

**Nachtrag
vom 17.05.2019**

zur Fortschreibung der § 301-Vereinbarung
vom 17.04.2018

mit Wirkung zum 01.07.2019 bzw. 01.01.2020

Erläuterungen zu einzelnen Nachträgen

Nachtrag 1, 8, 13, 16 und 17:

Es sind redaktionelle Klarstellungen vorzunehmen.

Nachtrag 2 und 12:

Mit dem Ziel, Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildetem Pflegepersonal zusätzlich zu fördern, werden für die Jahre 2019 bis 2024 geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf zu 50 Prozent finanziell gefördert (§ 4 Abs. 8a KHEntgG). Dafür ist ein Zuschlag inklusive Berechnungsschema zu etablieren.

Nachtrag 3:

Gemäß § 8 Abs. 10 KHEntgG ist der Pflegezuschlag bei Patientinnen oder Patienten abzurechnen, die vor dem 1. Januar 2020 zur vollstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden. Die entsprechenden Zuschläge sind entsprechend zu beenden.

Nachtrag 4 und 12:

Gemäß § 137i Abs. 1 Satz 10 SGB V – Für den Fall der Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen bestimmen die Vertragsparteien auf Bundesebene mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes insbesondere die Höhe und die nähere Ausgestaltung von Sanktionen nach Absatz 5. Es ist ein entsprechendes Abschlagsentgelt inklusive Berechnungsschema zu vereinbaren (Anhang). Hinweis: Gemäß § 137i Abs. 4 Satz 3 übermitteln die Krankenhäuser die Daten für das Jahr 2019 zum 30.6.2020. Die Vereinbarungspartner gehen derzeit davon aus, dass in 2019 dieser Abschlag noch nicht angewandt wird, vereinbaren jedoch mit Blick auf den gesetzlich festgelegten Bezug der Sanktionsregelung eine Gültigkeit ab dem 1.4.2019.

Aus Sicht der DKG und des GKV-Spitzenverbandes ist zur Abrechnung dieses Zuschlages ein gesondertes Berechnungsschema zu vereinbaren. Eine Verhandlung war im Rahmen dieses Nachtrages nicht möglich, so dass sich die Vereinbarungspartner auf Bundesebene in einem gesonderten Nachtrag dazu verständigen werden.

Nachtrag 12 sieht ebenfalls die Verlängerung des Zuschlages Pflegestellen-Förderprogrammzuschlag nach § 4 Abs. 10 KHEntgG bzw. § 4 Abs. 8 KHEntgG (Neu) bis zum Jahr 2020 vor.

Nachtrag 5:

Es gibt weitere DMP-Programme. Diese sind im Schlüssel 4 Teil 1 unter der Entgeltart 65* „Zusatzentgelte für DMP“ entsprechen zu berücksichtigen.

Nachtrag 6:

§ 110a SGB V sieht vor, dass Krankenkassen oder Zusammenschlüsse von Krankenkassen zu den vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136b Absatz 1 Nummer 4 festgelegten Leistungen oder Leistungsbereichen mit dem Krankenhausträger Verträge zur Förderung einer qualitativ hochwertigen stationären Versorgung (Qualitätsverträge) schließen können. Für die Abrechnung der dort vereinbarten Leistungen sind gesonderte Entgelte kassenindividuell zu vereinbaren. Dafür sind Entgelte für die Kassenarten vorgesehen, so dass eine Vergabe vor Ort selbst erfolgen kann.

Nachtrag 7 (zum 01.01.2020):

Es werden prozentuale Abschlagsentgelte zur Umsetzung einer evtl. Kürzung gemäß §291 Abs. 2b SGB V zum 01.01.2020 vereinbart.

Nachtrag 9 und 19:

Das Personenstandsgesetz regelt, wenn ein Kind weder dem weiblichen noch dem männlichen Geschlecht zugeordnet werden kann, dass der Personenstandsfall auch ohne eine solche Angabe oder mit der Angabe „divers“ in das Geburtenregister eingetragen werden kann. Die entsprechenden Regelungen sind im Datenaustausch anzupassen.

Nachtrag 10:

Der Leistungsbereich für §116neu SGB V ist um den Bereich der Hauttumore zu ergänzen.

Nachtrag 11:

Sofern individuelle Vereinbarungen Dokumentationen für Einrichtungen nach §117 SGB vorsehen, können diese über die neue Leistungsart A7 angegeben werden.

