) angegeben. Im Datenfeld „Entgeltanzahl“ wird die Anzahl der Berechnungstage in der PEPP-Vergütungsklasse angegeben. „Tage ohne Berechnung/Behandlung“ sind die Tage, die nicht vergütet werden (z. B. Tage der vollständigen Abwesenheit). Der tagesbezogene Entgeltbetrag für eine PEPP-Entgeltart wird ermittelt, indem die Bewertungsrelation nach Anlage 1a oder 2a des PEPP-Katalogs für die maßgebliche (nach Anzahl der Berechnungstage) Vergütungsklasse mit dem Basisentgeltwert multipliziert wird. Das Ergebnis wird kaufmännisch auf 2 Nachkommastellen gerundet. Die Multiplikation dieses Entgeltbetrages mit der Anzahl der zugehörigen Berechnungstage (Entgeltanzahl) geht in den Rechnungsbetrag (Segment REC) ein. Ist die Anzahl an Berechnungstagen größer als die für die relevante PEPP letzte ausgewiesene Vergütungsklasse im Katalog, wird für die Abrechnung die Bewertungsrelation der letzten ausgewiesenen Vergütungsklasse verwendet.

Beispiel C Abrechnung von ergänzenden Tagesentgelten

Aufnahme vollstationär:	14.01.2015
1:1 Betreuung (ET01):	16.01.2015
1:1 Betreuung (ET01):	21.01.2015
Entlassung vollstationär:	24.01.2015
BEW:	250,00 Euro

Das Gruppieren bei Entlassung ergibt das PEPP „PA01A“ (2015–Vergütungsklasse = 11 bei 0,9675 BWR/Tag). Darüber hinaus ist das ergänzende Tagesentgelt „ET01.01“ (BWR 1,1613) zusätzlich zu PEPP „PA01A“ an den Tagen 16.01.2015 und 21.01.2015 abrechenbar.

1. ENT-Segment:

Entgeltart:	A1PA01AB
Entgeltbetrag:	241,88 Euro
Abrechnung von:	14.01.2015
Abrechnung bis:	24.01.2015
Entgeltanzahl:	11

2. ENT-Segment:

Entgeltart:	C4ET0101
Entgeltbetrag:	290,33 Euro
Abrechnung von:	16.01.2015
Abrechnung bis:	16.01.2015
Entgeltanzahl:	1

3. ENT-Segment:

Entgeltart:	C4ET0101
Entgeltbetrag:	290,33 Euro
Abrechnung von:	21.01.2015
Abrechnung bis:	21.01.2015
Entgeltanzahl:	1

Es sind 3 ENT-Segmente tagesgenau zu übermitteln. In den REC-Rechnungsbetrag geht die Summe von 3.241,34 Euro (zzgl. evtl. abrechenbarer Zuschläge) ein.

Beispiel D Abrechnung von ergänzenden Tagesentgelten

Aufnahme vollstationär:	14.01.2015
1:1 Betreuung (ET01):	16.01.2015
1:1 Betreuung (ET01):	17.01.2015
1:1 Betreuung (ET01):	21.01.2015
Entlassung vollstationär:	24.01.2015
BEW:	250,00 Euro

Das Gruppieren bei Entlassung ergibt das PEPP „PA01A“ (2015–Vergütungsklasse = 11 bei 0,9675 BWR/Tag). Darüber hinaus ist das ergänzende Tagesentgelt „ET01.01“ (BWR 1,1613 je Tag) zusätzlich zu PEPP „PA01A“ an den Tagen 16.01.2015, 17.01.2015 und 21.01.2015 abrechenbar.

1. ENT-Segment:

Entgeltart:	A1PA01AB
Entgeltbetrag:	241,88 Euro
Abrechnung von:	14.01.2015
Abrechnung bis:	24.01.2015

Entgeltanzahl: 11

2. ENT-Segment:

Entgeltart: C4ET0101
 Entgeltbetrag: 290,33 Euro
 Abrechnung von: 16.01.2015
 Abrechnung bis: 17.01.2015
 Entgeltanzahl: 2

3. ENT-Segment:

Entgeltart: C4ET0101
 Entgeltbetrag: 290,33 Euro
 Abrechnung von: 21.01.2015
 Abrechnung bis: 21.01.2015
 Entgeltanzahl: 1

Die zusammenhängend liegenden Tage mit ergänzenden Tagesentgelten können in einem zusammenhängenden ENT-Segment zusammengefasst werden. In den REC-Rechnungsbetrag geht die Summe von 3.531,67 Euro (zzgl. evtl. abrechenbarer Zuschläge) ein.

Beispiel E Abrechnung von ergänzenden Tagesentgelten

Aufnahme vollstationär: 14.01.2015
 Intensivbehandlung 3–4 Merkmale (ET02.01): 14.01.2015 – (aus Segment FAB)
 1 Tag mit vollständiger Abwesenheit: 18.01.2015 – (aus FAB – `0003`)
 Intensivbehandlung 4–5 Merkmale (ET0202): 21.01.2015 – (aus Segment FAB)
 Entlassung vollstationär: 24.01.2015
 BEW: 250,00 Euro

Das Gruppieren bei Entlassung ergibt das PEPP „PA01A“ (2015-Vergütungsklasse = 10 bei 0,9675 BWR/Tag). Darüber hinaus ist das ergänzende Tagesentgelt „ET02.01“ (BWR 0,1898 je Tag) zusätzlich zu PEPP „PA01A“ an den Tagen 14.01. – 17.01. (4x) und 19.01. – 20.01. (2x) und das ergänzende Tagesbezogene Entgelt „ET02.02“ (BWR 0,2355) vom 21.01. – 24.01. (4x) abrechenbar.

1. ENT-Segment:

Entgeltart: A1PA01AA
 Entgeltbetrag: 241,88 Euro
 Abrechnung von: 14.01.2015
 Abrechnung bis: 24.01.2015
 Entgeltanzahl: 10
 Tage ohne Berechnung: 1

2. ENT-Segment:

Entgeltart: C4ET0201
 Entgeltbetrag: 47,45 Euro
 Abrechnung von: 14.01.2015

Abrechnung bis:	20.01.2015
Entgeltanzahl:	6
Tage ohne Berechnung:	1

3. ENT-Segment:

Entgeltart:	C4ET0202
Entgeltbetrag:	58,88 Euro
Abrechnung von:	21.01.2015
Abrechnung bis:	24.01.2015
Entgeltanzahl:	4

Die Tage mit ergänzenden Tagesentgelten können in einem zusammenhängenden ENT-Segment zusammengefasst werden, da diese durch die Angabe der „Tage ohne Berechnung“ (FAB: `0003`) die Tage der ET ermittelt werden können. Ein ET mit einem OPS, das einen Wochenbezug aufweist (z. B. Merkmale pro Woche) ist mit jedem Tag der Gültigkeit des OPS abrechenbar. Die Gültigkeit des OPS wird dem `Operationstag` im FAB Segment (Entlassungsanzeige) entnommen (der Gültigkeitszeitraum ergibt sich aus dem 1. Tag des OP-Tages aus FAB und dem Datum eines anderen OPS bzw. einer Entlassung). Tage ohne Berechnung sind in dem Feld `Tage ohne Berechnung` zu dokumentieren.

In den REC-Rechnungsbetrag geht die Summe von 2.939,02 EURO (zzgl. evtl. abrechenbarer Zuschläge) ein.

Beispiel F Abrechnung bei unterjährigem Budgetabschluss

Aufnahme vollstationär:	22.09.2015
Entlassung vollstationär:	07.10.2015
BEW vor dem 01.10.2015	400,00 Euro
BEW ab dem 01.10.2015	405,00 Euro

Das Gruppieren bei Entlassung ergibt das PEPP „PA02B“ (2015-Vergütungsklasse = 16 bei 1,0623 BWR/Tag).

1. ENT-Segment:

Entgeltart:	A1PA02BG
Entgeltbetrag:	424,92 Euro
Abrechnung von:	22.09.2015
Abrechnung bis:	30.09.2015
Entgeltanzahl:	9

2. ENT-Segment:

Entgeltart:	A1PA02BG
Entgeltbetrag:	430,23 Euro
Abrechnung von:	01.10.2015
Abrechnung bis:	07.10.2015
Entgeltanzahl:	7

In den REC-Rechnungsbetrag geht die Summe von 6.835,89 Euro (zzgl. evtl. abrechenbarer Zuschläge) ein.

Gutschrift / Storno

Stellt sich im Nachhinein heraus, dass durch das Krankenhaus eine Rechnungslegung irrtümlich erfolgte, ist durch das Krankenhaus über einen Rechnungssatz mit Rechnungsart '04' eine Gutschrift / Stornierung vorzunehmen. Dabei ist die Rechnungsnummer der ursprünglichen Rechnung anzugeben.

Das Verarbeitungskennzeichen in dem Segment FKT ist zugleich auf '10' (Normalfall) zu setzen.

Ein Rechnungsstorno ist auch in den Fällen erforderlich, in denen Datenfelder eines bereits übermittelten Rechnungssatzes geändert werden müssen (z. B. Entgeltart, Abrechnungszeitraum). Zusätzlich zu dem Rechnungsstornosatz (Verarbeitungskennzeichen in FKT: '10' und Rechnungsart in REC: '04') ist der richtig gestellte Rechnungssatz mit Verarbeitungskennzeichen in FKT: '10' (Normalfall) und Rechnungsart in REC: '01' / '51' (Zwischenrechnung) oder '02' / '52' (Schlussrechnung) zu übermitteln (siehe Anlage 4, Abschnitt 7).

Zur ausschließlichen Gutschrift von nachträglich geleisteten Zuzahlungen siehe Abschnitt 1.2.6 (Zuzahlungsgutschrift).

Nachtragsrechnung

Wurde in einem Abrechnungsfall eine Pauschale für eine nachstationäre Behandlung noch nicht berechnet, so kann dieses Entgelt über eine Nachtragsrechnung mit dem Verarbeitungskennzeichen in FKT: '10' (Normalfall) und der Rechnungsart in REC: '03' (Nachtragsrechnung) nachträglich berechnet werden.

Ein Krankenhaus ist nach § 275 Abs. 1c SGB V nach erfolgloser MDK-Prüfung berechtigt, der Krankenkasse eine Aufwandspauschale in Höhe von 300,00 Euro in Rechnung zu stellen. Dies erfolgt ebenfalls fallbezogen in einer Nachtragsrechnung mit Verarbeitungskennzeichen ,10', Rechnungsart ,03' und eigener Rechnungsnummer für die Entgeltart ,47100008' (Aufwandspauschale bei erfolgloser MDK-Prüfung). Bei vollstationären Fällen sind die Felder: „Abrechnung von“ mit dem Aufnahmetag und „Abrechnung bis“ mit dem Entlassungs-/Verlegungstag –1 Tag zu füllen (bei Eintagesfällen sind „Abrechnung von“ mit dem Aufnahmetag und „Abrechnung bis“ mit dem Entlassungs-/Verlegungstag zu füllen); bei teilstationären Fällen sind die Felder „Abrechnung von“ mit dem Aufnahmetag und „Abrechnung bis“ mit dem Entlassungs-/Verlegungstag zu füllen). Diese Nachtragsrechnung enthält ausschließlich dieses eine ENT-Segment.

Kosten, die dem Krankenhaus entsprechend der „Vereinbarung zur Umsetzung der Kostenerstattung nach § 43b Absatz 3 Satz 8 SGB V“ erstattet werden, sind über Nachtragsrechnungen in Rechnung zu stellen (siehe Abschnitt 1.4.8).

Rechnung in Papierform

Wird von der Krankenkasse eine Rechnung in Papierform angefordert, so ist diese mit den persönlichen Daten des Versicherten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift) zu versehen und an die Krankenkasse direkt zu schicken. Alle übrigen Geschäftsvorfälle sind gemäß Anlage 1 maschinell zu übermitteln.

1.2.5 Zahlungserinnerung, Mahnung

Die Übermittlung einer Zahlungserinnerung oder Mahnung ist als Option vorgesehen. Sie soll ein eigenständiges Mahnverfahren nicht ersetzen.

Ist eine Zahlungserinnerung oder Mahnung bereits anderweitig versandt worden, so muss nicht zusätzlich ein entsprechender Rechnungssatz übermittelt werden.

1.2.6 Zuzahlungsgutschrift / -rückforderung

Mit der Zuzahlungsgutschrift kann das Krankenhaus Gutschriften für nachträglich nach Erstellung der Schlussrechnung geleistete Zuzahlungen übermitteln, landesvertragliche Regelungen bleiben unberührt. Jede Zuzahlungsgutschrift wird durch eine eigene Rechnungsnummer identifiziert. Der gutzuschreibende Zuzahlungsbetrag wird im Datenfeld ‚Gutschriftsbetrag‘ ohne Vorzeichen übermittelt. Als Rechnungsart ist „80“ (Zuzahlungsgutschrift) anzugeben.

Erfolgt die Zuzahlung durch den Patienten in mehreren Raten, kann die Zuzahlungsgutschrift zur Gutschrift der einzelnen Ratenbeträge wiederholt werden. Die Zuzahlungsgutschriften sind als Normalfall (Verarbeitungskennzeichen = „10“) für das selbe krankenhausinterne Kennzeichen mit jeweils eigener Rechnungsnummer zu übermitteln. Hierbei ist die laufende Nummer des Geschäftsvorfalles jeweils um 1 zu erhöhen.

Wurde eine Zuzahlungsgutschrift irrtümlich an die Krankenkasse übermittelt oder ein höherer Zuzahlungsbetrag im Rechnungssatz angegeben, als tatsächlich vom Patienten geleistet wurde (z. B. Regelung durch den Vertrag nach § 112 SGB V in Hamburg), kann der gutgeschriebene Betrag durch Übermittlung des Nachrichtentyps „Zuzahlungsgutschrift /-rückforderung“ mit der Rechnungsart „90“ (Rückforderung von Zuzahlungen) vom Krankenhaus zurückgefordert werden. Während von der in einem Rechnungssatz angegebenen Zuzahlung ein Teilbetrag zurückgefordert werden kann, ist eine Zuzahlungsgutschrift stets in vollständiger Höhe zurückzufordern und gegebenenfalls ein Restbetrag durch erneute Übermittlung einer weiteren Zuzahlungsgutschrift gutzuschreiben. Für die Rückforderung von Zuzahlungen ist eine eigene Rechnungsnummer zu verwenden.

1.2.7 Entlassungsanzeige

Mit der Entlassungsanzeige meldet das Krankenhaus der Krankenkasse die Entlassung oder externe Verlegung des Versicherten aus der voll- oder teilstationären Behandlung sowie die interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG oder den Wechsel von voll- und teilstationärer Behandlung. Der Entlassungs-/Verlegungsgrund ist nach Schlüssel 5 anzugeben. In Entlassungsmeldungen (Entlassungs-/Verlegungsgrund ‘01’ bis ‘04’, ‘14’ bis ‘15’ und ‘21’) ist mitzuteilen, ob der Versicherte arbeitsfähig oder nicht arbeitsfähig entlassen wurde.

Bei teilstationärer Fortführung einer zunächst vollstationär begonnenen Behandlung (oder umgekehrt) wird als Entlassungs-/Verlegungsgrund des vollstationären (bzw. des teilstationären) Falles der Schlüssel ‘22’ („Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung“) angegeben.

Bei Wiederaufnahme (mindestens 24 Stunden Aufenthalt außerhalb eines Krankenhauses) eines zunächst extern oder in einen anderen Entgeltbereich verlegten Patienten ist als Entlassungs-/Verlegungsgrund des ersten Aufenthaltes in der Entlassungsanzeige des zusammengeführten Falles der Schlüssel '21' („Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme“) anzugeben.

Bei postmortalen Organspenden ist für den Organspender das Datum des Todes als Entlassungsdatum zu melden (siehe „Vereinbarung über die Durchführungsbestimmungen zur Aufwandserstattung nach § 8 Abs. 2 des Vertrages nach § 11 TPG“). Hiermit wird der Fall für die Direktabrechnung mit der Krankenkasse abgeschlossen.

Behandlungen mit Aufnahmegrund ,08' "Stationäre Aufnahme zur Organentnahme" sind auch in Fällen von vorstationärer Behandlung ohne nachfolgende stationäre Aufnahme mit einer Entlassungsanzeige abzuschließen.

Die internen Verlegungen werden für jede behandelnde Fachabteilung (bei Rückverlegungen mehrfach) je Belegungszeitraum mit Angabe des Verlegungstages, der jeweiligen Hauptdiagnose und bis zu jeweils 40 Nebendiagnosen angegeben (Entlassungsgrund ,12' "interne Verlegung").

Die Segmentgruppe SG1 mit den Segmenten ETL und NDG dient der Dokumentation des Ablaufes der Krankenhausbehandlung. Es werden die bei der Entlassung bzw. Verlegung aus der angegebenen Fachabteilung festgestellten Diagnosen übermittelt.

Die Segmentgruppe SG1 ist für jede interne Verlegung aus einer Fachabteilung und für die externe Entlassung/Verlegung zu übermitteln. Sie wird immer durch ein Segment ETL eingeleitet, das die Fachabteilung und die Hauptdiagnose für den jeweiligen (anhand des Entlassungs-/Verlegungstages bestimmten) Behandlungszeitraum enthält. Die Angaben in den ETL-Segmenten dokumentieren so den gesamten Behandlungsverlauf. Für jedes ETL-Segment (= jeden einzelnen Behandlungszeitraum in einer Fachabteilung mit einer Hauptdiagnose) können bis zu 40 Nebendiagnosen zur Hauptdiagnose mit Hilfe des Segmentes NDG angegeben werden.

Erfolgt eine interne Verlegung, Rückverlegung, tagesstationäre Behandlung oder Wiederaufnahme oder bei Versicherten in Krankenhäusern, die gemäß BPfIV vergütet werden, eine Unterbrechung des stationären Aufenthaltes durch einen externen Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht, muss zusätzlich zu den ETL-Segmenten für die behandelnden Fachabteilungen (und deren Daten) die für den gesamten Krankenhausfall maßgebliche Hauptdiagnose, bei Anwendung des Vergütungssystems nach § 17d KHG: Hauptdiagnose gemäß § 2 PEPPV 2013 (ggf. mit Nebendiagnosen) durch eine weitere (letzte !) Segmentgruppe SG1 übermittelt werden, die im Segment ETL den Pseudo-Fachabteilungscode "0000" für den Krankenhausbezug sowie die Daten der Entlassung/Verlegung enthält. Für die Gruppierung in eine DRG bzw. PEPP werden nur die Diagnoseangaben dieser letzten Segmentgruppe SG1 verwendet.

Fand keine interne Verlegung, Rückverlegung, tagesstationäre Behandlung und keine Wiederaufnahme oder bei Versicherten in Krankenhäusern, die gemäß BPfIV vergütet werden, keine Unterbrechung des stationären Aufenthaltes durch externen Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht statt, darf keine Segmentgruppe SG1 für die Krankenhausfall-Hauptdiagnose mit der Pseudo-Fachabteilung "0000" übermittelt werden. Die Krankenhausfall-Hauptdiagnose und die zugehörigen Nebendiagnosen sind dann identisch mit der Hauptdiagnose und den Nebendiagnosen der einzigen behandelnden Fachabteilung.

Die Hauptdiagnose für den Krankenhausfall ist in der als "Hauptdiagnose" bezeichneten Datenelementgruppe anzugeben. Ausschließlich in den Fällen, in denen nach den Deutschen Kodierrichtlinien und den Deutschen Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik als Hauptdiagnose eine "Stern-Diagnose" verschlüsselt werden muss, ist es zulässig, den Sterncode in der im ETL-Segment als "Hauptdiagnose" bezeichneten Datenelementgruppe anzugeben. Die Kreuz-Diagnose ist ausschließlich in diesem Fall in der im ETL-Segment als Sekundär-Diagnose bezeichneten Datenelementgruppe anzugeben. Hinweis: Wenn eine Sekundär-Diagnose angegeben wird, wird diese im G-DRG bzw. PEPP-System immer als Nebendiagnose interpretiert.

Für die Diagnoseangaben sind die Deutschen Kodierrichtlinien bzw. die Deutschen Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik zu beachten.

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

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.

Die Entlassungsanzeige ist innerhalb von 3 Arbeitstagen nach Entlassung oder Verlegung, spätestens mit der Schlussrechnung zu übermitteln.

Bei Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers (Entlassungsgrund '05') kann die Entlassungsanzeige an die erste Krankenkasse auch früher – unmittelbar nach Beendigung der Leistungspflicht – übermittelt werden. Ausnahmeregelung: Bei Fallpauschalenpatienten und PEPP Patienten wird der gesamte Krankenhausfall (mit allen anfallenden Entgelten) mit dem Kostenträger abgerechnet, der die Kostenzusage erteilt hat.

Wurde für einen Patienten irrtümlich eine Entlassungsanzeige übermittelt, so kann diese mit dem Verarbeitungskennzeichen '40' (Storno einer Entlassungsanzeige) storniert oder mit dem Verarbeitungskennzeichen '20' nach der tatsächlichen Entlassung berichtigt werden. Wurde mit der irrtümlichen Entlassungsanzeige bereits eine Schlussrechnung übermittelt, so muss diese storniert werden, falls die Entlassungsanzeige storniert oder geändert werden soll. Erst nach der Gutschrift/Stornierung des Rechnungssatzes kann die Entlassungsanzeige storniert oder geändert und ein erneuter Rechnungssatz übermittelt werden.

BPfIV (bei Anwendung § 17d KHG):

Die Leistungen (Prozeduren) der vor- und nachstationären Behandlung sind bei der Gruppierung und Abrechnung des Behandlungsfalles nach PEPPV nicht zu berücksichtigen.

1.2.8 Rechnungssatz Ambulante Operation

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

§ 115b SGB V – Ambulante Operationen im Krankenhaus

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 am Krankenhaus tätigen Belegarztes bzw. kooperierenden Vertragsarztes, ggf. auch eines weiteren kooperierenden Vertragsarztes, im Segment RZA entsprechend § 20 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. Das Segment ZLG entfällt bei ambulanten Krankenhausbehandlungen (Rechnungssatz und Zahlungssatz Ambulante Operation, siehe aber Abschnitt 1.2.8.3).

Bei Durchführung von Leistungen des Kapitels 31 des EBM sind die Bestimmungen der Präambel des Anhangs 2 zum EBM 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.

Ausschließlich EBM-Positionen, die für die Berechnung des pauschalen Zuschlages nach § 11 Abs. 3 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V herangezogen werden, sind im Feld „in Honorarsumme für Pauschale enthalten“ mit „J“ zu kennzeichnen. Zur Berechnung der Felder „Honorarsumme (für Pauschale)“ und „Pauschale“ siehe Anlage 5 Abschnitt 2 Punkt 2.22 Nr. 9 und 10. Die Summe der ENA-Entgeltwerte (Entgeltbetrag x Entgeltanzahl) wird im Feld „Honorarsumme (für Pauschale)“ ausgewiesen (ggf. wird die „Honorarsumme (für Pauschale)“ um die „Honorarsummenrelevanten Anteile“ erhöht, die über EZV (Einzelvergütung x Anzahl) in Rechnung gestellt werden). Der hieraus errechnete pauschale Zuschlag wird im Feld „Pauschale“ ausgewiesen. Wird eine in Kapitel 40 des EBM ausgewiesene leistungsbezogene Kostenpauschale in Rechnung gestellt, ist die entsprechende ärztliche Leistung des EBM von der Berechnung der Zuschlagshöhe „auszuklammern“. Die EBM-Positionen für die Kostenpauschale und die entsprechende ärztliche Leistung werden nicht in die „Honorarsumme (für Pauschale)“ eingerechnet, daher muss das Feld „in Honorarsumme für Pauschale enthalten“ leer bleiben.

Technisches Beispiel:

Das technische Beispiel soll die Ermittlung der „Honorarsumme (für Pauschale)“ und „Pauschale“ verdeutlichen. Es schließt nicht aus, dass weitere EBM – Positionen abgerechnet werden können.

Rechnungssatz Ambulante Operation:

...

DPV+2013+2013'	
REC+5143671+20130109+52+20130104+645,08+1008004+++256,01+17,92'	
ZLG+0,00+1'	
RZA+2300+604434610++274488600++M23.33:R'	
BDG+M23.33:R'	
PRZ+58125:R+20130107'	
PRZ+58112h:R+20130107'	
ENA+00018211+++J+20130104+515+3,536300+18,21+1'	Entgelte in
ENA+00005211+++J+20130104+270+3,536300+9,55+1'	"Honorarsumme
ENA+00005310+++J+20130104+505+3,536300+17,86+1'	(für Pauschale)"
ENA+00034233+++J+20130104+300+3,536300+10,61+1'	enthalten,
ENA+00034230+++J+20130104+220+3,536300+7,78+1'	Summe:
ENA+00031503+++J+20130107+1450+3,356300+51,28+1'	EUR 241,01
ENA+00031822+++J+20130107+3555+3,536300+125,72+1'	
ENA+00031142+++++20130107+6330+3,536300+223,85+1'	
ENA+00040750+++++20130107+++122,00+1'	
ENA+00040120+++++20130107+++0,55+1'	
EZV+19,75+04+Biopsienadel'	honorarsummenrelevante
EZV+19,75+05+Pauschale+10,00'	Anteile EZV in "Honorar-
EZV+10,00+06+Pauschale+5,00'	Summe (für Pauschale)"
	enthalten,
	Summe:
	EUR 15,00

Nicht berücksichtigt in „Honorarsumme (für Pauschale)“:

ärztliche Leistung:

GOP 31142	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E2	223,85 Euro
Kostenpauschale nach Kapitel 40 des EBM:		
GOP 40750	Kostenpauschale für Sachkosten im Zusammenhang mit Arthros- akopieleistungen nach den GOP 31141 + 31142	122,00 Euro
GOP 40120	Versendung/ Transport schriftlicher Unterlagen, Briefe	0,55 Euro
Honorarsumme (für Pauschale):		256,01 Euro
Pauschale:		17,92 Euro

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.

§ 116b (alt) Abrechnung aufgrund weitergeltender Bestimmungen in der bis zum 31.12.2011 geltenden Fassung (gemäß § 116b Abs. 8 SGB V)

Die Abrechnung von ambulanten Behandlungen nach § 116b Abs. 2 SGB V erfolgt ebenso wie ambulante Operationen mit dem Nachrichtentyp „Rechnungssatz Ambulante Operation“. Alle Informationen an die Krankenkasse werden 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 Medizinische Begründungen und deren Anforderung in Verbindung mit dem Nachrichtentyp „AMBO“ unzulässig. Das Segment ZLG entfällt bei ambulanten Krankenhausbehandlungen (Rechnungssatz und Zahlungssatz Ambulante Operation, siehe aber Abschnitt 1.2.8.3). Im BDG–Segment erfolgt die Zuordnung der Behandlung des Versicherten zum jeweiligen Standort anhand der Standortnummer. Es ist der erste Tag der Behandlung am jeweiligen Standort anzugeben. Bei Wechsel des behandelnden Standortes ist ein neues BDG–Segment mit dem ersten Tag der Behandlung am neuen Standort zu übermitteln. Die Berücksichtigung von Rechnungen für ambulante Operationen in Sammelüberweisungen ist zulässig. Das Verarbeitungskennzeichen im FKT–Segment ist hierbei mit „16“ (Normalfall) bzw. „12“ 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 LEI–Segment nach Schlüssel 22 (siehe gesonderte Leistungsschlüssel für § 116b (alt)) 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.

§ 116b (neu) – Abrechnung von Leistungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung

Alle Informationen an die Krankenkasse werden quartalsweise über einen (einzigsten) „Rechnungssatz Ambulante Operation“ übermittelt (für Korrekturen sind Gutschrift und ein neuer Rechnungssatz möglich), ein Aufnahmesatz oder eine Entlassungsanzeige werden nicht erstellt und sind in Verbindung mit dem

Nachrichtentyp „AMBO“ nicht zulässig. Ebenso sind Medizinische Begründungen und deren Anforderung in Verbindung mit dem Nachrichtentyp „AMBO“ unzulässig. Das Segment ZLG entfällt bei ambulanter spezialfachärztlicher Behandlung (Rechnungssatz und Zahlungssatz Ambulante Operation, siehe aber Abschnitt 1.2.8.3). Im BDG-Segment erfolgt die Zuordnung der Behandlung des Versicherten zum jeweiligen Standort anhand der Standortnummer. Es ist der erste Tag der Behandlung am jeweiligen Standort anzugeben. Bei Wechsel des behandelnden Standortes ist ein neues BDG-Segment mit dem ersten Tag der Behandlung am neuen Standort zu übermitteln.

Die Berücksichtigung von Rechnungen für ambulante Operationen in Sammelüberweisungen ist zulässig. Die Übermittlung von Zwischen- oder Nachtragsrechnungen ist nicht zulässig.

Im BDG-Segment erfolgt die Zuordnung der Behandlung des Versicherten zum jeweiligen Standort anhand der Standortnummer. Es ist der erste Tag der Behandlung am jeweiligen Standort anzugeben. Bei Wechsel des behandelnden Standortes ist ein neues BDG-Segment mit dem ersten Tag der Behandlung am neuen Standort zu übermitteln.

Das Verarbeitungskennzeichen im FKT-Segment ist hierbei mit „13“ (Normalfall- (spezialfachärztliche Leistungen nach § 116b SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO) anzugeben), um die Prüfungen nach dem Leistungskatalog nach § 115b SGB V in den Krankenkassenfachverfahren auszuschalten (Verarbeitungskennzeichen „43“ für Fallstorno). Die Diagnoseangaben werden durch die Angabe eines Kennzeichens für die Diagnosesicherheit ergänzt.

Der Leistungsbereich der Behandlung ist vom Krankenhaus in einem LEI-Segment nach Schlüssel 22 anzugeben. Das Datenfeld „Leistungsart“ wird mit der Ausprägung „A2“ (Schlüssel 24) angegeben. Die Ausprägung erfolgt anhand der neu geschaffenen Leistungsbereichsziffern (Leistungen nach § 116b SGB V in der ab dem 01.01.2012 geltenden Fassung), der entsprechend fortgeschrieben wird. Die Angabe des Leistungstages entfällt. Für die Nutzung und Bedruckung von Verordnungen und Vordrucken gilt die ASV-AV in ihrer jeweils geltenden Fassung. Sofern gemäß G-BA Konkretisierung des angegebenen Leistungsbereiches zusätzlich die Dokumentation einer schweren Verlaufsform erforderlich ist, erfolgt diese durch zusätzliche Angabe von weiteren Datenfeldern „Leistungsart“ mit den Ausprägungen „A5“ und „A6“ (Schlüssel 24) und der Angabe der Schlüsselausprägung gemäß Schlüssel 28 und 29.

Spezialfachärztliche Leistungen, die erkrankungs- und leistungsbezogen gemäß Abschnitt 2 des Appendix der jeweiligen Konkretisierung aufgeführt sind und für die die Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM) gemäß § 116b Abs. 6 Satz 9 SGB V noch nicht durch den Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 5a SGB V erfolgt ist, werden gemäß Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V vom 20.06.2014 vorübergehend anderweitige Gebührenpositionen vergütet. Hierzu werden diese in ENA im Feld `Entgeltart` an den ersten drei Stellen mit `000` und an der 4.-8. Stelle mit der 5stelligen Pseudoziffer gemäß Anlage 5 ASV-AV übermittelt. Im Feld `Abrechnungsbegründung` erfolgt die Angabe der den Leistungen des Abschnitts 2 des Appendix entsprechenden Leistungen des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ. Der Investitionskostenabschlag gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V findet ebenfalls Anwendung.

Leistungsbereich „Tuberkulose und atypische Mykobakteriose“: Bei der Abrechnung von Kontaktpersonen mit Tuberkulose ist im Segment Behandlungsdiagnose `BDG` der ICD-Code Z20.1 (Kontakt mit und Exposition gegenüber Tuberkulose) anzugeben. Dabei stellt jede Kontaktperson einen eigenen Fall dar, die

Abrechnung erfolgt über die (eigene) Krankenkasse der jeweiligen Kontaktperson. Bei Kontaktpersonen besteht kein Überweisungserfordernis.

Bei der Abrechnung nach § 116b SGB V (neu) werden mit den Ausprägungen ‚04‘ bzw. ‚52‘ des Schlüssels 3 die Kosten für gesondert berechnungsfähige Sachkosten gemäß Bereich VII EBM, Nr. 6.2.3 in Rechnung gestellt.

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).

Umsetzung „ASV-Abschlags GOPs“

Krankenkassen können bei der Zahlung der Rechnungen für Datenlieferungen, die vor dem Ende der Lieferfrist eingehen, zunächst mögliche Kürzungen für die Abschlags-GOPs vornehmen (§ 3 Abs. 7 ASV-AV (i.d.F. vom 01.01.2016)). Mit dem Zahlungssatz Ambulante Operation hat die Krankenkasse dem Rechnungssteller die von diesen Kürzungen betroffenen Gebührenpositionen mitzuteilen (Prüfungsvermerk „05 Rechnungsbetrag wird teilweise angewiesen“). Neben den unverändert übernommenen Entgelten zu den Abschlags-Gebührenordnungspositionen der Ursprungsrechnung enthält der Zahlungssatz hierfür zusätzlich Abschlagsentgelte. Diese Abschlagsentgelte enthalten die von dem Abschlag betroffenen Gebührenpositionen im ENA-Segment im Feld „Entgeltart“ durch Kennzeichnung an der 3. Stelle (‘2’) entsprechend. Die 4.-8. Stelle des Entgeltartenschlüssels enthält die vom Abschlag betroffene GOP. Dies ist auch für regionale Eurogebührenordnungspositionen (3. Stelle A-Z) durch Ersatz des Buchstabens im Abschlagsentgelt durch den Wert ‘2’ möglich. Der „Entgeltbetrag“ dieser neuen Positionen enthält den tatsächlichen Abschlagswert. Der Wert ist als negativer Wert zu interpretieren und beinhaltet die Differenz zwischen dem ursprünglichen Betrag und dem sich nach der Prüfung neu ergebenden Betrag der GOP.

Die Krankenkasse prüft nach Ablauf der Lieferfrist, welche Abschläge gemäß Nr. 5 des Beschlusses des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in dessen 2. Sitzung am 15. September 2015 abschließend anzusetzen sind. Im Falle einer Differenz zu bereits erfolgten Zahlungen werden mittels Verarbeitungskennzeichen ‘20’ Änderungen der übermittelten Zahlungssätze vorgenommen. Bei einer Kürzung werden entsprechende Abschlagsentgelte wie zuvor beschrieben übermittelt. Im Falle einer Nachzahlung werden die vormals eingestellten Abschlagsentgelte wieder entfernt.

Nehmen Krankenkassen o.g. Kürzungen vor, wird vom ASV-Berechtigten aus diesem Grund keine Korrekturrechnung übermittelt (§ 3 Abs. 7 ASV-AV i.d.F. vom 01.01.2016). Korrekturen von Rechnungen aus anderen Gründen bleiben hiervon unberührt.

Umsetzung Evaluation (Beschluss Ergänzter Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner Sitzung vom 13.09.2016)

Zur Evaluation der Sachkosten in der ASV sind bei Angabe der Ausprägung ‚04‘ (Pauschalvergütung Sachmittel-ohne Kontrastmittel) des Schlüssels 3 der Anlage 2 (Einzelvergütung) zusätzliche Angaben zum

Hersteller bzw. Lieferanten, der Artikel und Modellnummer zu übermitteln. Dazu werden im Segment Einzelvergütung im Feld „Einzelvergütung, Texterläuterung“ nach der Bezeichnung der Sachleistung folgende Angaben, getrennt ohne Leerzeichen mit dem Trennzeichen # fortlaufend angefügt:

#Artikelnummer#Modellnummer#Name des Herstellers oder Distributor#

1.2.8.2 Ambulante Behandlungen nach §§ 117, 118, 119 und 119c SGB V

Die Abrechnung von Leistungserbringern nach §§ 117, 118, 119 und 119c SGB V erfolgt ebenso wie ambulante Operationen mit dem Nachrichtentyp „Rechnungssatz Ambulante Operation“. Das Verarbeitungskennzeichen im FKT-Segment ist hierbei mit „17“, „18“, „19“, „14“, „07“ oder „08“ (Normalfall) anzugeben (Verarbeitungskennzeichen „37“, „38“, „39“, „44“, „47“ oder „48“ für Fallstorno). Das Segment ZLG entfällt bei ambulanten Krankenhausbehandlungen. 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 BPFIV (bei Anwendung § 17d KHG) ist die gleichzeitige Abrechnung von Entgelten nach § 118 SGB V (AMBO) nicht zulässig.

Im BDG-Segment erfolgt die Zuordnung der Behandlung des Versicherten zum jeweiligen Standort anhand der Standortnummer. Es ist der erste Tag der Behandlung am jeweiligen Standort anzugeben. Bei Wechsel des behandelnden Standortes ist ein neues BDG-Segment mit dem ersten Tag der Behandlung am neuen Standort zu übermitteln.

Leistungsdokumentation der Hochschulambulanzen gemäß § 120 Abs. 3 Satz 4 SGB V

Maßgeblich für die Hochschulambulanzen sind die auf Bundesebene festgesetzten Vereinbarungen infolge des GKV-VSG. Dies ist zum einen die Vereinbarung über die Patientengruppen in den Hochschulambulanzen gemäß § 117 Abs. 1 Sätze 3 und 4 SGB V vom 18.11.2016 und die Hochschulambulanz-Struktur-Vereinbarung (HSA-SV) vom 09.12.2016. Die folgenden Regelungen betreffen die Abrechnung von Leistungserbringern mit den Verarbeitungskennzeichen `08`, `17`, `37` und `48`. Die Verarbeitungskennzeichen `07` und `47` (psychotherapeutische Ausbildungsinstitute) sind von diesen Regelungen nicht betroffen.

1. Ermächtigungsgrundlage

Die Behandlungsfälle in den Hochschulambulanzen sind den Ermächtigungen gemäß § 3 Abs. 1 HSA-SV zuzuordnen. Die Abbildung erfolgt über das Vertragskennzeichen im INV-Segment. Das Vertragskennzeichen enthält dabei je Behandlungsfall eine der folgenden Angaben:

- a) `XXASK` bei Ermächtigung nach § 117 Abs. 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (Erfüllung der formellen und materiellen Kriterien der Vereinbarung nach § 117 Abs. 1 Satz 3 SGB V über die Art, Schwere oder Komplexität der Erkrankungen) oder

- b) `XXRBE` bei Ermächtigung nach § 117 Abs. 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V: (Leistungserbringung aufgrund abweichender Verträge nach § 117 Abs. 1 Sätze 8 und 9 SGB V – regionale Besonderheiten) oder
- c) `XXFUL` bei Ermächtigung nach § 117 Abs. 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V (Forschung und Lehre).

