

Nachtrag vom 22.09.2010

zur Fortschreibung der § 301-Vereinbarung vom 23.10.2009

mit Wirkung zum 01.01.2011

Nachträge zur Anlage 2

Nachtrag 1

Schlüssel 4: Entgeltarten

wird wie folgt ergänzt:

Schlüssel 4: Entgeltarten

...

Zu- und Abschläge 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
		'5'	<u>Festbetrag auf Basisfallwert je stationärem Fall</u>
		'6'	<u>Festbetrag auf Basisfallwert bei Inanspruchnahme des Zentrums</u>

...

...

Zuschläge nach § 7 Nr. 4 KHEntgG

Sonderfall:	4. - 8. Stelle:	00001	<u>Sicherstellungszuschlag nach § 17 b Abs. 1 Satz 7 KHG (Festbetrag)</u>
<u>Sonderfall:</u>	<u>4. - 8. Stelle:</u>	<u>00002</u>	<u>Sicherstellungszuschlag auf den Basisfallwert nach § 17 b Abs. 1 Satz 7 KHG</u>
<i>Hinweis:</i>	4. - 5. Stelle:	01 ff.	Länderschlüssel
	6. - 8. Stelle:	002	Ausbildungszuschlag nach § 17 a Abs. 6 bzw. 9 KHG (ab 01.01.2005)
Sonderfall:	4. - 8. Stelle:	00003	Zuschlag für Begleitperson nach § 17 b Abs. 1 Satz 4 KHG (ab 01.01.2005)

Gelöscht: Z

Gelöscht: ab 01.01.2005

Nachtrag 2**Schlüssel 9: Verarbeitungskennzeichen***wird wie folgt ergänzt:***Schlüssel 9: Verarbeitungskennzeichen**

...

10 Normalfall

11 Ambulante Abrechnung nach § 115b SGBV statt stationäre
 Abrechnung (nur für AMBO und optional für ZAAO nach
 Fallstorno „35“)

Gelöscht: durch Krankenhaus,

12 Ambulante Abrechnung nach § 116b SGBV statt stationäre
 Abrechnung (nur für AMBO und optional für ZAAO nach
 Fallstorno „35“)

Gelöscht: durch Krankenhaus,

16 Leistungen nach § 116b Abs. 2 SGB V (nur für AMBO und optional
 für ZAAO)

20 Änderung

...

Nachtrag 3**Schlüssel 15: Zuzahlungskennzeichen***wird wie folgt ergänzt:***Schlüssel 15: Zuzahlungskennzeichen**

... ..

8 Zuzahlung verrechnet und vom Versicherten nicht oder nur teilweise geleistet

9 Der Versicherte hat trotz Aufforderung keine/keine vollständige Zuzahlung geleistet;
 Zuzahlungseinzug durch die Krankenkasse (nur für AMBO und ZAAO)

Nachträge zum Anhang B zur Anlage 2

Nachtrag 4

...

Zu- und Abschläge nach § 7 Nr. 4 KHEntgG

75100001
75100002
...

Sicherstellungszuschlag nach § 17 b Abs. 1 Satz 7 KHG (Festbetrag)
Sicherstellungszuschlag auf den Basisfallwert nach § 17 b Abs. 1 Satz 7 KHG
...

Gelöscht: Z
Gelöscht: ab 01.01.2005

Matrix zu Schlüssel 4 - Entgeltarten

FP: Fallpauschalen; SE: Sonderentgelte

Matrix zu Schlüssel 4: Entgeltarten	1. - 2. Stelle	3. Stelle	4. - 8. Stelle	KH- spezi- fisch	Bund/ Land
Basispflegesatz, vollstationär	01	0	00001	X	
...		
DRG-Systemzuschlag, teilstationärer Fall	48	0	00002		X
<u>Zuschläge für Zentren und Schwerpunkte</u>	<u>49</u>	<u>1</u>	<u>10001 - 60005</u>	<u>X</u>	
<u>Abschläge für Zentren und Schwerpunkte</u>	<u>49</u>	<u>2</u>	<u>10001 - 60005</u>	<u>X</u>	
Allgemeine Pflegesätze n. BpflV alt	50	0	00001 - 00004	X	
...		

Matrix zu Schlüssel 4: Entgeltarten	1. - 2. Stelle	3. Stelle	4. - 8. Stelle	KH- spezi- fisch	Bund/ Land
DRG-Fallpauschalen n. § 7 Nr. 1 KHEntgG	70	1 - 8	0A01A ff. (DRG's)	▼	X
Entgelte nach Überschreiten d. O-GVD n. § 7 Nr. 3 KHEntgG	71	1 - 8	0A01A ff. (DRG's)	▼	X
Abschläge bei Verlegungen nach § 1 (1) Satz 3 KFPV/FPV	72	1 - 8	0A01A ff. (DRG's)	▼	X
Abschläge bei Nichterreichen der U-GVD § 1 (3) Satz 1 KFPV/FPV	73	1 - 8	0A01A ff. (DRG's)	▼	X
...		