Nachtrag 13:

Die Fehlermeldungen werden um Einträge zur Prüfung von SAMU-Nachrichten erweitert und redaktionell korrigiert.

Nachtrag 14:

Die technische Vorhaltung von veralteten Nachrichtenversionen ist derzeit nicht geregelt. Es wird eine Klarstellung aufgenommen, dass eine Vorhaltung von Nachrichtenversionen < 10 seitens der Krankenkassen und Krankenhäuser nicht mehr notwendig ist.

Nachtrag 15:

In den Fällen, in denen ein ASV-Arzt eine Überweisung in die stationäre Behandlung vornimmt, hat dieser seine LANR bzw. BSNR zu verwenden. In den Einzelfällen, in denen er keine hat, ist alternativ die Fachgruppennummer bzw. Teamnummer bei den Überweisungsangaben zu verwenden.

Nachtrag 17:

Bei Abrechnung von Entgelten aus Qualitätsverträgen ist das Vertragskennzeichen anzugeben. Darüber hinaus werden redaktionelle Korrekturen vorgenommen.

Nachtrag 18:

Bei einigen EBM Ziffern ist die Uhrzeit der Leistungserbringung für die Abrechnung nach §116b (neu) SGB V zwingend vorgesehen. In diesen Fällen ist in das Feld `Abrechnungsbegründung` die Uhrzeit anzugeben. Für quartalsübergreifende Behandlungsfällen nach § 117 SGB V wird eine optionale Regelung zur Mitteilung des Datums des Erstkontaktes eingeführt.

Nachträge zur Anlage 1

Nachtrag 1 (mit Wirkung zum 01.07.2019):

Krankenkassenantwort (KANT)

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
FKT	Segment Funktion	M	an3	siehe Anlage 4 (7.2.4)
	Verarbeitungskennzeichen	M	an2	Schlüssel 9
	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	M	an2	'01', ...
	IK des Absenders	M	an9	IK des <u>Krankenhauses</u> der <u>Krankenkasse</u>
	IK des Empfängers	M	an9	IK der <u>Krankenkasse</u> des <u>Krankenhauses</u>
INV	Segment Information Versicherter	M	an3	'INV'
...	...			

Nachträge zur Anlage 2

Nachtrag 2 (mit Wirkung zum 01.07.2019):**Schlüssel 4 Teil I: 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**

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
	
		00024 Pflegezuschlag nach § 8 Abs. 10 KHEntgG
		00025 Erhöhter Pflegezuschlag nach § 8 Abs. 10 Satz 5 KHEntgG
		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
		<u>00028 Zuschlag zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf nach § 4 Abs. 8a KHEntgG</u>
	

Nachtrag 3 (mit Wirkung zum 01.01.2020):**Schlüssel 4 Teil I: 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**

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

	00024	reserviertPflegezuschlag nach § 8 Abs. 10 KHEntgG
	00025	reserviertErhöhter Pflegezuschlag nach § 8 Abs. 10 Satz 5 KHEntgG
	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

Nachtrag 4 (mit Wirkung zum 01.07.2019):**Schlüssel 4 Teil I: 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**

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

...

		3. Stelle	
	2	Abschlag	
		4. -8. Stelle	
		00000	intern reserviert
		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
		00008	Abschlag Fortsetzungspauschale PrüfV (KHEntgG, BPfIV_alt)
		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. 2b KHEntgG
		00027	Abschlag für Nichtteilnahme am Notfallstufensystem nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG
		<u>00029</u>	<u>Abschlag bei Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen (§ 137i Abs. 5 SGB V</u>

Nachtrag 5 (mit Wirkung zum 01.07.2019):**Schlüssel 4 Teil I: Entgeltschlüssel**

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

	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
	05	Asthma bronchiale
	06	COPD
	<u>07</u>	<u>Chronische Herzinsuffizienz</u>
	<u>08</u>	<u>Depression</u>
	<u>09</u>	<u>Rückenschmerz</u>

Nachtrag 6 (mit Wirkung zum 01.07.2019):

Schlüssel 4 Teil I: Entgeltschlüssel

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	01	Tagesgleicher Pflegesatz für Allgemeine Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, und Psychosomatik/Psychotherapie

	89	Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntG
	<u>90</u>	<u>Qualitätsverträge nach § 110a SGB V</u>
	90	reserviert
	94	

...