2. Angaben Ambulanzdiagnose, mitbehandelte Diagnosen, Betriebsstättennummer, Fachabteilungen

Je Behandlungsfall ist die Ambulanzdiagnose gemäß § 3 Abs. 2 Satz 8 HSA-SV sowie ggf. mitbehandelte Diagnosen jeweils unter Angabe der entsprechenden Standort- oder Betriebsstättennummern und Fachabteilungen gemäß Schlüssel 6 (Fachabteilungen) zu übermitteln. Die Angabe der Ambulanzdiagnose erfolgt im Segment BDG mit der Diagnoseart `1` und der Standort- oder Betriebsstättennummer der abrechnenden Hochschulambulanz, welche der Standortnummer/Betriebsstättennummer im Segment RZA entsprechen muss. Mitbehandelte Diagnosen in derselben Hochschulambulanz oder bei der Mitbehandlung durch eine weitere Hochschulambulanz gemäß § 5 Abs. 1 Satz 4 HSA-SV sind in weiteren BDG-Segmenten mit der Diagnoseart `3`, der Standort- oder Betriebsstättennummer und Fachabteilung der mitbehandelnden Hochschulambulanz sowie dem ersten Tag der Mitbehandlung im Quartal anzugeben. Mehrere Angaben (z. B. Diagnosen, Fachabteilungen) sind durch Wiederholungen des BDG-Segmentes möglich, die sonst identischen Angaben entfallen nicht, sondern sind ebenfalls mit anzugeben. Das Krankenhaus informiert die Vereinbarungspartner nach § 120 Abs. 2 SGB V vorab über die Verwendung der Fachabteilungen und Standortnummern/Betriebsstättennummern an den jeweiligen Standorten, um eine eindeutige Identifikation des jeweiligen Standortes und Fachabteilungen gemäß § 3 Abs. 2 Sätze 3 und 4 HSA-SV zu ermöglichen. Hierfür können fachabteilungs- und standortbezogene BSNR verwendet werden.

Hinweis:

Die Betriebsstättennummer ist bis 31.12.2019 weiterzuverwenden, o.g. Regelung gilt erst zum 01.01.2020. Steht eine Standortnummer gemäß dem Verzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V nicht zur Verfügung, kann die Betriebsstättennummer genutzt werden.

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). Vertraglich vereinbarte Eigenbeteiligungen im Rahmen einer Integrierten Versorgung sind über das ZLG-Segment zu berücksichtigen. 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. Im BDG-Segment erfolgt die Zuordnung der Behandlung des Versicherten zum jeweiligen Standort anhand der Standortnummer. Es ist der erste Tag der Behandlung am jeweiligen Standort anzugeben. Bei Wechsel des behandelnden Standortes ist ein neues BDG-Segment mit dem ersten Tag der Behandlung am neuen Standort zu übermitteln.

1.2.8.5 Bundeseinheitliche Dokumentation der Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 295 Abs. 1 b 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 seit 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. 1 b 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 der Leistung anzugeben. Dabei sind die Konkretisierungen zum Leistungsinhalt in Anlage 1 der PIA-Dokumentationsvereinbarung (PIA-Dokumentationsschema) zu berücksichtigen. Für den Basisleistungsschlüssel PIA-17Z (Aufwändige Laboruntersuchungen) ist beispielsweise abweichend der Tag der Leistungsbeauftragung anzugeben. Je Tag sind mehrere Leistungsschlüssel anzugeben, wenn die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind. Die Zusatzleistungsschlüssel können nur in Ergänzung zu Basisleistungsschlüsseln angegeben werden. Jeder Zusatzleistungsschlüssel ist maximal 1 Mal je Tag zu kodieren. Psychiatrische Institutsambulanzen sind entsprechend § 3 Absatz 2 der PIA-Doku-Vereinbarung ganz oder teilweise von einer Übermittlung der Leistungsdokumentation befreit, wenn die zur Abrechnung zu übermittelnden Einzelleistungen anhand der Entgeltschlüssel eine eindeutige Zuordnung ermöglichen. Anlage 2 der PIA-Doku-Vereinbarung weist aus, welche Einrichtungen in welchem Umfang von einer Übermittlung freigestellt sind. Diese Einrichtungen sind von der Übermittlung der Basisleistungsschlüssel freigestellt. Da eine Ableitung der Zusatzleistungsschlüssel aus den abgerechneten Entgelten derzeit nicht möglich ist, sind bis auf Weiteres die Zusatzleistungsschlüssel auch von den in Anlage 2 der PIA-Doku-Vereinbarung aufgeführten Gruppen von PIAs zu dokumentieren und an die Krankenkasse zu übermitteln. Abweichend von den allgemeinen Vorgaben in Anlage 1 der PIA-Doku-Vereinbarung ist eine Kodierung auch ohne direkt zugehörigen Basisleistungsschlüssel möglich.

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

Hinweis der Vereinbarungspartner: Die neuen PIA-Dokumentationsschlüssel `PIA-11A` – `PIA86Z` sind gemäß PIA-Dokumentationsvereinbarung ab dem 01.07.2018 zu dokumentieren. Für den Übergangszeitraum vom 01.07.2018 – 31.12.2018 gelten die bisherigen Dokumentationsschlüssel `PIA-001` – `PIA-004` insofern fort, dass PIAs, denen eine Übermittlung nach dem neuen Dokumentationsschema noch nicht möglich ist, die bisherigen Schlüssel für den o.g. Zeitraum weiter verwenden können. Bei einem Umstieg sind die bisherigen Schlüssel nicht mehr zu verwenden. Zum 31.12.2018 entfallen die bisherigen Schlüssel vollständig. Danach ist verpflichtend nach dem neuen Schema zu dokumentieren.

Leistungsdokumentation der Institutsambulanzen nach § 118 Abs. 3 SGB V

Gemäß § 4 Absatz 1 der Anlage 2 der Änderungsvereinbarung zur Vereinbarung zu den Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Absatz 2 SGB V dokumentieren die Institutsambulanzen nach § 118 Abs. 3 SGB V ab dem 01.01.2020 die führende Behandlungsdiagnose und die damit begleitenden pathogenetisch verbundenen somatischen Diagnosen wie folgt:

Die Angabe der führenden Behandlungsdiagnose (genau eine führende Behandlungsdiagnose) erfolgt im Segment BDG mit der Diagnoseart `1` und der Standortnummer der abrechnenden Institutsambulanz, welche der Standortnummer im Segment RZA entsprechen muss. In diesem Zusammenhang pathogenetisch verbundene somatische Diagnosen sind in weiteren BDG-Segmenten mit der Diagnoseart `4`, der Standortnummer der behandelnden Institutsambulanz sowie dem ersten Tag der Mitbehandlung im Quartal anzugeben. Mehrere Angaben (z. B. mehrere verbundene pathogenetisch somatische Diagnosen) sind durch Wiederholungen des BDG-Segmentes möglich, die sonst identischen Angaben entfallen nicht, sondern sind ebenfalls mit anzugeben.

Die psychiatrischen Institutsambulanzen sind verpflichtet, ihre erbrachten Leistungen entsprechend der PIA-Doku-Vereinbarung zu dokumentieren. Neben den allgemeinen Basis- und Zusatzschlüsseln gemäß Anlage 1 der Vereinbarung gelten für die Institutsambulanzen nach § 118 Abs. 3 SGB V zusätzlich die Leistungsschlüssel PIA-91Z bis PIA-93Z.

1.2.8.6 Kennzeichnung im LEI Segment infolge Beschlüssen des Bewertungsausschusses

A) Beendigung einer Richtlinien-Psychotherapie

Der Bewertungsausschuss hat die EBM-Pseudoziffern ,88130' (Psychotherapie beendet ohne rezidiv Prophylaxe) und ,88131' (Psychotherapie beendet mit rezidiv Prophylaxe) zur Kennzeichnung von beendeten Richtlinien-Psychotherapien mit einem Abrechnungsbetrag von 0,00 Euro vereinbart. Diese Ziffern dienen der Dokumentation und nicht zur Abrechnung. Diese Leistungsdokumentationsschlüssel werden von den Leistungserbringern, die Richtlinien-Psychotherapien durchführen, insbesondere von psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten sowie Psychologischen Universitätsinstituten erbracht (Einrichtungsart `2` und `7`).

Diese Einrichtungen geben mit dem Segment LEI im Datenelement „Leistungsart“ den Wert „A8“ (Schlüssel 24), im Datenelement „Leistungsschlüssel“ durch Angabe von 2 Buchstaben (OR oder MR):

`OR` Information über eine beendete Richtlinien-Psychotherapie ohne rezidiv Prophylaxe

`MR` Information über eine beendete Richtlinien-Psychotherapie mit rezidiv Prophylaxe

und im Datenelement „Leistungstag“ den Tag der Beendigung der Richtlinien-Psychotherapie an.

B) Angabe eines ausschließlichen Videokontaktes

Der Bewertungsausschuss hat die EBM-Pseudoziffer ,88220' zur Kennzeichnung von Fällen, in denen in einem Quartal zur Behandlung ausschließlich Videokontakte stattfanden, mit einem Abrechnungsbetrag von 0,00 Euro vereinbart. Diese Kennzeichnung löst Abschläge auf die Versicherten-, Grund- und

Konsiliarpauschalen in Höhe von 20, 25 oder 30 % je Fachbereich aus. Für die Berücksichtigung dieser Abschläge stellen die Leistungserbringer diese Abschläge im Rahmen der Rechnungsstellung durch Entgeltverschlüsselung in Form von EBM-Abschlägen (2. und 3. Stelle gleich ‚02‘ gefolgt von der EBM-Ziffer) als Abschlag im ENA Segment ein.

Die Einrichtungen geben mit dem Segment LEI im Datenelement „Leistungsart“ den Wert „A8“ (Schlüssel 24), im Datenelement „Leistungsschlüssel“ durch Angabe von 2 Buchstaben (``VK``) und im Datenelement „Leistungstag“ der Tag des Zugangs an.

1.2.8.7 Mitteilung der durchgeführten Prüfung der Dienste der TI

Umsetzung der Mitteilung:

Gemäß § 291b Abs. 2 SGB V haben an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer bei der erstmaligen Inanspruchnahme ihrer Leistungen durch einen Versicherten die Leistungspflicht der Krankenkasse durch die Nutzung der Dienste nach § 293 Abs. 1 SGB V zu prüfen.

Gemäß § 291b Abs. 3 Satz 2 SGB V teilen Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und die vertragsärztlichen Leistungen direkt mit den Krankenkassen abrechnen die Durchführung der o.g. Prüfung bei der Übermittlung der Abrechnungsunterlagen mit.

Bis zum 31.12.2020 sind an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Krankenhäuser von der Kürzung der Vergütung um pauschal 2,5 Prozent ausgenommen (§ 291b Abs. 5 Satz 5 SGB V). Eine evtl. Kürzung wird ab dem 01.01.2021 wie folgt umgesetzt:

Ab dem 01.01.2021 teilen die von o.g. Regelung betroffenen Einrichtungen den Krankenkassen durch den Abschlag [2,3,4,6,7,8]9200000 die Durchführung der Prüfung im Rahmen der Abrechnungsunterlagen mit dem Rechnungssatz Ambulante Operation dahingehend mit, dass in den Fällen, in denen keine online-Überprüfung nach § 291b Abs. 1 SGB V stattgefunden hat, dieser Abschlag (in Höhe von 2,5 von Hundert des zuvor ermittelten Rechnungsbetrages im Segment REC – ohne Berücksichtigung des Abschlags selbst) im Segment ENA zum Ansatz gebracht wird.

Die Übermittlung eines Datensatzes ohne Abschlagsentgelt ist nur möglich, wenn ein positiver Versichertenstammdatenabgleich erfolgt ist, eine Pflicht zur Durchführung des Versichertenstammdatenabgleichs gemäß § 291b Abs. 4 Satz 1 SGB V nicht besteht oder die Voraussetzungen des § 291b Abs. 5 Satz 2 SGB V erfüllt sind.

Der Abschlag findet nicht bei den Einrichtungsarten ``5`` (IGV) und ``0`` (§ 115b SGB V und § 116b SGB V) Anwendung.

1.2.8.8 Abrechnung von Erprobungsleistungen nach §137e Abs. 4 SGB V

Gemäß § 137e Abs. 4 Satz 4 SGB V werden die von den Leistungserbringern im Rahmen der Erprobung erbrachten Leistungen unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Bei Methoden, die auch ambulant angewandt werden können, wird die Höhe der Vergütung für die ambulante Leistungserbringung durch den

ergänzten Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen geregelt.

Diese Leistungserbringer nutzen somit für die Abrechnung der EBM Leistungen des Kapitel VIII die Entgelte wie folgt: An der ersten Stelle nutzt der Leistungserbringer seine entsprechende Einrichtungsart (z.B. `0` oder `2`), an der zweiten die `0` für EBM und an der 4.–8. Stelle den entsprechenden EBM.

Als Verarbeitungskennzeichen finden die Ausprägungen `09` und für den Fallstorno die Ausprägung `49` Anwendung. Zur Unterscheidung der Studien wird im `LEI` Segment im Feld Leistungsart die Ausprägung `A9` gemäß Schlüssel 24 angegeben und im Feld Leistungsschlüssel die Studie durch Angabe gemäß Schlüssel 32 unterschieden. Das Feld `Leistungstag` wird nicht übermittelt. Die Nachricht ZAAO ist optional zu verwenden bzw. bilateral abzustimmen.

Bei voll- und teilstationären Krankenhausleistungen werden die Leistungen durch Entgelte nach § 17b oder § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder nach der Bundespflegesatzverordnung vergütet. Für diese Fälle findet die Ausprägung `08` an der 3.–4. Stelle des Aufnahmegrundes Anwendung.

1.2.8.9 Abrechnung von Leistungen nach § 92 Abs. 6b SGB V (KSVPsych)

Die Abrechnung von ambulanten Leistungen nach der Richtlinie zur berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) nach § 92 Absatz 6b SGB V kann ebenso wie ambulante Operationen mit dem Nachrichtentyp „Rechnungssatz Ambulante Operation“ erfolgen. Als Vertragskennzeichen wird im „INV“ Segment die Nummer des Netzverbundvertrages bei § 92 Absatz 6b SGB V angegeben. Das Segment ZLG entfällt bei ambulanten Krankenhausbehandlungen. Die Übermittlung von Zwischen- oder Nachtragsrechnungen ist nicht zulässig. Die Abrechnungen der Leistungen erfolgt entsprechend Schlüssel 4 Teil II über die Einrichtungsart „3“ (Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V innerhalb der Abrechnungsart „0“ (EBM) mit den spezifischen EBM-Ziffern aus dem neuen Abschnitt 37.5 EBM (Entgeltart: 300375**). 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 parallele Behandlung im Rahmen mehrerer Netzverbände ist ausgeschlossen. Der Beginn der Versorgung in einem Netzverbund ist der zuständigen Krankenkasse durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten anzuzeigen. Bei der Abrechnung gelten die Voraussetzungen des EBM-Abschnitts 37.5.

1.2.9 Fehlerbehandlung

Nachrichten der Krankenkasse, die beim Empfänger als fehlerhaft erkannt werden, sind dem Absender entsprechend der in Anlage 4, Abschnitt 6 beschriebenen Vorgehensweise mitzuteilen.

1.2.10 Information Krankenhäuser

Die Information Krankenhäuser (INKA) dient dem Krankenhaus zur Übermittlung der Informationen gemäß § 12 Abs. 1 und Abs. 3 Satz 2 der Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275c Abs. 1 SGB

V (Prüfverfahrensvereinbarung – PrüfvV) und über das einzelfallbezogene Erörterungsverfahren nach § 17c Abs. 2b Satz 1 KHG an die Krankenkasse.

1.2.10.1 Grundsätze

Das Krankenhaus nutzt für die Übermittlung der Informationen gemäß PrüfvV den für den Nachrichtentyp INKA vorgesehenen Schlüssel 30 im Segment PVV.

Hierzu wird eine Segmentgruppe, bestehend aus den Segmenten PVV und PVT verwendet (SG2). Das Segment PVV ist hierbei immer zu übermitteln. Das Segment PVT ist zu übermitteln, wenn zu dem entsprechenden PVV Segment eine Textinformation erforderlich ist. Für jedes PVV-Segment können durch Wiederholungen von bis zu 25 PVT-Segmenten Textinformationen angegeben werden. Bei der Übermittlung von Freitexten sind datenschutzrechtliche Vorgaben zu beachten.

Als Verarbeitungskennzeichen sind `75` (Information gemäß PrüfvV) oder `76` (Storno einer Information gemäß PrüfvV) zu verwenden. Die „laufende Nummer des Geschäftsvorfalles“ ist für die einzelnen Übermittlungsanlässe hochzuzählen. Durch bis zu 10malige Wiederholung des Segmentes `PVV` sind Mehrfachangaben in dem Nachrichtentyp möglich. Die Fallidentifikation erfolgt über das IK des Krankenhauses und das KH-interne Kennzeichen des Versicherten. Die Rechnungsidentifikation erfolgt über die gültige Rechnungsnummer der Abrechnung (Schlussrechnung). Im Fall einer Rechnungskorrektur durch das Krankenhaus im Vorverfahren ersetzt diese die ursprüngliche Rechnung im laufenden Verfahren. Im weiteren Verlauf ist die dann gültige Rechnungsnummer/Rechnungsdatum zu verwenden.

1.2.10.2 Durchführung eines Falldialogs

Nach Einleitung des Prüfverfahrens durch die Krankenkasse können sich Krankenkasse und Krankenhaus über die Durchführung eines Falldialoges gemäß § 5 Abs. 1 PrüfvV verständigen. Die Wiederholung des Segmentes `PVV` innerhalb einer Nachricht ist möglich (z.B. gleichzeitige Aufforderung zum Falldialog und Aufforderung zur Verlängerung).

Die Aufforderung zum Falldialog kann sowohl durch die Krankenkasse, als auch durch das Krankenhaus jederzeit innerhalb der festgelegten Fristen der PrüfvV erfolgen. Diese Aufforderung ist innerhalb der Frist gemäß PrüfvV durch eine Annahme oder eine Ablehnung zu beantworten. Erfolgt keine Reaktion innerhalb der vorgesehenen Fristen, ist dies als Ablehnung zu werten. Ebenso ist mit einer Aufforderung zur Verlängerung des Falldialoges zu verfahren. Der Falldialog kann jederzeit durch jede Seite beendet werden (Schlüssel 30 = `FDI20`).

Für den Falldialog stehen im Datenfeld „Information“ folgende Ausprägungen des Schlüssels 30 zur Verfügung:

- „FDI01“ (Aufforderung zum Falldialog),
- „FDI02“ (Annahme der Aufforderung zum Falldialog),
- „FDI03“ (Ablehnung eines Falldialogs),
- „FDI11“ (Aufforderung zur Verlängerung des Falldialogs),
- „FDI12“ (Annahme der Aufforderung zur Verlängerung des Falldialogs),
- „FDI13“ (Ablehnung der Verlängerung des Falldialogs) und

- „FDI20“ (Einseitige Erklärung über die Beendigung des Falldialogs).

Eine „zeitgleiche“, sich überschneidende Übermittlung einer Aufforderung gilt bei dem jeweils Anfordernden als Annahme, die gesonderte Übermittlung einer Annahmenschreiben kann in diesem Fall entfallen.

Die irrtümliche Übermittlung einer Information kann über das Verarbeitungskennzeichen „76“ storniert werden. Dies ist für technische Fehler vorgesehen. Das Verarbeitungskennzeichen Stornierung ist für Krankenhäuser und Krankenkassen ausschließlich für technische Fehler vorgesehen und gilt für die Verwendung der Nachrichtentypen KAIN und INKA. Bei Nutzung des Verarbeitungskennzeichens Stornierung (im Ausnahmefall) ist immer eine bilaterale Klärung zwischen Krankenhaus und Krankenkasse notwendig.

Datenkorrektur im Vorverfahren: Eine Änderung medizinischer Patienteninformationen (in der „Entlassungsanzeige“) kann nur vollzogen werden, wenn die zugehörige Rechnung im Fall gutgeschrieben/storniert wird. Erfolgt im Vorverfahren eine derartige Rechnungsgutschrift/Storno, hat das Krankenhaus zeitgleich eine geänderte Entlassungsanzeige (VKZ 20) und neue Rechnung zu übermitteln. Zeitgleich in diesem Sinne ist eine Übermittlung dann, wenn sie in einer Datenlieferung d.h. unter derselben Dateinummer (Datenaustauschreferenz) erfolgt.

1.2.10.3 Fortsetzung des Prüfverfahrens gemäß § 7 Abs. 2 Satz 7 PrüfvV

Liefert das Krankenhaus erforderliche Unterlagen für das MD Verfahren gemäß § 7 Abs. 2 Satz 7 PrüfvV nach, wird das Prüfverfahren fortgesetzt. Zur Sicherstellung der in § 7 Abs. 2 Satz 7 PrüfvV genannten Frist übermittelt das Krankenhaus einen Rechnungssatz mit der Rechnungsart „14“ (entspricht einer 300,00 Euro Gutschrift der Pauschale nach § 7 Abs. 2 Satz 7 PrüfvV). Das ZLG Segment wird im Rechnungssatz nicht übermittelt. Es wird eine neue eindeutige Rechnungsnummer und Rechnungsdatum vergeben. Für die Rechnungsart „14“ wird kassenseitig die Prüfung deaktiviert, die bei einer Rechnungsart „04“ auf einen Rechnungsdatensatz mit identischer Rechnungsnummer abstellt. Die laufende Nummer des Geschäftsvorfalles ist entsprechend zu erhöhen. Das ENT Segment enthält den Entgeltschlüssel „47200008“ (KHEntgG, BpflV_alt) oder „A7300008“ bzw. „B7300008“ (BpflV_neu), den Endbetrag 300,00 Euro und als Abrechnung von und Abrechnung bis das Rechnungsdatum. Im Falle folgender Fallstornierungen (z. B. infolge MDK-Begutachtung o.ä.) ist diese Gutschrift (Rechnungsart 14) beizubehalten und wird nicht storniert.

Technisches Beispiel:

REC	'REC'
Rechnungsnummer	'987654321'
Rechnungsdatum	'20170216'
Rechnungsart	'14'
Aufnahmetag	'20170101'
Rechnungsbetrag	'300,00'
ENT	'ENT'
Entgeltart	'47200008'
Entgelbetrag	'300,00'
Abrechnung von	'20170216'

Abrechnung bis	'20170216'
Entgeltanzahl	'1'

1.2.10.4 Entscheidung der Krankenkasse nach MD–Gutachten gemäß § 8 Sätze 4 und 5 PrüfvV

Das Krankenhaus kann die Krankenkasse mit dem Schlüssel `MDI05` (Krankenkasse hat sich nicht innerhalb der Frist nach § 8 Satz 3 geäußert und das Verfahren gilt als beendet und die Krankenhausabrechnung als erörtert) nach Ablauf der Frist gemäß § 8 Satz 3 über das Ende des Verfahrens gemäß § 8 Satz 5 PrüfvV informieren.

1.2.10.5 Erörterungsverfahren gemäß § 9 PrüfvV

Das Krankenhaus hat gemäß § 9 Abs. 1 PrüfvV binnen 6 Wochen nach Zugang der leistungsrechtlichen Entscheidung die Entscheidung zu bestreiten, wenn es mit der Entscheidung nicht einverstanden ist. Das Bestreiten ist zeitgleich inhaltlich zu begründen. Die inhaltliche Begründung ist in entsprechenden PVT Segmenten an die Krankenkasse zu übermitteln. Das Krankenhaus bestreitet inhaltlich begründet die Entscheidung der Krankenkasse und nutzt dafür den Schlüssel `EKH01` (ohne Einleitung des EV). Nur in den Fällen, in denen gleichzeitig das Erörterungsverfahren eingeleitet wird, nutzt es den Schlüssel `EKH02` (mit Einleitung des EVs).

Für die einvernehmliche Verlängerung des EV sind die Schlüssel `EKH30` bis `EKH32` zu nutzen. Mit den Schlüsseln `EKH33` bis `EKH35` kann das Krankenhaus zu einem mündlichen Erörterungsverfahren einladen, es annehmen oder ablehnen. Die Dauer der Verlängerung soll als Datumsangabe im PVT Segment genannt werden.

Ausnahmsweise ist gemäß § 9 Abs. 7 PrüfvV eine nicht fristgemäße Geltendmachung von Einwendungen oder Tatsachenvortrag sowie die nicht fristgemäße Vorlage von Unterlagen zugelassen, dafür nutzt das Krankenhaus den Schlüssel `EKH41` und erläutert in den PVT Segmenten diese Ausnahmesituation. Eine Ablehnung dieses Ausnahmetatbestandes erfolgt über die Schlüssel `EKH42`. Eine Annahme dieses Ausnahmetatbestandes erfolgt über den Schlüssel `EKH43`.

Das Erörterungsverfahren kann gemäß § 9 Absätze 8 und 10 PrüfvV neben dem Fall einer Einigung (`EKH50`) jederzeit im Einvernehmen mit der Krankenkasse (`EKH51`) beendet werden. Ein Erörterungsverfahren wird einvernehmlich beendet, wenn das Krankenhaus die Schlüsselausprägung `EKH51` und die Krankenkasse die Schlüsselausprägung `EKK51` zugesandt hat. `EKH51` ist nicht in den Fällen der Übermittlung von `EKK02` bzw. `EKH50` zu verwenden. Verweigert die Krankenkasse aus Sicht des Krankenhauses die Erörterung oder wirkt nicht mit, informiert das Krankenhaus die Krankenkasse mit dem Schlüssel `EKH60`. Mit dem Schlüssel `EKH60` wird die Krankenkasse darüber informiert, dass aus Sicht des Krankenhauses keine Einigung erzielt wurde und das Erörterungsverfahren gemäß § 9 Abs. 12 PrüfvV beendet ist.

1.2.11 Krankenhausinformation (KHIN)

Wenn das Krankenhaus Unterstützung durch die Krankenkasse gemäß § 3 Abs. 5 und 6 des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach

Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement) anfordert, ist die Krankenhausinformation (KHIN) zu verwenden. Dafür muss die Einwilligungserklärung des Patienten gemäß Anlage 1b des Rahmenvertrages Entlassmanagements vorliegen und das Vorliegen mit `KHIN` bestätigt werden (eine Übermittlung bei fehlender Einwilligung kann nicht erfolgen). Es erfolgen keine Unterstützungsanforderungen für den Folgetag. Die Angabe in dieser Nachricht stellt eine verbindliche Information über das Vorliegen der Einwilligungserklärung bzw. des Widerrufs durch den Patienten oder seinen gesetzlichen Vertreter gegenüber der Krankenkasse gemäß Anlage 1b des Rahmenvertrages Entlassmanagements dar. Bei Bedarf ist auf Anfrage der Krankenkasse die physische Übermittlung der Einwilligungserklärung / des Widerrufs vom Krankenhaus außerhalb dieses Datenaustausches sicherzustellen. Rechnungskürzungen oder -abweisungen (Rechnungssatz) oder Abweisungen von Entlassungsanzeigen aufgrund nicht oder nicht vollständig vorliegender Informationen zum Entlassmanagement sind nicht zulässig.

1.2.11.1 Grundsätze

Der für das Entlassmanagement vorgesehene Schlüssel 31 ermöglicht im Datenfeld `Art der Information` strukturierte Angaben gemäß dem Rahmenvertrag Entlassmanagement.

Hierzu wird eine Segmentgruppe, bestehend aus den Segmenten IFA und IFT verwendet (SG3). Das Segment IFA ist hierbei immer zu übermitteln. Das Segment IFT ist zu übermitteln, wenn zu dem entsprechenden IFA Segment eine Textinformation erforderlich ist. Für jedes IFA-Segment können durch Wiederholungen von bis zu 99 IFT-Segmenten Textinformationen angegeben werden. Dabei sind mehrere Informationen in einer Nachricht durch Wiederholung der Segmentgruppe 3 möglich (z.B. Übermittlung der Einwilligungserklärung in einem Segment, Informationen über Kontaktdaten und die Art der Unterstützungsleistung durch die Krankenkassen mit den erforderlichen Informationen aus dem Entlassplan) Bei der Übermittlung von Freitexten sind datenschutzrechtliche Vorgaben zu beachten.

Die „laufende Nummer des Geschäftsvorfalles“ ist für die einzelnen Übermittlungsanlässe hochzuzählen. Durch bis zu 25malige Wiederholung des Segmentes `IFA` sind Mehrfachangaben in weiteren Segmenten in dem Nachrichtentyp möglich.

Im Segment STA ist der für das Entlassmanagement relevante Standort zu übermitteln. Falls im Einzelfall notwendig (z. B. wenn der geplante entlassende Standort nicht dem Standort zum Zeitpunkt der Informationsübermittlung entspricht, dies für Zwecke des Entlassmanagements jedoch relevant ist), können auch mehrere Standorte übermittelt werden. Ein Anspruch auf Übermittlung aller im Behandlungsfall bisher beteiligten Standorte besteht für Zwecke des Entlassmanagements nicht.

Im Fall relevanter Veränderungen des patientenindividuellen Versorgungsbedarfes nach § 3 Absatz 5 des Rahmenvertrages Entlassmanagements wird umgehend eine erneute Übermittlung von KHIN vorgenommen. Diese enthält dann die in der vorherigen Nachricht übermittelten Angaben zur Einwilligung des Patienten. Die erste KHIN-Nachricht ist nicht zu stornieren.

1.2.11.2 Einwilligung / Widerruf des Patienten

Die Einwilligung des Patienten wird durch Angabe der Schlüsselausprägung `JA000` bzw. `JA001` (durch einen Vertreter) dokumentiert. Dafür muss die Entscheidung des Patienten/gesetzlichen Vertreters (Anlage 1b zu Nr. 1 und 2 des Rahmenvertrages) auf der Einwilligungserklärung vorliegen. Liegt eine Einwilligungserklärung nicht vor, ist keine Übermittlung von `KHIN` im Rahmen des Entlassmanagements möglich. Die Einwilligungserklärung/der Widerruf verbleibt im Krankenhaus und ist nur auf Anforderung physisch an die Krankenkasse zu übermitteln. Im Datenfeld `Datum Erklärung` muss das Datum der Einwilligungserklärung angegeben werden.

Bei einem Widerruf des Patienten erfolgt dies durch Angabe von `WIDRU` bzw. `WIDRV` (durch einen gesetzlichen Vertreter). Im Datenfeld `Datum Erklärung` muss das Datum des Widerrufs angegeben werden. Wird der Widerruf des Patienten zurückgezogen, ist die Übermittlung einer neuen Einwilligungserklärung notwendig. Eine Stornierung der vorherigen Nachrichten erfolgt nicht. Eine Übermittlung des Segmentes `IFT` ist nicht notwendig, aber erlaubt.

1.2.11.3 Kontaktdaten

Die Kontaktdaten des Krankenhauses werden durch Angabe des Schlüssels `KONTA` übermittelt. Es muss dann ein zusätzliches Segment `IFT` übermittelt werden. Dieses enthält dann die Kontaktdaten des für das Entlassmanagement im konkreten Fall zuständigen Ansprechpartners (z. B. Telefonnummer). Telefonnummern werden wie folgt dargestellt: #Vorwahl#Telefonnummer#.

1.2.11.4 Informationen zum Entlassmanagement

Die Art des Unterstützungsbedarfes des Krankenhauses wird durch die Schlüsselausprägungen zur `Information zum Entlassmanagement` aus Schlüssel 31 angezeigt.

Sofern der Unterstützungsbedarf durch das Krankenhaus weiter konkretisiert werden kann, erfolgt dies durch eine Beschreibung in zusätzlichen `IFT`-Segmenten. Mehrfachnennungen verschiedener Ausprägungen der Schlüssel in einer `KHIN`-Nachricht sind möglich. Jede Ausprägung darf hierbei nur einmal je Nachricht verwendet werden.

Sobald absehbar ist, dass der Patient nicht nahtlos in die Anschlussversorgung übergeleitet werden kann und die Übergangspflege im Krankenhaus nach §39 e SGB V erforderlich wird, hat das Krankenhaus umgehend, spätestens mit dem Zeitpunkt der Feststellung der Erforderlichkeit der Übergangspflege, die Krankenkasse des Patienten in das Entlassmanagement einzubeziehen und die erforderlichen Informationen aus dem Entlassplan über Erforderlichkeit, Art und Umfang der Anschlussversorgung vor der Aufnahme in die Übergangspflege an die Krankenkasse mit der Schlüsselausprägung `UEPFL` aus Schlüssel 31 zu übermitteln. In entsprechenden `IFT` Segmenten werden dann die entsprechenden Informationen, u.a. aus dem Entlassplan übermittelt.

Vorschläge des Krankenhauses für die weitere Behandlung für Zwecke des Entlassmanagements, können durch die Schlüsselausprägungen `Vorschläge für weitere Behandlung` an die Krankenkasse übermittelt werden. Die Angabe von geeigneten Einrichtungen (Angaben einer Bezeichnung, IK, Ort o.ä.) kann durch die Übermittlung der Schlüsselausprägung `EMAGE` (Angabe geeignete Einrichtung) und der Übermittlung eines zusätzlichen `IFT`-Segmentes, welches dann den Vorschlag für die geeignete Einrichtung enthält, erfolgen.

1.3 Übermittlung von Krankenkasse an Krankenhaus

1.3.1 Kostenübernahmesatz

Mit dem Kostenübernahmesatz teilt die Krankenkasse dem Krankenhaus die Kostenübernahme, die Bestätigung des Versichertenverhältnisses ggf. ihre Ablehnung und Informationen zum Pflegegrad des Versicherten mit. Das Merkmal Kostenübernahme (Schlüssel 8) enthält hierzu die erforderliche Angabe. Soweit in dem Vertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V vorgesehen, kann die Krankenkasse eine Befristung der Kostenübernahme vorsehen. In diesem Fall ist das Bis-Datum der Kostenübernahme zu übermitteln. Bei unbefristeter Kostenübernahme kann auf eine Verlängerungsanzeige verzichtet werden; wird sie übermittelt, so erfolgt eine erneute Übermittlung eines Kostenübernahmesatzes im Falle einer Ablehnung der Kostenübernahme. In diesem Falle wird eine erneute Kostenübernahmeerklärung (Merkmal Kostenübernahme = ,03', ,05', ,06' oder ,07' (Ablehnung)) oder eine Änderung der vorherigen Kostenübernahme mit Angabe des Befristungsdatums (größer Tagesdatum) und einer Erläuterung im TXT-Segment übermittelt. Die Ablehnung der Kostenübernahme zu einer Verlängerungsanzeige nach vorheriger befristeter Kostenübernahmeerklärung erfolgt durch Übermittlung einer weiteren Kostenübernahmeerklärung mit den hierfür vorgesehenen Werten des Schlüssels 8 'Merkmal Kostenübernahme' mit einer ergänzenden Erläuterung im TXT-Segment ohne Angabe eines Befristungsdatums.

Bei einer Änderung des Kostenträgers während der Behandlung übermittelt die neu zuständige Krankenkasse einen Kostenübernahmesatz mit dem Merkmal Kostenübernahme "Änderung der Kostenübernahme" (Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers) (Schlüssel 8, "02").

Eine Änderung der Kostenübernahme findet in Fällen Anwendung, in denen eine Aufnahmeanzeige bei Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers an die neu zuständige Krankenkasse erfolgt (Schlüssel 1: 3. und 4. Stelle = "21" bis "27").

Benötigt die Krankenkasse die Rechnung in Papierform, teilt sie dies im Merkmal Kostenübernahme mit. Rechnungen in Papierform kommen z. B. in Betracht bei folgenden Patienten:

- Grenzgänger,
- Auslandsversicherte (Auftragsleistung aufgrund zwischen-/überstaatlicher Rechtsvorschriften),
- Auftragsleistung für Unfallversicherungsträger (Berufsgenossenschaft, Gemeindeunfallversicherung),
- Auftragsleistung nach dem Bundesversorgungsgesetz.

Die Krankenkasse teilt in der Kostenübernahme für die bei ihr versicherten Personen die aktuellen Daten der eGK mit. Bei Neugeborenen (eigener Fall), die noch keine Krankenversicherenummer haben, entfällt die Übertragung der Daten der Krankenversichertenkarte/eGK im Kostenübernahmesatz.

Mit der Kostenübernahme werden von der Krankenkasse die Zuzahlungstage (max. 28 Tage im Kalenderjahr) bzw. die restlichen Zuzahlungstage an das Krankenhaus gemeldet. Bei Befreiungstatbeständen oder bereits ausgeschöpfter Zuzahlung im Kalenderjahr bleibt das Datenfeld "Zuzahlungstage" leer oder es werden "0" Zuzahlungstage gemeldet. Bei einer Ablehnung der Kostenübernahme bleiben die Felder "Kostenübernahme ab", "Kostenübernahme bis" und "Zuzahlungstage" leer.

Für Versicherte der Knappschaft sind besondere Regelungen zu beachten.

Mit der Kostenübernahme teilt die Krankenkasse spätestens 3 Arbeitstage nach Erhalt der Aufnahmeanzeige die ihr vorliegende Information über den bestehenden Pflegegrad des Versicherten mit (Schlüssel 8, „B1, D1, F1, H1, L1“ bzw. „B8, D8, F8, H8, L8“). Liegt kein Pflegegrad vor, bzw. ist keine Einstufung beantragt, werden weiterhin die bisher verwendeten Ausprägungen des Schlüssels 8 verwendet (Schlüssel 8, „01“, „02“ oder „08“).

Einzig in den Fällen, in denen sich während der Krankenhausbehandlung die Information über den Pflegegrad ändert, teilt dies die Krankenkasse spätestens 3 Arbeitstage nach Eingang der Entlassungsanzeige durch Änderung der Kostenübernahme (Verarbeitungskennzeichen „20“ und entsprechender Schlüssel 8) mit. Fehlte bisher das infolge des entsprechenden Pflegegrades abrechnungsfähige Zusatzentgelt (ZE162, bzw. ZE163) wird eine ggf. vorliegende Rechnung von der Krankenkasse beglichen. Das Krankenhaus hat die Möglichkeit den Rechnungssatz zu stornieren/gutzuschreiben und mit dem abrechnungsfähigen Zusatzentgelt erneut in Rechnung zu stellen. Erfolgt eine solche Datenkorrektur oder -ergänzung, ist zeitgleich unter Berücksichtigung der in dieser Vereinbarung festgelegten Kontrollen mit dem Rechnungsstorno eine neue Rechnung zu übermitteln. Es ist lediglich ein Ausgleich der Differenz zwischen dem Zahlbetrag der vorhergehenden Rechnung und dem sich nach Abschluss der in dieser Vereinbarung festgelegten Kontrollen ergebenden neuen Rechnungsbetrag zulässig. Zeitgleich in diesem Sinne ist eine Übermittlung dann, wenn sie in einer Datenlieferung d.h. unter derselben Dateinummer (Datenaustauschreferenz) erfolgt. Ist das Zusatzentgelt zu Unrecht in Rechnung gestellt, kann die Rechnung mit einem Fehlercode im Fachverfahren, Stufe 4 abgewiesen werden. Dafür wird empfohlen, dass die Informationen: „Zusatzentgelt nicht abrechnungsfähig, Pflegegrad beantragt aber nicht bewilligt“, „Zusatzentgelt nicht abrechnungsfähig, Antrag auf Pflegegrad zurückgezogen“, „Zusatzentgelt nicht abrechnungsfähig, bestehender Pflegegrad 1“ oder „Zusatzentgelt nicht abrechnungsfähig, bestehender Pflegegrad 2“ an das Krankenhaus zurückgemeldet werden. Alternativ erfolgt eine gekürzte Zahlung in Verbindung mit einem Zahlungssatz. Bei Kostenträgerwechsel und Ablehnung der Kostenübernahme sind Mitteilungen über Änderungen des Pflegegrades ausgeschlossen.

1.3.2 Anforderungssatz medizinische Begründung

Der Anforderungssatz medizinische Begründung kann von der Krankenkasse an das Krankenhaus übermittelt werden, wenn die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung überschritten wird.

