

11. Fortschreibung vom 31.3.2012

zur Fortschreibung der § 301-Vereinbarung vom 31.3.2011

mit Wirkung zum 1.1.2013

Hinweis: Die Fortschreibung wird als gruppierungsrelevant eingestuft.

Nachträge zur Anlage 1

Fortschreibung 1

Beispiel: Aufnahmesatz

wird wie folgt aktualisiert:

UNH	Kopfsegment Absender und Nachrichtentyp	UNH
	Nachrichtenreferenznummer	00001
	Nachrichtenkennung	AUFN:1 1 0:000:00
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
	Versichertenstatus	12345
	Gültigkeit der Versichertenkarte	1 3 212
	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	-
...		
DPV	Segment Diagnosen-/Prozedurenversion	DPV
	ICD-Version	201 3 2
	OPS-Version	Angabe entfällt
AUF	Segment Aufnahme	AUF
	Aufnahmetag	201 3 21001
	Aufnahmeuhrzeit	1120
	Aufnahmegrund	0101
	Fachabteilung	0700
	Voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung	201 3 21009
...		

UNH+00001+AUFN:1~~1~~0:000:00'

FKT+10+01+123456789+987654321'

INV+123456789012+12345+1~~3~~212+A95-12345'

NAD+Meier+Hugo+m'

DPV+201~~3~~2'

AUF+201~~3~~21001+1120+0101+0700+201~~2~~31009+++123456789'

EAD+M50.8:'

UNT+...

Fortschreibung 2**Rechnungssatz***wird wie folgt geändert:*

Seg- ment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
...				
ZLG	Segment Zuzahlung	K	an3	'ZLG'
	Zuzahlungsbetrag	M	n..6	9999,99
	Zuzahlungskennzeichen	M	an1	Schlüssel 15
FAB	Segment Fachabteilung	M	an3	'FAB' (30x möglich)
	Fachabteilung	M	an4	Schlüssel 6
ENT	Segment Entgelt	M	an3	'ENT' (98x möglich)
	Entgeltart	M	an8	Schlüssel 4
	Entgeltbetrag	M	n..10	99999999,99 (Einzelbetrag)
	Abrechnung von	M	an8	JJJJMMTT
	Abrechnung bis	M	an8	JJJJMMTT
	Entgeltanzahl	M	n..3	
	Tage ohne Berechnung/Behandlung	K	n..3	
	Tag der Wundheilung	K	an8	JJJJMMTT (bei A-Fallpauschale) Angabe entfällt

Fortschreibung 3**Entlassungsanzeige***wird wie folgt geändert:*

Seg- ment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
...				
	Segmentgruppe SG1 ETL-NDG	M		(30x 99x möglich)
ETL	Segment Entlassung/Verlegung	M	an3	'ETL'
	Tag der Entlassung/Verlegung	M	an8	JJJJMMTT
	Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit	M	an4	HH(00-23)MM(00-59)
	Entlassungs-/Verlegungsgrund	M	an3	Schlüssel 5
	Fachabteilung	M	an4	Schlüssel 6 oder "0000" oder "0001" oder "0002"
	Hauptdiagnose	M		(Datenelementgruppe)
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
	Sekundär-Diagnose	K		(Datenelementgruppe)
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
	IK der aufnehmenden Institution	K	an9	
NDG	Segment Nebendiagnose	K	an3	'NDG' (40x möglich)
	Nebendiagnose	M		(Datenelementgruppe)
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
	Sekundär-Diagnose	K		(Datenelementgruppe)
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
EBG	Segment Entbindung	K	an3	'EBG' (2x möglich)
	Tag der Entbindung	M	an8	JJJJMMTT
FAB	Segment Fachabteilung	M	an3	'FAB' (99 200x möglich)
	Fachabteilung	M	an4	Schlüssel 6
	Diagnose	K		(Datenelementgruppe)
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16