Gelöscht: 7
Gelöscht: X
Gelöscht: 7
Gelöscht: X
Gelöscht: 6
Gelöscht: X
Gelöscht: 6
Gelöscht: X

Nachträge zur Anlage 4

Formatiert: Rahmen: Unten:
(Doppelte einfarbige Linien,
Automatisch, 0,75 pt
Zeilenbreite)

Nachtrag 5

Kap. 9.1, Annahmestellen bei den Krankenkassen

wird wie folgt geändert:

9.1 Annahmestellen bei den Krankenkassen

...

Ersatzkassen:

2 Annahmestellen: T-Systems International GmbH (ohne Entschlüsselungsberechtigung)
BKK Bundesverband (mit Entschlüsselungsberechtigung)

Gelöscht: ITS

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

...

Annahmestelle der selbstprüfenden Ersatzkassen:

T-Systems International GmbH
für Datenträgerannahme Postfach 501160, 70341 Stuttgart
für DFÜ 0800 / 3324785 (DAV-Hotline)
- dort wird die aktuelle DFÜ-Telefonnummer bekanntgegeben -

Gelöscht: ITS

Gelöscht: 71027 Böblingen

...

Annahmestelle der Knappschaft und der landwirtschaftlichen Krankenkassen:

T-Systems International GmbH
für Datenträgerannahme Postfach 501160, 70341 Stuttgart
für DFÜ 0800 / 3324785 (DAV-Hotline)
- dort wird die aktuelle DFÜ-Telefonnummer bekanntgegeben -

Gelöscht: ITS

Gelöscht: 71027 Böblingen

...

Nachträge zur Anlage 5

Nachtrag 6

Kap. 1.1, Übermittlungsfristen

wird wie folgt korrigiert:

1.1 Übermittlungsfristen

...

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.

Gelöscht: Tr

Nachtrag 7

Kap. 1.2.8, Rechnungssatz Ambulante Operation

wird wie folgt ergänzt:

1.2.8 Rechnungssatz Ambulante Operation

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. Die belegärztliche Leistung ist im Rechnungssatz Ambulante Operation im ENA-Segment als gesonderter Rechnungsposten mit Entgeltanzahl „0“ auszuweisen. Über das Zuzahlungs-kennzeichen (Schlüssel 15: „1“, „2“, „4“, „5“, „6“ oder „9“) im ZLG-Segment informiert das Krankenhaus die Krankenkasse über die Zuzahlungspflicht, die Leistung des Zuzahlungsbetrages durch den Versicherten, eine vom Versicherten vorgelegte Quittung über die Verringerung oder den Wegfall der Zuzahlungspflicht oder eine vorgelegte gültige Bescheinigung über die Befreiung von der Zuzahlungspflicht oder darüber, ob der Versicherte trotz Aufforderung keine/keine vollständige Zuzahlung geleistet hat.

Gelöscht: oder

Gelöscht: oder

...

Nachtrag 8**Kap. 1.4.8, Zuzahlungseinzugsverfahren bei vollstationären Patienten***wird wie folgt ergänzt:***1.4.8 Zuzahlungseinzugsverfahren bei vollstationären Patienten**

...

Keine Zuzahlungspflicht

...

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 darauf folgenden 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

Formatiert: Schriftart:
(Standard) Times New Roman

Formatiert: Einzug: Links: 0
cm

Formatiert: Schriftart:
(Standard) Times New Roman

Formatiert: Schriftart:
(Standard) Times New Roman

Formatiert: Schriftart:
(Standard) Times New Roman

Formatiert: Schriftart:
(Standard) Times New Roman

Formatiert: Schriftart:
(Standard) Times New Roman

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

...

Zuzahlung wurde nicht oder nicht vollständig geleistet

...

b) Verwaltungsverfahren

....

Besondere Hinweise:

Bei einer Fallzusammenführung entsprechend § 2 FPV 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.

c) Vollstreckungsverfahren

...