1.3.3 Sammelüberweisung

Mit der Sammelüberweisung teilt die Krankenkasse dem Krankenhaus mit, welche Rechnungen in einer Überweisung zusammengefasst werden. Die Identifikation der zu Grunde liegenden Rechnungen erfolgt über die RED-Segmente, deren Angaben den Einzelrechnungen / Zahlungssätzen entnommen werden (zur

Verwendung der Rechnungsart siehe unten). Die Referenznummer der Krankenkasse dient der Krankenkasse zur internen Zuordnung der zusammengefassten Einzelrechnungen.

Die Summe der Rechnungsbeträge (Summe aller angegebenen Rechnungsbeträge (Gutschriften und Stornierungen sind zu subtrahieren)) sowie der zur Zahlung angewiesene Überweisungsbetrag wird im Segment UWD angegeben. Die Summe der `Rechnungsbeträge` in einer Sammelüberweisung bzw. die Summe von `Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen` darf nicht kleiner als 0,00 Euro sein und muss der Summe der in RED ausgewiesenen Einzelbeträge entsprechen. Wird eine noch nicht bezahlte Rechnung vom Krankenhaus storniert, können entweder die ursprüngliche Rechnung (Rechnungsart x1, x2 oder x3) und die stornierte Rechnung (Rechnungsart 04) in die Sammelüberweisung eingestellt (Summe der Rechnungsbeträge ist Null) oder direkt im Fachverfahren der Krankenkasse gegeneinander verrechnet werden. Bei einem Fallstorno sind alle zum Fall gehörigen Rechnungen intern zu stornieren und ist für jede Rechnung entsprechend des vorgehenden Satzes zu verfahren. Erfolgt eine Gutschrift (Übermittlung oder Bearbeitung bei der Krankenkasse), nachdem die ursprüngliche Rechnung bereits bezahlt worden ist, wird die Rechnungsgutschrift (Rechnungsart 04) direkt in die Sammelüberweisung übernommen. Bei einem Fallstorno ist in diesem Falle für jede zu dem stornierten Fall gehörende Rechnung intern im Krankenkassenfachverfahren eine Gutschrift zu erzeugen.

Die Verwendung von Zahlungssätzen hat keine Auswirkung auf die Verfahrensabläufe zur Erstellung der Sammelüberweisung. Ein Rechnungstorno durch das Krankenhaus hat lediglich die Gutschrift des zur Zahlung angewiesenen Rechnungsbetrages zu dieser Rechnung zur Folge. Wird ein Zahlungssatz vor Zahlung durch die Krankenkasse geändert, kann der geänderte Zahlungssatz (der zur Zahlung angewiesene Rechnungsbetrag) den zuvor erstellten Zahlungsbetrag ersetzen. Die Änderung eines Zahlungssatzes nach bereits erfolgter Zahlung durch die Krankenkasse führt zur Einstellung des geänderten Zahlungssatzes sowie der Gutschrift (Rechnungsart 04) des ursprünglichen Zahlungssatzes in die Sammelüberweisung.

Eine Zuzahlungsgutschrift wird mit Rechnungsart 80 in die Sammelüberweisung eingestellt, die Rückforderung einer Zuzahlungsgutschrift mit Rechnungsart 90.

Zur Identifikation der Zahlungsanweisung vergibt die Krankenkasse eine Sammelbelegnummer.

Die Verwendung dieses Nachrichtentyps erfolgt in bilateraler Absprache.

Die Verpflichtung der Krankenkasse zur Übermittlung eines Zahlungssatzes bei vom Rechnungsbetrag abweichendem Zahlungsbetrag bleibt von der Übermittlung einer Sammelüberweisung unberührt. Bei Verwendung des REL-Segmentes erfüllt die Sammelüberweisung die Voraussetzungen zur Übermittlung eines etwaigen Leistungs- und Erstattungsanspruchs gemäß § 11 Abs. 4 Satz 2 Prüfverfahrensvereinbarung bzw. der Darstellung einer Aufrechnung allgemein.

Aufrechnungserklärung durch Sammelüberweisung:

In den Fällen, in denen sich für eine durch die Krankenkasse bereits gezahlte Rechnung ein Erstattungsanspruch ergibt, kann die Krankenkasse diesen Erstattungsanspruch (Minderungsbetrag) gegen offene Forderungen des Krankenhauses aufrechnen. Hierzu kann die Segmentgruppe SG4 RED-REL in der Nachricht `Sammelüberweisung` genutzt werden. Andere Fallkonstellationen (Verrechnungen) bleiben von dieser Regelung unberührt. Ausgangspunkt einer Aufrechnungserklärung ist ein Zahlungssatz nach bereits

erfolgter Zahlung durch die Krankenkasse (mit Minderung des Zahlungsbetrages gegenüber der vorherigen Zahlung). In der Nachricht Sammelüberweisung wird der vorherige Zahlungssatz als Gutschrift (Rechnungsart 04) eingestellt. Auf Basis des neuen (geänderten) Zahlungssatzes wird ein weiteres Segment RED mit der ursprünglichen Rechnungsart und dem geminderten Betrag in die jeweilige Nachricht Sammelüberweisung eingestellt.

Die Aufrechnungserklärung ist nicht auf Fälle beschränkt, die gemäß der Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1 c SGB V (PrüfV) geprüft wurden und kann z. B. auch Fälle des Nachrichtentyps „AMBO (Rechnungssatz Ambulante Operation)“ enthalten, die nicht den Regelungen der PrüfV unterliegen.

Für die Umsetzung der Aufrechnungserklärung durch die Krankenkasse wird ein neues KANN-Segment – REL- eingeführt. Die Anwendung durch die Krankenkasse ist freiwillig, jedoch im Rahmen des Datenaustausches die Voraussetzung für die Erfüllung der Anforderungen gemäß § 11 Abs. 4 Satz 2 Prüfverfahrensvereinbarung. Die bisherige Struktur des Nachrichtentyps Sammelüberweisung bleibt bei Verzicht auf die Nutzung des REL-Segmentes unberührt.

Anwendung des Segmentes „Leistungsanspruch zur Aufrechnung“:

Das REL-Segment bildet mit dem RED-Segment eine Segmentgruppe (SG 4 RED-REL). Je RED-Segment (bis zu 99.999x) können bis zu 999x REL-Segmente übermittelt werden.

Wird das Segment REL zur Angabe von Informationen zu Leistungs- und Erstattungsansprüchen verwendet, ist wie folgt vorzugehen: Zur Aufrechnung können nur Leistungsansprüche herangezogen werden, die innerhalb dieser Nachricht `Sammelüberweisung` bereits in RED-Segmenten ausgewiesen wurden. Die ursprüngliche Zahlung an das Krankenhaus wird in der Nachricht `Sammelüberweisung` in einer Segmentgruppe SG 4 im Segment RED mit Rechnungsart `04` (Gutschrift/Storno) ausgewiesen und damit in Bezug auf den in UWD enthaltenen Rechnungsbetrag zunächst in voller Höhe „ausgeglichen“ („storniert“). Diese Segmentgruppe wird mit REL-Segmenten ergänzt, welche weitere Informationen (u. a. Rechnungsnummer, -datum, Zahlungsbetrag, zur Aufrechnung verwendeter Betrag) zu den für die Aufrechnung herangezogenen Leistungsansprüchen enthalten. Das Feld `Betrag zur Zahlung angewiesen` im Segment REL enthält dabei jeweils den Zahlungsbetrag des in diesem REL-Segment genannten Leistungsanspruchs. Im Feld `Davon verwendeter Betrag für Aufrechnung` ist der von diesem Zahlungsbetrag zur Aufrechnung verwendete (ggf. anteilige) Betrag auszuweisen. Der Erstattungsanspruch ergibt sich aus der Summe aller in den REL-Segmenten dieser Segmentgruppe enthaltenen Felder `Davon verwendeter Betrag für Aufrechnung`. Er wird dabei in voller Höhe in einer Segmentgruppe SG 4 abgebildet und entspricht der Differenz zwischen dem als Gutschrift (Rechnungsart 04) des vorherigen Zahlungssatzes eingestellten RED-Segment und des auf Basis des neuen (geänderten) Zahlungssatzes weiteren Segmentes RED mit der ursprünglichen Rechnungsart und dem geminderten Betrag. Somit wird in Bezug auf UWD der von der Krankenkasse überzahlte Betrag ausgeglichen. Hierzu werden solange weitere Leistungsansprüche in REL-Segmenten angefügt, bis der Erstattungsanspruch vollständig beglichen ist. Abschließend ist der geminderte Zahlungssatz in einem weiteren RED-Segment in die `Sammelüberweisung` einzustellen. Das Feld „Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen“ enthält hierbei die Differenz aus dem ursprünglichen Zahlungsbetrag und dem Erstattungsanspruch. Der aus einem RED-Segment für ein REL-Segment herangezogene Leistungsanspruch kann auch auf mehrere REL-Segmente aufgeteilt werden, bis der zur Zahlung angewiesene Betrag aus RED in voller Höhe zur Aufrechnung ausgeglichen ist. Eine Aufrechnung mit

Zahlungen in anderen Sammelüberweisungen erfolgt nicht. Die Sammelüberweisung kann Rechnungen verschiedener Fortschreibungsversionen enthalten.

Technische Beispiele (Ausschnitt aus Sammelüberweisung):

Beispiel 1:

Das Krankenhaus hat eine Rechnung mit Rechnungsnummer A in Höhe von 1500,00 Euro an die Krankenkasse übermittelt. Nachdem die Krankenkasse hierzu bereits eine Zahlung geleistet hat, ergibt sich ein Erstattungsanspruch von 900,00 Euro. In der Nachricht `Sammelüberweisung` wird die ursprüngliche Zahlung an das Krankenhaus in einem RED-Segment mit Rechnungsart `04` zunächst „storniert“. Dieses RED-Segment wird in einer Segmentgruppe SG 4 um REL-Segmente ergänzt. Diese enthalten Informationen zu den für die Aufrechnung herangezogenen Leistungsansprüchen (Rechnungen F und G). In einem weiteren RED-Segment wird ein nun geminderter Zahlungssatz für Rechnung A ausgewiesen. Der zur Zahlung angewiesene Rechnungsbetrag entspricht dabei der Differenz zwischen ursprünglichem Zahlungsbetrag und dem Erstattungsanspruch. Dieser wiederum ergibt sich als Summe der Felder `Davon für Aufrechnung verwendeter Betrag` der REL-Segmente zu Rechnungen F und G). (Die Krankenkasse korrigiert nun die Rechnung Nummer A, hierfür wird ein Zahlungssatz mit Rechnungsnummer A in Höhe von 600,00 Euro an das Krankenhaus übermittelt. Die Sammelüberweisung enthält neben den Rechnungen B bis E und H bis M auch die Rechnungen F bis G.

Sammelüberweisung

Segment	Inhalt	Inhalt
...		
RED	Segment Rechnungsdaten	RED
	Rechnungsnummer	A
	Rechnungsdatum	20170402
	Rechnungsbetrag	1500,00
	Rechnungsart	04
	Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen	1500,00
	KH-internes Kennzeichen des Versicherten	XXXX
REL	Segment Leistungsanspruch zu Aufrechnung	REL
	Rechnungsnummer	F
	Rechnungsbetrag	400,00
	Rechnungsart	02
	Rechnungsbetrag zur Zahlung angewiesen	350,00
	Davon verwendeter Betrag für Aufrechnung	350,00
	KH-internes Kennzeichen des Versicherten	YYYY
REL	Segment Leistungsanspruch zu Aufrechnung	REL
	Rechnungsnummer	G
	Rechnungsbetrag	600,00
	Rechnungsart	02
	Rechnungsbetrag zur Zahlung angewiesen	600,00
	Davon verwendeter Betrag für Aufrechnung	550,00
	KH-internes Kennzeichen des Versicherten	ZZZZ
RED	Segment Rechnungsdaten	RED

Segment	Inhalt	Inhalt
	Rechnungsnummer	B
...		
RED	Segment Rechnungsdaten	RED
	Rechnungsnummer	E
RED	Segment Rechnungsdaten	RED
	Rechnungsnummer	F
	Rechnungsbetrag	400,00
	Rechnungsart	02
	Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen	350,00
	KH-internes Kennzeichen des Versicherten	YYYY
RED	Segment Rechnungsdaten	RED
	Rechnungsnummer	G
	Rechnungsbetrag	600,00
	Rechnungsart	02
	Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen	600,00
	KH-internes Kennzeichen des Versicherten	ZZZZ
RED	Segment Rechnungsdaten	RED
	Rechnungsnummer	H
...		
RED	Segment Rechnungsdaten	RED
	Rechnungsnummer	M
RED	Segment Rechnungsdaten	RED
	Rechnungsnummer	A
	Rechnungsbetrag	1500,00
	Rechnungsart	02
	Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen	600,00
	KH-internes Kennzeichen des Versicherten	XXXX
UWD	Segment Überweisungsdaten	'UWD'
...		

Beispiel 2 (eine Aufrechnungssituation liegt nicht vor):

Das Krankenhaus hat eine Rechnung mit Rechnungsnummer A in Höhe von 1500,00 Euro übermittelt. Nach Zahlung durch die Krankenkasse ergibt sich ein Erstattungsanspruch oder sonstiger Korrekturgrund. Das Krankenhaus korrigiert nun die Rechnung Nummer A, indem diese storniert/gutgeschrieben und eine neue Rechnung N in Höhe von 300,00 Euro gestellt wird. Die Sammelüberweisung enthält neben den Rechnungen B bis E und H bis M auch die Rechnungen F bis G.

Segment	Inhalt	Inhalt
...		
RED	Segment Rechnungsdaten	RED
	Rechnungsnummer	A
	Rechnungsdatum	20170402
	Rechnungsbetrag	1500,00
	Rechnungsart	04
	Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen	1500,00

Segment	Inhalt	Inhalt
	KH–internes Kennzeichen des Versicherten	XXXX
RED	Segment Rechnungsdaten	RED
	Rechnungsnummer	B
...		
RED	Segment Rechnungsdaten	RED
	Rechnungsnummer	E
RED	Segment Rechnungsdaten	RED
	Rechnungsnummer	F
	Rechnungsbetrag	400,00
	Rechnungsart	01
	Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen	400,00
	KH–internes Kennzeichen des Versicherten	YYYY
RED	Segment Rechnungsdaten	RED
	Rechnungsnummer	G
	Rechnungsbetrag	600,00
	Rechnungsart	01
	Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen	600,00
	KH–internes Kennzeichen des Versicherten	ZZZZ
RED	Segment Rechnungsdaten	RED
	Rechnungsnummer	H
...		
RED	Segment Rechnungsdaten	RED
	Rechnungsnummer	M
RED	Segment Rechnungsdaten	RED
	Rechnungsnummer	N
	Rechnungsbetrag	300,00
	Rechnungsart	02
	Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen	300,00
	KH–internes Kennzeichen des Versicherten	XXXX
UWD	Segment Überweisungsdaten	'UWD'
...		

Es gibt in diesem Beispiel keine Änderung bei der Anwendung der Sammelüberweisung gegenüber dem bisherigen Verfahren.

Technische Beispiele (vollständige Sammelüberweisung):

Beispiel 3:

Das Krankenhaus hat eine Rechnung mit Rechnungsdatum 12.08.2019 und Rechnungsnummer 41202841 in Höhe von 3329,81 Euro an die Krankenkasse übermittelt. Nachdem die Krankenkasse hierzu bereits eine vollständige Zahlung geleistet hat, ergibt sich ein Erstattungsanspruch von 1052,45 Euro. In einer weiteren Rechnung stellt das Krankenhaus mit Datum vom 25.08.2019 den Betrag von 2667,91 Euro in Rechnung (Rechnungsnummer 41202837). Dieser Betrag wird in voller Höhe akzeptiert und anteilig zur Aufrechnung herangezogen.

In der Nachricht `Sammelüberweisung` wird die ursprüngliche Zahlung an das Krankenhaus in Höhe von 3329,81 Euro in einem RED-Segment mit Rechnungsart `04` zunächst „storniert“. Dieses RED-Segment wird in einer Segmentgruppe SG 4 um ein REL-Segment ergänzt, welches den zur Aufrechnung herangezogenen Leistungsanspruch (Rechnung 41202837) für Zwecke der PrüfvV ausweist. Für die im Segment UWD enthaltenen Informationen hat dieses Segment keine Relevanz.

In einem weiteren RED-Segment wird ein nun geminderter Zahlungssatz für Rechnung 41202841 vom 12.08.2018 ausgewiesen, abzüglich des Erstattungsanspruchs werden noch 2277,36 Euro für das Segment UWD berücksichtigt. Der zur Zahlung angewiesene Rechnungsbetrag entspricht dabei der Differenz zwischen ursprünglichem Zahlungsbetrag und dem Erstattungsanspruch. Die Nachricht Sammelüberweisung enthält noch ein weiteres Segment RED (Rechnungsnummer 01072367, Rechnungsdatum 23.08.2019), welches ebenfalls in UWD berücksichtigt wird.

Sammelüberweisung

UNH+00001+SAMU:16:000:00'

FKT+10+01+260500005+100500016'

CUX+EUR'

RED+41202837+20190825+2667,91++52+2667,91+1927079'

RED+41202841+20190812+3329,81++04+3329,81+1927172'

REL+41202837+2667,91+52+2667,91+1052,45+1927079'

RED+41202841+20190812+3329,81++52+2277,36+1927172'

RED+01072367+20190823+2682,26++52+2682,26+11800937'

UWD+5350,17+4297,72++11120'

UNT+10+00001'

UNZ+1+00210'

1.3.4 Zahlungssatz

Mit dem Zahlungssatz teilt die Krankenkasse dem Krankenhaus mit, ob der in Rechnung gestellte Abrechnungsbetrag zur Zahlung angewiesen ist, ob noch eine Prüfung erfolgt, oder aus welchem Grund die Rechnung abgelehnt wird (Schlüssel 10). Der Zahlungssatz **muss** übermittelt werden, wenn der Zahlungsbetrag vom Rechnungsbetrag abweicht (2. Stelle Schlüssel 10 = '5'), eine Rechnung in Papierform angefordert wird (Schlüssel 10 = '07') oder im Fall einer Ablehnung (Schlüssel 10 = '04' oder '06'). Ansonsten kann er vom Krankenhaus im Rechnungssatz angefordert werden (Schlüssel 11, 1. Stelle = '5'). Zur Verwendung im Zuzahlungseinzugsverfahren siehe Abschnitt 1.4.8.

Stellt eine Krankenkasse bei der Rechnungsprüfung im Rahmen der Gesetzeslage, des Landesvertrages und der aktuellen Rechtsprechung Fehler in der Rechnungslegung fest, kann sie von einem Fehlerverfahren absehen und mit der 2. Stelle im Prüfungsvermerk gleich '5' den vom Rechnungsbetrag abweichenden Zahlungsbetrag übermitteln. Wird die Rechnung prinzipiell anerkannt und erfolgt eine Kürzung des Rechnungsbetrages auf Grund eines Abschlages, so übermitteln die Krankenkasse ebenfalls mit der 2. Stelle im Prüfungsvermerk gleich '5' den vom Rechnungsbetrag abweichenden Zahlungsbetrag. In diesen Fällen übermitteln die Krankenkasse alle Entgeltsegmente mit den Dateninhalten, die dem zur Zahlung angewiesenen Betrag zugrundeliegen, sofern dieser ungleich Null ist.

1.3.5 Zahlungssatz Ambulante Operation

Mit dem Zahlungssatz teilt die Krankenkasse dem Krankenhaus mit, ob der in Rechnung gestellte Abrechnungsbetrag für eine ambulante Operation nach § 115b SGB V (Verarbeitungskennzeichen „10“), eine ambulante Behandlung nach § 116b Abs. 2 SGB V (Verarbeitungskennzeichen „16“) ambulante Behandlungen nach den §§ 117, 118 und 119 SGB V (Verarbeitungskennzeichen „17“, „18“, „19“ oder „07“), ambulante Behandlungen im Rahmen von Verträgen nach § 140a SGB V (Verarbeitungskennzeichen „05“) oder die Abrechnung einer Pauschale nach § 120 Abs. 1a SGB V (Verarbeitungskennzeichen „06“) zur Zahlung angewiesen ist, ob noch eine Prüfung erfolgt, oder aus welchem Grund die Rechnung abgelehnt wird. Der Zahlungssatz **muss** übermittelt werden, wenn der Zahlungsbetrag vom Rechnungsbetrag abweicht (Schlüssel 10 = '05'), eine Rechnung in Papierform angefordert wird (Schlüssel 10 = '07') oder im Fall einer Ablehnung (Schlüssel 10 = '04' oder '06'). Ansonsten kann er vom Krankenhaus im Rechnungssatz angefordert werden (Schlüssel 11, 1. Stelle = '5').

Bei einem vom Rechnungsbetrag abweichenden Zahlungsbetrag übermittelt die Krankenkasse alle Entgeltsegmente mit den Dateninhalten, die dem zur Zahlung angewiesenen Betrag zugrunde liegen, sofern dieser ungleich Null ist.

1.3.6 Fehlerbehandlung

Nachrichten des Krankenhauses, die beim Empfänger als fehlerhaft erkannt werden, sind dem Absender entsprechend der in Anlage 4, Abschnitt 6 beschriebenen Vorgehensweise mitzuteilen.

1.3.7 Krankenkasseninformation

Die Krankenkasseninformation dient der Krankenkasse zur Übermittlung der Informationen gemäß § 12 Abs. 1 und Abs. 3 Satz 2 der Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275c Abs. 1 SGB V (Prüfverfahrenvereinbarung – PrüfvV) und über das einzelfallbezogene Erörterungsverfahren nach § 17c Abs. 2b Satz 1 KHG an das Krankenhaus.

1.3.7.1 Grundsätze

Die Krankenkasse nutzt für die Übermittlung der Informationen gemäß PrüfvV den für den Nachrichtentyp KAIN vorgesehenen Schlüssel 30 im Segment PVV.

Hierzu wird eine Segmentgruppe, bestehend aus den Segmenten PVV und PVT verwendet (SG2). Das Segment PVV ist hierbei immer zu übermitteln. Das Segment PVT ist zu übermitteln, wenn zu dem entsprechenden PVV Segment eine Textinformation erforderlich ist. Für jedes PVV-Segment können durch Wiederholungen von bis zu 25 PVT-Segmenten Textinformationen angegeben werden. Bei der Übermittlung von Freitexten sind datenschutzrechtliche Vorgaben zu beachten.

Als Verarbeitungskennzeichen sind `75` (Information gemäß PrüfvV) oder `76` (Storno einer Information gemäß PrüfvV) zu verwenden. Die „laufende Nummer des Geschäftsvorfalles“ ist für die einzelnen Übermittlungsanlässe hochzuzählen. Durch bis zu 10malige Wiederholung des Segmentes `PVV` sind Mehrfachangaben in dem Nachrichtentyp möglich. Die Fallidentifikation erfolgt über das IK des Krankenhauses und das KH-interne Kennzeichen des Versicherten. Die Rechnungsidentifikation erfolgt über

die gültige Rechnungsnummer der Abrechnung (Schlussrechnung). Im Fall einer Rechnungskorrektur durch das Krankenhaus im Vorverfahren ersetzt diese die ursprüngliche Rechnung im laufenden Verfahren. Im weiteren Verlauf ist die dann gültige Rechnungsnummer/Rechnungsdatum zu verwenden.

Die irrtümliche Übermittlung einer Information kann über das Verarbeitungskennzeichen „76“ storniert werden. Dies ist für technische Fehler vorgesehen.

1.3.7.2 Einleitung des Prüfverfahrens

Erkennt die Krankenkasse bei der Prüfung der Abrechnungsdaten Auffälligkeiten, die es erforderlich machen, eine Prüfung gemäß PrüfvV einzuleiten, hat sie dem Krankenhaus den sich aus den Auffälligkeiten ergebenden Prüfgegenstand innerhalb der in der PrüfvV festgelegten Fristen durch Übermittlung einer Nachricht KAIN in dem Segment PVT so konkret wie möglich mitzuteilen.

Hierzu hat sie mindestens aber beispielsweise den Prüfgegenstand wie folgt zu benennen. Im Datenfeld „Information“ informiert die Krankenkasse über den sich aus den Auffälligkeiten ergebenden Prüfgegenstand anhand folgender möglicher Ausprägungen des Schlüssels 30 (Information PrüfvV) gemäß § 4 PrüfvV:

- „PF000“ (primäre Fehlbelegung),
- „SF000“ (sekundäre Fehlbelegung),
- „KP000“ (Kodierprüfung)
- „FV000“ (Fragen zur Voraussetzung bestimmter Maßnahmen)
- „KL000“ (Klartext bei Nennung anderer/weiterer Prüfgegenstände)

Wird „KP000“ angegeben, muss das Segment PVT die beanstandete Haupt- und/oder Nebendiagnose und/oder Prozedur unter Nennung der beanstandeten OPS-Ziffer beinhalten, ggf. Erläuterungen. Sind keine weiteren Erläuterungen notwendig, wird „Kodierprüfung“ angegeben.

Wird „FV000“ angegeben, muss das Segment PVT die Fragen beinhalten, ggf. Erläuterungen. Wird „KL000“ angegeben, muss das Segment PVT andere oder weitere Prüfgegenstände beinhalten.

Die Prüfgegenstände sind nicht abschließend, Mehrfachnennungen sind durch Wiederholung der jeweiligen Segmente möglich.

1.3.7.3 Durchführung eines Falldialogs

Nach Einleitung des Prüfverfahrens durch die Krankenkasse können sich Krankenkasse und Krankenhaus über die Durchführung eines Falldialoges gemäß § 5 Abs. 1 PrüfvV verständigen. Mehrfachnennungen sind durch Wiederholung des Segmentes `PVV` innerhalb einer Nachricht möglich (z. B. mit gleichzeitiger Aufforderung zum Falldialog und Aufforderung zur Verlängerung).

Die Aufforderung zum Falldialog kann sowohl durch die Krankenkasse, als auch durch das Krankenhaus jederzeit innerhalb der festgelegten Fristen der PrüfvV erfolgen. Diese Aufforderung ist innerhalb der Frist durch eine Annahme oder eine Ablehnung zu beantworten. Erfolgt keine Reaktion innerhalb der vorgesehenen Fristen, ist dies als Ablehnung zu werten. Ebenso ist mit einer Aufforderung zur Verlängerung

des Falldialoges zu verfahren. Der Falldialog kann jederzeit durch jede Seite beendet werden (Schlüssel 30 = `FDK20`).

Für den Falldialog stehen im Datenfeld „Information“ folgende Ausprägungen des Schlüssels 30 zur Verfügung:

- „FDK01“ (Aufforderung zum Falldialog),
- „FDK02“ (Annahme der Aufforderung zum Falldialog),
- „FDK03“ (Ablehnung eines Falldialogs),
- „FDK11“ Aufforderung zur Verlängerung des Falldialogs),
- „FDK12“ (Annahme der Aufforderung zur Verlängerung des Falldialogs),
- „FDK13“ Ablehnung der Verlängerung des Falldialogs) und
- „FDK20“ (Einseitige Erklärung über die Beendigung des Falldialogs).

Eine „zeitgleiche“, sich überschneidende Übermittlung einer Aufforderung gilt bei dem jeweils Anfordernden als Annahme, die gesonderte Übermittlung einer Annahmenschreiben entfällt in diesem Fall.

1.3.7.4 Durchführung der Prüfung

Mit der Schlüsselausprägung `MDK30` informiert die Krankenkasse das Krankenhaus darüber, dass gemäß § 7 Abs. 2 Satz 10 PrüfV keine Unterlagen fristgemäß übermittelt worden sind und die Krankenhausabrechnung damit als erörtert gilt.

Die Benennung der Unterlagen entsprechen ab dem 01.07.2022 der in Anhang 1 der technischen Anlage zur elektronischen Vorgangsübermittlungsvereinbarung (eVV) aufgeführten Dokumenttypen.

1.3.7.5 Entscheidung der Krankenkasse nach MD-Gutachten

Die Krankenkasse hat gem. § 8 PrüfV dem Krankenhaus ihre abschließende Entscheidung zur Wirtschaftlichkeit der Leistung oder zur Korrektheit der Abrechnung mit den Schlüsseln `MDK01` und `MDK02` mitzuteilen. Entscheidet die Krankenkasse, dass nach MDK-Begutachtung die Abrechnung des Krankenhauses nicht zu beanstanden ist, teilt sie dies dem Krankenhaus mit, wobei die „Information“ den Inhalt „MDK01“ (Leistungsrechtliche Entscheidung hat keine Beanstandung der Abrechnung als Ergebnis (nur KAIN) hat.

Wenn gem. § 8 Satz 2 PrüfV die Leistung aus Sicht der Krankenkasse nicht in vollem Umfang wirtschaftlich oder die Abrechnung nicht korrekt war, teilt sie dies dem Krankenhaus mit, wobei die „Information“ den Inhalt „MDK02“ (Leistungsrechtliche Entscheidung hat Beanstandung der Abrechnung als Ergebnis (nur KAIN) hat. Die wesentlichen Gründe sind im Segment PVT mitzuteilen.

Die Krankenkasse teilt dem Krankenhaus das Datum der leistungsrechtlichen Entscheidung mit dem Schlüssel `MDK20` mit. Das zugehörige PVT Segment enthält dann nur dieses Datum im Format JJJJMMTT. Diese Mitteilung kann in einer Nachricht zusammen mit z.B. der leistungsrechtlichen Entscheidung (MDK02) übermittelt werden.

Mit „BEK20“ informiert die Krankenkasse das Krankenhaus darüber, dass im Vorverfahren ein Falldialog durchgeführt wurde, jedoch keine Einigung erzielt wurde, eine Prüfanzeige aber nicht mehr möglich ist, weil die maximal zulässige Prüfquote bereits erreicht ist.

1.3.7.6 Erörterungsverfahren gemäß § 9 PrüfvV

Sofern die Krankenkasse sich der vorgetragenen Begründung des Krankenhauses gemäß § 9 Abs. 3 PrüfvV anschließt, teilt sie dies dem Krankenhaus mit den Schlüsseln `EKK01` (ohne eingeleitetem EV des Krankenhauses) oder `EKK02` (KH hat das EV bereits eingeleitet) mit. Schließt sich die Krankenkasse der vorgetragenen Begründung des Krankenhauses nicht an, nutzt Sie dafür die Ausprägungen `EKK03` (mit eingeleitetem EV des Krankenhauses) oder `EKK04` (ohne eingeleitetem EV des Krankenhauses).

Die Krankenkasse teilt mit dem Schlüssel `MDK31` dem Krankenhaus die gemäß § 7 Absatz 2 Satz 11 PrüfvV vom MD konkret benannten angeforderten Unterlagen mit, die nicht fristgemäß vorgelegt wurden und im Erörterungsverfahren nicht mehr vorgelegt werden können. In den entsprechenden PVT Segmenten sind genau die vom MD angeforderten Unterlagen aufzuführen.

Für die einvernehmliche Verlängerung des EV sind die Schlüssel `EKK30` bis `EKK32` zu nutzen. Mit den Schlüsseln `EKK33` bis `EKK35` kann die Krankenkasse zu einem mündlichen Erörterungsverfahren einladen, es annehmen oder ablehnen. Die Dauer der Verlängerung soll als Datumsangabe im PVT Segment genannt werden.

Die Krankenkasse informiert in den Fällen, in denen das Krankenhaus die Entscheidung der Krankenkasse gemäß § 9 Abs. 2 PrüfvV nicht fristgemäß bestritten hat (`EKK10`), darüber, dass die Krankenhausabrechnung als erörtert gilt und aufgerechnet wird. In dem PVT Segment sind der Leistungs- und Erstattungsanspruch genau benannt.

Ausnahmsweise ist gemäß § 9 Abs. 7 PrüfvV eine nicht fristgemäße Geltendmachung von Einwendungen oder Tatsachenvortrag sowie die nicht fristgemäße Vorlage von Unterlagen zugelassen, dafür nutzt die Krankenkasse den Schlüssel `EKK41` und erläutert in den PVT Segmenten diese Ausnahmesituation. Eine Ablehnung dieses Ausnahmetatbestandes erfolgt über die Schlüssel `EKK42`. Eine Annahme dieses Ausnahmetatbestandes erfolgt über den Schlüssel `EKK43`.

Das Erörterungsverfahren kann gemäß § 9 Absätze 8 und 10 PrüfvV neben dem Fall einer Einigung (`EKK50`) jederzeit im Einvernehmen mit dem Krankenhaus (`EKK51`) beendet werden. Ein Erörterungsverfahren wird einvernehmlich beendet, wenn das Krankenhaus die Schlüsselausprägung `EKH51` und die Krankenkasse die Schlüsselausprägung `EKK51` zugesandt hat. `EKK51` ist nicht in den Fällen der Übermittlung von `EKK02` bzw. `EKK50` zu verwenden. Verweigert das Krankenhaus aus Sicht der Krankenkasse die Erörterung oder wirkt nicht mit, informiert die Krankenkasse das Krankenhaus mit dem Schlüssel `EKK60`. Mit dem Schlüssel `EKK61` wird das Krankenhaus darüber informiert, dass aus Sicht der Krankenkasse keine Einigung erzielt wurde und das Erörterungsverfahren gemäß § 9 Abs. 12 PrüfvV beendet ist.

1.3.8 Krankenkassenantwort (KANT)

Die Krankenkassenantwort (KANT) können Krankenkassen verwenden, um z. B. auf den Unterstützungsbedarf des Krankenhauses zu antworten.

1.3.8.1 Grundsätze

Zur Übermittlung wird eine Segmentgruppe, bestehend aus den Segmenten IFA und IFT verwendet (SG3). Das Segment IFA ist hierbei immer zu übermitteln. Das Segment IFT ist zu übermitteln, wenn zu dem entsprechenden IFA Segment eine Textinformation erforderlich ist. Für jedes IFA-Segment können durch Wiederholungen von bis zu 99 IFT-Segmenten Textinformationen angegeben werden. Dabei sind mehrere Informationen in einer Nachricht durch Wiederholung der Segmentgruppe 3 möglich. Zunächst ist nur die Übermittlung von Kontaktdaten vorgesehen. Bei der Übermittlung von Freitexten sind datenschutzrechtliche Vorgaben zu beachten.

Die „laufende Nummer des Geschäftsvorfalles“ ist für die einzelnen Übermittlungsanlässe hochzuzählen. Durch bis zu 25malige Wiederholung des Segmentes `IFA` sind Mehrfachangaben in dem Nachrichtentyp möglich. Als Datum der Erklärung ist das Datum der Einwilligungserklärung bzw. des Widerrufs anzugeben auf die sich die Nachricht bezieht.

1.3.8.2 Kontaktdaten

Die Kontaktdaten der Krankenkassen können durch Angabe des Schlüssels `KONKK` übermittelt werden. Je Kontaktmöglichkeit muss ein Segment `IFT` übermittelt werden. Dieses enthält die Kontaktdaten der Krankenkasse des für das Entlassmanagement im konkreten Fall zuständigen Ansprechpartners.

1.4 Vorgaben für besondere Fallkonstellationen

1.4.1 Versorgung von Neugeborenen im G-DRG-System

Im Falle einer Geburt ist nach § 1 Abs. 5 KFPV 2004 / FPV ein eigener Fall für das Neugeborene zu bilden.

Wird eine im Fallpauschalen-Katalog vorgegebene Mindestverweildauer für die Fallpauschale (P60C) nicht erreicht, ist die Versorgung des Neugeborenen mit dem Entgelt für die Mutter abgegolten. In diesem Falle wird keine Rechnung für den Fall des Neugeborenen übermittelt.

1.4.1.1 Gesundes Neugeborenes

Für das nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftige Neugeborene ist ein Aufnahmesatz mit dem Aufnahmegrund ‚0601‘ („Geburt“) vom Krankenhaus an die Krankenkasse der Mutter zu übermitteln. Neugeborene gelten als nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftig, wenn die in der FPV definierten Vorgaben (§ 1 Abs. 5 FPV 2018) erfüllt sind. Dies gilt auch für die Mitaufnahme eines gesunden Neugeborenen (bis Vollendung des 28. Tags nach Geburt) bei Erkrankung der Mutter, wenn die Geburt nicht in diesem Krankenhaus stattgefunden hat. Im Datenfeld „Krankenversicherten-Nr.“ ist die Krankenversicherungsnummer der Mutter anzugeben. Als Aufnahmetag ist der Tag der Geburt und als Aufnahmegewicht das Geburtsgewicht als Mussfeld anzugeben. Ist der Vorname noch nicht bekannt, ist „Säugling m“ für männliche und „Säugling w“ für weibliche Säuglinge anzugeben. Bei vorliegender

Einweisung der Mutter ist der die Mutter einweisende Arzt auch in der Aufnahmeanzeige des Neugeborenen im Datenfeld "Arztnummer des einweisenden Arztes" anzugeben. Bei Notfallaufnahme der Mutter ist für das Neugeborene die "Veranlassende Stelle bei Notfallaufnahme" mit dem Eintrag "Entbindung" zu füllen. In jedem Falle ist der Aufnahmegrund ("0601") als Normalfall anzugeben.

Eine Kostenübernahmeerklärung wird für den Fall des Neugeborenen nicht übermittelt.

Der Fall des Neugeborenen wird unter der Krankenversicherungsnummer der Mutter mit einer eigenen Entlassungsanzeige abgeschlossen. Die Fallpauschale für das Neugeborene wird über eine eigene Rechnung für das Neugeborene unter der Krankenversicherungsnummer der Mutter in Rechnung gestellt. Die Entbindungsdaten (EBG-Segment) werden in der Entlassungsanzeige für den Krankenhausfall der Mutter übermittelt.

Tritt zwischen dem Aufnahmetag und dem Tag der Geburt für die Mutter ein Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers ein, wird bei der Abrechnung von Fallpauschalen der Fall der Mutter mit dem am Aufnahmetag zuständigen Kostenträger und der Fall des gesunden Neugeborenen mit dem hiernach am Tag der Geburt zuständigen Kostenträger abgewickelt.

Anmerkung: siehe Anmerkung in Kapitel 1.4.1.2.

1.4.1.2 Krankheitsbedingt behandlungsbedürftiges Neugeborenes

Der Aufnahmesatz für das krankheitsbedingt behandlungsbedürftige Neugeborene ist ohne Angabe einer Krankenversicherungsnummer und mit dem Aufnahmegrund ,01' ("Krankenhausbehandlung, vollstationär") an die für das Neugeborene zuständige Krankenkasse zu übermitteln.

Die Krankenversicherungsnummer des Neugeborenen wird dem Krankenhaus im Kostenübernahmesatz durch die dann zuständige Krankenkasse mitgeteilt.

Für die Mutter und das Neugeborene werden an die jeweils zuständige(n) Krankenkasse(n) jeweils getrennte Entlassungsanzeigen und Rechnungssätze übermittelt.

Anmerkung:

Der Aufnahmesatz für das Neugeborene ist abweichend von der generellen Übermittlungsfrist erst zu übermitteln, wenn feststeht, ob das Neugeborene krankheitsbedingt behandelt wurde.

Wird trotz dieser Ausnahmeregelung beim Aufnahmesatz für das Neugeborene irrtümlich eine falsche Konstellation für die Übermittlung zugrunde gelegt, darf eine anschließende Korrektur nicht durch eine Änderungsmeldung zu dem vorangegangenen Aufnahmesatz vorgenommen werden. In diesem Fall ist zunächst der Aufnahmesatz durch ein Fallstorno zu stornieren und die Versorgung oder Behandlung des Neugeborenen in Abhängigkeit von dem Ausgangsfehler wie folgt zu übermitteln:

Wurde irrtümlich für ein gesundes Neugeborenes gemeldet, ist die Behandlung des Neugeborenen als neuer Fall entsprechend Kapitel 1.4.1.2 zu übermitteln. Ist das Neugeborene bei der selben Krankenkasse wie die Mutter versichert, muss hierbei ein neues krankenhausesinternes Kennzeichen verwendet werden.