Sekundär-Diagnose	K		(Datenelementgruppe)
Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel Angabe entfällt
Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16 Angabe entfällt
Zusatzschlüssel Diagnose	K		(Datenelementgruppe)
Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel Angabe entfällt
Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16 Angabe entfällt
Sekundär-Diagnose Zusatzschlüssel	K		(Datenelementgruppe)
Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel Angabe entfällt
Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16 Angabe entfällt
Operationstag	K	an8	JJJJMMTT
Operation	K		(Datenelementgruppe)
Prozedurenschlüssel	M	an..11	Amtlicher OP-Schlüssel
Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
Zusatzschlüssel 1 Operation	K		(Datenelementgruppe)
Prozedurenschlüssel	M	an..11	Amtlicher OP-Schlüssel Angabe entfällt
Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16 Angabe entfällt
Zusatzschlüssel 2 Operation	K		(Datenelementgruppe)
Prozedurenschlüssel	M	an..11	Amtlicher OP-Schlüssel Angabe entfällt
Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16 Angabe entfällt
...			

Fortschreibung 4**Rechnungssatz Ambulante Operation** *wird wie folgt geändert:*

Seg- ment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
...				
RZA	Segment Rechnungszusatz Ambulante OP	M	an3	'RZA'
	Fachabteilung	M	an4	Schlüssel 6
	Arztnummer des überweisenden Arztes	K	an..9	Arztnummer des Arztes
	Betriebsstättennummer des überweisenden Arztes	K	an..9	Betriebsstättennummer des Arztes
	Zahnarztnummer des überweisenden Zahnarztes	K	an..9	KZV-Nummer des Zahnarztes
	Überweisungsdiagnose	K		(Datenelementgruppe)
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
	Diagnosensicherheit	K	a1	Schlüssel 17
	Sekundär-Diagnose	K		(Datenelementgruppe)
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
	Diagnosensicherheit	K	a1	Schlüssel 17
	Zusatzinfo Arztnummer des kooperierenden Vertragsarztes	K	an..9	entfällt zur Zeit bei § 115b
	Arztnummer eines weiteren kooperierenden Vertragsarztes	K	an..9	bei § 115b
	Betriebsstättennummer	K	an..9	bei §§ 117-119 Fällen
BDG	Segment Behandlungsdiagnose	M	an3	'BDG' (30x möglich)
	Behandlungsdiagnose	M		(Datenelementgruppe)
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
	Diagnosensicherheit	K	a1	Schlüssel 17
	Sekundär-Diagnose	K		(Datenelementgruppe)
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
	Diagnosensicherheit	K	a1	Schlüssel 17

PRZ	Segment Prozedur	K	an3	'PRZ' (30x möglich)
	Prozedur	M		(Datenelementgruppe)
	Prozedurenschlüssel	M	an..11	Amtlicher OP-Schlüssel oder „9999“ oder zusätzlich Schlüssel 22 bei 116b-Fällen
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
	Prozedurentag	M	an8	JJJJMMTT
	Lebenspende	K	a1	„J“ bei Lebenspende, sonst leer
ENA	Segment Entgelt Ambulante OP	M	an3	'ENA' (999x möglich)
	Entgeltart	M	an8	Schlüssel 4 Teil II
	Zusatzkennzeichen EBM	K	an3	Schlüssel 19
	Abrechnungsbegründung	K	an..70	Text
	zur Honorarsummenbildung	K	a1	„J“ wenn zur Honorarsum- menbildung herangezogen, sonst leer, nur für §115b Fälle
	herangezogen			
	Tag der Behandlung	M	an8	JJJJMMTT
	Punktzahl	K	n..6	999999
	Punktwert	K	n..8	99,999999 Cent
	Entgeltbetrag	M	n..10	99999999,99 (Einzelbetrag)
Entgeltanzahl	M	n..3		
Doppeluntersuchung	K	an1	„J“ bei Doppeluntersuchung, sonst leer	
EZV	Segment Einzelvergütung	K	an3	'EZV' (30x möglich)
	Einzelvergütung	M	n..8	999999,99
	Einzelvergütung, Erläuterung	M	an2	Schlüssel 3
	Einzelvergütung, Texterläuterung	K	an..70	Text
	Honorarsummenrelevanter Anteil	K	n..8	999999,99
	LEI Segment Leistungsdokumentation	K	an3	'LEI' (999x möglich)
	Leistungsart	M	an2	Schlüssel 24
Leistungsschlüssel	M	an..20	Schlüssel 22 bei § 116b- Fällen oder Schlüssel 23 bei PIA Doku oder ,9999'	
Leistungstag	K	an8	JJJJMMTT	

