

Nachtrag vom 27.02.2009

zur Fortschreibung der § 301-Vereinbarung vom 01.02.2008

mit Wirkung zum 01.10.2009

Nachträge zu Anlage 1**Nachtrag 1****Rechnungssatz Ambulante Operation***wird wie folgt geändert:*

Seg- ment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
...	...			
PRZ	Segment Prozedur	K	an3	'PRZ' (30x möglich)
	Prozedur	M		(Datenelementgruppe)
	Prozedurenschlüssel	M	an..11	Amtlicher OP-Schlüssel oder „9999“ <u>oder Schlüssel 22 bei</u> <u>116b-Fällen</u>
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
...	...			
...				

Nachträge zur Anlage 2

Nachtrag 2

Schlüssel 4: Entgeltarten

wird wie folgt ergänzt:

Schlüssel 4: Entgeltarten

1. und 2. Stelle: Entgeltschlüssel

49 Abrechnungsergänzungen

3. Stelle: Zusatzschlüssel für Abrechnungsergänzungen

1 Zuschläge für Zentren und Schwerpunkte

2 Abschläge für Zentren und Schwerpunkte (für Korrekturen)

Formatiert: Schriftart: Fett

Formatiert: Abstand Vor: 0 pt

4. bis 8. Stelle:

Zuschläge für Zentren und Schwerpunkte

<i>Hinweis:</i>	4. Stelle:	'1'	variabler Betrag je stationärem Fall
		'2'	Festbetrag je stationärem Fall
		'3'	variabler Betrag bei Inanspruchnahme des Zentrums
		'4'	Festbetrag bei Inanspruchnahme des Zentrums

Formatiert: Schriftart: Fett

Formatiert: Abstand Vor: 6 pt

5. – 8. Stelle:	'0001'	Pädiatrisch hämatoonkologisches Zentrum
	'0002'	Herzzentrum
	'0003'	Tumorzentrum

Formatiert: Abstand Vor: 6 pt

Formatiert: Abstand Vor: 6 pt

Hinweis:

Die variablen Beträge der Ausprägungen „1“ und „3“ in der 4. Stelle ergeben sich aus einem auf die Rechnungssumme vereinbarten Prozentsatz.

Formatiert: Schriftart: Kursiv

Formatiert: Abstand Vor: 0 pt

Formatiert: Schriftart: Kursiv

Formatiert: Schriftart: Kursiv

Formatiert: Abstand Vor: 6 pt

Berechnung nach BpflV alt

Nachtrag 3**Schlüssel 22: Leistungsbereich (116b)***wird wie folgt ergänzt:***Schlüssel 22: Leistungsbereich (116b)**

Formatiert: Abstand Vor: 6 pt

- 010100 CT/ MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen
- 010200 Brachytherapie
- 020100 Mukoviszidose
- 020200 Gerinnungsstörungen (Hämophilie)
- 020300 Fehlbildungen, angeborenen Skelettsystemfehlbildungen und neuromuskulären Erkrankungen
- 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
- 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
- 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

Formatiert: Abstand Vor: 6 pt

Nachträge zum Anhang B zur Anlage 2

Nachtrag 4

...

48000001
48000002

DRG-Systemzuschlag

vollstationärer Fall
teilstationärer Fall

Abrechnungsergänzungen

491[1-4][0001-0003]
492[1-4][0001-0003]

Zuschläge für Zentren und Schwerpunkte
Abschläge für Zentren und Schwerpunkte

Berechnung nach BPfIV alt

...

...

Formatierte Tabelle

Formatiert: Abstand Vor: 6 pt

Formatiert: Einzug: Links: 0 cm, Abstand Vor: 6 pt

Formatiert: Abstand Vor: 0 pt

Nachträge zur Anlage 5

Nachtrag 5

Kap. 1.2.8, Rechnungssatz Ambulante Operation

wird wie folgt geändert:

1.2.8 Rechnungssatz Ambulante Operation

...

Die Abrechnung von ambulanten Behandlungen nach § 116b Abs.2 SGB V erfolgt ebenso wie ambulante Operationen mit dem Nachrichtentyp „Rechnungssatz Ambulante Operation“. Das Verarbeitungskennzeichen im FKT-Segment ist hierbei mit „16“ (Normalfall) anzugeben, um die Prüfungen nach dem Leistungskatalog nach § 115b SGB V in den Krankenkassenfachverfahren auszuschalten (Verarbeitungskennzeichen „36“ für Fallstorno). Die Diagnoseangaben gelten wie im stationären Bereich ohne Angabe eines Kennzeichens für die Diagnosesicherheit ausschließlich als gesicherte Diagnosen, die nach dem Zusatzschlüssel für Diagnosesicherheit mit „G“ zu kennzeichnen wären. Der Leistungsbereich der Behandlung ist vom Krankenhaus in einem PRZ-Segment mit einem Pseudo-Prozedurenschlüssel nach Schlüssel 22 anzugeben. 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.

Formatiert: Hochgestellt

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.

Formatiert: Schriftart: Kursiv

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).

Nachtrag 6**Kap. 2.15 INV, Segment Information Versicherter***wird wie folgt ergänzt:***2.15 INV Segment Information Versicherter**

...

2. Versichertenstatus

...

Liegen die Angaben der Krankenversichertenkarte/eGK nicht vor, erfolgt in diesem Feld keine Eingabe.
Das Datenfeld wird bis zum endgültigen Auslaufen der KVK auch aus den Daten der eGK weiterhin gefüllt.

...

Nachtrag 7**Kap. 2.19, PRZ Segment Prozedur (30 x möglich)***wird wie folgt ergänzt:***2.19 PRZ Segment Prozedur (30 x möglich)****1. Prozedur**

...

Weitere im Rahmen der ambulanten Krankenhausbehandlung durchgeführten Operationen und Prozeduren können durch bis zu 30-maliges Verwenden des Segmentes PRZ angegeben werden.

Schlüssel: 22

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