Wurde irrtümlich für ein krankheitsbedingt behandlungsbedürftiges Neugeborenes gemeldet, ist die Versorgung des Neugeborenen als Fall der Mutter entsprechend Kapitel 1.4.1.1 zu übermitteln. Ist das Neugeborene bei der selben Krankenkasse wie die Mutter versichert, muss hierbei ebenfalls ein neues krankenhausinternes Kennzeichen verwendet werden.

Um eine derartige Konsequenz (Neuvergabe des krankenhausinternen Kennzeichens!) zu vermeiden, muss das Krankenhaus durch geeignete, wirksame Kontrollen dafür Sorge tragen, dass ein Aufnahmesatz für ein Neugeborenes auf keinen Fall irrtümlich gemeldet wird.

1.4.2 Teilstationäre Leistungen

Jedes fallbezogene Entgelt nach § 6 KHEntgG wird nach § 8 Abs. 2 Nr. 1 KFPV 2004 / FPV als ein Krankenhausfall gezählt. Die Fallabwicklung erfolgt i.d.R. in der Abfolge der Nachrichtentypen Aufnahmesatz -> Kostenübernahmesatz -> Entlassungsanzeige -> Rechnungssatz. Diese Nachrichtenfolge wird auch für Tagesfälle eingehalten.

Die Regelungen zum Wechsel von teil- und vollstationärer Behandlung in Bezug auf den Fallabschluss (Entlassungsanzeige und Schlussrechnung) der ersten Behandlung und Neuaufnahme (Aufnahmesatz mit neuer Fallnummer und Kostenübernahmeerklärung) der nachfolgenden Behandlung gelten auch im Geltungsbereich des KHEntgG weiter. Als Entlassungsgrund für die erste Behandlungsart ist ‚229‘ (Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung) anzugeben.

Wird ein Patient innerhalb des Zeitraumes bis einschließlich drei Tage nach Überschreiten der abgerundeten mittleren Verweildauer einer Fallpauschale wieder zur teilstationären Behandlung aufgenommen oder findet ein Wechsel von einer vollstationären Versorgung in eine teilstationäre Versorgung statt, kann für den Zeitraum bis einschließlich drei Tage nach Überschreiten der abgerundeten mittleren Verweildauer einer zuvor abrechenbaren Fallpauschale ein tagesbezogenes teilstationäres Entgelt nach § 6 Abs. 1 KHEntgG nicht zusätzlich berechnet werden.

Für diesen teilstationären Patienten ist ein neuer Aufnahmesatz mit neuem krankenhausinternem Kennzeichen und Aufnahmegrund ‚0301‘ (‘Krankenhausbehandlung, teilstationär’) zu übermitteln. Die Anzahl der nicht berechenbaren Tage innerhalb des Zeitraumes bis einschließlich drei Tage nach Überschreiten der abgerundeten mittleren Verweildauer der zuvor berechneten DRG-Fallpauschale wird im ENT-Segment im Datenfeld "Entgeltanzahl" mit der Entgeltart "78999999" und dem Entgeltbetrag 0,00 EUR ausgewiesen. Das Datenfeld "Abrechnung von" enthält das Datum der ersten teilstationären Behandlung innerhalb des Zeitraumes bis einschließlich drei Tage nach Überschreiten der abgerundeten mittleren Verweildauer der vollstationären DRG-Fallpauschale. Das Datenfeld "Abrechnung bis" enthält das Datum, des dritten Tages nach Überschreiten der abgerundeten mittleren Verweildauer der vollstationären DRG-Fallpauschale. Das Datenfeld "Tage ohne Berechnung/Behandlung" dieses ENT-Segmentes enthält die Anzahl der Tage, an denen der Patient nicht in teilstationärer Behandlung war.

Die außerhalb des Zeitraumes bis einschließlich drei Tage nach Überschreiten der abgerundeten mittleren Verweildauer der zuvor berechneten vollstationären DRG-Fallpauschale erbrachten teilstationären Behandlungen werden in einem neuen ENT-Segment mit der zugehörigen Entgeltart abgerechnet. Wurden bei der Abrechnung der vollstationären Fallpauschale Abschläge nach § 1 Abs. 3 oder § 3 vorgenommen, sind zusätzlich zu obigen Entgelten für jeden teilstationären Behandlungstag tagesbezogene teilstationäre

Entgelte zu berechnen; höchstens jedoch bis zur Anzahl der vollstationären Abschlagstage. Das Datenfeld „Abrechnung bis“ im ENT-Segment für die Entgeltart „78999999“ (Abrechnungszeitraum vom Beginn der teilstationären Behandlung bis zum Ende des nicht abrechenbaren Zeitraumes) sowie das Datenfeld „Abrechnung von“ im ENT-Segment für das teilstationäre Entgelt (Abrechnungszeitraum ab dem Beginn des zusätzlich abrechenbaren Zeitraumes) sind entsprechend anzupassen.

Ausgenommen von dieser Regelung sind Leistungen der Onkologie, der Schmerztherapie, die HIV-Behandlung sowie für Dialysen.

Die teilstationären Prozeduren sind nicht bei der Gruppierung der zuvor abgerechneten Fallpauschale zu berücksichtigen.

1.4.3 Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen

Bei einer internen Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG sind diese unterschiedlichen Entgeltbereiche wie eigenständige Krankenhäuser zu behandeln und für den Entgeltbereich der DRG-Fallpauschalen die Abrechnungsbestimmungen nach § 3 KFPV/FPV anzuwenden (Abschläge bei Nichterreichen der mittleren Verweildauer, Rückverlegung). Um dieses zu gewährleisten ist eine Falltrennung vorzunehmen. Als Entlassungs-/Verlegungsgrund ist in der Entlassungsanzeige zur ersten Behandlung der Schlüssel ,179' (interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG) anzugeben. Für die nachfolgende Behandlung ist ein erneuter Aufnahmesatz mit neuem krankenhausinternen Kennzeichen zu übermitteln. Das Datenfeld "IK des veranlassenden Krankenhauses" ist mit dem eigenen IK des Krankenhauses zu füllen.

1.4.4 Rückverlegung oder Wiederaufnahme in den DRG-Fallpauschalenbereich

Wird ein Versicherter, für den Leistungen mit DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden, in einen Entgeltbereich nach der BpflV, ebenfalls bei Anwendung des Vergütungssystems nach § 17d KHG oder einen Entgeltbereich für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG verlegt oder extern verlegt und danach zurückverlegt oder nach Entlassung wieder aufgenommen, ist eine Aufnahmeanzeige mit neuem krankenhausinternen Kennzeichen als neuer Krankenhausfall an die Krankenkasse zu übermitteln. Die Krankenkasse übermittelt hierauf eine Kostenübernahmeerklärung.

Bei Rückverlegungen kann auf die Übermittlung eines neuen Aufnahmesatzes und die Vergabe eines neuen krankenhausinternen Kennzeichens verzichtet werden, wenn es absehbar ist, dass eine Neueinstufung vorzunehmen sein wird. Der erste Fall kann dann ggf. über ein Storno der Entlassungsanzeige fortgeführt werden.

Nach Beendigung des Falles durch Entlassung, externe Verlegung oder interne Verlegung in einen anderen Entgeltbereich ist zu prüfen, ob eine Neueinstufung gemäß § 2 oder § 3 Abs. 3 und 4 KFPV 2004 / FPV vorzunehmen ist.

Eine Neueinstufung mit Zusammenfassung der Falldaten ist unter folgenden Bedingungen durchzuführen:

1. Wiederaufnahme:
 - a) innerhalb der oberen Grenzverweildauer der DRG–Fallpauschale bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Aufnahmedatum des ersten Aufenthaltes, sofern die separate DRG–Einstufung der Wiederaufnahme auf dieselbe Basis–DRG führt und die Fallpauschalen dieser Basis–DRG im Fallpauschalen–Katalog nicht als Ausnahme von der Wiederaufnahme gekennzeichnet sind oder die Wiederaufnahme auf Grund einer Komplikation im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung erfolgt,
 - b) innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Aufnahmetag des ersten Aufenthaltes, sofern innerhalb der gleichen Hauptdiagnosengruppe (MDC) die zuvor abrechenbare Fallpauschale in die medizinische Partition oder die andere Partition und die anschließende Fallpauschale in die operative Partition einzugruppieren ist und keiner der Krankenhausaufenthalte zu einer Fallpauschale führt, die im Fallpauschalen–Katalog als Ausnahme von der Wiederaufnahme gekennzeichnet ist.
2. Rückverlegung in den Entgeltbereich der DRG–Fallpauschalen innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Entlassungsdatum des ersten Aufenthaltes nach externem Krankenhausaufenthalt oder internem Aufenthalt in einem Entgeltbereich nach der BpflV oder einem Entgeltbereich für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG, sofern nicht mehr als 24 Stunden zwischen der Rückverlegung und der Aufnahme vergangen sind, und die Neueinstufung auf eine DRG–Fallpauschale führt, die nicht zur MDC 15 (Neugeborene) gehört.

1.4.4.1 Keine Neueinstufung

Das Krankenhaus übermittelt nach Beendigung des Falles der Wiederaufnahme/Rückverlegung die Entlassungsanzeige und eine Schlussrechnung für den neuen Krankenhausfall an die Krankenkasse.

1.4.4.2 Neueinstufung

Erfolgt eine Neueinstufung auf der Grundlage der zusammengefassten Falldaten, ist für den Wiederaufnahme–/Rückverlegungsfall ein Fallstorno mit Verarbeitungskennzeichen "30" durchzuführen und der gesamte zusammengefasste Fall über das krankenhauserne interne Kennzeichen des ersten Aufenthaltes abzuwickeln.

Ist für den ersten Aufenthalt bereits eine Schlussrechnung übermittelt worden, ist die Schlussrechnung mit Verarbeitungskennzeichen ,10' (Normalfall) und Rechnungsart ,04' (Gutschrift / Stornierung) zu stornieren.

Bei befristeter Kostenübernahme für den ersten Aufenthalt ist ggf. eine Verlängerungsanzeige zu übermitteln. Falls für den ersten Aufenthalt bereits eine Entlassungsanzeige übermittelt worden ist, ist hierzu zunächst die Entlassungsanzeige mit Verarbeitungskennzeichen ,41' (Storno einer Entlassungsanzeige wegen Rückverlegung oder Wiederaufnahme) zu stornieren, um den Fallbezug zur ersten Aufnahme für die gesamte Falldokumentation herstellen zu können. Mit den zusammengefassten Falldaten ist für den mit der ersten Aufnahme gemeldeten Fall eine erneute Entlassungsanzeige zu übermitteln.

Bei unbefristeter Kostenübernahme für den ersten Aufenthalt kann eine bereits übermittelte Entlassungsanzeige des ersten Aufenthaltes mit den zusammengefassten Falldaten als Korrekturmeldung mit Verarbeitungskennzeichen "20" (Änderung) übermittelt werden.

Die Entlassungsanzeige ist mit den zusammengeführten Falldaten der Aufenthalte zu übermitteln. Hierbei ist für die Entlassung/Verlegung am Ende des ersten Aufenthaltes bzw. der vorangegangenen Aufenthalte im Datenfeld "Entlassungs-/Verlegungsgrund" anzugeben:

- bei Rückverlegungen der Schlüssel ,169' (externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung) und
- bei Wiederaufnahmen der Schlüssel ,21x' (Entlassung mit nachfolgender Wiederaufnahme)

Der externe Aufenthalt ist wie folgt zu dokumentieren:

- bei Rückverlegung durch ein ETL-Segment für die Pseudo-Fachabteilung ,0001' (Pseudo-Fachabteilung für den Aufenthalt bei Rückverlegung) mit Entlassungs-/Verlegungsgrund ,189' (Rückverlegung) oder
- bei Wiederaufnahme durch ein ETL-Segment für die Pseudo-Fachabteilung ,0002' (Pseudo-Fachabteilung für den externen Aufenthalt bei Wiederaufnahme) mit Entlassungs-/Verlegungsgrund ,199' (Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung) oder ,209' (Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation).

Als Tag der Entlassung/Verlegung und Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit sind Tag und Uhrzeit der Rückverlegungs-/Wiederaufnahme anzugeben. Als Hauptdiagnose ist die Hauptdiagnose aus der vorangegangenen internen Fachabteilung (mit Entlassungs-/Verlegungsgrund ,169' oder ,21x') zu übernehmen. Die Angabe der Sekundärdiagnose, des IK der aufnehmenden Institution sowie von Nebendiagnosen (NDG-Segment) entfällt.

Eine neue Schlussrechnung ist für den anhand der Zusammenfassung neu eingestuften Fall zu erstellen.

Ist die obere Grenzverweildauer der in Rechnung gestellten DRG-Fallpauschale bis zur erstmaligen Entlassung / externen Verlegung nicht erreicht, ist die Anzahl der Tage vom Entlassungs-/Verlegungstag bis zum Tag vor der Rückverlegungs-/Wiederaufnahme im Datenfeld "Tage ohne Berechnung/Behandlung" in der DRG-Fallpauschale zu berücksichtigen.

1.4.5 Rückverlegung in einen Entgeltbereich nach der BpflV oder einen Entgeltbereich für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

Bei Rückverlegung in einen Entgeltbereich nach der BpflV (ohne Anwendung des Vergütungssystems nach § 17d KHG) oder einen Entgeltbereich für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG soll ein Aufnahmesatz für einen neuen Krankenhausfall mit neuem krankenhauses internen Kennzeichen übermittelt werden. (Die Fortführung des ursprünglichen Krankenhausfalls ohne Übermittlung eines neuen Aufnahmesatzes ist ebenfalls möglich. Dann ist die Entlassungsanzeige wie unter 1.4.4.2 mit Entlassungs-/Verlegungsgrund ,169' für die verlegende und Entlassungs-/Verlegungsgrund ,189' für die Pseudo-Fachabteilung '0001' bei Rückverlegung anzugeben.)

1.4.6 Abrechnungszeiträume für Abschlüsse bei Verlegung und Nichterreichen der unteren GVD

Bei Abrechnung von Abschlüssen bei Verlegungen oder Nichterreichen der unteren GVD sind die Datenfelder "Abrechnung von" und "Abrechnung bis" übereinstimmend zu den entsprechenden Angaben für die DRG-Fallpauschale zu füllen. Die Anzahl der Tage, für die der Abschlag vorzunehmen ist, ist im Datenfeld "Entgeltanzahl" anzugeben.

Für die Abschlagsart ist maßgeblich, ob die Behandlung im verlegenden Krankenhaus länger als 24 Stunden dauerte (§ 3 Abs. 2 Satz 2 KFPV 2004 / FPV) und ob zwischen der Verlegung/Entlassung aus dem verlegenden Krankenhaus und der Aufnahme in das Krankenhaus mehr als 24 Stunden vergangen sind (§ 1 Abs. 1 Satz 4 KFPV 2004 / FPV). Dauerte die Behandlung im verlegenden Krankenhaus länger als 24 Stunden und sind zwischen der Verlegung/Entlassung und Aufnahme nicht mehr als 24 Stunden vergangen, ist die mittlere Verweildauer für die Abschlagsberechnung maßgeblich. Für die anderen möglichen Konstellationen ist die untere Grenzverweildauer maßgeblich, sofern das Krankenhaus nicht wiederum selbst zum verlegenden Krankenhaus wird (§ 3 Abs. 2 Satz 2 2. Halbsatz KFPV 2004 / FPV).

Maßgeblich für die Zuordnung ist die Datenlage bei der Krankenkasse bei fallübergreifender Betrachtung. Damit das aufnehmende Krankenhaus entscheiden kann, welche Abschlagsregelung anzuwenden ist, ist bei Verlegungsfällen eine Abklärung mit dem verlegenden Krankenhaus bzw. Versicherten erforderlich. Es empfiehlt sich, dass das verlegende Krankenhaus dem Versicherten eine Information über die Behandlungsdauer (länger als 24 Stunden oder nicht) und über die Entlassungs-/Verlegungszeit (Tag und Uhrzeit) für das aufnehmende Krankenhaus mitgibt.

1.4.7 Transplantationen

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

Leistungen, die im Zusammenhang mit einer geplanten oder durchgeführten Lebendspende im Rahmen der vertraglich vereinbarten ambulanten Behandlung in Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V oder als hochspezialisierte Leistungen nach § 116b SGB V durchgeführt werden, sind mit dem Nachrichtentyp „Rechnungssatz Ambulante Operation“ zu übermitteln. Das Feld „Lebendspende“ 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.

1.4.8 Zuzahlungseinzugsverfahren bei vollstationären Patienten

§ 43b SGB V verpflichtet die Krankenhäuser zur Einziehung der Krankenhauszuzahlungen nach § 39 Abs. 4 SGB V im Auftrag der Krankenkassen. Die Krankenhäuser werden zur Durchführung des dazu erforderlichen Verwaltungsverfahrens beliehen. Bezüglich der den Krankenhäusern im Rahmen der Einziehung

entstehenden Kosten für jedes durchgeführte Verwaltungsverfahren sieht § 43b Abs. 3 Satz 6 SGB V die Zahlung einer angemessenen Kostenpauschale durch die Krankenkassen an die Krankenhäuser vor. Gegebenenfalls entstehende Kosten auf Grund von Klagen der Versicherten gegen den Verwaltungsakt werden den Krankenhäusern nach § 43b Abs. 3 Satz 7 SGB V von den Krankenkassen erstattet. Das Vollstreckungsverfahren für Zuzahlungen wird von der zuständigen Krankenkasse durchgeführt.

Zur Abwicklung der Verfahren gelten entsprechend der „Vereinbarung zur Umsetzung der Kostenerstattung nach § 43b Abs. 3 Satz 8 SGB V“ in Verbindung mit dem GKV-Finanzierungsgesetz die nachfolgenden Regelungen.

Keine Zuzahlungspflicht

Der Versicherte hat an das Krankenhaus keine Zuzahlung zu leisten, wenn der Kostenübernahmesatz der Krankenkasse bis zur Übermittlung der Entlassungsanzeige nicht vorliegt oder wenn der Kostenübernahmesatz die Angabe enthält, dass die Anzahl der Zuzahlungstage „0“ beträgt. Legt der Versicherte eine von seiner Krankenkasse ausgestellte gültige Bescheinigung nach § 62 SGB V über seine Befreiung von der Zuzahlungspflicht oder eine gültige Quittung nach § 61 SGB V vor, die der im Kalenderjahr maximal zu entrichtenden Zuzahlung entspricht, ist auch abweichend von den mit dem Kostenübernahmesatz übermittelten Angaben über zuzahlungspflichtige Zuzahlungstage ebenfalls keine Zuzahlung zu leisten.

Besteht für den Versicherten keine Zuzahlungspflicht oder gilt er als nicht zuzahlungspflichtig, weil der Kostenübernahmesatz durch die Krankenkasse nicht fristgerecht übermittelt wurde, entfällt die Verrechnung einer Zuzahlung. Im Rechnungssatz ist das Segment ZLG mit Zuzahlungsbetrag „0“ und Zuzahlungskennzeichen „1“, „4“ oder „5“ zu übermitteln. Legt der Versicherte eine von seiner Krankenkasse ausgestellte gültige Bescheinigung nach § 62 SGB V über seine Befreiung von der Zuzahlungspflicht oder eine gültige Quittung nach § 61 SGB V erst vor, nachdem die Zuzahlung vom Krankenhaus in der Rechnung bereits verrechnet wurde, fordert das Krankenhaus diese verrechnete Zuzahlung mit dem Nachrichtentyp „ZGUT“ wieder zurück.

Besondere Hinweise:

Hat das Krankenhaus den Aufnahmesatz fehlerfrei an die Krankenkasse übermittelt und wird der Kostenübernahmesatz nicht innerhalb von 3 Arbeitstagen nach Eingang des fehlerfreien Aufnahmesatzes bei der Krankenkasse an das Krankenhaus übermittelt, können die Entlassungsanzeige und die Schlussrechnung unabhängig davon an die Krankenkasse übermittelt werden. Der Versicherte gilt aufgrund des fehlenden Kostenübernahmesatzes als nicht zuzahlungspflichtig.

Legt der Versicherte nachträglich eine gültige Quittung nach § 61 SGB V oder Bescheinigung nach § 62 SGB V vor und hat er keine Zuzahlung an das Krankenhaus geleistet, kann das Krankenhaus mit der Nachricht ZGUT den verrechneten Zuzahlungsbetrag zurückfordern.

Legt der Versicherte nachträglich eine gültige Quittung nach § 61 SGB V oder Bescheinigung nach § 62 SGB V vor und hat er eine Zuzahlung an das Krankenhaus geleistet, die in der Schlussrechnung verrechnet wurde, hat das Krankenhaus keine Erstattung an den Versicherten vorzunehmen. Die Erstattung erfolgt für den Versicherten im Innenverhältnis durch die jeweils zuständige gesetzliche Krankenkasse.

Besteht für den Versicherten bei der Aufnahme keine Zuzahlungspflicht, weil er das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat (§ 39 Abs. 4 SGB V) und vollendet er das 18. Lebensjahr während der vollstationären Krankenhausbehandlung, besteht für diesen Krankenhausaufenthalt insgesamt keine Zuzahlungspflicht.

Wird eine Versicherte zur Entbindung aufgenommen (Aufnahmegrund „05“ Entbindung), besteht aufgrund § 197 S. 2 RVO keine Zuzahlungspflicht. Dies gilt auch für die Aufenthaltstage vor der Entbindung und ggf. anschließende Krankenhausbehandlungstage auf Grund einer Behandlungsbedürftigkeit. Die gesamte Aufenthaltsdauer der Versicherten ist nicht zuzahlungspflichtig; maßgeblich ist der Aufnahmegrund „05“ (Entbindung).

Wird eine versicherte Schwangere wegen einer Krankenhausbehandlung aufgenommen (Aufnahmegrund „01“ Krankenhausbehandlung, vollstationär) und erfolgt die Entbindung im Rahmen dieses Aufenthalts, sind lediglich die Aufenthaltstage bis zum Tag vor der Entbindung zuzahlungspflichtig. Der Tag der Entbindung und die darauffolgenden Aufenthaltstage sind aufgrund § 197 S. 2 RVO nicht zuzahlungspflichtig. Eine Änderung des Aufnahmegrunds wird nicht übermittelt; der Tag der Entbindung wird über die Entlassungsanzeige (Segment EBG „Entbindung“) mitgeteilt.

Wird ein zuzahlungspflichtiger Versicherter als Jahresüberlieger im neuen Kalenderjahr entlassen und bestand zum Jahreswechsel keine Zuzahlungspflicht mehr, besteht für die Behandlungstage im neuen Kalenderjahr keine Zuzahlungspflicht. Erst mit einer erneuten Krankenhausbehandlung im neuen Jahr sind 28 Tage für das neue Kalenderjahr anzusetzen.

Wird ein zuzahlungspflichtiger Versicherter als Jahresüberlieger im neuen Kalenderjahr entlassen und wurden die von der Krankenkasse gemeldeten Zuzahlungstage nicht erreicht, besteht ab Beginn des neuen Jahres weiter Zuzahlungspflicht. Die Anzahl der zu verrechnenden Zuzahlungstage ab Beginn des neuen Jahres berechnet sich aus der Differenz der von der Krankenkasse gemeldeten Zuzahlungstage und den im alten Kalenderjahr zu verrechnenden Zuzahlungstagen. Erst mit einer erneuten Krankenhausbehandlung im neuen Jahr sind 28 Tage für das neue Kalenderjahr anzusetzen, wobei die bereits entrichtete Zuzahlung des Überliegerfalles für die Tage des neuen Kalenderjahres zu berücksichtigen sind.

Zuzahlung wurde geleistet

Hat der Versicherte die Zuzahlung an das Krankenhaus vollständig geleistet, wird sie mit dem Rechnungssatz verrechnet. Im Segment ZLG wird der Zuzahlungsbetrag mit Zuzahlungskennzeichen „2“ ausgewiesen.

Legt der Versicherte, in Folge z.B. einer vorangegangenen Verlegung, eine gültige Quittung nach § 61 SGB V vor, aus der sich gegenüber den von der Krankenkasse im Kostenübernahmesatz gemeldeten und vom Krankenhaus zu verrechnenden Zuzahlungstagen eine geringere Anzahl ergibt, verrechnet das Krankenhaus im Rechnungssatz als Zuzahlungsbetrag die aus der verringerten Anzahl ermittelte Zuzahlung mit Zuzahlungskennzeichen „6“.

Zuzahlung wurde nicht oder nicht vollständig geleistet

Hat der Versicherte seine Zuzahlung nicht oder nicht vollständig geleistet, informiert das Krankenhaus im Rechnungssatz über das Zuzahlungskennzeichen „7“ oder „8“, dass es die Zuzahlung vollständig mit der

Rechnung verrechnet hat und nun der Einzug der ausstehenden Zuzahlung des Versicherten durch das Krankenhaus ansteht.

a) Nachträgliche Zahlung der Zuzahlung durch den Versicherten

Zahlt der Versicherte nach Rechnungsstellung seine Zuzahlung an das Krankenhaus, endet das Zuzahlungseinzugsverfahren. Eine gesonderte Information an die Krankenkasse erfolgt nicht.

b) Verwaltungsverfahren

Das Krankenhaus stellt für das durchgeführte Verwaltungsverfahren eine Nachtragsrechnung, in der es mit dem Entgelt „47120001“ die „Kostenpauschale für Verwaltungsverfahren“ und ggf. mit Entgelt „47120002“ die „Portokosten für erneute Zustellung zwecks Beweissicherung“ des Leistungsbescheids abrechnet. Das Segment ZLG enthält dann den Zuzahlungsbetrag „0,00“ und das Zuzahlungskennzeichen „2“ oder „6“, sofern die Zuzahlung im Rahmen des Verwaltungsverfahrens geleistet wurde, oder „7“ oder „8“, sofern die Zuzahlung im Rahmen des Verwaltungsverfahrens nicht geleistet wurde.

Die Krankenkasse kann auf eine Nachtragsrechnung mit dem Zuzahlungskennzeichen „7“ oder „8“ einen Zahlungssatz mit dem Prüfungsvermerk „31“, „32“, „33“, „35“ übermitteln und die Verfahrensunterlagen anfordern.

Wurde die Zuzahlung im Rahmen des Verwaltungsverfahrens nicht geleistet, fordert das Krankenhaus mit dem Nachrichtentyp „ZGUT“ (Zuzahlungsgutschrift/-rückforderung) die nicht geleistete Zuzahlung zurück.

Konnte das Verwaltungsverfahren wegen Unzustellbarkeit der Anhörung oder des Leistungsbescheides nicht abgeschlossen werden, fordert das Krankenhaus mit dem Nachrichtentyp „ZGUT“ (Zuzahlungsgutschrift/-rückforderung) nur die nicht geleistete Zuzahlung zurück. Die Krankenkasse kann dann durch eine Änderungsmeldung (Storno und Neumeldung) zum ursprünglichen Zahlungssatz mit dem korrigierten Prüfungsvermerk „61“, „62“ oder „65“ (siehe Schlüssel 10) den Beleg über die Unzustellbarkeit anfordern.

Besondere Hinweise:

Bei einer Fallzusammenführung entsprechend § 2 FPV / PEPPV 2013 kann es zu einer mehrfachen Berechnung der Kosten des Verwaltungsverfahrens für die vor der Fallzusammenführung bestehenden Einzelfälle kommen. In diesen Fällen ist je Teilaufenthalt eine Nachtragsrechnung zu stellen, in absehbaren Fällen soll jedoch versucht werden, die Einziehung der Zuzahlung für zeitlich kurz aufeinander folgende Krankenhausaufenthalte nach Möglichkeit in einem Leistungsbescheid zusammenzufassen und die Verwaltungskostenpauschale (und ggf. Portokosten für erneute Zustellung zwecks Beweisführung) nur einmal abzurechnen.

Leistet ein Versicherter, für den eine Fallzusammenführung durchgeführt wird, seine Zuzahlung für den ersten Aufenthalt nicht und legt mit Wirkung für den zweiten Aufenthalt eine Bescheinigung nach § 62 SGB V vor, informiert das Krankenhaus hierüber für den zusammengefassten Behandlungsfall anhand des Zuzahlungskennzeichens „7“ (geringere Zuzahlung auf Grund gültiger Quittung nach § 61 SGB V verrechnet und vom Versicherten nicht oder nur teilweise geleistet).

Gilt die Bescheinigung nach § 62 SGB V auch für den ersten Aufenthalt, verwendet das Krankenhaus für den zusammengefassten Behandlungsfall das Zuzahlungskennzeichen „4“ (keine Zuzahlungspflicht auf Grund gültiger Bescheinigung nach § 62 SGB V). Für den ersten Aufenthalt kann eine Verwaltungskostenpauschale (und ggf. Portokosten für erneute Zustellung zwecks Beweisführung) in Rechnung gestellt werden, wenn das Verwaltungsverfahren vor dem Storno der Schlussrechnung für den ersten Aufenthalt durchgeführt ist. Werden mehrere Krankenhausaufenthalte zusammengefasst, ist entsprechend zu verfahren.

Im Verwaltungsverfahren ist dem Versicherten im Rahmen einer Anhörung, die Teil der gesonderten schriftlichen Zahlungsaufforderung sein kann, eine angemessene Frist von mindestens 2 Wochen zur Abgabe einer Stellungnahme einzuräumen. Erst nach Ablauf dieser Frist kann der Leistungsbescheid versandt und die Kostenpauschale durch Nachtragsrechnung in Rechnung gestellt werden.

Sind dem Krankenhaus auf Grund einer Klage des Versicherten gegen den Verwaltungsakt Gerichtskosten angefallen, stellt es mit dem Entgelt „47120004“ die Gerichtskosten in Rechnung. Das Segment ZLG enthält den Zuzahlungsbetrag „0,00“ und das Zuzahlungskennzeichen „7“ oder „8“.

Die Krankenkasse kann das Krankenhaus zur Übersendung der Belege über die berechneten Kosten auffordern, indem es einen Zahlungssatz mit dem Prüfungsvermerk „41“, „42“, „43“ oder „45“ (siehe Schlüssel 10) übermittelt. Werden zusätzlich die Verfahrensunterlagen angefordert, erfolgt dies mit Prüfungsvermerk „51“, „52“, „53“ oder „55“ (siehe Schlüssel 10).

Zuzahlungspflicht bei Verlegung/Entlassung mit anschließender Aufnahme

Wird der Versicherte in ein anderes Krankenhaus verlegt (Entlassungs-/Verlegungsgrund „06“ Verlegung in ein anderes Krankenhaus), in eine Rehabilitationseinrichtung entlassen (Entlassungs-/Verlegungsgrund „09“ Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung) oder findet eine Entlassung in die Übergangspflege statt (Entlassungs-/Verlegungsgrund „30“), wird für den zuzahlungspflichtigen Kalendertag der Verlegung/Entlassung, der zugleich zuzahlungspflichtiger Aufnahmetag bei der aufnehmenden Einrichtung ist, keine Zuzahlung berechnet (siehe DRG-Beispiel 1). Die Zuzahlung für diesen Kalendertag wird durch die aufnehmende Einrichtung eingezogen.

Datumsangaben in den ENT-Segmenten der Rechnungssätze

Für die Abrechnung der dem Krankenhaus im Rahmen des Zuzahlungseinzugsverfahrens entstandenen Kosten ist im Datenfeld „Abrechnung von“ der Aufnahmetag und im Datenfeld „Abrechnung bis“ der Tag vor der Entlassung des zugehörigen Krankenhauses anzugeben.

1.4.9 Abrechnung psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen gemäß BPfIV (bei Anwendung §17d KHG)

Mit der Einführung des Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (§ 17d KHG) sind die bisherigen Regelungen zur Verlegung bzw. Wiederaufnahme gesondert zu den in Anlage 5 Abschnitt 1.4.4 – 1.4.6 beschriebenen Fallkonstellationen wie folgt zu regeln.

1.4.9.1 Rückverlegung oder Wiederaufnahme in den Entgeltbereich nach der BpflV (bei Anwendung §17d KHG)

Wird ein Versicherter, für den Leistungen mit PEPP abgerechnet werden, in den DRG-Entgeltbereich oder einen Entgeltbereich für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG verlegt oder extern verlegt und danach zurückverlegt oder nach Entlassung wieder aufgenommen, ist eine Aufnahmeanzeige mit neuem krankenhausinternen Kennzeichen als neuer Krankenhausfall an die Krankenkasse zu übermitteln. Die Krankenkasse übermittelt hierauf eine Kostenübernahmeerklärung.

Bei Rückverlegungen/Wiederaufnahmen kann auf die Übermittlung eines neuen Aufnahmesatzes und die Vergabe eines neuen krankenhausinternen Kennzeichens verzichtet werden, wenn eine Neueinstufung vorzunehmen ist. Der erste Fall kann dann ggf. über ein Storno der Entlassungsanzeige fortgeführt werden.

Eine Neueinstufung mit Zusammenfassung der Falldaten ist unter folgenden Bedingungen durchzuführen:

Rückverlegung/Wiederaufnahme (nur für mit Bewertungsrelationen bewertete Entgelte)

1. ein Patient wird innerhalb von 14 Kalendertagen, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Entlassungstag der vorangegangenen Behandlung wieder aufgenommen und ist für den Wiederaufnahmefall in dieselbe Strukturkategorie einzustufen und
2. der Patient wird innerhalb von 90 Kalendertagen ab dem Aufnahmetag des ersten unter die Regelung der PEPPV fallenden Krankenhausaufenthaltes wieder aufgenommen.

Für Aufenthalte mit Aufnahmedatum aus dem Jahr 2019 gilt, dass diese mit Fällen aus dem Jahr 2018 nicht zusammenzufassen sind.

Das Kriterium der Einstufung in dieselbe Strukturkategorie findet keine Anwendung, wenn Fälle aus unterschiedlichen Jahren zusammenzufassen sind (§ 2 Abs. 5 Satz 1 und 2 PEPPV).

1.4.9.1.1 Keine Neueinstufung

Das Krankenhaus übermittelt nach Beendigung des Falles der Wiederaufnahme die Entlassungsanzeige und eine Schlussrechnung für den neuen Krankenhausfall an die Krankenkasse.

1.4.9.1.2 Neueinstufung

Erfolgt eine Neueinstufung auf der Grundlage der zusammengefassten Falldaten, ist der gesamte zusammengefasste Fall über das krankenhausinterne Kennzeichen des ersten Aufenthaltes abzuwickeln.

Ist für den ersten Aufenthalt bereits eine Schlussrechnung übermittelt worden, ist die Schlussrechnung mit dem Verarbeitungskennzeichen ,10' (Normalfall) und der Rechnungsart ,04' (Gutschrift / Stornierung) zu stornieren. Bei befristeter Kostenübernahme für den ersten Aufenthalt ist ggf. eine Verlängerungsanzeige zu übermitteln.

Falls für den ersten Aufenthalt bereits eine Entlassungsanzeige übermittelt worden ist, ist hierzu zunächst die Entlassungsanzeige mit Verarbeitungskennzeichen ,41' (Storno einer Entlassungsanzeige wegen

Rückverlegung oder Wiederaufnahme) zu stornieren, um den Fallbezug zur ersten Aufnahme für die gesamte Falldokumentation herstellen zu können.

Mit den zusammengefassten Falldaten ist für den mit der ersten Aufnahme gemeldeten Fall eine erneute Entlassungsanzeige zu übermitteln. Dazu werden Prozeduren wie folgt zusammengefasst: Sämtliche Symptome/Diagnosen und Prozeduren sind auf den gesamten Abrechnungsfall zu beziehen. Das hat gegebenenfalls zur Folge, dass mehrere Prozeduren unter Addition der jeweiligen Mengenangaben zu einer Prozedur zusammenzuführen sind (siehe DKR-Psych). Als Hauptdiagnose des zusammengeführten Falles ist die Hauptdiagnose des Aufenthaltes mit der höchsten Anzahl an Berechnungstagen zu wählen (§ 2 Abs. 3 PEPPV). Bei mehr als zwei zusammenzuführenden Aufenthalten sind die Berechnungstage einzelner Aufenthalte mit gleicher Hauptdiagnose aufzusummieren und mit der Anzahl an Berechnungstagen der anderen Aufenthalte zu vergleichen. Ist die Anzahl der Berechnungstage für mehrere Hauptdiagnosen gleich hoch, so ist als Hauptdiagnose die Diagnose des zeitlich früheren Aufenthaltes zu wählen.

Bei unbefristeter Kostenübernahme für den ersten Aufenthalt kann eine bereits übermittelte Entlassungsanzeige des ersten Aufenthaltes mit den zusammengefassten Falldaten als Korrekturmeldung mit Verarbeitungskennzeichen "20" (Änderung) übermittelt werden.

Die Entlassungsanzeige ist mit den zusammengeführten Falldaten der Aufenthalte zu übermitteln.

- A) Hierbei ist für die Entlassung/Verlegung am Ende des ersten Aufenthaltes bzw. der vorangegangenen Aufenthalte im Datenfeld "Entlassungs-/Verlegungsgrund" anzugeben:
- bei Rückverlegungen der Schlüssel ,169' (externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPFIV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung) und
 - bei Wiederaufnahmen der Schlüssel ,21x' (Entlassung mit nachfolgender Wiederaufnahme)
- B) Der externe Aufenthalt ist wie folgt zu dokumentieren:
- bei Rückverlegung durch ein ETL-Segment für die Pseudo-Fachabteilung ,0001' (Pseudo-Fachabteilung für den Aufenthalt bei Rückverlegung) mit Entlassungs-/Verlegungsgrund ,189' (Rückverlegung) oder
 - bei Wiederaufnahme durch ein ETL-Segment für die Pseudo-Fachabteilung ,0002' (Pseudo-Fachabteilung für den externen Aufenthalt bei Wiederaufnahme) mit Entlassungs-/Verlegungsgrund ,199' (Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung).
 - Als Tag der Entlassung/Verlegung und Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit sind Tag und Uhrzeit der Rückverlegungs-/Wiederaufnahme anzugeben. Als Hauptdiagnose ist die Hauptdiagnose aus der vorangegangenen internen Fachabteilung (mit Entlassungs-/Verlegungsgrund ,169' oder ,21x') zu übernehmen. Die Angabe der Sekundärdiagnose, des IK der aufnehmenden Institution sowie von Nebendiagnosen (NDG-Segment) entfällt.

Im Datenfeld „Tage ohne Berechnung/Behandlung“ sind die Tage der vollständigen Abwesenheit während des externen Aufenthaltes zu berücksichtigen.

Die Dokumentationen der Abwesenheiten über Mitternacht mit der FAB `0003` (siehe Nachtrag vom 01.08.2012 mit Wirkung zum 01.07.2013) betreffen Zeiträume des Aufenthaltes, in denen der Patient über Mitternacht während der Krankenhausbehandlung nicht anwesend war in den jeweils vor Zusammenführung

dokumentierten Fällen. Die Zeiten des externen Aufenthaltes zwischen wiederaufgenommenen/rückverlegten Fällen werden entsprechend mit der FAB `0001` und `0002` dokumentiert.