Hinweis:

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

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

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

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.

...

Fortschreibung 5**Zahlungssatz Ambulante Operation***wird wie folgt geändert:*

...

Seg- ment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
ZLG	Segment Zuzahlung	K	an3	'ZLG'
	Zahlungsbetrag	M	n..6	9999,99
	Zahlungskennzeichen	M	an1	Schlüssel 15
ENA	Segment Entgelt Ambulante OP	M	an3	'ENA' (999x möglich)
	Entgeltart	M	an8	Schlüssel 4 Teil II
	Zusatzkennzeichen EBM	K	an3	Schlüssel 19
	Abrechnungsbegründung zur Honorarsummenbildung herangezogen	K	an..70	Text
		K	a1	„J“ wenn zur Honorarsummenbildung herangezogen, sonst leer, nur für §115b Fälle
	Tag der Behandlung	M	an8	JJJJMMTT

...

Fortschreibung 6**Sammelüberweisung***wird wie folgt geändert:*

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 der Krankenkasse
	IK des Empfängers	M	an9	IK des Krankenhauses
CUX	Segment Währung	M	an3	'CUX'
	Währungskennzeichen	M	an3	Schlüssel 18
RED	Segment Rechnungsdaten	M	an3	'RED' (99 999x möglich)
	Rechnungsnummer	M	an..20	
	Rechnungsdatum	M	an8	JJJJMMTT
	Rechnungsbetrag	M	n..10	99999999,99
	Referenznummer der Krankenkasse	K	an..20	
	Rechnungsart	M	an2	Schlüssel 11
	Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen	M	n..10	99999999,99
	KH-internes Kennzeichen des Versicherten	M	an..15	
UWD	Segment Überweisungsdaten	M	an3	'UWD'
	Rechnungsbetrag, Summe	M	n..10	99999999,99
	Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen	M	n..10	99999999,99
	IK des Krankenhauses für Zahlungsweg	K	an9	wenn abweichend von FKT
	Sammelbelegnummer	M	an..10	

Fortschreibung 7

Verwendung der Segmente

wird wie folgt aktualisiert:

von Krankenhaus							von Krankenkasse					
AUFN	VERL	MBEG	RECH	ENTL	AMBO	ZGUT	KOUB	ANFM	ZAHL	ZAAO	SAMU	

...

RZA	Segment Rechnungszusatz											
1	Fachabteilung					M						
2	Arztnummer					K						
3	Betriebsstättennummer					K						
4	Zahnarztnummer					K						
5	Überweisungsdiagnose					K						
6	Sekundär-Diagnose					K						
7	Zusatzinfo Arztnummer (koop. Arzt)					K						
8	Arztnummer (weiterer koop. Arzt)					K						
9	Betriebsstättennummer					K						

...

PRZ	Segment Prozedur											
1	Prozedur					K						
2	Prozedurentag					M						
3	Lebenspende					K						

...

ENA	Segment Entgelt Amb. OP											
1	Entgeltart					M					K	
2	Zusatzkennzeichen EBM					M					M	
3	Abrechnungsbegründung					K					K	
4	zur Honorarsummenbildung herangezogen					K					K	
35	Tag der Behandlung					M					M	
46	Punktzahl					K					K	
57	Punktwert					K					K	
68	Entgeltbetrag					M					M	
79	Entgeltanzahl					M					M	
810	Doppeluntersuchung					K					-	

...