90* - Qualitätsverträge nach §110a SGB V

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

Nachtrag 7 (mit Wirkung zum 01.01.2020):**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

...

9 Abschlag

3. Stelle	0	allgemeiner Abschlag
	1	Abschlag bei Mehrleistungen
	<u>2</u>	<u>Prozentualer Abschlag bei Nichtumsetzung der Telematikinfrastruktur gemäß §291 Abs. 2b SGB V*</u>
4. Stelle	0	keine Differenzierung
5. – 8. Stelle	0000	keine Differenzierung
	0100 ff.	Fachabteilung

...

* Die Entgeltschlüssel werden entsprechend [0–8]9200000 gebildet. Dieser Abschlag wird seitens der Krankenkassen mit der Nachricht ZAAO an das Krankenhaus übermittelt und nicht bereits vom Krankenhaus in AMBO in Abzug gebracht.

Nachtrag 8 (mit Wirkung zum 01.07.2019):**Schlüssel 4 Teil III: Entgeltarten BPfIV (bei Anwendung §17d KHG)****Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 6 [Zuschläge u.a. gemäß KHG]****Entgeltbezug**

...

3. Stelle	4	prozentuale Zuschläge ⁸	
	4.-8. Stelle	EA000	Erwachsene, Arzt
		EP000	Erwachsene, Psychologe

⁸ Diese Zuschläge werden für den Behandlungsbereich „D“ vergeben (~~D63~~D64*). Der prozentuale Wert ist auf alle Entgelte der Rechnung ohne andere Zu- und Abschläge [abzüglich [X[6,7]XXXXXX]) zu beziehen.

Nachtrag 9 (mit Wirkung zum 01.07.2019):

Schlüssel 21: Geschlecht

m männlich
w weiblich
d divers
x unbestimmt

Nachtrag 10 (mit Wirkung zum 01.07.2019):**Schlüssel 22: Leistungsbereich (116b)**

...

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
<u>1A0400</u>	<u>Hauttumore</u>
1B0100	Rheumatologische Erkrankungen; Erwachsene
1B0101	Rheumatologische Erkrankungen; Kinder
...	
2[A-NZ]0100ff	Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen
2A0100	Tuberkulose; Tuberkulose und atypische Mykobakteriose
2B0100	Mukoviszidose
<u>2C0100</u>	<u>Hämophilie</u>
...	
2H0100	Morbus – Wilson
2K0100	Marfan-Syndrom
2L0100	pulmonale Hypertonie
2O0100	ausgewählte seltene Lebererkrankungen
...	
3[A-B]0100ff	Hochspezialisierte Leistungen
....	

Nachtrag 11 (mit Wirkung zum 01.01.2020):**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)*

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:

Nachtrag 12 (mit Wirkung zum 01.07.2019):**Anhang B Teil I:***wird wie folgt ergänzt:*

Entgeltschlüssel	Entgeltbezeichnung	gueltigab	gueltigbis
47100012	Zuschlag Pflegestellten-Förderprogramm nach § 4 Abs. 10 KHEntgG bzw. § 4 Abs. 8 KHEntgG (Neu)	01.01.2017	31.12.20 19 ²⁰
47100024	Pflegezuschlag nach § 8 Abs. 10 KHEntgG	01.01.2017	31.12. 9999 ²⁰¹⁹
47100025	Erhöhter Pflegezuschlag nach § 8 Abs. 10 Satz 5 KHEntgG	01.01.2017	31.12. 9999 ²⁰¹⁹
<u>47100028</u>	<u>Zuschlag zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf nach § 4 Abs. 8a KHEntgG</u>	<u>01.01.2019</u>	<u>31.12.9999</u>
<u>47200029</u>	<u>Abschlag bei Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen (§ 137i Abs. 5 SGB V</u>	<u>01.04.2019</u>	<u>31.12.9999</u>

Nachtrag 13 (mit Wirkung zum 01.07.2019):

...

Anhang C: Fehlercodes*wird wie folgt ergänzt:*

...

24063	Nach RED folgt nicht UNT
24064	Nach RED folgt nicht RED <u>oder REL</u> oder UWD
24065	Nach UWD folgt nicht UNT
...	...
34209	Letztes Segment `Standort Ende` bzw. `Standort Ende Uhrzeit` ungleich `Tag der Entlassung/Verlegung` bzw. `Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit`
<u>34210</u>	<u>Angabe im Feld Rechnungsnummer in Segment RED oder REL unbekannt</u>
...	...
...	