Die Tage ohne Berechnung in dem „zusammengeführten Fall“ setzen sich dann wie folgt zusammen:

- Tagen der Abwesenheit über Mitternacht, bei denen mindestens 1 Tag vollständige Abwesenheit vorlag (ab 1.7.2013 FABT `0003`) und
- Tagen des externen Aufenthaltes (FAB `0001` bzw. FAB `0002`) zwischen den zusammengeführten Fällen.

Eine neue Schlussrechnung ist für den anhand der Zusammenfassung neu eingestufteten Fall zu erstellen.

1.4.9.2 Entlassungen zum Jahresende für Zwecke der Abrechnung

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“) 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. des laufenden Jahres von mehr als 365 Tagen („Extremlanglieger“) Anwendung. Als Entlassungstag ist dann der 31.12. zu verwenden. Der 31. Dezember ist dabei ein Berechnungstag für die Schlussrechnung des mit Entlassungsgrund „25“ entlassenen Falls.

Für den fortgesetzten Aufenthalt ab dem 01. Januar des neuen Jahres wird ein neuer Aufnahmesatz (Aufnahmegrund: „01xx“) übermittelt. Die Abrechnung für das neue Jahr wird dann nach den dann gültigen Kodierregeln, ICD- und OPS-Katalogen und Entgeltkatalogen durchgeführt. Die Zählung der Berechnungstage beginnt mit dem 01.01. des Folgejahres neu. Für den fortgesetzten Aufenthalt wird bei Fallabschluss eine reguläre Entlassungsanzeige und Schlussrechnung übermittelt.

1.4.9.3 Dialyse in eigener Dialyseeinrichtung

Für die Abrechnung von Dialyseleistungen in der eigenen Dialyseeinrichtung des Krankenhauses im Geltungsbereich des KHEntg (§ 1 Abs. 8 PEPPV) ist ein eigener Fall (interne Verlegung in den KHEntg-Bereich) zu übermitteln.

1.4.9.4 Abrechnung stationsäquivalenter Behandlungsfälle

Stationsäquivalente Fälle werden in der Aufnahmeanzeige durch den Aufnahmegrund `10` und mit eigenem krankenhausinternen Kennzeichen als eigenständige Krankenhausfälle gekennzeichnet.

Vollständige Tage ohne direkten Patientenkontakt (00–24 Uhr) sind in der Entlassungsanzeige zu dokumentieren. Hierzu werden Zeiträume, in denen kein direkter Patientenkontakt stattgefunden hat, mit der Pseudofachabteilung `0004` „Pseudofachabteilung für Zeitraum ohne direkten Patientenkontakt (bei stationsäquivalenter Behandlung)“ übermittelt. Datum und Uhrzeit des Beginns eines Zeitraumes ohne direkten Patientenkontakt werden jeweils im Feld `Tag der Entlassung/Verlegung` bzw. `Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit` angegeben. Im Feld `Fachabteilung` ist die zuletzt behandelnde Fachabteilung mit dem Entlassungs-/Verlegungsgrund „269“ (Beginn eines Zeitraumes ohne direkten Patientenkontakt

(stationsäquivalente Behandlung)) in einer SG1 Segmentgruppe im ETL Segment anzugeben. Als Hauptdiagnose ist die Hauptdiagnose der zuletzt behandelnden Fachabteilung anzugeben. Die Angabe der Sekundärdiagnose, des IK der aufnehmenden Institution sowie von Nebendiagnosen (NDG-Segment) entfällt.

Die Beendigung eines Zeitraumes ohne direkten Patientenkontakt ist mit Angabe von Datum und Uhrzeit im Feld `Tag der Entlassung/Verlegung` bzw. `Entlassungs-/ Verlegungsuhrzeit` mit der Pseudo-Fachabteilung „0004“ (Pseudofachabteilung für Zeitraum ohne direkten Patientenkontakt (bei stationsäquivalenter Behandlung)) und dem Entlassungs-/Verlegungsgrund „279“ (Beendigung eines Zeitraumes ohne direkten Patientenkontakt) anzugeben.

In der Entlassungsanzeige ist zusätzlich zu den ETL-Segmenten der einzelnen Fachabteilungen die für den gesamten Krankenhausfall maßgebliche Hauptdiagnose (ggf. mit Nebendiagnosen) durch eine weitere (letzte!) Segmentgruppe SG1 zu übermitteln, die im Segment ETL den Pseudo-Code "0000" für den Krankenhausbezug sowie die Daten der Entlassung/Verlegung enthält.

Ergeben sich Zeiträume ohne direkten Patientenkontakt aus einer Fallzusammenführung, sind Zeiten zwischen wiederaufgenommenen Fällen hiervon abweichend mit den Pseudofachabteilungen `0001` bzw. `0002` zu dokumentieren.

Die Tage ohne Berechnung in einem „zusammengeführten Fall setzen sich dann wie folgt zusammen:

- Tage ohne direkten Patientenkontakt, bei denen mindestens 1 Kalendertag ohne direkten Patientenkontakt vorlag (FABT `0004`) und
- Tage des externen Aufenthaltes (FAB `0001` bzw. FAB `0002`) zwischen den zusammengeführten Fällen.

Im Rechnungssatz ist das KANN-Segment `ZLG` nicht zu übermitteln. Die Leistungen der stationsäquivalenten Behandlung der Anlage 6b des PEPP-Kataloges werden durch separate Entgeltarten abgerechnet (Stellen 1-2=DH). Die krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Entgelte gemäß Anlage 6b des PEPP-Kataloges nach § 6 Abs. 1 Satz 1 BpflV können durch weitere differenzierende Entgelte abgebildet werden. Die Vergabe erfolgt dann unter der Maßgabe, dass die jeweilige PEPP (z. B. QA80Z) in der Entgeltbezeichnung mit aufgeführt wird.

Ein Abrechnungsfall für stationsäquivalente Behandlungen kann folgende zusätzliche Entgeltarten im Rechnungssatz enthalten:

1. Zusatzentgelte (Stellen 1-2: „C5“)
2. Zu- und Abschläge (Stellen 1-2: „D6“ oder „D7“)
D6300001 – Zuschlag Aufwandspauschale bei erfolgloser MDK-Prüfung
D7300008 – Abschlag Fortsetzungspauschale PrüfvV
3. Krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte (Stellen 1-2: „C9“)
4. Vor- und nachstationäre Pauschalen (Stelle 1: „CV“ oder „CN“)

1.4.10 Externe Aufenthalte mit Abwesenheiten über Mitternacht bei Versicherten in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen (BPfIV)

Externe Aufenthalte von Versicherten in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern, die gemäß BPfIV vergütet werden (unabhängig von der Anwendung des neuen Vergütungssystems 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.

Als Tag der Entlassung-/Verlegung und als Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit sind der Tag und die Uhrzeit des jeweiligen Beginns der Abwesenheit mit der verlegenden Fachabteilung und dem Entlassungs-/Verlegungsgrund „239“ (Beginn eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht) in einer SG1 Segmentgruppe im ETL Segment anzugeben. Als Hauptdiagnose ist die Hauptdiagnose der verlegenden Fachabteilung anzugeben. Die Angabe der Sekundärdiagnose, des IK der aufnehmenden Institution sowie von Nebendiagnosen (NDG-Segment) entfällt.

Bei der Rückkehr aus der Abwesenheit sind als Tag der Entlassung-/Verlegung und als Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit der Tag und die Uhrzeit der jeweiligen Beendigung der Abwesenheit über Mitternacht mit der Pseudo-Fachabteilung „0003“ (Pseudo-Fachabteilung für externen Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht im BPfIV-Bereich) und dem Entlassungs-/Verlegungsgrund „249“ (Beendigung eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht) anzugeben. Als Hauptdiagnose ist die Hauptdiagnose der verlegenden internen Fachabteilung zu übernehmen. Die Angabe der Sekundärdiagnose, des IK der aufnehmenden Institution sowie von Nebendiagnosen (NDG-Segment) entfällt.

In der Entlassungsanzeige ist zusätzlich zu den ETL-Segmenten für die Fachabteilungen (und deren Daten) die für den gesamten Krankenhausfall maßgebliche Hauptdiagnose (ggf. mit Nebendiagnosen) durch eine weitere (letzte!) Segmentgruppe SG1 zu übermitteln, die im Segment ETL den Pseudo-Code "0000" für den Krankenhausbezug sowie die Daten der Entlassung/Verlegung enthält.

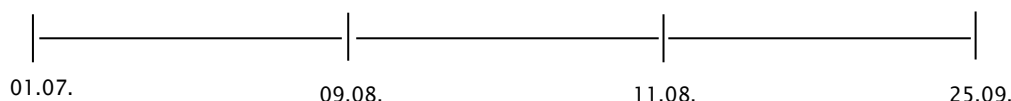
Beispiel:

Externer Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht für Patienten mit Aufnahme \geq 01.07.2013

Aufnahme am 01.07.2013 in der Fachabteilung 2900 (14:01 Uhr)

Externer Aufenthalt: Beginn am 09.08.2013 (11:23 Uhr), Beendigung am 11.08.2013 (11:24 Uhr)

Entlassung am 25.09.2012 (12:02 Uhr) aus der Fachabteilung 2900



Aufnahmesatz:

...

FKT+10+01+260101013+100500016`

INV+123456789123++++KHINT1`

...

AUF+20130701+1401+0101+2900+20130925+++++`

...

Entlassungsanzeige:

...

FKT+10+01+260101013+100500016`

INV+123456789123+++KHINT1`

...

DAU+20130701+20130925`

ETL+20130809+1123+239+2900+[Diagnosen]`

ETL+20130811+1124+249+0003+[Diagnose]`

ETL+20130925+1202+011+2900+[Diagnosen]`

ETL+20130925+1202+011+0000+[Diagnosen]`

...

FAB+2900`

Hinweis:

Im Rechnungssatz wird bei Anwendung des neuen Vergütungssystems nach § 17d KHG der Tag der vollständigen Abwesenheit (10.08.2013) im ENT-Segment unter „Tage ohne Berechnung/Behandlung“ ausgewiesen. Bei Vergütung nach der „alten“ BpflV wird er ebenfalls unter „Tage ohne Berechnung/Behandlung“ ausgewiesen, sofern vereinbart ist, dass für Tage der vollständigen Abwesenheit keine Vergütung abgerechnet werden kann. Ist für Tage der Abwesenheit eine gesonderte Vergütung mit eigenem Entgeltschlüssel vereinbart, ist das entsprechende ENT-Segment aufzunehmen.

1.4.11 Abrechnung Pflegeerlöskatalog

Grundsätze der Abrechnung

Die Falldefinition der FPV bleibt grundsätzlich erhalten (u. a. am Tag der Aufnahme geltender Katalog, Wiederaufnahme- und Verlegungsregeln). Die Zahl der abrechenbaren Belegungstage berechnen sich analog wie bei den DRG-Fallpauschalen nach § 1 Abs. 7 und § 7 Abs. 3 FPV. Die zugehörigen Pflegeentgelte können auch in mehreren, zeitlich abgegrenzten Entgeltsegmenten abgerechnet werden, sofern die Felder „Abrechnung von“ und „Abrechnung bis“ dabei den vollständigen Aufenthalt korrekt und überlappungsfrei abbilden, insbesondere bei der Abbildung von Fallzusammenführungen.

Aufbau und Verwendung der Entgeltkataloge

Der Pflegeerlöskatalog wird über eine separate Spalte in der Anlage 1 und 3 zur FPV umgesetzt. Die Anlagen 1 Teil a, Teil b, Teil c und Teil d und e weisen eine „Bewertungsrelation Pflegeerlös/Tag“ aus. Dafür wird der neue Entgeltbereich „74 – Entgelt für Pflegeerlös/Tag“ etabliert. An der 3. Stelle des Entgeltschlüssels wird der gleiche Wert der entsprechend abgerechneten DRG verwendet. An der 4. Stelle folgt mit „0“ keine weitere Differenzierung. An den Stellen 5.–8. wird dann die jeweilige DRG unterschieden.

Beispiel: Es wird die DRG „O05B“ mit der Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Beleghebamme abgerechnet u. a. mit dem Entgeltschlüssel „7020005B“. Der Pflegeanteil wird unter Verwendung der ersten beiden Stellen „74“, an der 3. Stelle „2“, 4. Stelle „0“ und die Stellen 5.–8. enthält die O05B wie folgt gebildet. = „7420005B“.

Den Anlagen 3a (unbewertete vollstationäre DRG) und 3b (unbewertete teilstationäre DRG) sind vom InEK ebenfalls Relativgewichte für den Pflegeerlös zugeordnet. Dafür wird der neue Entgeltbereich „84 – Pflegeanteil für tages- oder fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG“ etabliert. Die Krankenhäuser stellen den Pflegeanteil somit entsprechend der Logik „8400[A01Z]ff.“ in Rechnung.

Berechnungslogik

Im ENT-Segment wird im Datenfeld „Entgeltbetrag“ die Entgelthöhe für den Pflegeanteil je Tag angegeben. Sie wird ermittelt, indem die in den o.g. Anlagen ausgewiesene maßgebliche Bewertungsrelation jeweils mit dem krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert multipliziert und das Ergebnis kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen gerundet wird. Für die Rechnungsstellung wird der Entgeltbetrag mit der Anzahl der Berechnungstage je Entgelt multipliziert.

Zu- und Abschläge

Die Berechnung der fallbezogenen Zu- und Abschläge bleibt unverändert. Bezugsgröße für fallbezogene Zu- und Abschläge ist der Gesamtfall.

Werden die folgenden Zu- und Abschläge prozentual vereinbart, bleiben die bisherigen Berechnungsschemen unverändert. Die Höhe der jeweiligen Beträge wird somit ohne die Entgeltbereiche 74*, bzw. 84* erhoben.

1. 47100007 (Zuschlag für Zentren und Schwerpunkte nach § 5 Abs. 3 KHEntgG)
2. 47100011 (Zuschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG)
3. 47100015 (Zuschlag für besondere Einrichtungen nach § 4 Abs. 7 KHEntgG)
4. 47100020 (Zuschlag Hygiene-Förderprogramm nach § 4 Abs. 11 KHEntgG bzw. § 4 Abs. 9 KHEntgG (Neu))
5. 47100022 (Zuschlag Mehrkosten G-BA nach § 5 Abs. 3c KHEntgG)
6. 47100030 Zuschlag Mehrkosten G-BA nach § 5 Abs. 3c KHEntgG – ohne Pflegekosten
7. 47200007 Abschlag für Zentren und Schwerpunkte (für Korrekturen)
8. 47200011 (Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 3 KHEntgG)
9. 47200015 (Abschlag für besondere Einrichtungen nach § 4 Abs. 7 KHEntgG)
10. 47200026 (Fixkostendegressionsabschlag nach § 4 Abs. 2b KHEntgG)
11. 491[1-6][0001-0006] (Zuschlag für Zentren und Schwerpunkte)
12. 492[1-6][0001-0006] (Abschlag für Zentren und Schwerpunkte)
13. 75100002 (Sicherstellungszuschlag auf BFW)

Fehlende Budgetvereinbarung

Können die tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nummer 6a KHEntgG aufgrund einer fehlenden Vereinbarung für das Jahr 2020 noch nicht durch einen krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert berechnet werden, sind gemäß § 15 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG die Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 Satz 5 des KHG mit dem in § 15 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG ausgewiesenen Eurowert zu multiplizieren. Die Zahl der abrechenbaren Belegungstage berechnen sich nach § 1 Abs. 7 und § 7 Abs. 3 FPV. Liegen für das Entgelt Bewertungsrelationen im Pflegeerlöskatalog vor, ist der bisher vereinbarte Entgeltbetrag (85* bzw. 86*) täglich um die Entgelthöhe zu mindern, die sich ergibt, wenn der in § 15 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG ausgewiesene Euro-Betrag mit der Pflegebewertungsrelation multipliziert wird. Hierbei ist für 85er-Entgelte der Wert von dem vereinbarten Betrag je Tag abzuziehen. Bei 86er-Entgelten ist der mit der Entgeltanzahl des Pflegeentgeltes multiplizierte Betrag von dem Betrag der vereinbarten Fallkosten abzuziehen.

Für die Abbildung unterschiedlich bewerteter Belegungstage im Abrechnungsfall mehrere ENT-Segmente an die Krankenkassen zu übermitteln. Hier wird für die Berechnung des jeweiligen „Entgeltbetrages“ der unter § 15 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG ausgewiesene Wert für eine Multiplikation mit den Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog herangezogen. Über die Felder „Abrechnung von“ und „Abrechnung bis“ sind die entsprechenden Zeiträume unterschiedlich hoch bewerteter Belegungstage voneinander abzugrenzen. Hinweis: Die ausgegliederte DRG (aDRG) bleibt unberührt in einem ENT Segment je Fall. Rechnungen der Rechnungsart `04` (Gutschrift) folgen der ursprünglichen Rechnungslegung.

Besondere Einrichtungen und teilstationäre Leistungen

Für Leistungen, die unter die Regelung nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und Nr. 3 (teilstationäre Leistungen, die nicht in Anlage 3b aufgeführt sind und besondere Einrichtungen) KHEntgG fallen, gilt eine Pflegebewertungsrelation von 1,0 für vollstationäre Fälle und 0,5 für teilstationäre Fälle, sofern die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG keine abweichenden Festlegungen treffen.

Der Pflegeanteil wird gesondert in Rechnung gestellt. Dazu geben die Krankenhäuser für den Pflegeanteil den entsprechenden Entgeltschlüssel unter Verwendung der ersten beiden Stellen = „84“ an. Die Stellen 3. bis 4. enthalten die Werte „00“ für den Pflegeanteil tagesbezogener vollstationärer Entgelte oder „50“ für den Pflegeanteil bei fallbezogenen vollstationären Entgelten („01ff.“ für Länderwerte und „30“ für Belegabteilung sind nicht zulässig). An den Stellen 5.–8. verwendet das Krankenhaus analog des abgerechneten Entgeltes „85“ bzw. „86“ die gleichen Ziffern. Eine individuelle Vergabe über www.gkv-clavisdb.de erfolgt nicht. Dies findet ebenfalls für teilstationäre Leistungen nach § 7 Abs. 1 Nr. 2 FPV Anwendung.

In den Fällen, in denen aufgrund einer fehlenden Vereinbarung für das Jahr 2020 die bisherigen tages- oder fallbezogenen Entgelte (85* bzw. 86*) noch nicht um den Pflegeanteil bereinigt wurde, ist wie folgt vorzugehen:

Entgelte für besondere Einrichtungen und teilstationäre Behandlungen, die nicht in Anlage 3b ausgewiesen sind, sind bis zu einer Neuvereinbarung unverändert der Höhe nach weiter zu erheben.

Umsetzung von Prüfergebnissen des MD auf die Abrechnung von Pflegeentgelten

§ 275 Abs. 6 Nr. 1 SGB V sieht vor, dass Prüfergebnisse nur insoweit umgesetzt werden, dass für die Ermittlung der tagesbezogenen Pflegeentgelte eine geänderte Eingruppierung, die zu einem geänderten

stationären Entgelt führt umzusetzen ist, die ursprünglich berücksichtigten Belegungstage jedoch beibehalten werden. Die Entgelthöhe für den Pflegeanteil je Tag hängt somit auch nach einer Prüfung unmittelbar mit der zugehörigen DRG bzw. den Stellen 5.–8. bei den Besonderen Einrichtungen bzw. teilstationären Leistungen zusammen. Bei einer Rechnungskorrektur sind jedoch die ursprünglichen Belegungstage zu Grunde zu legen. Dies wird wie folgt abgebildet:

1. In der bestehenden Schlussrechnung wurden die entsprechenden Pflegeentgelte in Rechnung gestellt (74*, 84*). In dieser Schlussrechnung muss das Pflegeentgelt mit der dortigen DRG bzw. bei den besonderen Einrichtungen und teilstationäre Leistungen mit den Stellen 5–8 des zugehörigen Entgeltes 85* bzw. 86* (ohne Pflege) korrespondieren.
2. Pflegeentgelte dürfen ausschließlich in einer Schlussrechnung oder Gutschrift/Stornierung und keiner anderen Rechnungsart in Rechnung gestellt werden.
3. Wenn durch anderweitige Prüfanlässe, unabhängig von Pflegeentgelten, Korrekturen notwendig werden (z. B. Umsetzung nach einem MD Ergebnis, rechtskräftige Feststellung oder evtl. weitere künftige PrüfvV Regelungen), ist eine Gutschrift/Rechnungsstorno (Rechnungsart `04`) der bestehenden Schlussrechnung notwendig. Infolge dessen ist in derselben (neuen) Datenlieferung (d. h. unter derselben Dateinummer–Datenaustauschreferenz) eine neue Schlussrechnung, welche die neuen Pflegeentgelte (Pflegeentgelt mit der geänderten DRG identisch) enthält, an die Krankenkasse zu übermitteln.
4. Bei der Berechnung der Entgelthöhe für den Pflegeanteil je Tag sind jedoch die ursprünglichen Belegungstage der bestehenden Schlussrechnung anzuwenden. Die Datenfelder `Abrechnung von` und `Abrechnung bis` im ENT Segment enthalten die Belegungstage der ursprünglichen Schlussrechnung. Der `Entgeltbetrag` ergibt sich damit aus Multiplikation der ursprünglichen Belegungstage und der neuen Entgelthöhe für den Pflegeanteil je Tag.
5. Die Gutschrift/Rechnungsstorno Rechnungsart 04 (und ggf. geänderte Entlassungsanzeige) und die neue Schlussrechnung sind gemeinsam durch die Krankenkasse zu verarbeiten.
6. Sollte die Korrektur einer Entlassungsanzeige notwendig sein, bleiben Aufnahme- und Entlassungstag unverändert.
7. Tage ohne Berechnung im Rahmen einer Beurlaubung bei Pflegeentgelten gleichermaßen anzuwenden (diese Tage reduzieren den Pflegeerlös im Fall). Tage ohne Berechnung die auf Grund einer MD-Korrektur zu berücksichtigen sind, reduzieren den Pflegeerlös im Fall nicht. Bei der Rechnungskorrektur durch das Krankenhaus ist sicher zu stellen, dass die Anzahl der berechneten Pflegeentgelte und Tage ohne Berechnung der Ursprungsrechnung entsprechen. Für den Fall, dass Beurlaubungstage zu korrigieren sind, trifft das auch auf die Pflegeentgelte zu.

Ersatzabrechnung bei nicht vorgelegener vollstationärer Behandlungsbedürftigkeit § 8 Abs. 3 KHEntgG

Gemäß § 8 Abs. 3 KHEntgG haben Krankenkassen bei nicht vorgelegener vollstationärer Behandlungsbedürftigkeit als Ergebnis einer Prüfung nach § 275c Abs. 1 SGB V die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen nach den für vorstationären Behandlungen nach § 115a SGB V getroffenen Vereinbarungen zu vergüten, soweit keine andere Möglichkeit zur Abrechnung der erbrachten Leistung besteht. Hinweis: Diese Regelung betrifft Ergebnisse von Prüfungen nach § 275c Abs. 1 SGB V (neue Regelungen zu Prüfungen von Rechnungen ab 01.01.2020).

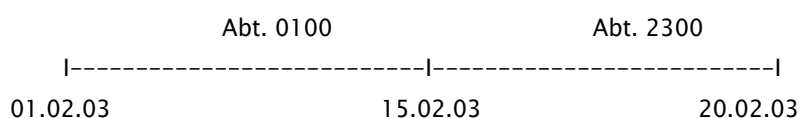
In diesem Fall hat das Krankenhaus die bestehende Rechnung durch eine Gutschrift/Rechnungsstorno (Rechnungsart `04`) gutzuschreiben. Soweit keine andere Möglichkeit zur Abrechnung der erbrachten

Leistung besteht (z. B. im Rahmen einer ambulanten Operation nach § 115b SGB V, ASVneu § 116b SGB V o.ä.) übermittelt das Krankenhaus zur Abrechnung einer dafür vorstationären Vergütung eine neue Rechnung mit der Rechnungsart `22` [Schlussrechnung, Vergütung nach vorstationärer Höhe (Ersatzabrechnung)] und mit den entsprechenden vorstationären Entgelten. Diese Rechnung enthält keine Pflegeentgelte 74* bzw. 84*. Ein ZLG-Segment wird in diesen Rechnungen nicht übermittelt. Die Aufnahmeanzeige und Entlassungsanzeige bleibt unverändert.

1.4.12 Beispiele für Verlegungsfälle

Fall 1: interne Verlegung ohne Wechsel der Abrechnungssysteme (KHEntgG → KHEntgG oder BPfIV → BPfIV)

Abt. 0100 (KHEntgG) → Abt. 2300 (KHEntgG)



Aufnahmesatz

...

FKT+10+01+260500005+100500016'

INV+123456001+++KHINT1'

...

AUF+20030201+1329+0101+0100+20030220+123456789'

...

Entlassungsanzeige

...

FKT+10+01+260500005+100500016'

INV+123456001+++KHINT1'

...

DAU+20030201+20030220'

ETL+20030215+1100+129+0100+[Diagnosen]'

ETL+20030220+0800+012+2300+[Diagnosen]'

ETL+20030220+0800+012+0000+[Diagnosen]'

...

FAB+0100'

FAB+2300'

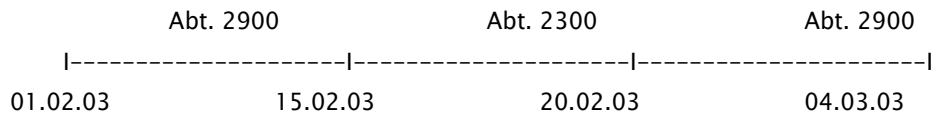
...

Fall 2: interne Verlegung mit Wechsel der Abrechnungssysteme (BPfIV → KHEntgG (analog: KHEntgG → BPfIV))

Abt. 2900 (BPfIV) → Abt. 2300 (KHEntgG)

Fall 3: interne Verlegung mit Wechsel der Abrechnungssysteme und Rückverlegung (BPfIV → KHEntgG → BPfIV (analog: KHEntgG → BPfIV → KHEntgG ohne Neueinstufung))

Abt. 2900 (BPfIV) → Abt. 2300 (KHEntgG) → Abt. 2900 (BPfIV)



Aufnahmesatz 1. Zeitraum

...

FKT+10+01+260500005+100500016'

INV+123456001+++KHINT1'

...

AUF+20030201+1329+0101+2900+20030304+123456789'

...

Entlassungsanzeige 1. Zeitraum

...

FKT+10+01+260500005+100500016'

INV+123456001+++KHINT1'

...

DAU+20030201+20030215'

ETL+20030215+0900+179+2900+[Diagnosen]'

...

FAB+2900'

...

Aufnahmesatz 2. Zeitraum

...

FKT+10+01+260500005+100500016'

INV+123456001+++KHINT2'

...

AUF+20030215+1000+0101+2300+20030304++260500005'

...

Entlassungsanzeige 2. Zeitraum

...

FKT+10+01+260500005+100500016'

INV+123456001+++KHINT2'

...

DAU+20030215+20030220'

ETL+20030220+0800+179+2300+[Diagnosen]'

...

FAB+2300'

...

Aufnahmesatz 3. Zeitraum

...

FKT+10+01+260500005+100500016'

INV+123456001+++KHINT3'

...

AUF+20030220+0900+0101+2900+20030304++260500005'

...

Entlassungsanzeige 3. Zeitraum

...

FKT+10+01+260500005+100500016'

INV+123456001+++KHINT3'

...

DAU+20030220+20030304'

ETL+20030304+0800+012+2900+[Diagnosen]'

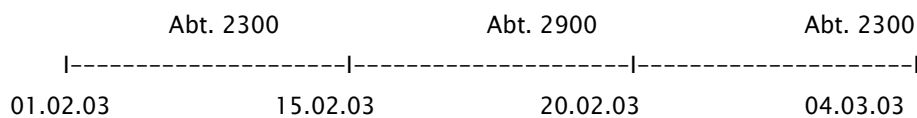
...

FAB+2900'

...

Fall 4: interne Verlegung mit Wechsel der Abrechnungssysteme und Rückverlegung mit Neueinstufung (KHEntg → BPfIV → KHEntg)

Abt. 2300 (KHEntg) → Abt. 2900 (BPfIV) → Abt. 2300 (KHEntg)



Aufnahmesatz 1. Zeitraum

...

FKT+10+01+260500005+100500016'

INV+123456001+++KHINT1'

...

AUF+20030201+1329+0101+2300+20030304+123456789'

...

Entlassungsanzeige 1. Zeitraum

...

FKT+10+01+260500005+100500016'

INV+123456001+++KHINT1'

...

DAU+20030201+20030215'

ETL+20030215+0900+179+2300+[Diagnosen]'

...

FAB+2300'

...

Aufnahmesatz 2. Zeitraum

...

FKT+10+01+260500005+100500016'

INV+123456001+++KHINT2'

...

AUF+20030215+1000+0101+2900+20030303++260500005'

...

Entlassungsanzeige 2. Zeitraum

...

FKT+10+01+260500005+100500016'

INV+123456001+++KHINT2'

...

DAU+20030215+20030220'

ETL+20030220+0800+179+2900+[Diagnosen]'

...

FAB+2900'

...

Aufnahmesatz 3. Zeitraum

...

FKT+10+01+260500005+100500016'

INV+123456001+++KHINT3'

...

AUF+20030220+1000+0101+2300+20030304++260500005'

...

Stornierung des Aufnahmesatzes 3. Zeitraum

...

FKT+30+01+260500005+100500016'

INV+123456001+++KHINT3'

...

...

Entlassungsanzeige 1. Zeitraum

...

FKT+10+01+260500005+100500016'

INV+123456001+++KHINT1'

...

DAU+20030201+20030215'

ETL+20030215+0900+069+2900+[Diagnosen]+260500016'

...

FAB+2900'

...

Aufnahmesatz 2. Zeitraum

...

FKT+10+01+260500016+100500016'

INV+123456001+++KHINT2'

...

AUF+20030215+1000+0101+2300+20030303++260500005'

...

Entlassungsanzeige 2. Zeitraum

...

FKT+10+01+260500016+100500016'

INV+123456001+++KHINT2'

...

DAU+20030215+20030220'

ETL+20030220+0800+139+2300+[Diagnosen]+260500005'

...

FAB+2300'

...

Aufnahmesatz 3. Zeitraum

...

FKT+10+01+260500005+100500016'

INV+123456001+++KHINT3'

...

AUF+20030220+0900+0101+2900+20030304++260500016'

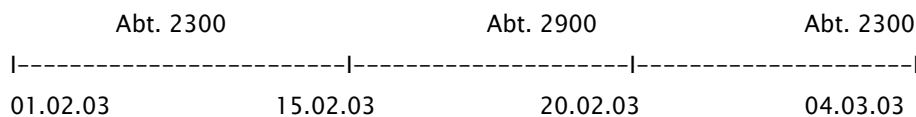
...

Entlassungsanzeige 3. Zeitraum

...
 FKT+10+01+260500005+100500016'
 INV+123456001+++KHINT3'
 ...
 DAU+20030220+20030304'
 ETL+20030304+0800+012+2900+[Diagnosen]'
 ...
 FAB+2900'
 ...

**Fall 6: externe Verlegung mit Wechsel der Abrechnungssysteme und Rückverlegung mit Neueinstufung
 (KHEntgG → BPfIV → KHEntgG)**

Krankenhaus I Abt. 2300 (KHEntgG) → Krankenhaus II Abt. 2900 (BPfIV) → Krankenhaus I Abt. 2300
 (KHEntgG)



Aufnahmesatz 1. Zeitraum

...
 FKT+10+01+260500005+100500016'
 INV+123456001+++KHINT1'
 ...
 AUF+20030201+1329+0101+2300+20030304+123456789'
 ...

Entlassungsanzeige 1. Zeitraum

...
 FKT+10+01+260500005+100500016'
 INV+123456001+++KHINT1'
 ...
 DAU+20030201+20030215'
 ETL+20030215+0900+139+2300+[Diagnosen]+260500016'
 ...
 FAB+2300'
 ...

Aufnahmesatz 2. Zeitraum

...
 FKT+10+01+260500016+100500016'
 INV+123456001+++KHINT2'

...
AUF+20030215+1000+0101+2900+20030303++260500005'
...

Entlassungsanzeige 2. Zeitraum

...
FKT+10+01+260500016+100500016'
INV+123456001+++KHINT2'
...
DAU+20030215+20030220'
ETL+20030220+0800+069+2900+[Diagnosen]+260500005'
...
FAB+2900'
...

Aufnahmesatz 3. Zeitraum

...
FKT+10+01+260500005+100500016'
INV+123456001+++KHINT3'
...
AUF+20030220+1000+0101+2300+20030304++260500016'
...

Stornierung des Aufnahmesatzes 3. Zeitraum

...
FKT+30+01+260500005+100500016'
INV+123456001+++KHINT3'
...
AUF+20030220+1000+0101+2300+20030304++260500016'
...

Stornierung der Entlassungsanzeige 1. Zeitraum

...
FKT+41+01+260500005+100500016'
INV+123456001+++KHINT1'
...
DAU+20030201+20030215'
ETL+20030215+0900+139+2300+[Diagnosen]+260500016'
...
FAB+2300'
...

Entlassungsanzeige 1. und 3. Zeitraum

...

FKT+10+02+260500005+100500016'

INV+123456001+++KHINT1'

...

DAU+20030201+20030304'

ETL+20030215+0900+169+2300+[Diagnosen]+260500016'

ETL+20030220+0800+189+0001+[Diagnosen]'

ETL+20030304+0800+012+2300+[Diagnosen]'

ETL+20030304+0800+012+0000+[Diagnosen]'

...

FAB+2300'

...

1.4.13 Aufschläge gemäß § 275c Absatz 3 SGB V*Umsetzung Aufschläge gemäß § 275c Abs. 3 SGB V*

Gemäß § 275c Abs. 3 SGB V haben Krankenhäuser neben der Rückzahlung der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag einen Aufschlag an die Krankenkasse zu zahlen. Die folgende Verfahrensweise gilt für die elektronische Geltendmachung von Aufschlägen, die ab dem 29.12.2022 (Datum des Inkrafttretens des KHPfIEG) von der Krankenkasse gegenüber dem Krankenhaus geltend gemacht werden. Sie gilt nicht für vor dem 29.12.2022 durch Verwaltungsakt geltend gemachte Aufschläge. Die künftige Verfahrensweise unterscheidet zwischen dem `MDK09`, mit dem die Krankenkasse erstmalig den Aufschlag mitteilt, und dem `MKD04` mit dem die Krankenkasse die Informationen zur Umsetzung des Aufschlages im Zahlungsverkehr übermittelt. Für die folgenden Ausführungen gilt, dass die Angabe von zusätzlichem Freitext in weiteren separaten PVT-Segmenten zu erfolgen hat, das in der Abfolge nach dem Segment folgt, in dem die strukturierte Angabe erfolgt. Der Aufschlag wird wie folgt geltend gemacht:

1. Die Krankenkasse teilt dem Krankenhaus den sich aus den Regelungen des §275c Abs. 3 SGB V ergebenden Aufschlag mit einer Nachricht `Krankenkasseninformation (KAIN)` und dem Schlüssel 30 mit der Ausprägung „MDK09“ mit. Dem Krankenhaus wird dabei in einem zugehörigen PVT-Segment der ursprüngliche Abrechnungsbetrag, der geminderte Abrechnungsbetrag, die Aufschlagsquote ohne Prozentangabe, der Differenzbetrag sowie der Aufschlagsbetrag mitgeteilt. Dies erfolgt jeweils getrennt mit einer Raute im Format:

```
ursprünglicher Abrechnungsbetrag#geminderter
Abrechnungsbetrag#Aufschlagsquote#Differenzbetrag#Aufschlagsbetrag
```

Die Angabe von Abrechnungsbetrag, gemindertem Abrechnungsbetrag, Differenzbetrag und Aufschlagsbetrag erfolgt als reine Zahlen in der Form \$\$\$\$\$,\$\$ ohne weiteren zusätzlichen Text. Dies kann gemeinsam mit der leistungsrechtlichen Entscheidung der Krankenkasse erfolgen, jedoch auch zu einem späteren Zeitpunkt.

2. Das Krankenhaus kann bei Bedarf Einwände gegen Grund oder Höhe des Aufschlages mitteilen. Dies erfolgt mit der Nachricht `Information Krankenhäuser` und der Schlüssel 30 Ausprägung `MDI04`. Das Krankenhaus hat in einem zugehörigen PVT-Segment seine Einwände mit einer entsprechenden Begründung zu übermitteln.
3. Die Krankenkasse kann mit dem Schlüssel `MDK06` (Reaktion zu evtl. Einwänden des Krankenhauses) abschließend reagieren. Ggf. erfolgt weiterer Austausch zwischen Krankenhaus und Krankenkasse jeweils mit `MDI04` oder `MDK06`.
4. Mit dem Schlüssel `MDK08` informiert die Krankenkasse über eine sich ggf. geänderte Aufschlagshöhe, mit Schlüssel `MDK 11` erfolgt eine Information durch die Krankenkasse, wenn die Kommunikation zu einer Rücknahme des Aufschlages führt. In den Fällen, in denen die Kommunikation nicht zu einer Änderung des Aufschlagsbetrages führt, wird das Verfahren durch die Krankenkasse mit dem Schlüssel `MDK07` (Mitteilung über einen unveränderten Aufschlagsbetrag) beendet.

Die Krankenkasse informiert das Krankenhaus mit dem `MDK04` (Festlegung des Aufschlages gemäß § 275c Abs. 3 SGB V durch die Krankenkasse) über den Aufschlagsbetrag. In einem zugehörigen PVT-Segment wird folgender strukturierter Text dargestellt: der Entgeltschlüssel, der Aufschlagsbetrag und eine Rechnungsnummer. 47200033 bzw. A7300033 stellen den Entgeltschlüssel dar, danach folgt mit \$\$\$\$\$,\$\$ die Höhe des Aufschlags durch die Krankenkasse, gefolgt von einer Raute mit dem Präfix „A-“ und den letzten(!) 18 Stellen der ursprünglichen Rechnungsnummer des Krankenhauses. Ist die Verwendung der Nachricht Sammelüberweisung (SAMU) vereinbart, ist diese Rechnungsnummer ebenfalls zu verwenden.

47200033: \$\$\$\$\$,\$\$#A-\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$

Für den Bereich der Entgeltarten BpFIV (bei Anwendung § 17d KHG) gilt der Entgeltschlüssel: A7300033.

Im Rahmen einer SAMU stellt die Krankenkasse zu einem ggf. späteren Zeitpunkt den Aufschlag gemäß § 275c Abs. 3 SGB V mit o.g. Rechnungsnummer ein. Diese beginnt mit dem Präfix „A-“ und enthält danach die letzten(!) 18 Stellen der ursprünglichen Rechnungsnummer des Krankenhauses. Nach bereits erfolgter Zahlung führt das Einstellen des Aufschlages in KAIN zu einer Gutschrift (Rechnungsart 04) des Betrages in der Sammelüberweisung.