EZV	Segment Einzelvergütung											
1	Einzelvergütung					K					K	
2	Einzelvergütung, Erläuterung					M					M	
3	Einzelvergütung, Texterläuterung					M					M	
4	Anteil Honorarsumme					K					K	

LEI	Segment						K						
	Leistungsdokumentation												
1	Leistungsart						M						
2	Leistungsschlüssel						M						
3	Leistungstag						K						

...

Nachträge zur Anlage 2

Fortschreibung 8

Das Schlüsselverzeichnis der Anlage 2 wird wie folgt ergänzt:

Schlüssel 23: PIA–Leistung

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

<u>PIA–001</u>	<u>PIA–Leistung ohne Arzt– bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung</u>
<u>PIA–002</u>	<u>PIA–Leistung mit Arzt– bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung</u>
<u>PIA–003</u>	<u>PIA–Leistung mit Arzt– bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung</u>
<u>PIA–004</u>	<u>PIA–Leistung ohne Arzt– bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung</u>

Fortschreibung 9

Das Schlüsselverzeichnis der Anlage 2 wird wie folgt ergänzt:

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

Nachträge zur Anlage 5

Fortschreibung 10

Anlage 5 (Abschnitt 1, Pkt. 1.2.4 Rechnungssatz)

...

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 BPfIV in der Fassung des PsychEntgG und den zugehörigen Abrechnungsbestimmungen wie folgt erstellt.](#)

[Hat das Krankenhaus vor Entlassung des Patienten der Krankenkasse über eine Zwischenrechnung \(oder mehrere\) mit der Entgeltart XXXXXXXX \(Entgeltart wird noch gesondert festgelegt\) eine Teilzahlung \(§ 11 Abs. 1 Satz 3 BPfIV\) 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.](#)

[Unterschreitet die Summe der Teilzahlungen den regulären Rechnungsbetrag, ist dieser über eine Teilzahlungskorrektur um diese Summe zu mindern. Dazu wird die Entgeltart YYYYYYYY \(Teilzahlungskorrektur – Entgeltart wird noch gesondert festgelegt\) für alle über Zwischenrechnung berechneten Tage in der Schlussrechnung ausgewiesen.](#)

[Die Entgeltarten XXXXXXXX \(bei Zwischenrechnung\) und YYYYYYYY \(bei Schlussrechnung\) sind jeweils im Datenelement „Entgeltbetrag“ als tagesbezogener Einzelbetrag entsprechend den Vorgaben der Abrechnungsbestimmungen auszuweisen.](#)

[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.

Fortschreibung 11

Anlage 5 (Abschnitt 1, Pkt. 1.2.8 Rechnungssatz Ambulante Operation)

wird wie folgt aktualisiert oder ergänzt:

...

1.2.8 Rechnungssatz Ambulante Operation

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

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 kooperierenden Vertragsarztes, ggf. auch eines weiteren kooperierenden Vertragsarztes, im Segment RZA entsprechend §18 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. Über das Zuzahlungskennzeichen (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.

Bei Durchführung von Leistungen des Kapitels 31 des EBM~~2000~~plus sind die Bestimmungen der Präambel des Anhangs 2 zum EBM~~2000~~plus 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.

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.

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 werden durch die Angabe eines Kennzeichens für die Diagnosesicherheit ergänzt. Der Leistungsbereich der Behandlung ist vom Krankenhaus in einem ~~PRZLEI~~-Segment ~~mit einem Pseudo-Prozedurenschlüssel~~ nach Schlüssel 22 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.

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).

...

1.2.8.5 bundeseinheitliche Dokumentation der Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 295 Abs. 1b 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 ab 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. 1b 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 des Kontakts anzugeben. Dabei ist für jeden Tag mit einem unmittelbaren Patientenkontakt die entsprechende Leistungsziffer zu dokumentieren. Je Leistungstag darf nur ein Leistungsschlüssel angegeben werden.