Nachträge zur Anlage 5

Nachtrag 14 (mit Wirkung zum 01.07.2019):

...

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 9 (bis 31.12.2011) und kleiner sind von Krankenkassen und Krankenhäusern nicht mehr vorzuhalten.

Nachtrag 15 (mit Wirkung zum 01.07.2019):

...

2 Hinweise zu Datenelementen**2.1 AUF Segment Aufnahme**

...

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

...

Nachtrag 16 (mit Wirkung zum 01.07.2019):

...

2.12 FAB Segment Fachabteilung (10 x in VERL/30 x in RECH/ 999 x in ENTL möglich)

...

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.

Nachtrag 17 (mit Wirkung zum 01.07.2019):

...

2.17 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: '99'.

Bei Empfängern von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz entfällt die Angabe.

...

10. Vertragskennzeichen

Erfolgt die Behandlung und/oder Abrechnung auf Basis individueller Verträge (z.B. integrierte Versorgung, 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–Servicestelle 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.

Nachtrag 18 (mit Wirkung zum 01.07.2019):

...

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 Leistungsbewertungs-bereiche untergliedert. Dies betrifft ~~im EBM-2000 plus die Ziffern 32000 und 32001~~ 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.

...

Nachtrag 19 (mit Wirkung zum 01.07.2019):

...

2.20 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-~~m~~' für männliche und 'Säugling-w' für weibliche Säuglinge oder 'Säugling-x' für Säuglinge mit unbestimmten Geschlecht 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 „~~x~~“ für ~~unbestimmt-divers~~ angegeben. Nur in den Fällen, in denen keine Angabe erfolgen kann ist „x“ für unbestimmt für das Geschlecht des Versicherten anzugeben.

...

Hinweis zur Abrechnung des neuen Zuschlages

1. Für den Zuschlags sind die folgenden Entgeltschlüssel zu verwenden:

- a) 47100028 Zuschlag zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf nach § 4 Abs. 8a KHEntgG

Für den Zuschlag kann durch das Krankenhaus für ab dem 1. Januar 2019 stationär aufgenommene Patienten der vereinbarte prozentuale Wert der Abrechnung zugrunde gelegt werden.

2. Zur Berechnung des Zuschlages werden die Relativgewichte folgender Entgeltarten, sofern in der Rechnung enthalten, herangezogen:

70xxxxxx	DRG–Fallpauschale nach § 7 Nr. 1 KHEntgG (§ 1 Abs. 1 Satz 1 KFPV/FPV)
71xxxxxx	Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD nach § 7 Nr. 3 KHEntgG
72xxxxxx	Abschlag bei Verlegungen nach § 1 Abs. 1 Satz 3 KFPV/FPV
73xxxxxx	Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD nach § 1 Abs. 3 Satz 1 KFPV/FPV
760xxxxx	Zusatzentgelt nach § 7 Nr. 2 KHEntgG – Arzneimittel oder nach Anlage 2 oder Anlage 4 KFPV 2004 bzw. nach Anlage 6 FPV
762xxxxx	Zusatzentgelt nach § 6 Abs. 2a KHEntgG
76Zxxxxx	Zusatzentgelt nach § 7 Nr. 2 KHEntgG –. nach Anlage 5 FPV
85xxxxxx	Tagesbezogenes Entgelt nach § 7 Nr. 5 KHEntgG (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)
86xxxxxx	Fallbezogenes Entgelt nach § 7 Nr. 5 KHEntgG (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)
87xxxxxx	Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG
88xxxxxx	Abschlag bei Verlegung für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG
89xxxxxx	Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG

3. Der vom Krankenhaus in Rechnung gestellte Zuschlagsbetrag wird wie folgt ermittelt (Abschläge sind mit negativem Vorzeichen zu berücksichtigen):

$$\begin{aligned} & \text{gerundete Summe über alle Entgeltarten mit Zu-/Abschlag [(Entgeltbetrag) x} \\ & \text{(Entgeltanzahl)} \\ & \text{x (auf 2 Nachkommastellen gerundeter Prozentsatz des Zu-/Abschlages) / 100] \end{aligned}$$