Mit dem Schlüssel `MDK14` passt eine Krankenkasse, wenn entsprechender Anpassungsbedarf besteht, einen bereits geltend gemachten Aufschlag z.B. infolge rechtskräftigen Gerichtsurteils an. Auch nach dem Versand des Schlüssels 'MDK14' ist eine weitere, einmalige Verwendung dieses Schlüssels möglich. Dabei kann es sich bei einer Erhöhung des Aufschlagsbetrags um den zusätzlichen Forderungsbetrag bzw. bei einer Verringerung um den teilweisen bzw. vollständigen Erstattungsbetrag handeln. Die Krankenkasse übermittelt den endgültigen Differenzbetrag und kann diesen in der Sammelüberweisung (SAMU) anwenden. Der Aufschlag ist in Abhängigkeit davon, ob es sich um eine Forderung oder Erstattung handelt, folgendermaßen als strukturierter Text in einem zugehörigen PVT-Segment darzustellen:

- o Entgeltschlüssel (bei Erstattungen 47100048 bzw. A6300048, bei Forderungen 47200033 bzw. A7300033),
- o Höhe des erstatteten oder geforderten Aufschlags durch die Krankenkasse gefolgt von einer Raute (\$\$\$\$\$,\$\$#),
- o die letzten(!) 18 Stellen der ursprünglichen Rechnungsnummer des Krankenhauses mit dem Präfix „B-“ (B-\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$\$).

In der Nachricht SAMU wird der geforderte bzw. erstattete Aufschlag mit der ursprünglichen Rechnungsnummer (B-*) angegeben. Bei Forderungen ist als Rechnungsart 04, bei Erstattungen 03 zu verwenden.

1.4.14 Abrechnung der Übergangspflege

Grundsätze der Abrechnung

Für die Abrechnung der Leistungen im Rahmen der Übergangspflege regelt die Vereinbarung über eine einheitliche und nachprüfbare Dokumentation zum Vorliegen der Voraussetzungen der Übergangspflege gemäß § 39e Absatz 1 SGB V, dass die Übergangspflege als ein eigenständiger, von der Krankenhausbehandlung abgegrenzter Fall abzurechnen ist. Für die Abrechnung der Übergangspflege finden nur die Nachrichtentypen `Aufnahmesatz`, `Rechnungssatz`, `Entlassungsanzeige`, `Zahlungssatz`, `Krankenhausinformation`, `Krankenkassenantwort`, `Kostenübernahmesatz` und `Zuzahlungsgutschrift-/Rückforderung` Anwendung.

Umsetzung in ausgewählten Nachrichtentypen:

Aufnahmedatensatz:

Für die Aufnahme eines Patienten im Rahmen der Übergangspflege ist ein Aufnahmesatz mit dem Aufnahmegrund `1101` Übergangspflege vom Krankenhaus an die Krankenkasse zu übermitteln. Der Aufnahmetag entspricht dem Entlassungstag des vorangegangenen stationären Falls. Im Datenfeld `Fachabteilung` ist die Fachabteilung des Standortes anzugeben, in der sich der Patient befindet. Es muss sich nicht um die gleiche Fachabteilung oder den Standort des unmittelbar vorangegangenen stationären Krankenhauses handeln. Im Feld `voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung` ist der Tag der geplanten Dauer der Übergangspflege anzugeben. Insofern dieser nicht bekannt ist, ist der 10. Tag nach der Aufnahme in die Übergangspflege anzugeben. Alle anderen Kann-Felder des Segmentes `AUF` werden nicht übermittelt, optional kann in dem Feld „IK des veranlassenden Krankenhauses“ das IK des eigenen Krankenhauses angegeben werden. Im Segment `EAD` wird im Feld `Aufnahmediagnose` die Diagnose angegeben, mit der der Patient in die Übergangspflege übergeben wurde.

Entlassungsanzeige:

Das Krankenhaus dokumentiert in der Entlassungsanzeige im Segment `STA` den Standort, an dem sich der Patient im Rahmen der Übergangspflege befindet. Es muss sich nicht um den Standort des unmittelbar vorangegangenen stationären Krankenhauses handeln. Wechsel des Standortes sind entsprechend zu dokumentieren. Der Aufnahmetag entspricht dem Entlassungstag des vorangegangenen stationären Falls. Im ETL bzw. FAB Segment übermittelt das Krankenhaus die Fachabteilung, in der die Übergangspflege erbracht wird. Sofern die Übergangspflege in einer eigenständigen Organisationseinheit erbracht wird, die nicht einer Fachabteilung zugeordnet ist, ist der Fachabteilungsschlüssel für die Sonstige Fachabteilung `3700` zu verwenden. Es wird lediglich die Hauptdiagnose des vorangegangenen stationären Falles im Feld `Hauptdiagnose` angegeben. Die Segmente NDG und EBG entfallen. Als Entlassungstag ist der tatsächliche Tag der Entlassung aus der Übergangspflege anzugeben. Dies gilt auch, wenn der Patient länger als die maximal zu vergütenden 10 Tage im Krankenhaus verbleibt.

Für die Abrechnung der Übergangspflege müssen der Krankenkasse die Dokumentation gemäß Anlage 1 der Vereinbarung über eine einheitliche und nachprüfbare Dokumentation zum Vorliegen der Voraussetzungen

der Übergangspflege gemäß § 39e Absatz 1 SGB V (Dokumentations-Vereinbarung Übergangspflege) und die vollständigen Abrechnungsunterlagen des unmittelbar vorherigen stationären Falles vorliegen.

Rechnungssatz:

Das Krankenhaus dokumentiert im Rechnungssatz im Segment `STA` den Standort, an dem sich der Patient im Rahmen der Übergangspflege befindet. Es muss sich nicht um den Standort des unmittelbar vorangegangenen stationären Krankenhausfalles handeln. Wechsel des Standortes sind entsprechend zu dokumentieren. Zur eindeutigen Abgrenzung zum unmittelbar vorangegangenen stationären Falles wird eine eigene Rechnungsnummer für den Übergangspflegefall vergeben. Als Rechnungsarten können `05` oder `55` (Rechnung Übergangspflege) sowie `03` und `53` (Nachtragsrechnung) angegeben werden. Nur in den Fällen, in denen durchgeführte Verwaltungskosten mit den Entgelten `47120001` oder `47120004` in Rechnung gestellt werden, ist die Übermittlung einer Nachtragsrechnung (Rechnungsart `03`) zulässig. Die Rechnungsart `53` ist in diesem Zusammenhang ebenfalls zulässig.

Der Aufnahmetag entspricht dem Entlassungstag des vorangegangenen stationären Falls. Bei Korrektur einer Rechnung der Übergangspflege ist zunächst eine Stornierung mit Rechnungsart `04` und anschließend eine Neustellung mit Rechnungsart `05` bzw. `55` vorzusehen. Zwischenrechnungen (Rechnungsart `01` bzw. `51`) sind nicht zulässig.

Mit der Kostenübernahme werden von der Krankenkasse die Zuzahlungstage (max. 28 Tage im Kalenderjahr) bzw. die restlichen Zuzahlungstage an das Krankenhaus gemeldet. Bei Befreiungstatbeständen oder bereits ausgeschöpfter Zuzahlung im Kalenderjahr bleibt das Datenfeld "Zuzahlungstage" leer oder es werden "0" Zuzahlungstage gemeldet. Bei einer Ablehnung der Kostenübernahme bleiben die Felder "Kostenübernahme ab", "Kostenübernahme bis" und "Zuzahlungstage" leer. Im Datenfeld `Fachabteilung` ist die Fachabteilung des Standortes anzugeben, in der sich der Patient befindet. Im `ENT` Segment finden im Feld `Entgeltart` Entgeltschlüssel aus dem Bereich der Übergangspflege `91` Anwendung. Eine Vergütung ist erst mit Vorliegen einer Vereinbarung auf Landesebene möglich.

1.4.15 Dokumentation und Abrechnung tagesstationärer Behandlung nach §115e SGB V

Die Vereinbarung über eine „Dokumentation zur tagesstationären Behandlung im Krankenhaus gemäß §115e Abs. 4 SGB V (Dokumentations-Vereinbarung Tagesstationäre Behandlung)“ in Verbindung mit der Abrechnungsvereinbarung regelt das Nähere zur Erbringung der tagesstationären Behandlung.

Die tagesstationäre Behandlung wird im Rahmen der Fallabwicklung des vollstationären Falles abgerechnet bzw. dokumentiert. Es ist kein gesonderter Aufnahmegrund geregelt. Im Rahmen der Abrechnung ist jeder tagesstationäre Behandlungstag anzugeben. Verlässt der Patient das Krankenhaus im Rahmen einer tagesstationären Behandlung werden die Abwesenheiten über Nacht jeweils als „fiktive Verlegung“ dokumentiert. In Abhängigkeit davon, ob eine Rückkehr des Patienten ungeplant vor 06:00 Uhr des Folgetags oder geplant erfolgt, ist dies folgendermaßen zu dokumentieren:

Als Tag der Entlassung/Verlegung und als Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit sind der Tag und die Uhrzeit des jeweiligen Beginns der Abwesenheit über Nacht mit der verlegenden Fachabteilung und dem Entlassungs-/Verlegungsgrund „319“ (Beginn eines externen Aufenthalts (tagesstationäre Behandlung) in einer SG1 Segmentgruppe im ETL Segment anzugeben. Als Hauptdiagnose ist die Hauptdiagnose der verlegenden

Fachabteilung anzugeben. Die Angabe der Sekundärdiagnose, des IK der aufnehmenden Institution sowie von Nebendiagnosen (NDG-Segment) entfällt.

Als Tag der Entlassung/Verlegung und als Entlassungs-/Verlegungsurzeit sind der Tag und die Uhrzeit des jeweiligen Beginns der Abwesenheit über Nacht mit der verlegenden Fachabteilung und dem Entlassungs-/Verlegungsgrund „319“ (Beginn eines externen Aufenthalts (tagesstationäre Behandlung) in einer SG1 Segmentgruppe im ETL Segment anzugeben. Als Hauptdiagnose ist die Hauptdiagnose der verlegenden Fachabteilung anzugeben. Die Angabe der Sekundärdiagnose, des IK der aufnehmenden Institution sowie von Nebendiagnosen (NDG-Segment) entfällt.

Bei der Rückkehr aus der Abwesenheit über Nacht sind als Tag der Entlassung/Verlegung und als Entlassungs-/ Verlegungsurzeit der Tag und die Uhrzeit der jeweiligen Beendigung der Abwesenheit über Nacht mit den Entlassungs-/Verlegungsgründen:

- 32 Reguläre Beendigung eines externen Aufenthalts bei tagesstationärer Behandlung
- 33 Ungeplante Beendigung eines externen Aufenthalts bei tagesstationärer Behandlung – Notfall
- 34 Ungeplante Beendigung eines externen Aufenthalts bei tagesstationärer Behandlung – medizinischer Behandlungsbedarf
- 35 Ungeplante Beendigung eines externen Aufenthalts bei tagesstationärer Behandlung – Wunsch des Patienten

und der Pseudo-Fachabteilung 0006 (Pseudo-Fachabteilung für Rückkehr in das Krankenhaus bei tagesstationärer Behandlung) anzugeben. Als Hauptdiagnose ist die Hauptdiagnose der verlegenden internen Fachabteilung zu übernehmen. Die Angabe der Sekundärdiagnose, des IK der aufnehmenden Institution sowie von Nebendiagnosen (NDG-Segment) entfällt.

Sofern Patientinnen und Patienten zwischen ihrer Aufnahme in das Krankenhaus und ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus im Rahmen einer tagesstationären Behandlung für die Nacht das Krankenhaus verlassen, ist für die nicht anfallenden Übernachtungskosten ein Abzug von den für den vollstationären Aufenthalt insgesamt berechneten Entgelten vorzunehmen, der 0,04 Bewertungsrelationen je betreffender Nacht entspricht, wobei der Abzug einen Anteil von 30 Prozent der Entgelte für den Aufenthalt insgesamt nicht überschreiten darf. Dafür wird der Entgeltschlüssel 47200047 verwendet.

Die Abschläge der tagesstationären Behandlung werden in einem zusammengefassten Entgelt-Segment abgebildet. Als Anzahl wird der Wert 1 angegeben.

1.4.16 Abrechnung Spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG) nach § 115f SGB V

Teil 1 Abrechnungen für Übermittlungen ab dem 01.05.2024 für Aufnahmen ab dem 01.01.2024

Die Abrechnung der speziellen sektorengleichen Vergütung erfolgt als eigenständiger Fall sofern der betreffende Fall bei Anwendung des jeweils gültigen aG-DRG-Groupierungsalgorithmus in die betreffende

Hybrid-DRG eingruppiert wird. Es gelten die Regelungen der Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung vom 06.02.2024. Maßgeblich für die Abrechnung sind Fälle mit einem Aufnahmetag ab dem 01.01.2024.

Wird ein Patient oder eine Patientin, für die eine Hybrid-DRG gemäß der Anlage 2 der Hybrid-DRG-Verordnung abrechenbar ist, am Tag der Entlassung in unmittelbarem Zusammenhang mit der Leistungserbringung gemäß § 115f SGB V zur vollstationären Krankenhausbehandlung wiederaufgenommen, sind die Falldaten der Aufenthalte zusammenzufassen. Das sich aus der Neugruppierung der zusammengefassten Falldaten ergebende Entgelt ist dann entsprechend der maßgeblichen vergütungsrechtlichen Vorgaben abzurechnen.

Für die Abrechnung finden die Nachrichtentypen `Aufnahmesatz`, `Rechnungssatz`, `Entlassungsanzeige`, `Zahlungssatz`, `Krankenhausinformation`, `Krankenkassenantwort`, `Kostenübernahmesatz` und `Sammelüberweisung` Anwendung.

Umsetzung in ausgewählten Nachrichtentypen:

Aufnahmedatensatz:

Für die Aufnahme eines Patienten im Rahmen der speziellen sektorengleichen Vergütung nach §115f SGB V ist ein Aufnahmesatz mit dem Aufnahmegrund `1201` (Krankenhausbehandlung nach §115f SGB V) vom Krankenhaus an die Krankenkasse zu übermitteln. Im Falle einer Überweisung ist die Angabe des überweisenden niedergelassenen Vertragsarztes in den Segmenten AUF (Arztnummer/BSNR) und EAD (Einweisungsdiagnosen) vorzunehmen.

Entlassungsanzeige:

Es gelten keine gesonderten Vorgaben für die Entlassungsanzeige. Es gelten die Regelungen der Deutschen Kodierrichtlinien in der jeweils aktuellen Fassung. Maßgeblich für die Eingruppierung ist der Tag der Aufnahme in das Krankenhaus.

Rechnungssatz:

Als Rechnungsarten finden die gleichen Vorgaben wie im stationären Bereich Anwendung, es gibt keine gesonderten Rechnungsarten. Das Segment ZLG entfällt.

Im `ENT` Segment finden im Feld `Entgeltart` die Entgeltschlüssel aus dem Bereich der Hybrid-DRGs `7090####` Anwendung. An den Stellen 5.-8. wird die Hybrid-DRG (Spalte 1 der Anlage 2 Hybrid-DRG-V in seiner jeweils geltenden Fassung) mit der dort angegebenen Bewertung in Euro angegeben. Eine Abrechnung von weiteren Entgelten ist in Verbindung mit der Abrechnung der Hybrid-DRG gemäß Anlage 2 der Hybrid-DRG-Verordnung ausgeschlossen. Nachtragsrechnungen sind nicht zulässig.

Hinweis: Bei den bestehenden prozentualen Zu- und Abschlägen, bei denen im jeweiligen Berechnungsschema Bezug auf die Entgelte 70xxxxxx bis 74xxxxxx gemäß KHEntgG und FPV genommen wird, sind die Entgelte für Hybrid-DRG (7090xxxx) bei der Ermittlung des Zu-/Abschlagsbetrages nicht zu berücksichtigen.

Einigt sich ein Krankenhaus mit dem Kostenträger nach einer Einzelfallprüfung darauf, dass ein Fall als Hybrid-DRG-Fall hätte durchgeführt werden müssen, ist folgendermaßen vorzugehen:

- die Schlussrechnung ist mit der Rechnungsart ,04' (Gutschrift / Stornierung) zu stornieren.
- die Entlassungsanzeige ist mit dem Verarbeitungskennzeichen `40` zu stornieren.
- die Aufnahmeanzeige ist mit dem Verarbeitungskennzeichen `20` zu korrigieren und als Aufnahmegrund ist ,12' anzugeben.

Teil 2 Zwischenrechnungen ab dem 15.02.2024 für Aufnahmen ab dem 01.01.2024 – 30.04.2024

Für Hybrid-DRG-Fälle, die bis zum 30.04.2024 in das Krankenhaus aufgenommen wurden, nehmen Krankenkassen ab dem 15.02.2024 eine Zwischenabrechnung (Rechnungsart 01 bzw. 51) dieser Leistungen mit dem Aufnahmegrund („01“ „Krankenhausbehandlung, vollstationär“) und gesonderter Kennzeichnung an. Die Aufnahmeanzeige enthält im Feld `Vertragskennzeichen` im Segment INV den Wert `HYB`. Es wird der Entgeltartenschlüssel 70888888 (Teilzahlung nach § 11 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG) verwendet. Der Entgeltbetrag entspricht dabei der Bewertung (in Euro) der Anlage 2 der Hybrid-DRG-V. Die Übermittlung einer Entlassungsanzeige soll nicht erfolgen und es wird keine Schlussrechnung übermittelt. Es sind keine weiteren Entgelte zulässig. Das Segment ZLG entfällt.

Zwischenrechnungen, die nach obiger Regelung an die Krankenkasse übermittelt wurden, sind bis spätestens zum 31.08.2024 gutzuschreiben / zu stornieren und eine Entlassungsanzeige und Schlussrechnung für diesen Abrechnungszeitraum zu erstellen. Die Aufnahmeanzeige wird geändert und mit dem neuen Aufnahmegrund `1201` und dem Verarbeitungskennzeichen `20` (Korrektur) neu übermittelt. Diese Aufnahmeanzeige und folgende Nachrichten haben den Wert HYB im Vertragskennzeichen dann nicht mehr zu enthalten.

2. Hinweise zu Datenelementen

2.1 AUF Segment Aufnahme

1. Aufnahmetag

Der Aufnahmetag ist der Tag der Aufnahme des Versicherten zu einer voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Entbindung.

Bei einer vorstationären Behandlung wird erst mit der vollstationären Aufnahme ein Aufnahmesatz übermittelt, der Aufnahmetag ist dann der Tag der vollstationären Aufnahme. (Die Information über eine vorstationäre Behandlung erfolgt über den Aufnahmesatz im Feld Aufnahmegrund. Das Datum der vorstationären Behandlung wird mit dem Rechnungssatz über die Felder "Abrechnung von" und "Abrechnung bis" gemeldet.) Bei einer vorstationären Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung (Aufnahmegrund: '04') wird ein Aufnahmesatz mit dem Tag des Zugangs/der erstmaligen Behandlung als Aufnahmetag gemeldet.

Wird bei Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers während der voll- oder teilstationären Behandlung ein Aufnahmesatz an die dann zuständige Krankenkasse übermittelt (Aufnahmegrund: '2x'), wird als Aufnahmetag der tatsächliche Tag der Aufnahme zur Krankenhausbehandlung unverändert gemeldet. Die zeitliche Abgrenzung gegenüber den Kostenträgern erfolgt über die Rechnungssätze und Entlassungsanzeigen.

2. Aufnahmeuhrzeit

Es ist die Uhrzeit der Aufnahme zur vollstationären oder teilstationären Krankenhausbehandlung in Stunden (00 – 23) und Minuten (00 – 59) anzugeben. Bei vorstationärer Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung kann die "Aufnahmeuhrzeit" mit '0000' angegeben werden.

3. Aufnahmegrund

Schlüssel: 1

Der Aufnahmegrund enthält die leistungsrechtlich erforderliche Differenzierung des Grundes der Aufnahme.

Für gesunde Neugeborene ist ausnahmslos der Aufnahmegrund „06“ (Geburt) anzugeben, unabhängig davon ob das Neugeborene voll- oder teilstationär versorgt wird.

Für eine stationäre Aufnahme zur Organentnahme ist ausnahmslos der Aufnahmegrund „08“ (Stationäre Aufnahme zur Organentnahme) anzugeben, unabhängig davon ob ein Organ tatsächlich entnommen wird oder nicht, ob es sich um eine Vor- oder Abklärungsuntersuchung oder ob es sich um eine Aufnahme zur teilstationären Behandlung handelt.

Leitet das Krankenhaus eine Behandlung entsprechend einem Vertrag zur integrierten Versorgung ein und liegt dem Krankenhaus die Bestätigung des Patienten zur Teilnahme an diesem Vertrag vor, teilt das Krankenhaus dies der Krankenkasse bereits mit dem Aufnahmesatz frühzeitig durch die Angabe der „4“ an der dritten Stelle des Aufnahmegrundes mit.

4. Fachabteilung

Es ist die aufnehmende Fachabteilung nach Schlüssel 6 anzugeben.

5. Voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung

Die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung ist vom Krankenhausarzt anhand der Gegebenheiten des Einzelfalls festzulegen. Das Krankenhaus meldet den voraussichtlichen Tag der Entlassung aus der Krankenhausbehandlung. Bei rein vorstationärer Behandlung ist der letzte Tag der Behandlung anzugeben.

6. Arztnummer des einweisenden Arztes

Die Arztnummer des einweisenden Vertragsarztes ist aus dem Einweisungsvordruck zu übernehmen (Der Einweisungsvordruck enthält als Folge der Umsetzung des VÄndG ab 01.07.2008 sowohl die Betriebsstättennummer als auch die Arztnummer.). Erfolgt eine stationäre Einweisung direkt aus einer ASV-Behandlung durch ein ASV-Mitglied ohne LANR, kann die 9stellige Fachgruppennummer verwendet werden.

7. Betriebsstättennummer des einweisenden Arztes

Die Betriebsstättennummer des einweisenden Vertragsarztes ist aus dem Einweisungsvordruck zu übernehmen (Der Einweisungsvordruck enthält als Folge der Umsetzung des VÄndG ab 01.07.2008 sowohl die Betriebsstättennummer als auch die Arztnummer.). Erfolgt eine stationäre Einweisung direkt aus einer ASV-Behandlung durch ein ASV-Mitglied ohne BSNR, kann die 9stellige Teamnummer verwendet werden.

8. IK des veranlassenden Krankenhauses

Bei Aufnahme eines Versicherten als Folge einer Verlegung aus einem Krankenhaus ist das Institutionskennzeichen des verlegenden (die Aufnahme veranlassenden) Krankenhauses anzugeben. Bei Verlegung aus einem ausländischen Krankenhaus ist das Pseudo-IK "979979956" anzugeben.

9. Veranlassende Stelle bei Notfallaufnahme

Bei Notfallaufnahme ist die die Aufnahme veranlassende Stelle (z. B. Rettungsdienst) anzugeben.

10. Zahnarztnummer des einweisenden Zahnarztes

Die Zahnarztnummer des einweisenden Vertragsarztes (KZV-Nummer) ist aus dem Einweisungsvordruck zu übernehmen.

11. Aufnahmegewicht

Bei Aufnahme von Kleinkindern (eigener Behandlungsfall) mit einem Aufnahmealter bis zu einem Jahr ist das Aufnahmegewicht in Gramm anzugeben.

2.2 BDG Segment Behandlungsdiagnose (99 x möglich)

1. Behandlungsdiagnose

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement die Angabe einer Diagnose mit ihrem amtlichen ICD-Schlüssel (linksbündig mit Sonderzeichen '.', '-' und '#' (Kreuzdiagnose) ohne Leerzeichen), die für die Indikation zur ambulanten Operation/Behandlung maßgeblich ist. In dem 2. Datenfeld kann eine Lokalisation der Diagnose entsprechend der Spezifizierungen des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Diagnose relevant ist. In dem 3. Datenfeld muss die Diagnosesicherheit der Diagnose entsprechend der Spezifizierungen des Diagnoseschlüssels angegeben werden, soweit die Angabe der Diagnose gem. § 295 Abs. 1 SGB V erfolgt.

Bei Abrechnung nach § 116b SGB (neu): Sofern der Definitions- bzw. Indikationsauftrag (Überweisung) gemäß § 2 Abs. 4 Satz 2 ASV-RL durch eine Diagnose nach ICD-10-GM konkretisiert wird, ist die „Überweisungsdiagnose“ innerhalb der ASV zusätzlich (in Verbindung mit der Diagnoseart „2“) anzugeben.

2. Sekundär-Diagnose

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement die Angabe eines zusätzlichen Diagnoseschlüssels, sofern die Behandlungsdiagnose 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. In dem 3. Datenfeld muss die Diagnosesicherheit der Diagnose entsprechend der Spezifizierungen des Diagnoseschlüssels angegeben werden, soweit die Angabe der Diagnose gem. § 295 Abs. 1 SGB V erfolgt.

3. Diagnoseart

Als Diagnoseart werden standardmäßig die Behandlungsdiagnosen mit der Ausprägung „1“ gekennzeichnet. In jedem Behandlungsfall muss es mindestens eine Diagnose geben, die mit der Diagnoseart „1“ gekennzeichnet ist.

Gesondert davon werden Überweisungsdiagnosen **innerhalb** der ambulanten spezialfachärztlichen Behandlungen (Verarbeitungskennzeichen „13 bzw. „43“) mit „2“ (Diagnose der Überweisung innerhalb der ASV) gekennzeichnet.

Mitbehandelte Diagnosen in den Hochschulambulanzen (Verarbeitungskennzeichen `08`, `17`, `37` bzw. `48`) sind durch eine „3“ (mitbehandelte Diagnosen) zu kennzeichnen.

4. Teammitgliedsidentifikation

Bei der Abrechnung nach § 116b (neu) übermitteln Krankenhäuser bei Überweisung innerhalb eines ASV-Teams für die überweisenden Krankenhausärzte die 9stellige Fachgruppennummer (vergeben bzw. bestätigt durch die ASV-Servicestelle) bzw. die Arztnummer des überweisenden Vertragsarztes. Die Fachgruppennummer setzt sich wie folgt zusammen: Stellen 1 bis 6: Pseudo-Arztnummer „55555“, Stelle 7 Ordnungsnummer entsprechend der Reihenfolge in der Anzeige an die ASV-Servicestelle (KH-Zähler), Stellen 8 und 9: Fachgruppencode gemäß Schlüssel 27. Sonst bleibt das Feld leer.

5. Standortnummer/Betriebsstättennummer

In diesem Feld ist gemäß dem Verzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V die für Ambulanzen nach § 116b – 120 Abs. 1a SGB V gültige Standortnummer anzugeben. Bei Ambulanzen, die keine Standortnummer gemäß dem Verzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V erhalten, kann die Betriebsstättennummer angegeben werden. Bei der Abrechnung der Hochschulambulanzen sind die Standorte der Hochschulambulanzen durch Standort- oder Betriebsstättennummern zu kennzeichnen. Betriebsstättennummern können die Fachabteilungsinformationen enthalten. Sonst bleibt das Feld leer.

6. Fachabteilung HSA

Bei der Abrechnung der Hochschulambulanzen sind zusätzlich zum Standort die im Behandlungsfall in Anspruch genommenen Fachabteilungen zu kennzeichnen. Sonst bleibt das Feld leer.

7. Erster Tag Mitbehandlung/Standort

Bei Mitbehandlungen ist jeweils der erste Tag der Mitbehandlung an einem anderen Standort zu übermitteln.

2.3 CUX Segment Währung

1. Währungskennzeichen

Die allen Entgeltbeträgen der Nachricht zugrundeliegende Währung ist entsprechend der ISO Norm 4217 als dreistelliges Kürzel anzugeben (z.B. 'DEM' für Deutsche Mark, 'EUR' für Euro).

2.4 DAU Segment Dauer

1. Aufnahmetag

siehe AUF

2. Voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung (bei Verlängerungsanzeige)

Wenn nach dem Vertrag nach § 112 SGB V erforderlich, wird mit diesem Feld die neue voraussichtliche Dauer angegeben. Es wird der voraussichtliche Tag der Entlassung aus der Krankenhausbehandlung gemeldet.

Entlassungstag (bei Entlassungsanzeige)

Der Entlassungstag ist der Tag der Beendigung der vollstationären oder teilstationären Krankenhausbehandlung durch Entlassung, Verlegung des Versicherten in ein anderes Krankenhaus oder interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Geltungsbereichen der BpflV und des KHEntgG.

Bei Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers (Entlassungsgrund '05') ist als Entlassungstag der Tag der Beendigung der Leistungspflicht der ersten Krankenkasse anzugeben.

Bei einer nachstationären Behandlung wird der Krankenkasse über den Entlassungsgrund mitgeteilt, daß eine anschließende nachstationäre Behandlung vorgesehen ist. (Das Datum der nachstationären Behandlung wird mit dem Rechnungssatz über die Felder "Abrechnung von" und "Abrechnung bis", die Beendigung durch die Rechnungsart "Schlußrechnung" mitgeteilt.)

3. Nachfolgediagnose, die ab dem die Arbeitsunfähigkeit allein begründet hat

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement diejenige Nachfolgediagnose, die anstelle der Aufnahme- und Nachfolgediagnose allein die Arbeitsunfähigkeit des Patienten begründet hat. Sie ist nach dem amtlichen ICD-Schlüssel anzugeben (linksbündig mit Sonderzeichen '.', '-' und '#' (Kreuzdiagnose) ohne Leerzeichen). In dem 2. Datenfeld kann eine Lokalisation der Diagnose entsprechend der Spezifizierungen des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Diagnose relevant ist. Die Angabe dient der Krankenkasse dazu, die leistungsrechtlichen Fristen für die Gewährung von Krankengeld zu ermitteln.

4. Sekundär-Diagnose

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement die Angabe eines zusätzlichen Diagnoseschlüssels, sofern die Nachfolgediagnose 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.

5. Ab-Datum

Datum, ab dem die Nachfolgediagnose die Arbeitsunfähigkeit allein begründet hat.

6. Beatmungstunden (nur bei Entlassungsanzeige)

Sofern der Versicherte während des Krankenhausaufenthaltes künstlich beatmet wurde, ist die Dauer der künstlichen Beatmung in Stunden anzugeben.

2.5 DPV Segment Diagnosen- und Prozedurenversion

1. ICD-Version

Es ist die Versionskennung des für die im Krankenhaus erstellten Diagnosen verwendeten Diagnoseschlüssels mit Sonderzeichen anzugeben (z. B. "2023").

Einweisungs- und Überweisungsdiagnosen werden wie im Verordnungsvordruck enthalten angegeben. Für diese Diagnosen gilt die Versionsangabe nicht.

Bei Versionswechsel müssen Fälle nach alter Version abgeschlossen werden.

2. OPS-Version (nur bei Entlassungsanzeige und Rechnungssatz Ambulante Operation)

Es ist die Versionskennung des verwendeten Prozedurenschlüssels mit Sonderzeichen anzugeben (z. B. "2023").

Bei Versionswechsel müssen Fälle nach alter Version abgeschlossen werden.

3. Alpha-ID-SE Version

Es ist die Versionskennung des verwendeten Alpha-ID-SE Katalogs mit Sonderzeichen anzugeben (z.B. "2023"). Bei Versionswechsel müssen Fälle nach alter Version abgeschlossen werden.

2.6 EAD Segment Einweisungs- und Aufnahmediagnose (20 x möglich)

1. Aufnahmediagnose

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement die vom Krankenhausarzt bei der Aufnahme des Versicherten festgestellte Diagnose. Sie ist nach dem amtlichen ICD-Schlüssel anzugeben (linksbündig mit Sonderzeichen '.', '-' und '#' (Kreuzdiagnose) ohne Leerzeichen). In dem 2. Datenfeld kann eine Lokalisation der Diagnose entsprechend der Spezifizierungen des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Diagnose relevant ist.

2. Sekundär-Diagnose Aufnahme

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement die Angabe eines zusätzlichen Diagnoseschlüssels, sofern die Aufnahmediagnose 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.

3. Einweisungsdiagnose

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement die vom Vertragsarzt bei Verordnung von Krankenhausbehandlung im Verordnungsvordruck anzugebende Diagnose nach dem amtlichen ICD-Schlüssel (linksbündig mit Sonderzeichen '.', '-' und '#' (Kreuzdiagnose) ohne Leerzeichen). In dem 2. Datenfeld kann eine Lokalisation der Diagnose entsprechend der Spezifizierung des Diagnoseschlüssels erfolgen. Enthält der Verordnungsvordruck keinen Diagnoseschlüssel / keine Spezifizierung, entfällt die Angabe durch das Krankenhaus.

4. Sekundär-Diagnose Einweisung

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement die Angabe eines zusätzlichen Diagnoseschlüssels, sofern die Einweisungsdiagnose im Verordnungsvordruck eine zweite Diagnoseangabe enthält. 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 Spezifizierung des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern diese Angabe im Verordnungsvordruck enthalten ist.

2.7 EBG Segment Entbindung (2 x möglich)

1. Tag der Entbindung

Es wird der Tag (bei Mehrlingsgeburten über Mitternacht: die Tage) der Entbindung, auch bei einer Totgeburt, angegeben.

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 aktuell keine EBM Ziffern.

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). Das Feld enthält Uhrzeiten der Leistungserbringung im vierstelligen Format „HHMM“, soweit dies in den Bestimmungen des EBM beschrieben bzw. für die Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung erforderlich ist.

Bei quartalsübergreifenden Behandlungsfällen nach § 117 SGB V ohne erneuter Vorlage einer Überweisung kann der Verweis auf den „Erstkontakt“ im ENA-Segment im Feld Abrechnungsbegründung mit einem vorangestellten „Ü_“ im Format „TT.MM.JJJJ“ vorgenommen werden, um aufwendige Rückfragen zu vermeiden.

4. In Honorarsumme für Pauschale enthalten

Das Feld ist dann mit „J“ zu befüllen, wenn die entsprechende EBM-Position (Entgeltart) zur Berechnung des pauschalen Zuschlags nach § 11 Abs. 3 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V (AOP-Vertrag) herangezogen wird.

Ansonsten bleibt das Feld leer.

5. 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.

6. Punktzahl

Für EBM-Ziffern ist die Punktzahl nach EBM-Katalog anzugeben.

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, 08535, 08537, 08538, 08539, 08540, 08550, 08555, 08558, 08575, 08576 sowie die damit zusammenhängenden ärztlichen Leistungen nach den EBM-Ziffern 01510, 01511, 01512, 02100, 02341, 05310, 05330, 05340, 05341, 05350, 11301, 11302, 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.

Psychotherapeutische Ausbildungsstätten nach § 117 Abs. 3 und Psychologische Universitätsinstitute nach § 117 Abs. 2, die in entsprechender Anwendung von § 120 Abs. 2 S. 2 SGB V eine Vergütung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vereinbart haben, die einer dynamischen Verweisung auf den EBM gleichkommt (Vgl. BSG Az. B 6 KA 41/17 R, Rdnr. 18), können Strukturzuschläge des Abschnitts 35.2.3.1 des EBM in Höhe von 50 % der im EBM angegebenen Punktzahl abrechnen, sofern die zugrundeliegenden Leistungen erbracht wurden (BSG Az. B 6 KA 4/21 R). Hierfür sind die um 50 % gekürzten ganzstellig kaufmännisch gerundeten Punktzahlen anzugeben.

7. 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.

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.

9. 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.

10. 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.

11. Teammitgliedsidentifikation

Bei der Abrechnung nach § 116b (neu) übermitteln Krankenhäuser für die behandelnden Krankenhausärzte die 9stellige Fachgruppennummer (vergeben bzw. bestätigt durch die ASV-Servicestelle) je Entgeltart. Die Fachgruppennummer setzt sich wie folgt zusammen: Stellen 1 bis 6: Pseudo-Arztnummer „55555“, Stelle 7 Ordnungsnummer entsprechend der Reihenfolge in der Anzeige an die ASV-Servicestelle (KH-Zähler), Stellen 8 und 9: Fachgruppencode gemäß Schlüssel 27. Sonst bleibt das Feld leer.

12. Teamebene

Bei Abrechnung nach § 116b (neu) geben Krankenhausärzte neben der Fachgruppennummer ihre jeweilige Teamzugehörigkeit anhand der Teamebene gemäß Schlüssel 25 an. Sonst bleibt das Feld leer.

13. Gennummer, codiert

Setzt der EBM die Art der Untersuchung (Gennummer gemäß OMIM) voraus, ist diese anzugeben. Bei Gennummern mit weniger als 12 Zeichen erfolgt die Angabe rechtsbündig, fehlende Stellen werden mit führenden Leerzeichen aufgefüllt. Sonst bleibt das Feld leer.

14. Anzahl Gennummer

Setzt der EBM die unterschiedlichen Zielsequenzen voraus, so ist der Multiplikator (Anzahl der unterschiedlichen Zielsequenzen) anzugeben. Die Angabe erfolgt nur in Verbindung mit der Angabe einer Gennummer, codiert. Sonst bleibt das Feld leer.

2.9 ENT Segment Entgelt (399 x / 400 x möglich)

1. Entgeltart

Schlüssel: 4

Jede in Zusammenhang mit der Krankenhausbehandlung abzurechnende Entgeltart wird im Rechnungssatz entsprechend Schlüssel 4 angegeben.

Abrechnung von Abteilungspflegesätzen in Verbindung mit Sonderentgelten:

Bei Berechnung eines Sonderentgeltes wird der Abteilungspflegesatz um 20 v.H. ermäßigt, höchstens jedoch für 12 Berechnungstage; dies gilt nicht bei tagesgleichen Pflegesätzen für Intensivmedizin, neonatologische Intensivbehandlung und Psychiatrie.

Das ENT-Segment für das Sonderentgelt enthält in den Datenelementen "Abrechnung von" und "Abrechnung bis" den Operationstag/Tag der Erbringung des Sonderentgeltes, der nicht mit dem Zeitraum übereinstimmt, für den die Ermäßigung des Abteilungspflegesatzes vorgenommen wird.

Abrechnung von Fallpauschalen und Sonderentgelten der BpflV nach dem Beitragsentlastungsgesetz einschließlich Instandhaltungszuschlag (2. NOG):

Für die Kürzung des Rechnungsbetrages bei Fallpauschalen und Sonderentgelten um 1 % in den Jahren 1997 bis 1999 entsprechend Beitragsentlastungsgesetz sowie die Erhöhung des Rechnungsbetrages bei Fallpauschalen und Sonderentgelten nach BpflV auf Grund des Instandhaltungszuschlages wird folgende Lösung vorgesehen:

Um Rundungsprobleme zu vermeiden, sollen die geänderten Beträge auf Landesebene vereinbart und allen Beteiligten bekanntgegeben werden. Diese Beträge sind bei der Rechnungsstellung zu verwenden.

Abrechnung der Zusatzentgelte für DMP:

Die Zusatzentgelte für DMP können nur in Verbindung mit einem stationären Krankenhausfall im Rahmen des Datenaustausches nach § 301 SGB V in Rechnung gestellt werden. Erfolgt die Beratung oder Schulung von DMP-Patienten durch das Krankenhaus als Service- / Managementleistung des Krankenhauses im Rahmen der DMP-Behandlung, ohne dass ein konkreter stationärer Krankenhausfall vorliegt, kann die Abrechnung der Leistungen nicht über den Rechnungssatz erfolgen.

Abrechnung von tagesbezogenen teilstationären DRG-Fallpauschalen:

Bei Abrechnung von tagesbezogenen teilstationären DRG-Fallpauschalen wird das Entgelt für den ersten Abrechnungstag mit „7070xxxx“ verschlüsselt. Für den zweiten und jeden weiter folgenden Abrechnungstag wird das Entgelt mit „7170xxxx“ verschlüsselt, wobei „xxxx“ in beiden Fällen den DRG-Schlüssel (z. B. L90B) bezeichnet.