Psychiatrische Institutsambulanzen sind entsprechend § 3 Absatz 2 der PIA-Doku-Vereinbarung von einer Übermittlung der Leistungsdokumentation befreit, wenn die zur Abrechnung zu übermittelnden Einzelleistungen anhand der Entgeltschlüssel eine eindeutige Zuordnung ermöglichen und sie zu einer der in Anlage 2 der PIA-Doku-Vereinbarung aufgeführten Gruppen gehören.

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

...

Fortschreibung 12**Anlage 5 (Abschnitt 1, Pkt. 1.4 Vorgaben für besondere Fallkonstellationen)**

wird wie folgt ergänzt:

...

1.4.7 Transplantationen

Für Lebendspender ist bei der Aufnahme zur Organentnahme zum Zwecke einer Transplantation ein eigener Krankenhausfall mit eigenem krankenhausinternen 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.

Vorbereitende Untersuchungen, die im Zusammenhang mit einer geplanten Lebendspende im Rahmen der vertraglich vereinbarten ambulanten Behandlung in Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V durchgeführt werden, sind mit dem Nachrichtentyp „Rechnungssatz Ambulante Operation“ zu übermitteln. Das Feld „Lebendspende“ ist dann mit einem „I“ 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.

...

Fortschreibung 13

Anlage 5 (Abschnitt 2, Pkt. 2.8 ENA SEGMENT Entgelt Ambulante Operation...)

wird wie folgt geändert:

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 im EBM-~~2000-plus~~ die Ziffern 32000 und 32001.

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).

4. Zur Honorarsummenbildung herangezogen

Das Feld ist dann mit „J“ zu befüllen, wenn die entsprechende EBM-Position (Entgeltart) zur Berechnung des pauschalen Zuschlags auf die Honorarsumme nach § 9 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V (AOP-Vertrag) herangezogen wurde. Ansonsten bleibt das Feld leer.

35. 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.

46. Punktzahl

Für EBM–Ziffern ist die Punktzahl 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. 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.

57. 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.

6.8. 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.

79. 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.

810. 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.

Fortschreibung 14**Anlage 5 (Abschnitt 2, Pkt. 2.12 FAB SEGMENT Fachabteilung)***wird wie folgt geändert:***2.12 FAB Segment Fachabteilung (10 x in VERL/30 x in RECH/ [99200](#)x in ENTL möglich)**

...

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 den Festlegungen nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung anzugeben.

Weitere im Rahmen der stationären Krankenhausbehandlung durchgeführte Operationen und Prozeduren können durch bis zu [99200](#)-maliges Verwenden des Segmentes FAB angegeben werden.

...

Fortschreibung 15**Anlage 5 (Abschnitt 2, Pkt. 2.14 FKT SEGMENT Funktion)**

wird wie folgt geändert und ergänzt:

...

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.](#)

Fortschreibung 16**Anlage 5 (Abschnitt 2, Pkt. 2.16 LEI SEGMENT Rechnungssatz Ambulante Operation)**

wird wie folgt ergänzt:

2.16 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 23, 24 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.

Hinweis:

Die folgenden Abschnitte (2.17 ff.) sind entsprechend neu zu nummerieren. Auf eine Darstellung wird an dieser Stelle verzichtet. Dies erfolgt bei Einarbeitung der Fortschreibung in die Anlage 5.

Fortschreibung 17

Anlage 5 (Abschnitt 2, Pkt. 2.19 PRZ SEGMENT Prozedur)

wird wie folgt geändert und ergänzt:

2.19 PRZ Segment Prozedur (30 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 durchgeführte Operationen und Prozeduren können durch bis zu 30-maliges Verwenden des Segmentes PRZ angegeben werden.