Zuzahlungspflicht bei Verlegung/Entlassung mit anschließender Aufnahme

Wird der Versicherte in ein anderes Krankenhaus verlegt (Entlassungs-/Verlegungsgrund „06“ Verlegung in ein anderes Krankenhaus) oder in eine Rehabilitationseinrichtung entlassen (Entlassungs-/Verlegungsgrund „09“ Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung), wird für den zuzahlungspflichtigen Kalendertag der Verlegung/Entlassung, der zugleich zuzahlungspflichtiger Aufnahmetag bei der aufnehmenden Einrichtung ist,

Formatiert: Schriftart: (Standard) Times New Roman

Formatiert: Einzug: Links: 0 cm

Formatiert: Schriftart: (Standard) Times New Roman

Formatiert: Schriftart: (Standard) Times New Roman

Formatiert: Schriftart: (Standard) Times New Roman

Formatiert: Schriftart: (Standard) Times New Roman

Formatiert: Schriftart: (Standard) Times New Roman

Formatiert: Schriftart: (Standard) Times New Roman

Formatiert: Schriftart: (Standard) Times New Roman

Formatiert: Schriftart: (Standard) Times New Roman

Formatiert: Schriftart: (Standard) Times New Roman

Formatiert: Einzug: Links: 0 cm

Formatiert: Schriftart: (Standard) Times New Roman

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 Krankenhausfalles anzugeben.

Nachtrag 9

Kap. 2.8, ENA Segment Entgelt Ambulante Operation (300 x möglich) wird wie folgt geändert:

2.8 ENA Segment Entgelt Ambulante Operation (300 x möglich)

1. Entgeltart

Schlüssel: 20

Als Entgeltart ist die fünfstellige EBM-Ziffer (mit Ergänzung führender Nullen) anzugeben. Zuschläge zu EBM-Ziffern sind in einem gesonderten Entgeltsegment anzugeben (Zuschlagsziffer = Entgeltart).

Gelöscht: ggf.

...

5. Punktzahl

Die Punktzahl ist nach EBM-Katalog anzugeben.

Für die postoperativen Behandlungskomplexe des Abschnitts 31.4 des EBM bei Erbringung der Leistung durch den Operateur ist die um 27,5 % gekürzte ganzstellig kaufmännisch gerundete Punktzahl anzugeben (§ 7 Abs. 2 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V).

Bei künstlichen Befruchtungen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ist ein Eigenanteil des Patienten von 50 % zu leisten (§ 27a Abs. 3 Satz 3 SGB V). Für diese Leistungen für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung nach den EBM-Ziffern 08510, 08530, 08531, 08540, 08541, 08542, 08550, 08551, 08552, 08560, 08561, 08570, 08571, 08572, 08573, 08574 sowie die damit zusammenhängenden ärztlichen Leistungen nach den EBM-Ziffern 01510, 01511, 01512, 02100, 02341, 05310, 05330, 05340, 05341, 05350, 11311, 11312, 11320, 11321, 11322 31272, 31503, 31600 31608, 31609, 31822, 33043, 33044, 33090, 32354, 32356, 32357, 32575, 32576, 32614, 32618, 32660, 32781, 36272, 36503 und 36822 (siehe Durchführungsempfehlung des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V zu den Leistungen der künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V in seiner 214. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) mit Wirkung zum 1. Januar 2010) sind die um 50 % gekürzten ganzstellig kaufmännisch gerundeten Punktzahlen anzugeben. Die Halbierung der Punktzahlen für die mit den Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung zusammenhängenden ärztlichen Leistungen, die ansonsten voll berechnet werden, ist für die Ermittlung des jeweiligen Entgeltbetrages für den Rechnungssatz Ambulante Operation vorzunehmen und im Datenfeld „Punktzahl“ auszuweisen.

Gelöscht: 32577.

Gelöscht: ,

Gelöscht: „Bundesempfehlung nach § 86 SGB V der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Zusammenhang mit der Neufassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zum 01. April 2005

Gelöscht: zum 01. Oktober 2007“

Gelöscht: in der Regel

Gelöscht: Sollte eine Kürzung der Punktzahlen durch die Krankenhaus-Software nicht möglich sein, ist der Eigenanteil im ZLG-Segment additiv zur Praxisgebühr auszuweisen.

...

Nachtrag 10**Kap. 2.26, ZLG Segment Zuzahlung***wird wie folgt geändert:***2.26 ZLG Segment Zuzahlung****1. Zuzahlungsbetrag**

...

Im Falle von ambulanten Operationen entspricht der Zuzahlungsbetrag der ggf. zu leistenden Praxisgebühr. Durch Vor- und Nachbehandlungen kann sich eine ambulante Behandlung auf zwei Quartale erstrecken, so dass die Praxisgebühr von 10,00 EUR zweimal anfallen kann.

Gelöscht: Bei künstlichen Befruchtungen ist ein Eigenanteil des Patienten von 50 % zu leisten (§ 27a Abs. 3 Satz 3 SGB V). Sollte die hierzu vorgesehene Kürzung der Punktzahlen in den ENA-Segmenten durch die Krankenhaus-Software nicht möglich sein, ist der Eigenanteil im ZLG-Segment als zusätzliche Zuzahlung zu addieren.