Abrechnung von Pauschalen für (noch) nicht vereinbarte Zusatzentgelte und (noch) nicht vereinbarte nicht kalkulierte DRG mit Aufnahmedatum ab dem 01.01.2006:

Für Leistungen nach Anlage 3 oder 4 bzw. 6 FPV 2006, für die noch keine krankenhausesindividuell vereinbarten Entgelte oder Zusatzentgelte abgerechnet werden können (§ 5 Abs. 2 Satz 4 oder § 10 Abs. 1 Satz 3 FPV 2006) oder für die keine Entgelte vereinbart sind (§ 5 Abs. 2 Satz 5 oder § 7 Abs. 4 FPV 2006), können im Einzelfall Pauschalbeträge in Rechnung gestellt werden. Als Entgeltschlüssel ist in diesen Fällen für Aufnahmen ab dem 01.01.2006 der Entgeltschlüssel für das tagesbezogene Entgelt (85xxxxxx) bzw. das Zusatzentgelt mit dem pauschal vorgegebenen Entgeltbetrag nach FPV 2006 anzugeben.

Abrechnung des Abschlages nach § 8 Abs. 9 KHEntgC:

Der Abschlag nach § 8 Abs. 9 KHEntgG in Höhe von 0,5 % des Rechnungsbetrages wird mit dem Entgeltartenschlüssel „47200002“ in allen Rechnungen als Euro-Betrag ausgewiesen. Der Ausweis erfolgt für alle stationären Fälle mit Entlassungstag nach dem 30.06.2007 und vor dem 01.01.2009 entsprechend dem im Hinweis des Nachtrages vom 13.04.2007 beschriebenen Berechnungsschema. Die Erstattung für Fälle mit Entlassungsdatum vor dem 01.07.2007 (Rechnung und Zahlung ohne Abschlag) erfolgt in einem gesonderten Verfahren, für das die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft Hinweise in einer gesonderten gemeinsamen Erklärung geben.

2. Entgeltbetrag

Der Entgeltbetrag ist der DM- bzw. Euro-Betrag (mit zwei Nachkommastellen) für eine Abrechnungseinheit der Entgeltart, ggf. kaufmännisch auf zwei Dezimalstellen gerundet.

Abrechnung von Fallpauschalen und Sonderentgelten:

Für die Höhe einer Fallpauschale oder eines Sonderentgeltes ist der Tag der Aufnahme in das Krankenhaus maßgeblich.

3. Abrechnung von:

Das Feld enthält den ersten Tag, mit dem der Abrechnungszeitraum des Entgeltsegmentes beginnt.

Abrechnung von Fallpauschalen für Neugeborene:

Es ist der erste Belegungstag auf der Säuglingsstation oder im Säuglingszimmer anzugeben.

Zuzahlungseinzugsverfahren bei vollstationären Patienten:

Für die Abrechnung der dem Krankenhaus im Rahmen des Zuzahlungseinzugsverfahrens entstandenen Kosten ist der Aufnahmetag des zugehörigen Krankenhausfalles anzugeben.

Das Feld enthält bei fallbezogenen Zu- oder Abschlägen den Aufnahmetag.

4. Abrechnung bis:

Das Feld enthält den letzten Tag, mit dem der Abrechnungszeitraum des Entgeltsegmentes endet.

Abrechnung von Fallpauschalen für Neugeborene:

Es ist der letzte Belegungstag auf der Säuglingsstation oder im Säuglingszimmer anzugeben.

Zuzahlungseinzugsverfahren bei vollstationären Patienten:

Für die Abrechnung der dem Krankenhaus im Rahmen des Zuzahlungseinzugsverfahrens entstandenen Kosten ist der Tag vor der Entlassung des zugehörigen Krankenhausfalles anzugeben.

Abrechnung von PEPP:

Für die Abrechnung einer PEPP-Entgeltart ist der letzte Kalendertag der Zugehörigkeit in der jeweiligen Vergütungsklasse, einschließlich der Tage der vollständigen Abwesenheit und des Entlassungstages (bei Entlassungsgrund 17 und 22 – interner Verlegung: der Tag vor dem Verlegungstag) anzugeben.

Das Feld enthält bei fallbezogenen Zu- oder Abschlägen den Aufnahmetag.

5. Entgeltanzahl

Es ist die für die Rechnungsstellung maßgebliche Entgeltanzahl (Anzahl Berechnungstage oder Leistungen) anzugeben.

Sonderregelung bei Fallpauschalen bei Zusammenarbeit zweier Krankenhäuser:

Das erste Krankenhaus rechnet die Fallpauschale ab. Das zweite Krankenhaus (neuer Krankenhausfall) übermittelt den (restlichen) Behandlungszeitraum innerhalb der Grenzverweildauer für die Fallpauschale mit dem eigenen gültigen Entgeltbetrag und Entgeltanzahl '0'.

6. Tage ohne Berechnung/Behandlung

Das Feld enthält die Anzahl der Tage, die nicht in die Berechnung einfließen (z. B. Tage der Beurlaubung bzw. Tage der vollständigen Abwesenheit im Bereich der PEPP).

Bei vor-, teil- und nachstationärer Behandlung dient das Feld dazu, die Tage ohne Behandlung innerhalb des durch 'Abrechnung von' und 'Abrechnung bis' definierten kalendermäßigen Zeitraums anzugeben. Die Angabe wird u. a. bei Fallpauschalen benötigt, um die Überschreitung der Grenzverweildauer zu ermitteln (Beispiele siehe Anhang B).

7. Tag der Wundheilung

Die Angabe entfällt.

2.10 ETL Segment Entlassung/Verlegung

1. Tag der Entlassung/Verlegung

Es ist der Tag der Entlassung oder der externen oder internen Verlegung aus einer Abteilung im Format JJJMMTT anzugeben.

2. Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit

Die Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit ist in Stunden (00–23) und Minuten (00–59) für jede Entlassung oder externe oder interne Verlegung aus einer Abteilung anzugeben.

3. Entlassungs-/Verlegungsgrund

Schlüssel: 5

Der Entlassungs-/Verlegungsgrund wird anhand von Schlüssel 5 angegeben.

4. Fachabteilung

Schlüssel: 6

Die Fachabteilungen werden nach Schlüssel 6 angegeben.

Es ist die Abteilung anzugeben, aus der entlassen oder extern oder intern verlegt wird.

5. Hauptdiagnose

Die Hauptdiagnose ist bei Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung durch Entlassung oder externe Verlegung in eine andere Institution oder bei interner Verlegung in eine andere Abteilung anzugeben. Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement die bei der Entlassung/Verlegung des Patienten festgestellte Hauptdiagnose nach dem amtlichen ICD-Schlüssel (linksbündig mit Sonderzeichen '.', '-' und '#' (Kreuzdiagnose) ohne Leerzeichen). In dem 2. Datenfeld kann eine Lokalisation der Diagnose entsprechend der Spezifizierungen des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Diagnose relevant ist. Hinweis: Wenn eine Sekundär-Diagnose angegeben wird, wird diese im G-DRG-System immer als Nebendiagnose interpretiert.

Für die Diagnoseangaben sind die Deutschen Kodierrichtlinien zu beachten.

6. Sekundär-Diagnose

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement die Angabe eines zusätzlichen Diagnoseschlüssels, sofern die Hauptdiagnose 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. Hinweis: Wenn eine Sekundär-Diagnose angegeben wird, wird diese im G-DRG-System immer als Nebendiagnose interpretiert.

Für die Diagnoseangaben sind die Deutschen Kodierrichtlinien zu beachten.

7. IK der aufnehmenden Institution

Bei Verlegung des Patienten in ein anderes Krankenhaus, bei interner Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen mit Rückverlegung oder bei interner Verlegung bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung ist das Institutionskennzeichen des aufnehmenden Krankenhauses anzugeben. Wird in ein ausländisches Krankenhaus verlegt, ist das Pseudo-IK "979979956" anzugeben.

Bei Entlassung des Patienten in eine Rehabilitationseinrichtung, eine Pflegeeinrichtung oder ein Hospiz soll das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Rehabilitationseinrichtung, der aufnehmenden Pflegeeinrichtung oder des aufnehmenden Hospizes angegeben werden.

2.11 EZV Segment Einzelvergütung (99 x möglich)

1. Einzelvergütung

Nach § 11 Abs. 5 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V werden spezielle Materialien (siehe Schlüssel 3 der Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung) nach Einzelaufwand erstattet, soweit sie 6,25 Euro je aufgeführter Sachmittelposition (Schlüssel 3) übersteigen. Zur Rechnungslegung ist für die angefallenen Sachkosten der um den Selbstbehalt von 6,25 Euro reduzierte Betrag anzugeben.

Übersteigt der Preis eines Arzneimittels im Einzelfall einen Betrag von 40,00 Euro und ist es nicht Bestandteil der Vergütungen gemäß § 11 Abs. 2 bis 5 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V erfolgt nach § 11 Abs. 7 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V eine zusätzliche Erstattung in Höhe von 75 % des Apotheken-Einkaufspreises nach Lauertaxe zuzüglich Mehrwertsteuer. Für Photosensibilisatoren bei der photodynamischen Therapie und Hormonpräparate bei Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung erfolgt nach § 11 Abs. 8 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V hiervon abweichend eine zusätzliche Erstattung in Höhe von 80 % des Apotheken-Einkaufspreises nach Lauertaxe zuzüglich Mehrwertsteuer der tatsächlich für den Behandlungsfall verbrauchten Einheiten des jeweiligen Arzneimittels ohne Berücksichtigung eines Mindestbetrages. Der Rechnungsbetrag für Hormonpräparate zur In-vitro-Fertilisation ist um den Eigenanteil der Patienten gekürzt anzugeben

Anzugeben ist jeweils der Betrag für die Anzahl „1“. Die Summe aus den Produkten von Einzelvergütung und Anzahl Einzelvergütung fließt in REC ein.

2. Einzelvergütung, Erläuterung

Schlüssel: 3

Die im Feld Einzelvergütung abgerechneten Materialien, Arzneimittel oder Pauschalen werden mit Schlüssel 3 angegeben.

3. Einzelvergütung, Texterläuterung

Das Feld dient der näheren Angabe über die abgerechneten Implantate, Arzneimittel oder die pauschalierten Entgelte.

4. Anzahl

Es ist die für die Rechnungsstellung maßgebliche Anzahl der Einzelvergütungen (Anzahl der Leistungen am Tag der Behandlung) anzugeben.

5. Tag der Behandlung

Das Feld enthält das Datum der Leistung. Bei Leistungen die über einen Zeitraum angegeben werden, ist der erste Tag der Leistung anzugeben.

6. Honorarsummenrelevanter Anteil

In dem Feld ist der Anteil der Einzelvergütung von pauschalieren Entgelten (Einzelvergütung, Erläuterung = '05' oder '06') auszuweisen, der entsprechend des zu Grunde liegenden Strukturvertrages zur Honorarsumme hinzuzuzählen ist. In allen anderen Fällen ist das Feld leer.

Bei § 116b (neu) finden die Werte Einzelvergütung, Erläuterung = '05' und '06' keine Anwendung, sondern es werden die entsprechend Schlüssel 3 anzuwendenden Einzelvergütungen ausgewiesen. In allen anderen Fällen ist das Feld leer.

2.12 FAB Segment Fachabteilung (10 x in VERL/30 x in RECH/ 999 x in ENTL möglich)

1. Fachabteilung

Schlüssel: **6**

Die Fachabteilungen werden nach Schlüssel 6 angegeben.

In der Verlängerungsanzeige wird die behandelnde Fachabteilung, in der Entlassungsanzeige alle behandelnden Fachabteilungen, im Rechnungssatz die behandelnden Fachabteilungen angegeben.

Bei Behandlung in einer besonderen Einrichtung ist die Fachabteilung, der die besondere Einrichtung zuzuordnen ist, aufzuführen.

2. Diagnose

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement die für den Operationeingriff maßgebliche bzw. abrechnungsrelevante Diagnose nach dem amtlichen ICD-Schlüssel (linksbündig mit Sonderzeichen '.', '-' und '#' (Kreuzdiagnose) ohne Leerzeichen). In dem 2. Datenfeld kann eine Lokalisation der Diagnose entsprechend der Spezifizierungen des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Diagnose relevant ist. Bei Fallpauschalen und Sonderentgelten ist die Diagnose entsprechend der Festlegungen nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 BpflV mit maximaler Stellenzahl anzugeben.

3. Sekundär-Diagnose

Angabe entfällt.

4. Zusatzschlüssel Diagnose

Angabe entfällt.

5. Sekundär-Diagnose Zusatzschlüssel

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. Im Falle der Übermittlung

von OPS–Angaben, die auf den Pflegegrad Bezug nehmen, wird als Operationstag das Aufnahmedatum übermittelt.

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

Angabe entfällt.

9. Zusatzschlüssel 2 Operation

Angabe entfällt.

2.13 IBE Segment implantatbezogene Eingriffe

1. ID Meldebestätigung

Der alphanumerische Code der Meldebestätigung wird vom Implantateregister vergeben und ist zehnstellig.

2. Hash–String

Das Krankenhaus gibt mit dem in der Meldebestätigung enthaltenen Hash–String die der Berechnung des Hashwertes zugrundeliegende Zeichenkette (Hash–String) wie folgt an:

[ID der Meldebestätigung]\&[OPS 1][Lokalisation 1]\& ...[OPS n][Lokalisation n] \&[Produktzuordnung]

Als Trennzeichen zwischen ID der Meldebestätigung und OPS-Codes sowie zwischen den OPS-Codes des Strings und vor der Produktzuordnung ist das „&“-Zeichen anzugeben.

3. Produktzuordnung

Die Angaben zur Produktzuordnung, d.h. ob mindestens ein spezialangefertigtes Implantat oder ein Implantat mit Sonderzulassung gemeldet wurde (,1‘, sonst ,0‘), wird nach der OPS-Liste mit Trennzeichen getrennt angegeben und geht ebenfalls in die Bildung des Hashwertes ein.

4. Hashwert

wird der mittels einer noch festzulegenden Hashfunktion aus dem Hash-String erzeugte Hash-Wert als String aus Hexadezimalzahlen angegeben.

2.14 FHL Segment Fehlermeldung (200 x möglich)

1. Segment

Es ist der Name des fehlerhaften Segmentes anzugeben.

2. Segmentposition

Bei wiederholbaren Segmenten ist anzugeben, welches Segment innerhalb des Wiederholungsblocks fehlerhaft ist.

Die Zählung erfolgt Segmenttyp bezogen (z. B. 4. FAB- oder 3. ENT-Segment usw.)

3. Feldposition

Es ist die Nummer des fehlerhaften Feldes in dem durch Nr.1 und Nr.2 identifizierten Segment anzugeben.

4. Text

Es kann ein freier Text zur Erläuterung des Fehlers angegeben werden.

5. Fehlercode

Siehe Anhang C zur Anlage 2

6. Anwendungsreferenz (Dateiname)

Name der Datei, in der der Fehler aufgetreten ist (aus UNB).

7. Datum/Uhrzeit der Erstellung

Erstellungsdatum und Uhrzeit der Datei, in der der Fehler aufgetreten ist (aus UNB).

8. Nachrichtenreferenznummer

Laufende Nummer des Datenpaketes, in dem der Fehler aufgetreten ist (aus UNH).

9. Datenaustauschreferenz (Dateinummer)

Laufende Nummer der Datei, in der der Fehler aufgetreten ist (aus UNB).

2.15 IFA Segment Informationsart

1. Aufnahmetag

Das Feld enthält den Aufnahmetag des Versicherten im Krankenhaus und ist identisch mit der korrespondierenden Angabe im Aufnahmesatz.

2. Art der Information

Das Feld `Art der Information` enthält strukturierte Informationen gemäß Schlüssel 31.

3. Datum Erklärung

Das Feld enthält das Datum der Einwilligungserklärung bzw. des Widerrufs durch den Patienten für die Information aus den Schlüsselausprägungen zur `Einwilligung zum Entlassmanagement`.

2.16 IFT Segment Informationstext

1. Informationstext

Das Feld enthält die erforderlichen Textinformationen im Rahmen des Entlassmanagements. Es wird im konkreten Fall der Unterstützungsbedarf des im IFA-Segment übermittelten Unterstützungsbedarfes nach Schlüssel 31 beschrieben oder enthält die Kontaktdaten.

2.17 FKT Segment Funktion

(siehe auch Anlage 4, Abschnitt 7, 7.2.4)

1. Verarbeitungskennzeichen

Das Verarbeitungskennzeichen gibt an, ob es sich um einen Normalfall, eine Änderung, ein Storno einer Entlassungsanzeige oder ein Fallstorno handelt (s. Schlüssel 9 und Anlage 4, Abschnitt 7).

Mit dem Verarbeitungskennzeichen wird für einen Rechnungssatz Ambulante Operation zusätzlich angegeben, ob er für eine ambulante Behandlung nach § 116b Abs. 2 SGB V, eine ambulante Operation nach § 115b SGB V oder eine ambulante Leistung nach §§ 117 bis 119, 120 Abs. 1a oder 140a SGB V erstellt wurde. Die Schlüsselausprägung im Feld „Verarbeitungskennzeichen“ muss inhaltlich mit der entsprechenden Einrichtungsart im Feld „Entgeltart“ des ENA-Segmentes korrespondieren.

2. Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles

Als laufende Nummer ist als Standardwert '01' anzugeben. Bei mehrfach vorkommenden Nachrichten ist sie fortlaufend zu erhöhen (siehe Anlage 4, Abschnitt 7.2 und 7.3).

3. IK des Absenders

Als IK des Absenders ist das Institutionskennzeichen des Krankenhauses bzw. der Krankenkasse anzugeben.

Das IK des Absenders darf – bezogen auf einen Krankenhaus-Behandlungsfall – nicht geändert werden (Ausnahme: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers).

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.

Hinweis zur Anspruchsberechtigung bei Abrechnung ambulanter spezialfachärztlicher Leistungen gemäß § 116b (neu):

Zum Nachweis seiner Anspruchsberechtigung ist der Versicherte verpflichtet, seine Krankenversichertenkarte/eGK 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.

Beispiele:

Verarbeitungskennzeichen und Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles in FKT

Geschäftsvorfall	Vkz	Lfd.Nr.	Bemerkung
Änderung und Fallstorno			
AUFN	10	01	Normaler Aufnahmesatz
AUFN	20	01	Änderung
AUFN	30	01	Stornierung des Falls

Geschäftsvorfall	Vkz	Lfd.Nr.	Bemerkung
Rechnungskorrektur			
RECH	10	01	Rechnungssatz (z. B. Zwischenrechnung, Rechnungsart = '01')
RECH	10	02	Rechnungsstorno, Rechnungsart = '04'
RECH	10	03	Korrigierte Zwischenrechnung
Rechnungskorrektur und Fallstorno bei AMBO			
AMBO	10	01	Rechnungssatz Ambulante Operation, Rechnungsart = '02' (Schlussrechnung)
AMBO	10	02	Rechnungsstorno, Rechnungsart = '04'
AMBO	10	03	Korrigierte Schlussrechnung, Rechnungsart = '02'
AMBO	30	01	Stornierung des Falls (wirksam für lfd.Nr. '01' bis '03')
Korrektur einer Entlassungsanzeige			
ENTL	10	01	Entlassungsanzeige
RECH	10	01	Rechnungssatz für Schlussrechnung, Rechnungsart = '02'
RECH	10	02	Rechnungsgutschrift für die Schlussrechnung, Rechnungsart = '04'
ENTL	40	01	Stornierung der Entlassungsanzeige
ENTL	10	02	Korrigierte Entlassungsanzeige
RECH	10	03	Korrigierte Schlussrechnung, Rechnungsart = '02'

Eine mit Fehlerhinweis (Segment(e) 'FHL') zurückgewiesene Nachricht enthält bei erneuter Übermittlung nach Korrektur das Verarbeitungskennzeichen und die laufende Nummer der ursprünglichen Nachricht.

2.18 INV Segment Information Versicherter

1. Krankenversicherten-Nr.

Die Krankenversichertennummer ist eine von der Krankenkasse vergebene Nummer zur eindeutigen Identifikation eines jeden einzelnen Versicherten. Sie ist auf der eGK enthalten. Die Krankenversichertennummer ist in der auf der eGK angegebenen Länge und Ausprägung – einschließlich evtl. vorhandener führender Nullen – zu übermitteln.

Liegt die eGK bei der Aufnahme des Patienten nicht vor, so kann die Krankenversicherten-Nr. aus dem Einweisungsvordruck des Vertragsarztes übernommen werden.

Bei Notfallaufnahmen von Patienten, deren Krankenversicherten-Nr. nicht ermittelt werden kann, wird die Krankenversicherten-Nr. von der Krankenkasse gemeldet.

Bei Neugeborenen (eigener Fall), die noch keine Krankenversicherten-Nr. haben, bleibt das Feld leer. Bei gesunden Neugeborenen muss in den Datenmeldungen zu einer Geburt für nicht im Ausland versicherte Mütter die Krankenversicherten-Nr. der Mutter angegeben werden. Siehe dazu auch Kapitel 1.4.1 "Versorgung von Neugeborenen im G-DRG-System".

2. Versichertenart

Schlüssel: 12 Teil 1

Die Versichertenart enthält die Information über die Art der Versicherung (Mitglied / Familienversicherter / Rentner. Die Versichertenart ist auf der eGK enthalten.

Bei Auslandsversicherten: '9'.

3. Besonderer Personenkreis

Schlüssel: 12 Teil 2

Dieses Feld gibt die Zugehörigkeit des Versicherten zu einer besonderen Personengruppe an. Die Kennzeichnung erfolgt wie folgt:

00 = kein Besonderer Personenkreis,

04 = BSHG (Bundessozialhilfegesetz) § 264 SGB V,

06 = BVG (Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges),

07 = SVA –Kennzeichnung für zwischenstaatliches Krankenversicherungsrecht: – Personen mit Wohnsitz im Inland, Abrechnung nach Aufwand,

08 = SVA –Kennzeichnung, pauschal,

09 = Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz,

99 = Auslandsversicherter.

4. DMP-Teilnahme

Schlüssel: 12 Teil 3

Das Feld gibt die Teilnahme des Versicherten an einem Disease Management Programm an. Die Kennzeichnung erfolgt gemäß Schlüssel 12 Teil 3. Das DMP-Kennzeichen findet derzeit aufgrund bilateraler vertraglicher Verpflichtungen von einzelnen Kostenträgern und Leistungserbringern noch Verwendung. Zur Abbildung dieser Verträge zu Disease-Management-Programmen kann das DMP-Kennzeichen weiterhin gemäß § 291 Abs. 2a Satz 3 SGB V auf der eGK gespeichert werden, da es sich dabei um Angaben nach § 53

SGB V bzw. Angaben zum Nachweis von zusätzlichen Vertragsverhältnissen handelt. Bei Auslandsversicherten: '99'. Bei Empfängern von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz entfällt die Angabe.

5. Gültigkeit der Krankenversichertenkarte

Das Gültigkeitsdatum ist auf der Krankenversichertenkarte enthalten, bei der eGK ist das Versicherungsschutz-Ende angegeben. Liegt sie nicht vor, entfällt die Angabe.

6. KH-internes Kennzeichen des Versicherten

Das krankenhausinterne Kennzeichen dient mit dem IK des Krankenhauses zur eindeutigen Bestimmung des Behandlungsfalls. Mit der Vergabe des KH-internen Kennzeichens muss die eindeutige Identifikation des Behandlungsfalls sichergestellt sein. Es ist in der Regel die fortlaufend vergebene Aufnahmeummer.

Hinweis bei Abrechnung von Behandlungen nach §§ 117–119 SGB V:

Der Behandlungsfall umfasst grundsätzlich alle Leistungen in einem Kalendervierteljahr. Davon abweichend können für einen Versicherten in einem Leistungsbereich unterschiedliche Behandlungsfälle mit jeweils eigenem KH-internen Kennzeichen des Versicherten, entsprechend der jeweiligen Vereinbarung, abrechenbar sein.

7. Fall-Nummer der Krankenkasse

Die Fall-Nummer dient der Krankenkasse zur internen Zuordnung des Behandlungsfalles. Sie wird dem Krankenhaus von der Krankenkasse mit dem Kostenübernahmesatz übermittelt.

8. Aktenzeichen der Krankenkasse

Das Aktenzeichen dient der Krankenkasse zur internen Zuordnung des Behandlungsfalls. Es wird von der Krankenkasse mit dem Kostenübernahmesatz übermittelt.

9. Tag des Beginns des Versicherungsschutzes

Das Datum ist auf der Krankenversichertenkarte/ eGK (als Versicherungsschutz-Beginn) enthalten; es wird von der Krankenkasse mit dem Kostenübernahmesatz gemeldet. Die Angabe entfällt im Aufnahmesatz und im Rechnungssatz Ambulante Operation.

10. Vertragskennzeichen

Erfolgt die Behandlung und/oder Abrechnung auf Basis individueller Verträge (z. B. Modellvorhaben nach § 64b Abs. 1 SGB V, Qualitätsverträge nach § 110a SGB V oder DMP) ist das Vertragskennzeichen des zu Grunde liegenden Vertrages anzugeben. Die Angabe des Vertragskennzeichens des Qualitätsvertrages entfällt, sofern ein Vertragskennzeichen aus einem der anderen individuellen Verträge anzugeben ist.

Bei der Abrechnung von ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen nach § 116b SGB V erfolgt die Zuordnung der Leistungen der Teammitglieder zum ASV-Team über die in diesem Feld angegebene

Teamnummer, die verpflichtend anzugeben ist. Die Teamnummer ist neunstellig und wird gemäß der ASV-AV von der bundesweiten ASV-Serviceestelle vergeben.

Bei der Abrechnung von Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V ist die Zuordnung des Behandlungsfalles zur jeweiligen Ermächtigung über die Ausprägung: XXASK` (Patienten nach Art, Schwere oder Komplexität) oder `XXRBE` (regionale Besonderheiten) oder `XXFUL` (Forschung und Lehre) anzugeben.

Bei der Abrechnung von Leistungen nach §92 Abs. 6b ist die Nummer des Netzverbundvertrages anzugeben.

Zur Kennzeichnung von Auslandsversicherten, die nach § 219a Abs. 6 SGB V zum Zwecke der Behandlung einer COVID-19-Erkrankung vollstationär aufgenommen werden, wird zukünftig durch das Krankenhaus „COVID-19_Ausland“ mindestens im Aufnahmesatz, in der Entlassungsanzeige und im Rechnungssatz im Datenfeld „Vertragskennzeichen“ übermittelt. Im Rechnungssatz „Ambulante Operation“ erfolgt keine Angabe. In allen anderen Nachrichtentypen muss keine gesonderte Kennzeichnung erfolgen.

11. Vertragsnummer

Gemäß § 293a Abs. 1 Satz 1 SGB V hat das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) eine bundesweite Transparenzstelle für Selektivverträge eingerichtet. Diese Vertragstransparenzstelle führt ein Verzeichnis über alle Verträge nach den §§ 73b und 140a SGB V einschließlich der Verträge nach § 140a Abs. 1 Satz 3 SGB V. Zur Zuordnung der Leistungen von o.g. Verträgen ist die Vertragsnummer anzugeben. Der Aufbau der Vertragsnummer ist der jeweiligen Bestimmung nach § 293a Abs. 3 Satz 1 und 2 SGB V für die Veröffentlichung des Vertragsverzeichnisses im Rahmen der Vertragstransparenzstelle nach § 293a Abs. 1 SGB V zu entnehmen.

2.19 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 22, 23 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.

2.20 KOS Segment Kostenübernahme

1. Datum der Kostenübernahme

Es ist das Ausstellungsdatum der Kostenübernahme anzugeben.

2. Merkmal Kostenübernahme

Schlüssel: 8

Mit dem Merkmal wird dem Krankenhaus mitgeteilt, ob eine Kostenübernahme erfolgt oder aus welchem Grund diese zurückgestellt / abgelehnt wird. Ein Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers während der Behandlung wird von der neu zuständigen Krankenkasse über das Merkmal '02' "Änderung der Kostenübernahme" (Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers) mitgeteilt.

3. Kostenübernahme ab

Es ist das Datum anzugeben, ab dem die Kostenübernahme durch die Krankenkasse wirksam ist. Die Abrechenbarkeit einer vorstationären Leistung bleibt von dieser Angabe unberührt.

Bei Wiederaufnahme eines Fallpauschalen-Patienten ist als Datum der Tag der Wiederaufnahme anzugeben, unbeschadet einer noch nicht abgelaufenen Grenzverweildauer der Fallpauschale.

Bei Ablehnung: leer.

4. Kostenübernahme bis

Soweit in dem Vertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V auf Landesebene eine befristete Kostenübernahmeerklärung durch die Krankenkasse vereinbart ist, wird das Datum angegeben, bis zu dem die Kostenübernahme durch die Krankenkasse wirksam ist.

Bei Ablehnung: leer.

5. Zuzahlungstage

Über das Feld Zuzahlungstage informiert die Krankenkasse das Krankenhaus darüber, für wieviele Tage der Versicherte (noch) zuzahlungspflichtig ist. Die Höhe der Zuzahlung ergibt sich aus dem Zuzahlungsbetrag nach § 39 Abs. 4 SGB V und § 61 Satz 2 SGB V.

Befreiungen von der Zuzahlung sind mit "0" oder einem leeren Feld zu kennzeichnen. Bei Ablehnung bleibt das Feld leer.

6. Höchstbetrag je Tag

Das Feld hat nur für Versicherte der Knappschaft Bedeutung (siehe Schlüssel 8).

2.21 OKN Segment Orpha-Kennnummer (bis zu 49x möglich)

1. Orpha-Kennnummer

Es ist die vom behandelnden Krankenhausarzt festgestellte oder anamnestisch bekannte Seltene Erkrankung anhand der Orpha-Kennnummer gemäß dem jeweils gültigen Alpha-ID-SE Katalog (Spalte 7, siehe jährliche Veröffentlichung des BfArM) anzugeben. Voraussetzung für die Angabe der im Alpha ID SE Katalog enthaltenen Orphanet Kennnummern ist, dass die entsprechende ICD Kodierung der seltenen Erkrankung gemäß der Deutschen Kodierrichtlinien als Haupt oder Nebendiagnose zu kodieren ist.

Die Angabe erfolgt nach dem amtlichen Alpha-ID-SE Katalog Spalte 7 des BfArM. Die Angabe weiterer Schlüssel ist durch Wiederholung des Segmentes möglich.

Die Angabe erfolgt durch alle Krankenhäuser für ab dem 01.04.2023 ins Krankenhaus aufgenommene Patienten.

2.22 NAD Segment Name/Adresse

1. Name des Versicherten

Es ist der Familienname ohne Namenszusätze oder Vorsatzworte anzugeben.

2. Vorname des Versicherten

Der Vorname ist ohne Namenszusätze oder Vorsatzworte anzugeben.

Bei Neugeborenen (eigener Fall), bei denen der Vorname noch nicht bekannt ist, ist 'Säugling' anzugeben.

Bei Personen, die keine eGK vorlegen können und bei denen der Vorname nicht bekannt ist, ist der Vorgabewert 'unbekannt' anzugeben.

3. Geschlecht

Schlüssel: 21

Es ist mit „w“ für weiblich oder „m“ für männlich das Geschlecht des Versicherten anzugeben. In Fällen des § 22 Abs. 3 PStG wird „d“ für divers angegeben. Nur in den Fällen, in denen keine Angabe erfolgen kann ist „x“ für unbestimmt für das Geschlecht des Versicherten anzugeben.

4. Geburtsdatum des Versicherten

In diesem Feld ist das Geburtsdatum des Versicherten anzugeben. Für Versicherte, deren Geburtsdatum nicht bekannt ist, sind zum Teil Krankenversichertenkarten/eGK mit Geburtsdatum '00.00.xxxx' vorhanden ('xxxx' = tatsächliches oder angebliches Geburtsjahr). In den Ausnahmefällen, in denen kein Geburtsdatum ermittelt werden kann, sind ebenso die Einträge „XXXXXX00“ für nicht bekannte Geburtstage oder „XXXX0000“ für nicht bekannte Geburtstage und Geburtsmonate sowie „00000000“ zulässig.

5. Straße und Haus-Nr.

(Bei Inlandsanschriften in kleinen Gemeinden nicht immer vorhanden.)

6. Postleitzahl

Es ist die 5–stellige Postleitzahl als Bestandteil der Postanschrift des Versicherten anzugeben.

Bei Auslandsanschriften kann sie entfallen (NAD–9 vorhanden und nicht ‘D’) oder bis zu 7 Stellen lang sein.

7. Wohnort

8. Titel des Versicherten

9. Internationales Länderkennzeichen

Schlüssel: 7

Das internationale Länderkennzeichen ist Bestandteil der Postanschrift bei im Ausland wohnhaften Versicherten.

Wird im Segment INV die Krankenversicherten–Nr. übermittelt, so können in NAD die Nr.4 bis Nr.9 entfallen.

Name und Vorname des Versicherten sind in NAD immer zu übermitteln.

10. Namenszusatz

Das Feld weist einen Namenszusatz (z. B. Freiherr etc.) im Namen des Versicherten auf.

11. Vorsatzwort

Das Feld weist ein Vorsatzwort (z. B. von und zu, van etc.) im Namen des Versicherten auf.

12. Anschriftenzusatz

Das Feld weist einen Anschriftenzusatz in der Anschrift des Versicherten auf.

2.23 NDG Segment Nebendiagnose (49 x möglich)

1. Nebendiagnose

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement eine zusätzlich zur Hauptdiagnose vom behandelnden Krankenhausarzt festgestellte Nebendiagnose. Sie ist nach dem amtlichen ICD–Schlüssel anzugeben (linksbündig mit Sonderzeichen ‘.’, ‘–’ und ‘#’ (Kreuzdiagnose) ohne Leerzeichen). In dem 2. Datenfeld kann eine Lokalisation der Diagnose entsprechend der Spezifizierungen des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Diagnose relevant ist.

Weitere Nebendiagnosen können durch bis zu 49–maliges Verwenden des Segmentes NDG angegeben werden.

2. Sekundär–Diagnose

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement die Angabe eines zusätzlichen Diagnoseschlüssels, sofern die Nebendiagnose 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.

2.24 PRZ Segment Prozedur (99 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 99-maliges Verwenden des Segmentes PRZ angegeben werden.

Hinweis bei Abrechnung von Behandlungen nach §§ 117–119 SGB V:

Die Prozedur muss anhand eines gültigen OPS-Kodes angegeben werden, sofern diese Angabe als Abrechnungsunterlage gemäß § 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V erforderlich ist. Eine OPS-Angabe, die über die Anforderungen des EBM hinausgeht, ist optional möglich. Ist in der Vergütungsvereinbarung ein OPS-Kode für ein Entgelt festgelegt, ist der OPS-Kode bei Abrechnung des Entgelts anzugeben.

Bei Leistungen, die im Zusammenhang mit einer geplanten oder durchgeführten Lebendspende im Rahmen der vertraglich vereinbarten ambulanten Behandlung in Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V oder als hochspezialisierte Leistungen nach § 116b SGB V durchgeführt werden (Feld „Lebendspende“ – „J“) ist im Segment PRZ als Standardwert einer der OPS-Kodes 8–979.* anzugeben, wenn es zu der erbrachten Leistung keinen passenden OPS gibt (z.B. bei vorbereitenden Untersuchungen).

2. Prozedurentag

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

3. Lebendspende

Leistungen, die im Zusammenhang mit einer geplanten oder durchgeführten Lebendspende im Rahmen der vertraglich vereinbarten ambulanten Behandlung in Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V oder als hochspezialisierte Leistungen nach § 116b SGB V durchgeführt werden, sind zu übermitteln. Es ist in diesem Fall ein „J“ zu verschlüsseln. In allen anderen Fällen bleibt dieses Feld leer.

2.25 PVT Segment PrüfvV-Text (25x möglich)

1. PrüfvV-Text

Das Feld enthält die erforderlichen Textinformationen im Rahmen der PrüfvV. Es enthält den Standardwert „Kodierprüfung“, wenn eine Wiederholung für die Nennung von Nebendiagnosen der Prozeduren notwendig ist.

2. PrüfvV-Hauptdiagnose

Ist bei Kodierprüfungen Schlüssel 30 in PVV Information eine Hauptdiagnose ein Prüfgegenstand hat die Datenelementgruppe im ersten Datenelement die beanstandete Hauptdiagnose zu enthalten. Sie ist nach dem amtlichen ICD-Schlüssel anzugeben (linksbündig mit Sonderzeichen '.', '-' und '#' (Kreuzdiagnose) ohne Leerzeichen). In dem 2. Datenfeld kann eine Lokalisation der Diagnose entsprechend der Spezifizierungen des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Diagnose relevant ist.

3. HD-Sekundärdiagnose

Ist bei Kodierprüfungen Schlüssel 30 in PVV Information eine Hauptdiagnose ein Prüfgegenstand hat die Datenelementgruppe im ersten Datenelement die Angabe eines zusätzlichen Diagnoseschlüssels zu enthalten, sofern die Hauptdiagnose 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. Hinweis: Wenn eine Sekundär-Diagnose angegeben wird, wird diese im G-DRG-System immer als Nebendiagnose interpretiert. Für die Diagnoseangaben sind die Deutschen Kodierrichtlinien zu beachten.

4. PrüfvV-Nebendiagnose

Ist bei Kodierprüfungen Schlüssel 30 in PVV Information eine Nebendiagnose ein Prüfgegenstand hat die Datenelementgruppe im ersten Datenelement die beanstandete Nebendiagnose zu enthalten. Sie ist nach dem amtlichen ICD-Schlüssel anzugeben (linksbündig mit Sonderzeichen '.', '-' und '#' (Kreuzdiagnose) ohne Leerzeichen). In dem 2. Datenfeld kann eine Lokalisation der Diagnose entsprechend der Spezifizierungen des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Diagnose relevant ist.

Weitere Nebendiagnosen können durch bis zu 25-maliges Verwenden des Segmentes PVT angegeben werden. Das Feld PrüfvV-Text enthält dann den Standardwert „Kodierprüfung“.

5. ND-Sekundärdiagnose

Ist bei Kodierprüfungen Schlüssel 30 in PVV Information eine Nebendiagnose ein Prüfgegenstand hat die Datenelementgruppe im ersten Datenelement die Angabe eines zusätzlichen Diagnoseschlüssels zu

enthalten, sofern die Nebendiagnose 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.

6. PrüfvV-Prozedur

Ist bei Kodierprüfungen Schlüssel 30 in PVV Information eine Prozedur ein Prüfgegenstand hat die Datenelementgruppe im ersten Datenelement die beanstandete Prozedur zu enthalten. 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 Prozeduren können durch bis zu 25-maliges Verwenden des Segmentes PVT angegeben werden. Das Feld PrüfvV-Text enthält dann den Standardwert „Kodierprüfung“.

2.26 PVV Segment PrüfvV (10x möglich)

1. Information

Im Feld Information ist anhand Schlüssel 30 der zu Grunde liegende Sachverhalt zu benennen.

2. Rechnungsnummer (REC)

Das Feld enthält die Rechnungsnummer aus dem REC-Segment der (ggf. korrigierten) Schlussrechnung, auf die sich das Prüfverfahren bezieht. Innerhalb einer Nachricht ist die gleiche Rechnungsnummer zu verwenden. In den Fällen, in denen sich im laufenden Verfahren die Rechnungsnummer ändert (z.B. Rechnungskorrekturen), ist somit weiterhin die ursprüngliche Rechnungsnummer aus dem Prüfverfahren zu verwenden.