~~Bei geplanten ambulanten Operationen, die nicht zustande kommen (z.B. Nichterscheinen des Patienten), obwohl bereits Vorleistungen erbracht wurden, ist dies in einem PRZ-Segment im ersten Datenelement durch die Angabe „9999“ anzuzeigen. Darüber hinaus ist bei Meldung des Pseudo-Prozeduren-Schlüssels das Feld OPS-Version im DPV-Segment zu füllen. Das Feld Lokalisation im PRZ-Segment ist hingegen nicht anzugeben.~~

~~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.~~

2. Prozedurentag

Es ist das Datum der Operation bzw. des Beginns der durchgeführten Prozedur anzugeben.

3. Lebendspende

Vorbereitende Untersuchungen, die im Zusammenhang mit einer geplanten Lebendspende im Rahmen der vertraglich vereinbarten ambulanten Behandlung in Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V durchgeführt werden, sind zu übermitteln. Es ist in diesem Fall ein „J“ zu verschlüsseln. In allen anderen Fällen bleibt dieses Feld leer.

Fortschreibung 18**Anlage 5 (Abschnitt 2, Pkt. 2.21 REC SEGMENT Rechnung)**

...

9. Honorarsumme (nur bei Rechnungssatz Ambulante Operation)

Die Honorarsumme ist die Summe der Beträge, die sich aus den Entgeltsegmenten im Rechnungssatz ambulante OP ergeben (in der Regel Summe aus Entgeltbetrag x Entgeltanzahl) zuzüglich der honorarsummenrelevanten Anteile der Einzelvergütungen für pauschalierte Entgelte. [In das Feld Honorarsumme ist die Summe, der für die Berechnung des pauschalen Zuschlags nach § 9 Abs. 3 des AOP-Vertrages herangezogenen EBM-Ziffern einzutragen.](#) Sofern eine Kostenpauschale des Kapitels 40 des EBM in Rechnung gestellt wird, ist die entsprechende ärztliche Leistung des EBM für die Berechnung der Zuschlagshöhe nach § 9 Abs. 3 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V aus der Honorarsumme auszuklammern.

Für Leistungen nach §§ [116b](#), 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 § 9 Abs. 3 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V werden die Sachkosten, die nicht anderweitig abgegolten sind, durch einen pauschalen Zuschlag auf die gesamte Honorarsumme in Höhe von 7 % vergütet.

Bei ambulanten Behandlungen nach § 116b Abs. 2 SGB V, 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.

Fortschreibung 19**Anlage 5 (Abschnitt 2, Pkt. 2.22 RED SEGMENT Rechnungsdaten)**

wird wie folgt aktualisiert:

2.22 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.

...

Fortschreibung 20

Anlage 5 (Abschnitt 2, Pkt. 2.23 RZA SEGMENT Rechnungssatz Ambulante Operation)

wird wie folgt ergänzt:

2.23 RZA Segment Rechnungszusatz Ambulante Operation

...

7. Zusatzinfo Arztnummer des kooperierenden Arztes

~~Zur Zeit entfällt das Datenfeld. Es ist vorbereitend für derzeit noch nicht festgelegte zusätzliche Informationen vorgesehen, die für die Abrechnungsverfahren nach § 116 b Abs. 2 oder § 120 SGB V möglicherweise benötigt werden.~~

Erfolgt eine ambulante Operation oder ein sonstiger stationsersetzender Eingriff gemäß § 115b Abs. 1 SGB V durch einen Vertragsarzt im Rahmen einer vertraglichen Zusammenarbeit, so ist die Arztnummer des niedergelassenen Vertragsarztes vom Krankenhaus auszuweisen.

8. Arztnummer eines weiteren kooperierenden Arztes

Erfolgt eine ambulante Operation oder ein sonstiger stationsersetzender 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. Betriebsstättennummer

Gleichartige Einrichtungsarten sind über die Fachabteilung im Segment RZA abzugrenzen. Die Betriebsstättennummer wird ergänzend zur Unterscheidung mehrerer gleichartiger Einrichtungsarten verwendet. Das Krankenhaus informiert die Vertragsparteien nach § 120 Abs. 2 SGB V vorab über die verwendeten Betriebsstättennummern. Eine Verpflichtung des Krankenhauses, Betriebsstättennummern zu verwenden, besteht nur in dem Maß, wie sie außerhalb und unabhängig von dieser Vereinbarung durch rechtlich verbindliche Vorgabe festgelegt ist.

Hinweis:

Für die Abrechnung ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung nach § 116b SGB V wird für das Abrechnungsverfahren der Krankenhäuser die Nachricht AMBO vorgesehen. Die Abrechnungsinformationen aller an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und nach §108 zugelassenen Krankenhäuser ergeben sich aus der dreiseitigen Vereinbarung nach § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V. Soweit sich daraus ein Änderungsbedarf ergibt, wird die Nachricht AMBO angepasst.

Schlüsselfortschreibung vom 29.2.2012**mit Wirkung zum 1.1.2012****zur Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V****Anlage 2: Schlüssel 6 Fachabteilungen**

2118	Herzchirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
3110	Psychosomatik/Psychotherapie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychosomatik

Anhang B zu Anlage 2 Teil I: Entgeltarten stationär**Zuschläge nach § 7 Abs. 1 Nr. 4 KHEntgG**

750209002	Ausbildungsabschlag nach § 17a Abs. 6 bzw. 9 KHG Bayern (für Korrekturen)
-----------	---

Zusatzentgelt nach § 6 Abs. 2 KHEntgG

76197479	Ipilimumab, je 50 mg
76197487	Bioaktive Coils, Selektive Embolisation mit Metallspiralen, sonstige bioaktive Metallspiralen, normallang, je Coil; OPS 8-836.m0 in Verbindung mit OPS 8-83b.31
76197488	Bioaktive Coils, Selektive Embolisation mit Metallspiralen, bioaktive Metallspiralen, überlang, je Coil; OPS 8-836.m0 in Verbindung mit OPS 8-83b.32
76197489	Ofatumumab, je 100 mg
76197491	Koronarstent, medikamentenfreisetzend, komplett bioresorbierbar, je Stent
76197495	Koronarstent, selbstexpandierend, Nitinol-Bifurkationsstent, je Stent
76197496	Denileukin Diftitox, je 300 µg; OPS 6-005.6
76197497	Apikoaortales, klappentragendes Konduit
76197498	Perkutane Mitralklappenanuloraphie mit Spange, Carillon-Spange
76197499	Abirateronacetat, je mg
76197502	Belimumab, je mg; OPS 8-547.1
76197504	Belimumab, je 120 mg
76197505	Belimumab, je 400 mg
76197506	Cabazitaxel, je 60 mg
761097507	Eribulin, je mg
76197508	Ipilimumab, je mg
76197510	Pralatrexat, je mg
76197511	Pralatrexat, je 20 mg
76197512	Ipilimumab, je 50 mg; OPS 8-547.0
76197513	Ofatumumab, je 300 mg
76197514	Ofatumumab, je 2000 mg
76197515	Belimumab, je 200 mg

Anhang B zu Anlage 2 Teil II: Entgeltarten ambulant**Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V****Quartalspauschale**

21000120	Infektions- und Tropenmedizin
21000130	Motoneuron-Ambulanz
21000140	Seltene neuromuskuläre Erkrankungen
21000150	Transplantationsnachsorge
21000170	Onkologie Zusatzpauschale (FR1/HA1/IM1/IM2)
21038080	Fachbereich Humangenetik
21038240	Fachbereich HNO, Abt. Phoniatrie
21038250	Fachbereich Physiotherapie
21038260	Fachbereich Klinische Chemie und Laboratoriumsdiagnostik
21038270	Fachbereich Medizinische Mikrobiologie
21038280	Fachbereich Pathologie
21038290	Fachbereich Transfusionsmedizin
21038300	Fachbereich Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin
21038310	Fachbereich Medizinische Psychologie
21038320	Fachbereich Rechtsmedizin
21038330	Fachbereich Virologie
21038340	Fachbereich Klinische Pharmakologie
21100160	Einmalkontakt, Mukoviszidosebehandlung, Erstkontakt