3. Rechnungsdatum (REC)

Das Feld enthält das Rechnungsdatum aus dem REC-Segment der (ggf. korrigierten) Schlussrechnung, bzw. korrigierten Rechnung, auf die sich das Prüfverfahren bezieht. Innerhalb einer Nachricht ist das gleiche Rechnungsdatum zu verwenden.

2.27 REC Segment Rechnung

1. Rechnungsnummer

Die Rechnungsnummer dient der eindeutigen Identifizierung der Einzelrechnung. Dies gilt auch über verschiedene Leistungsbereiche hinweg. Dabei dürfen nur zugelassene Zeichen des eingeschränkten SWIFT Latin Character SET verwendet werden. Dieser Kode enthält die Ziffern 0 – 9, die Klein- und Großbuchstaben (ohne ‚ß‘) sowie die Sonderzeichen ' : ? , - (+ .) / und das Leerzeichen (Space).

2. Rechnungsdatum

Als Rechnungsdatum ist das Datum der Rechnungsstellung anzugeben.

3. Rechnungsart

Schlüssel: 11

Die Rechnungsart enthält die Information, ob es sich bei dem übermittelten Datensatz um eine Zwischenrechnung, Schlussrechnung o. ä. handelt. Mit dem Schlüssel 11 wird auch angegeben, ob das Krankenhaus die Übermittlung des entsprechenden Zahlungssatzes anfordert oder nicht.

4. Aufnahmetag / Tag des Zugangs

Bei einer voll- oder teilstationären Behandlung oder stationären Entbindung ist der Aufnahmetag, bei ambulanter Operation/Behandlung im Krankenhaus oder bei vorstationärer Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung ist der Tag des ersten Zugangs anzugeben. Die Abrechnung ambulanter Operationen/Behandlungen erfolgt nach den am Tag des ersten Zuganges geltenden Abrechnungsregeln mit zugehörigem Leistungskatalog, Schlüsselkatalogen und Punktwert.

Hinweis bei Abrechnung von Behandlungen nach §§ 117–119 SGB V:

Eine Übertragungsdatei kann Fälle aus verschiedenen Quartalen enthalten. Als Tag des Zugangs wird der Tag des Erstkontakts in dem Abrechnungsquartal ausgewiesen.

5. Rechnungsbetrag

Der Rechnungsbetrag (mit zwei Nachkommastellen) enthält den aus den einzelnen Entgeltelementen (Segment Entgelte: Entgeltbetrag x Entgeltanzahl, bei Abschlägen zu subtrahieren) abzüglich der Zuzahlung (bei Zuzahlungskennzeichen 2 oder 3) errechneten Betrag, der in Rechnung gestellt wird.

Bei Rechnungssatz Ambulante Operation:

Rechnungsbetrag = Summe (Entgeltbetrag x Entgeltanzahl) + Pauschale + Summe der EZV-Einzelvergütungen (Einzelvergütung x Anzahl)./. Zuzahlung.

6. Debitoren-Konto-Nr. des Krankenhauses

Die Debitoren-Konto-Nr. dient zur internen Weiterleitung und Verbuchung des von der Krankenkasse gezahlten Rechnungsbetrages in der Finanzbuchhaltung des Krankenhauses.

7. Referenznummer des Krankenhauses

8. IK des KH für Zahlungsweg

Über das Institutionskennzeichen des Krankenhauses wird auch die Konto-Nr. und Bankleitzahl zugeordnet. Soll der Rechnungsbetrag abweichend von dem in dem IK des Krankenhauses im Segment FKT angegebenen Zahlungsweg auf ein anderes Konto überwiesen werden, dient das Feld "IK des KH für Zahlungsweg" zur Angabe des abweichenden Zahlungsweges. Voraussetzung ist, dass das Krankenhaus über ein gültiges weiteres Institutionskennzeichen verfügt.

9. Honorarsumme (für Pauschale) (nur bei Rechnungssatz Ambulante Operation)

Die Honorarsumme (für Pauschale) ist die Summe der Beträge, die sich aus den Entgeltsegmenten im Rechnungssatz ambulante OP ergeben (in der Regel Summe aus Entgeltbetrag x Entgeltanzahl) zuzüglich mit dem Segment Einzelvergütung (EZV) mit Merkmal ,05' (honorarsummenrelevante Pauschalvergütung) oder ,06' (teilweise honorarsummenrelevante Pauschalvergütung) nach Schlüssel 3 (Einzelvergütung Ambulante Operation, Erläuterung) im Feld „Honorarsummenrelevanter Anteil“ in Rechnung gestellter Entgelte. Die aus den ENA-Segmenten in die Honorarsumme (für Pauschale) eingehenden Beträge sind im Feld „in Honorarsumme für Pauschale enthalten“ mit „J“ zu kennzeichnen. In das Feld „Honorarsumme (für Pauschale)“ ist die Summe der Beiträge, dieser EBM-Ziffern einzutragen. Ggf. wird „Honorarsumme (für Pauschale)“ um die EZV-Summe des Feldes „honorarsummenrelevante Anteile“ erhöht, die über EZV in Rechnung gestellt werden. Sofern eine leistungsbezogene Kostenpauschale des Kapitels 40 des EBM in Rechnung gestellt wird, ist die entsprechende ärztliche Leistung des EBM für die Berechnung der Zuschlagshöhe nach § 11 Abs. 3 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V auszuklammern. Nach § 11 Abs. 4 sind für die Berechnung der Zuschlagshöhe unter anderem die Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM ebenfalls nicht zu berücksichtigen.

Für Leistungen nach §§ 116b (alt), 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 § 11 Abs. 3 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V werden die Sachkosten, die nicht anderweitig abgegolten sind, durch einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 7 % vergütet. Die Berechnung erfolgt auf Basis des Wertes im Feld „Honorarsumme (für Pauschale)“.

Bei ambulanten Behandlungen nach § 116b, 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.

2.28 REL Segment Leistungsanspruch zu Aufrechnung (999 x möglich)

1. Rechnungsnummer

Die Rechnungsnummer dient der eindeutigen Identifizierung der ursprünglichen Rechnung, mit der aufgerechnet wird (aus dem RED Segment, das zur Bildung des REL Segmentes zur Aufrechnung herangezogen wurde).

2. Rechnungsbetrag

Das Feld `Rechnungsbetrag` enthält den Rechnungsbetrag der ursprünglichen Rechnung.

3. Rechnungsart

Schlüssel: 11

Die Rechnungsart enthält die Information, um welche Art von Rechnung es sich gemäß Schlüssel 11 handelt.

4. Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen

Das Feld enthält die Information, welcher Betrag der ursprünglichen zur Aufrechnung herangezogenen Rechnung des Krankenhauses, von der Krankenkasse zur Zahlung angewiesen wurde. Bei Abweichungen vom Rechnungsbetrag ist dieser dem der ursprünglichen Rechnung zugehörigen Zahlungssatz zu entnehmen.

5. Davon verwendeter Betrag für Aufrechnung

Das Feld `Davon verwendeter Betrag für Aufrechnung` (mit zwei Nachkommastellen) enthält die Höhe des zur Aufrechnung verwendeten (Teil-) Betrages des Feldes `Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen`.

6. KH-internes Kennzeichen des Versicherten

Das krankenhauserne Kennzeichen dient der eindeutigen Zuordnung zu dem Behandlungsfall, mit dem der Erstattungsanspruch aufgerechnet wird.

2.29 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. Dabei dürfen nur zugelassene Zeichen des eingeschränkten SWIFT Latin Character SET verwendet werden. Dieser Kode enthält die Ziffern 0 – 9, die Klein- und Großbuchstaben (ohne ‚ß‘) sowie die Sonderzeichen ‘ : ? , - (+ .) / und das Leerzeichen (Space).

2. Rechnungsdatum (bei Sammelüberweisung)

Als Rechnungsdatum ist das Datum der ursprünglichen Rechnungen anzugeben.

Gutschriftsdatum (bei Zuzahlungsgutschrift)

Als Gutschriftsdatum ist das Datum der Gutschreibung anzugeben.

3. Rechnungsbetrag (bei Sammelüberweisung)

Der Rechnungsbetrag enthält die in den ursprünglichen Rechnungen in Rechnung gestellten Beträge.

Gutschriftsbetrag (bei Zuzahlungsgutschrift)

Der Gutschriftsbetrag enthält den gutgeschriebenen Zuzahlungsbetrag.

4. Referenznummer der Krankenkasse (nur bei Sammelüberweisung)

Die Referenznummer dient der Krankenkasse zur internen Zuordnung der Einzelrechnungen (z. B. bei Rückfragen seitens des Krankenhauses).

5. Rechnungsart

Schlüssel: 11

Die Rechnungsart enthält die Information, ob es sich bei dem übermittelten Datensatz um eine Rechnung, Gutschrift o. ä. handelt. Sie ist der ursprünglichen Rechnung des Krankenhauses zu entnehmen. Für Zuzahlungsgutschriften ist als Rechnungsart '80' (Zuzahlungsgutschrift) oder '90' (Rückforderung von Zuzahlung) zu verwenden.

6. Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen (nur bei Sammelüberweisung)

Das Feld enthält die Information, welcher Betrag der ursprünglichen Rechnung des Krankenhauses von der Krankenkasse zur Zahlung angewiesen wurde. Bei Abweichungen vom Rechnungsbetrag ist dieser dem der ursprünglichen Rechnung zugehörigen Zahlungssatz zu entnehmen.

7. KH-internes Kennzeichen des Versicherten (nur bei Sammelüberweisung)

Das krankenhausinterne Kennzeichen dient mit dem IK des Krankenhauses zur eindeutigen Bestimmung des Behandlungsfalls zur aufgeführten Rechnung. Es ist dem INV-Segment der ursprünglichen Rechnung des Krankenhauses zu entnehmen.

8. IK des Krankenhauses für Zahlungsweg (nur Zuzahlungsgutschrift / -rückforderung)

Über das Institutionskennzeichen des Krankenhauses wird auch die Konto-Nr. und Bankleitzahl zugeordnet. Soll der Rechnungsbetrag abweichend von dem in dem IK des Krankenhauses im Segment FKT angegebenen Zahlungsweg auf ein anderes Konto überwiesen werden, dient das Feld "IK des KH für Zahlungsweg" zur

Angabe des abweichenden Zahlungsweges. Voraussetzung ist, dass das Krankenhaus über ein gültiges weiteres Institutionskennzeichen verfügt.

2.30 STA Segment Standort

Mit dem Segment STA werden alle an der Behandlung des Patienten beteiligten Standorte des Krankenhauses mit zeitlichem Bezug ausgewiesen. Bei jedem Wechsel des Behandlungsstandortes ist ein neues STA-Segment zu erzeugen.

1. Standortnummer

Das Feld enthält den Standort des Krankenhauses im jeweiligen Behandlungsfall. Zur Anwendung dürfen nur gültige Standortnummern aus dem Verzeichnis nach § 293 Absatz 6 SGB V kommen. Bei der Abrechnung stationsäquivalenter Behandlungsfälle (Aufnahmegrund `10`) und nur in Fällen im Rahmen der Integrierten Versorgung, in denen keine Standortnummer vorhanden ist, ist der Vorgabewert `779999999` zu verwenden. Bei reinen Tageskliniken (teilstationäre Fälle) ist bei der Standortnummer an den letzten 3 Stellen nicht nur die `000` sondern die Angabe von `001` möglich.

Hinweis:

Bei unterbrochenen Behandlungen (z. B. Tage mit vollständiger Abwesenheit, Fallzusammenführungen) am selben Standort innerhalb eines Falles ist nur ein STA-Segment für den gesamten Zeitraum anzugeben.

Bei einer nachstationären Behandlung wird der Krankenkasse in einem STA Segment eine vom Entlassungsstandort abweichende Angabe übermittelt. Diese Übermittlung kann entfallen, wenn der Standort der nachstationären Behandlung dem entlassenden Standort entspricht. Dies gilt für vorstationäre Behandlung analog.

Im Rahmen von Zwischenrechnungen (Rechnungsart 2. Stelle = 1) wird bei einer Behandlung an nur einem Standort die tatsächliche Standortnummer übermittelt, ist ein Wechsel des Standortes bereits erfolgt, wird der tatsächliche Verlauf mit der Standortnummer (und korrektem Standort Ende und Standort Ende Uhrzeit) übermittelt, wobei der bislang letzte Standort die jeweilige Standortnummer mit den u. g. Vorgabewerten bei Standort Ende und Standort Ende Uhrzeit aufweist.

2. Standort Ende

Das Feld enthält das Datum des Endes der Behandlung an dem jeweiligen Standort im Behandlungsfall. Für Aufnahmen im Zeitraum 01.01.2019 – 31.12.2019 kann der Vorgabewert `99991231` genutzt werden. Der Vorgabewert ist im Rahmen von Zwischenrechnungen (Rechnungsart 2. Stelle = 1) und bei einer Behandlung an nur einem Standort oder bei einem Wechsel des Standortes für den bislang letzten Standort zu verwenden. Bei KHIN-Nachrichten ist dieser Vorgabewert zu verwenden, sofern noch keine Entlassung erfolgte.

3. Standort Ende Uhrzeit

Das Feld enthält die Uhrzeit in Stunden (00–23) und Minuten (00–59), bis zu welcher der Patient an diesem Standort behandelt wurde. Für Aufnahmen im Zeitraum 01.01.2019 – 31.12.2019 kann der Vorgabewert `2359` genutzt werden. Der Vorgabewert ist im Rahmen von Zwischenrechnungen (Rechnungsart 2. Stelle = 1) und bei einer Behandlung an nur einem Standort oder bei einem Wechsel des Standortes für den bislang letzten Standort zu verwenden. Bei KHIN-Nachrichten ist dieser Vorgabewert zu verwenden, sofern noch keine Entlassung erfolgte.

2.31 RZA Segment Rechnungszusatz Ambulante Operation

1. Fachabteilung

Schlüssel: 6

Die Fachabteilung ist nach Schlüssel 6 anzugeben.

2. Arztnummer des überweisenden Arztes

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

Bei Abrechnung nach § 116b (neu) ist die Arztnummer des in die ASV überweisenden Arztes anzugeben. Bei Zuweisungen aus dem stationären Bereich (§ 8 Abs. 1 Satz 3 ASV-RL) wird das IK des Krankenhauses angegeben.

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

Bei Abrechnung nach § 116b (neu) ist die Betriebsstättennummer des in die ASV überweisenden Arztes anzugeben. Bei Zuweisungen aus dem stationären Bereich (§ 8 Abs. 1 Satz 3 ASV-RL) bleibt das Feld leer.

4. Zahnarztnummer des überweisenden Zahnarztes

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

5. Überweisungsdiagnose

Bei ambulanter 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.

Besteht für Behandlungen nach § 116b (neu) ein Überweisungserfordernis gemäß § 8 Satz 1 ASV-RL, ist die Überweisungsdiagnose durch einen Vertragsarzt anzugeben.

6. Sekundär-Diagnose

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement die Angabe eines zusätzlichen Diagnoseschlüssels, sofern die Überweisungsdiagnose eine zweite Diagnoseangabe erfordert. Sie ist nach dem amtlichen ICD-Schlüssel anzugeben (linksbündig mit Sonderzeichen '.', '-', '*' (Sterndiagnose) und '!' (optionale Diagnose) ohne Leerzeichen). In dem 2. und 3. Datenfeld können eine Lokalisation und/oder die Diagnosesicherheit der Sekundär-Diagnose entsprechend der Spezifizierung des Diagnoseschlüssels erfolgen. Fehlt die Angabe des Vertragsarztes, entfällt eine Angabe durch das Krankenhaus.

7. Arztnummer des Belegarztes/kooperierenden Arztes

Erfolgt eine ambulante Operation oder ein sonstiger stationersetzender Eingriff gemäß § 115b Abs. 1 SGB V durch einen am Krankenhaus tätigen Belegarzt bzw. Vertragsarzt im Rahmen einer vertraglichen Zusammenarbeit, so ist die Arztnummer Belegarztes bzw. 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. Standortnummer/Betriebsstättennummer

Gleichartige Einrichtungsarten sind über die Fachabteilung im Segment RZA abzugrenzen. Die Standort- oder Betriebsstättennummer wird ergänzend zur Unterscheidung mehrerer gleichartiger Einrichtungsarten verwendet. In diesem Feld ist gemäß dem Verzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V die für Ambulanzen nach §§ 116b–120 SGB V gültige Standortnummer (77+Standort-ID+0[02–14]) anzugeben. Bei Ambulanzen, die keine Standortnummer gemäß dem Verzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V erhalten, kann die Betriebsstättennummer angegeben werden. Das Krankenhaus informiert die Vertragsparteien nach § 120 Abs. 2 SGB V vorab über die verwendeten Standortnummern/Betriebsstättennummern.

Bei der Abrechnung von Hochschulambulanzen ist die Standort- oder Betriebsstättennummer zu übermitteln, welche die Ambulanzdiagnose nach § 3 Abs. 2 HSA-SV kodiert. Sonst bleibt das Feld leer.

10. Datum der Überweisung in die ASV

Bei Abrechnung nach § 116b (neu) ist das Datum der Überweisung in die ambulante spezialfachärztliche Behandlung gemäß § 8 der ASV-RL anzugeben. Das Datum wird quartalsübergreifend mitgeführt und erst bei erneuter Überweisung mit dem neuen Überweisungsdatum aktualisiert. Sonst bleibt das Feld leer.

11. KV-Bezirk

Krankenhäuser übermitteln den KV-Bezirk, in dem sie ihren Standort haben gemäß Schlüssel 26.

12. EBM-Version

Die veröffentlichte regionale Euro-Gebührenordnung enthält das hier anzugebende Datum des Erstellungstages. Sonst bleibt das Feld leer.

2.32 TXT Segment Text (10 x möglich)

1. Medizinische Begründung

Die medizinische Begründung ist auf Verlangen der Krankenkasse anzugeben, falls die vom Krankenhaus mit dem Aufnahmesatz gemeldete voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung überschritten wird. Sie kann wahlweise in maschinenlesbarer oder in nicht maschinenlesbarer Form angegeben werden. Für die Angabe in nicht maschinenlesbarer Form enthält die Anlage 3 die erforderlichen Angaben.

2. Kostenübernahmesatz

Wahlweise Erläuterung zum Merkmal Kostenübernahme, insbesondere bei Ablehnung.

3. Anforderung Medizinische Begründung

Erläuterung der Anforderung der Krankenkasse.

2.33 UWDSegment Überweisungsdaten

1. Rechnungsbetrag, Summe

Es ist die Summe aller im RED-Segment für die Sammelüberweisung zusammengefassten in Rechnung gestellten Rechnungsbeträge anzugeben.

2. Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen

Das Feld enthält die Information, welcher Betrag für die zusammengefassten Einzelrechnungen des Krankenhauses von der Krankenkasse zur Zahlung angewiesen wurde.

Bei einem vom "Rechnungsbetrag, Summe" abweichenden Rechnungsbetrag erfolgt für jede aufgeführte Einzelrechnung, in der ein vom in Rechnung gestellten Betrag abweichender Zahlungsbetrag beglichen wird, zusätzlich die Übermittlung eines Zahlungssatzes.

3. IK des Krankenhauses für den Zahlungsweg

Über das Institutionskennzeichen des Krankenhauses wird auch die Konto-Nr. und Bankleitzahl zugeordnet. Wird der Rechnungsbetrag abweichend von dem in dem IK des Krankenhauses im Segment FKT angegebenen Zahlungsweg auf ein anderes Konto überwiesen, dient das Feld "IK des KH für Zahlungsweg" zur Angabe des abweichenden Zahlungsweges. Voraussetzung ist, dass das Krankenhaus den abweichenden Zahlungsweg in einem der Sammelüberweisung zu Grunde liegenden Rechnungssatz angegeben hat.

4. Sammelbelegnummer

Die Sammelbelegnummer dient zur eindeutigen Bestimmung der Überweisung. Sie wird von der Krankenkasse vergeben.

2.34 ZLG Segment Zuzahlung

1. Zuzahlungsbetrag

In der Zwischen- oder Schlussrechnung bei vollstationärer Krankenhausbehandlung ist der vollständige Betrag (mit zwei Nachkommastellen) anzugeben, der vom Versicherten an das Krankenhaus zu leisten ist, oder „0,00“, wenn keine Zuzahlungspflicht besteht.

Auch der Entlassungstag fällt unter die Zuzahlungspflicht.

2. Zuzahlungskennzeichen

Schlüssel: 15

Über das Zuzahlungskennzeichen informiert das Krankenhaus die Krankenkasse über die Zuzahlungspflicht, die Leistung des Zuzahlungsbetrages durch den Versicherten oder eine vom Versicherten vorgelegte Quittung über die Verringerung oder den Wegfall der Zuzahlungspflicht oder eine vorgelegte gültige Bescheinigung über die Befreiung von der Zuzahlungspflicht.

2.35 ZPR Segment Zahlung/Prüfung

1. Rechnungsbetrag, angewiesen

Das Feld enthält die Information, welcher Betrag der Rechnung des Krankenhauses von der Krankenkasse zur Zahlung angewiesen wurde.

2. Prüfungsvermerk

Schlüssel: 10

Der Prüfungsvermerk enthält die Information der Krankenkasse, ob die Rechnung beglichen oder aus welchem Grund noch nicht beglichen wird.

Im Rahmen des Zuzahlungseinzugsverfahrens kann die Krankenkasse über den Prüfungsvermerk Belege über die entstandenen Kosten oder die Unzustellbarkeit im Verwaltungsverfahren anfordern und den Verzicht des Vollstreckungsverfahrens durch das Krankenhaus bestimmen.

3. Honorarsumme, neu berechnet (nur bei Zahlungssatz Ambulante Operation)

4. Pauschale, neu berechnet (nur bei Zahlungssatz Ambulante Operation)

Allgemeiner Hinweis:

Datenfelder, die von einem Absender erstmalig gefüllt werden, müssen in einer vom Empfänger zurückzuübermittelnden Nachricht unverändert erhalten bleiben (z. B. KH-internes Kennzeichen des Versicherten, Fallnummer und Aktenzeichen der Krankenkasse, Rechnungsnummer des Krankenhauses).

Für die Versichertendaten der Krankenkasse gelten besondere Regelungen (siehe Anlage 4, Abschnitt 7.4).

Zur Verwendung von Verarbeitungskennzeichen und laufender Nummer des Geschäftsvorfalles im FKT-Segment siehe Beispiele in Anhang D.

Die besonderen Festlegungen für die Übermittlung auf Grund des Ersatzverfahrens der Vereinbarung nach § 120 Abs. 3 SGB V sind zu beachten.

3. Verfahren zur Fortschreibung der Schlüssel für Entgeltarten und Fachabteilungen

Im Rahmen der Vorgespräche nach § 17 Abs. 6 BpflV bzw. § 11 Abs. 5 KHEntgG soll geprüft werden, ob zu den in der Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung enthaltenen Schlüsseln für Fachabteilungen und Entgeltarten eine Fortschreibung auf Bundesebene erforderlich ist.

Bei der Vergabe neuer Schlüssel wird wie folgt verfahren:

Die Vertragsparteien melden an den GKV-Spitzenverband oder die DKG, dass ein neuer Schlüssel benötigt wird. Unter <https://kh-entgeltschluessel.gkv-datenaustausch.de> können Entgeltschlüssel online beantragt werden.

Werden Entgeltschlüssel nicht online beantragt, können diese auch der DKG bzw. dem GKV-Spitzenverband per E-Mail (an die DKG: Entgeltantrag301@dkgev.de, an den GKV-Spitzenverband: datenaustausch301@gkv-spitzenverband.de) gemeldet werden oder z. B. über Formblatt (siehe Anhang C) beantragt werden. Hierbei sind folgende Informationen zu übermitteln:

Daten des Antragsstellers

- Name, Vorname
- PLZ, Ort
- Institution
- Email, Telefonnummer
- Bundesland

Daten des Entgeltschlüssel- bzw. Fachabteilungsantrages

Generelle Informationen

- Antragsdatum
- Antragsbereich (stationär, ambulant, Fachabteilung)
- Krankenhaus (Name, Ort, IK)
- Name der Einrichtung (ggf. BSNR)
- Bundesland

Je nach Antragsbereich darüber hinaus:

Entgelte stationär

- Bezug (Tag/Fall)
- Untergruppe (ZE nach § 6 Abs. 1 gesonderte Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 2a, NUB etc.)
- zugehörige Prozedurenschlüssel
- Bezeichnung des Entgeltschlüssels
- gültig von
- gültig bis, sofern vereinbart

Entgelte ambulant

- Bezug (Tag/Fall)
- Einrichtungsart für ambulante Abrechnung (AOP, §116b, HSA, PIA, SPZ, etc.)
- Abrechnungsart (EBM, Quartalspauschale, Behandlungspauschale etc.)
- Art des Kontaktes (Einmal, Mehrfach etc.)
- Art der Leistung (Leistungsart, Fachabteilung, Leistungsart Erwachsene, Kinder und Jugendliche etc.)
- zugehörige Prozedurenschlüssel
- Bezeichnung des Entgeltschlüssels
- gültig von
- gültig bis, sofern vereinbart

Fachabteilungsschlüssel

- Bezeichnung der Fachabteilung
- Fachgebiet der Musterweiterbildungsordnung für Ärzte (Fachabteilungsantrag)
- gültig ab

Der GKV-Spitzenverband und die DKG gewährleisten eine gegenseitige Information über eingegangene Schlüsselanträge und sorgen für eine umgehende Vergabe und gemeinsame, einheitliche Bekanntgabe der geeigneten bundeseinheitlichen Schlüssel.

4. Anhang D – Beispiele zur Verwendung von Verarbeitungskennzeichen (VKZ) und laufender Nummer des Geschäftsvorfalles (Ifd.–Nr.)

Im Folgenden sind beispielhaft grundlegende Situationen im Änderungs- und im Fehlerverfahren für die von Krankenhäusern verwendeten Nachrichtentypen beschrieben. Die Übermittlung der Nachrichten erfolgt zeitlich je Beispiel in der aufgeführten Reihenfolge. Die Fehlermeldungen werden von der Krankenkasse an das Krankenhaus übermittelt, alle anderen Nachrichten werden vom Krankenhaus gesendet.

4.1 Aufnahmesatz

Nachrichtentyp	VKZ	Lfd.–Nr.	Rechnungsnummer	Rechnungsart	Beschreibung
Änderung					
AUFN	10	01			Erstmeldung
AUFN	20	01			1. Änderung
AUFN	20	01			2. Änderung
Fallstorno					
AUFN	10	01			Erstmeldung
AUFN		01			Fallstorno
Fehlerhafte Meldung					
AUFN	10	01			Erstmeldung mit Fehler
AUFN(FHL)	10	01			Fehlermeldung
AUFN	10	01			Erstmeldung ohne Fehler
Fehlerhafte Änderung					
AUFN	10	01			Erstmeldung
AUFN	20	01			Änderung mit Fehler
AUFN(FHL)	20	01			Fehlermeldung
AUFN	20	01			Änderung ohne Fehler
Fehlerhafte Stornierung					
AUFN	10	01			Erstmeldung
AUFN		01			Fallstorno mit Fehler
AUFN(FHL)		01			Fehlermeldung
AUFN		01			Fallstorno ohne Fehler
Änderung einer fehlerhaften Meldung durch das Krankenhaus; Fehlermeldungen zur ersten Meldung und zur Änderungsmeldung (kein zu ändernder Datensatz vorhanden) durch die Krankenkasse					
AUFN	10	01			Erstmeldung mit Fehler
AUFN(FHL)	10	01			Fehlermeldung
AUFN	20	01			Änderung
AUFN(FHL)	20	01			Fehlermeldung (zu ändernde Nachricht nicht vorhanden)
AUFN	10	01			Erstmeldung ohne Fehler

Anmerkung:

Abweichend von den obigen Beispielen dürfen bei Meldungen von Neugeborenen Änderungs-meldungen

zum Aufnahmegrund („0601 Geburt“ oder „01xx Krankenhausbehandlung, vollstationär“) nicht versendet werden. Hierzu ist zunächst der Aufnahmesatz durch ein Fallstorno zu stornieren und die Aufnahme als neuer Fall zu übermitteln. Ist das Neugeborene bei der selben Krankenkasse wie die Mutter versichert, muss ein geändertes KH-internes Kennzeichen des Versicherten verwendet werden.

Bei Aufnahmeanzeigen ist eine Änderung des Aufnahmegrundes, des Aufnahmetages, der Aufnahmeuhrzeit oder einer Aufnahmediagnose durch Übermittlung eines Nachrichtensatzes mit Verarbeitungskennzeichen "20" nur dann zulässig, wenn es keine weiteren gültigen Nachrichten des Krankenhauses zu diesem Fall gibt. Wurde z. B. bereits eine Entlassungsanzeige zu diesem Fall übermittelt, ist zuerst die Entlassungsanzeige zu stornieren, bevor der Aufnahmesatz geändert werden darf.

4.2 Verlängerungsanzeige (analog Medizinische Begründung)

Hinweis:

Wiederholte Verlängerungen sollen nicht durch Änderungsmeldung einer vorangegangenen Verlängerungsanzeige, sondern durch eine neue Meldung mit Verarbeitungskennzeichen „10“ und erhöhter Laufender Nummer des Geschäftsvorfalles übermittelt werden. (Anlage 5, Abschnitt 1.2.2)

Nachrichtentyp	VKZ	Lfd.-Nr.	Rechnungsnummer	Rechnungsart	Beschreibung
Änderungen zu mehrfachen Verlängerungszeiträumen					
VERL	10	01			Erstmeldung
VERL	20	01			Änderung
VERL	10	02			2. Meldung (neuer Zeitraum)
VERL	10	03			3. Meldung (neuer Zeitraum)
VERL	20	02			Änderung zu 2. Zeitraum
Stornierung einer Verlängerungsanzeige; nur durch Fallstorno über den Aufnahmesatz möglich					
VERL	10	01			Erstmeldung
AUFN		01			Fallstorno
(Zur Abwicklung eines Falles nach einem Fallstorno ist die Anlage eines neuen Falles mit neuem krankenhausinternen Kennzeichen notwendig.)					
Fehlerhafte Meldung					
VERL	10	01			Erstmeldung mit Fehler
VERL(FHL)	10	01			Fehlermeldung
VERL	10	01			Erstmeldung ohne Fehler
Fehlerhafte Änderung					
VERL	10	01			Erstmeldung
VERL	20	01			Änderung mit Fehler
VERL(FHL)	20	01			Fehlermeldung
VERL	20	01			Änderung ohne Fehler
Fehlerhafte Meldung zum Verlängerungszeitraum					
VERL	10	01			Erstmeldung
VERL		02			2. Meldung (neuer Zeitraum) mit Fehler
VERL(FHL)		02			Fehlermeldung

VERL		02			2. Meldung (neuer Zeitraum) ohne Fehler
------	--	----	--	--	---

4.3 Entlassungsanzeige

Nachrichtentyp	VKZ	Lfd.-Nr.	Rechnungsnummer	Rechnungsart	Beschreibung
Änderungen					
ENTL	10	01			Erstmeldung
ENTL	20	01			1. Änderung
ENTL	20	01			2. Änderung
Stornierungen von Entlassungsanzeigen					
ENTL	10	01			Erstmeldung
ENTL		01			Stornierung
ENTL	10	02			Erstmeldung Korrektur
ENTL	20	02			Änderung der Korrektur
ENTL		02			Stornierung der Korrektur
ENTL	10	03			Erstmeldung 2.Korrektur
Fehlerhafte Meldung					
ENTL	10	01			Erstmeldung mit Fehler
ENTL(FHL)	10	01			Fehlermeldung
ENTL	10	01			Erstmeldung ohne Fehler
Fehlerhafte Änderung					
ENTL	10	01			Erstmeldung
ENTL	20	01			Änderung mit Fehler
ENTL(FHL)	20	01			Fehlermeldung
ENTL	20	01			Änderung ohne Fehler
Fehlerhafte Stornierung					
ENTL	10	01			Erstmeldung
ENTL		01			Stornierung mit Fehler
ENTL(FHL)		01			Fehlermeldung
ENTL		01			Stornierung ohne Fehler
Änderung einer fehlerhaften Meldung durch das Krankenhaus; Fehlermeldungen zur ersten Meldung und zur Änderungsmeldung (kein zu ändernder Datensatz vorhanden) durch die Krankenkasse					
ENTL	10	01			Erstmeldung mit Fehler
ENTL(FHL)	10	01			Fehlermeldung
ENTL	20	01			Änderung
ENTL(FHL)	20	01			Fehlermeldung (zu ändernde Nachricht nicht vorhanden)
ENTL	10	01			Erstmeldung ohne Fehler

Anmerkung:

Die Änderung oder Stornierung einer Entlassungsanzeige nach bereits erfolgter Übermittlung einer Schlussrechnung ist nur dann zulässig, wenn eine Gutschrift/Stornierung für die Schlussrechnung erfolgreich übermittelt wurde. Erst nach der Gutschrift/Stornierung des Rechnungssatzes kann die Entlassungsanzeige storniert oder geändert und ein erneuter Rechnungssatz übermittelt werden.

4.4 Rechnungssatz

Nachrichtentyp	VKZ	Lfd.-Nr.	Rechnungsnummer	Rechnungsart	Beschreibung
Gutschriften/Stornierungen					
RECH	10	01	A	01	1.Zwischenrechnung (erster Zeitraum)
RECH	10	02	A	04	Gutschrift/Storno
RECH	10	03	B	01	1.Zwischenrechnung Korrektur
RECH	10	04	C	01	2.Zwischenrechnung (zweiter Zeitraum)
RECH	10	05	D	02	Schlussrechnung (dritter Zeitraum)
RECH	10	06	C	04	Gutschrift/Storno für 2.Zwischenrechnung
RECH	10	07	E	01	2.Zwischenrechnung Korrektur (zweiter Zeitraum)
Durch ein Fallstorno über den Aufnahmesatz werden neben dem Fall auch alle Rechnungen storniert					
RECH	10	01	A	02	Schlussrechnung
AUFN		01			Fallstorno
(Zur Abwicklung eines Falles nach einem Fallstorno ist die Anlage eines neuen Falles mit neuem krankenhausinternen Kennzeichen notwendig.)					
Fehlerhafte Meldung					
RECH	10	01	A	02	Schlussrechnung mit Fehler
RECH(FHL)	10	01	A	02	Fehlermeldung
RECH	10	01	A	02	Schlussrechnung ohne Fehler
Fehlerhafte Gutschrift					
RECH	10	01	A	02	Schlussrechnung
RECH	10	02	A	04	Gutschrift/Storno mit Fehler
RECH(FHL)	10	02	A	04	Fehlermeldung
RECH	10	02	A	04	Gutschrift/Storno ohne Fehler
RECH	10	03	B	02	Schlussrechnung Korrektur
Gutschrift einer fehlerhaften Schlussrechnung durch das Krankenhaus; Fehlermeldungen zur Schlussrechnung und zur Gutschrift (kein gutzuschreibender Datensatz vorhanden) durch die Krankenkasse					
RECH	10	01	A	02	Schlussrechnung mit Fehler
RECH(FHL)	10	01	A	02	Fehlermeldung
RECH	10	02	A	04	Gutschrift
RECH(FHL)	10	02	A	04	Fehlermeldung (gutzuschreibende Rechnung nicht vorhanden)
RECH	10	01	A	02	Schlussrechnung ohne Fehler

Mahnung von Rechnungen					
RECH	10	01	A	01	1. Zwischenrechnung
RECH	10	02	B	01	2. Zwischenrechnung
RECH	10	03	A	07	1. Mahnung zur 1. Zwischenrechnung
RECH	10	04	C	02	Schlussrechnung
RECH	10	05	A	08	2. Mahnung zur 1. Zwischenrechnung

Anmerkung:

Eine Schlussrechnung ist bei Änderung des Aufnahmegrundes, des Aufnahmejahres, der Aufnahmezeit oder einer Aufnahmediagnose der Aufnahmeanzeige zu dem selben Fall zu stornieren/gutzuschreiben. Dies trifft auch dann zu, wenn sich inhaltlich an der Schlussrechnung nichts ändert.

4.5 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– 39,45–48)	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/	01	A	02	Fehlermeldung

	12/ 16/17/ 18/ 19				
AMBO	05/06/07/ 08/ 10/11/ 12/ 16/17/ 18/ 19	01	A	02	Erstmeldung ohne Fehler
Fehlerhafte Gutschrift					
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 mit Fehler
AMBO(FHL)	05/06/07/ 08/ 10/11/ 12/ 16/17/ 18/ 19	02	A	04	Fehlermeldung
AMBO	05/06/07/ 08/ 10/11/ 12/ 16/17/ 18/ 19	02	A	04	Gutschrift/Storno ohne Fehler
AMBO	05/06/07/ 08/ 10/11/ 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/ 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/ 08/ 10/11/ 12/ 16/17/ 18/ 19	02	A	04	Gutschrift/Storno
AMBO(FHL)	05/06/07/ 08/ 10/11/ 12/ 16/17/ 18/ 19	02	A	04	Fehlermeldung (gutzuschreibende Rechnung nicht vorhanden)
AMBO	05/06/07/ 08/10/11/ 12/ 16/17/ 18/ 19	01	A	02	Erstmeldung ohne Fehler

4.6 Zuzahlungsgutschrift (analog Zuzahlungsgutschrift Ambulante Operation)

Hinweis:

Die Rechnungsart „80“ oder „90“ ist bei der Zuzahlungsgutschrift erst mit der 7. Fortschreibung möglich.

Nachrichtentyp	VKZ	Lfd.-Nr.	Rechnungsnummer	Rechnungsart	Beschreibung
Rückforderung					
ZGUT	10/11	01	A	80	Erstmeldung
ZGUT	10/11	02	B	90	Rückforderung
ZGUT	10/11	03	C	80	Erstmeldung Korrektur
ZGUT	10/11	04	D	80	Meldung (weitere Tage)
FALLSTORNO, FÜHRT AUCH ZUR RÜCKFORDERUNG VON ZUZAHLUNGSGUTSCHRIFTEN					
ZGUT	10/11	01	A	80	Erstmeldung
AUFN		01			Fallstorno
(Zur Abwicklung eines Falles nach einem Fallstorno ist die Anlage eines neuen Falles mit neuem krankenhausinternen Kennzeichen notwendig.)					
Fehlerhafte Meldung					
ZGUT	10/11	01	A	80	Erstmeldung mit Fehler
ZGUT(FHL)	10/11	01	A	80	Fehlermeldung
ZGUT	10/11	01	A	80	Erstmeldung ohne Fehler
Fehlerhafte Rückforderung					
ZGUT	10/11	01	A	80	Erstmeldung
ZGUT	10/11	02	B	90	Rückforderung mit Fehler
ZGUT(FHL)	10/11	02	B	90	Fehlermeldung
ZGUT	10/11	02	B	90	Rückforderung ohne Fehler
ZGUT	10/11	03	C	80	Erstmeldung Korrektur
Rückforderung einer fehlerhaften Meldung durch das Krankenhaus; Fehlermeldungen zur ersten Meldung und zur Rückforderung (keine Lfd.-Nr. 1 vorhanden) durch die Krankenkasse					
ZGUT	10/11	01	A	80	Erstmeldung mit Fehler
ZGUT(FHL)	10/11	01	A	80	Fehlermeldung
ZGUT	10/11	02	B	90	Rückforderung
ZGUT(FHL)	10/11	02	B	90	Fehlermeldung (rückgeforderte Gutschrift nicht vorhanden)
ZGUT	10/11	01	A	80	Erstmeldung ohne Fehler