Behandlungspauschale

22000230	HLA-Typisierung, Knochenmarkspende, Familienspende
22000240	HLA-Typisierung, Lebendnierenspende, Familienspende
22000250	HLA-Typisierung, Blutstammzellenspende, Familienspende
22000260	HLA-Familienspendertypisierung
22000280	Mamma-MRT
22000290	Mamma-Biopsien
22000310	Mukoviszidosebehandlung, je Folgekontakt
22000320	Intravitreale Injektion Nachsorge, pro Injektion
22000340	fraktionsbezogene stereotakt. Leistungen
220100330	Einmalkontakt, Stereotaxie (Einmalpauschale)

Tagespauschale

23000040	Onkologisch-hämatologische Leistungen
23000050	Strahlentherapeutische Leistungen
23000060	LDL-Apherese
23000070	Laboratoriumsmedizin
23038350	Laboratoriumsmedizin Fachbereich Mikrobiologie
23038360	Laboratoriumsmedizin Fachbereich Neurophatologie
23038370	Laboratoriumsmedizin Fachbereich Pathologie
23038380	Laboratoriumsmedizin Fachbereich Molekulare Pathologie

23038390	Laboratoriumsmedizin Fachbereich Tropenmedizin
23038400	Laboratoriumsmedizin Fachbereich Virologie
23050010	Hyperkinetisches Syndrom, Kinder und Jugendliche
	Pauschale nach Katalog
25101169	Hochspezialisierte Strahlentherapie
25101170	Institut für Klinische Immunologie
25101171	Institut für Transfusionsmedizin
25101172	Institut für Laboratoriumsmedizin, Klinische Chemie und Molekulare Diagnostik
25101173	Institut für Klinische Pharmakologie
25101174	Institut für Virologie
25101175	Neuro-Onkologie
25101176	Polygrafie/Polysomnografie
25101177	Insemination, Pauschale 1, Frau
25101178	Insemination, Pauschale 2, Frau
25101179	Insemination, Pauschale 1, Mann
25101180	Insemination, Pauschale 2, Mann
25101181	Abteilung Innere Medizin (Schwerpunkt: Endokrinologie, Diabetologie, Nephrologie)
25101182	Chirurgie, Notfall
25101183	Innere Medizin, Notfall
25101184	Kinderklinik, Notfall
25101185	Neurologie, Notfall
25101186	Neuro-Onkologie, Notfall
25101187	Nuklearmedizin, Notfall
25101188	Stimm- und Sprachambulanz, Notfall
25101189	Poliklin. Einrichtung "Universitäts KrebsCentrum"
	Sonstige Pauschale
26000006	Notfallbehandlung in der Zentralen Notfallaufnahme

Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V**Quartalspauschale**

- 31000100 Psychiatrische Institutsambulanz, Patienten unter 65 Jahre
- 31000110 Gerontopsychiatrische Institutsambulanz, Patienten über 65 Jahre
- 31140000 Einmalkontakt, Erwachsene
- 31140001 Einmalkontakt, Erwachsene, ärztliche Leistung
- 31150000 Einmalkontakt, Kinder und Jugendliche
- 31150001 Einmalkontakt, Kinder und Jugendliche, ärztliche Leistung
- 31240000 Mehrfachkontakt, Erwachsene
- 31240001 Mehrfachkontakt, Erwachsene, ärztliche Leistung
- 31250000 Mehrfachkontakt, Kinder und Jugendliche
- 31250001 Mehrfachkontakt, Kinder und Jugendliche, ärztliche Leistung
- 31340002 Mitbehandlung, Erwachsene, nichtärztliche Leistung
- 31350002 Mitbehandlung, Kinder und Jugendliche, nichtärztliche Leistung

Tagespauschale

- 33000030 Nachbehandlung Cochlea-Implantat

Pauschale nach Katalog

- 35220160 Fahrtzeit dazu bis 10 Minuten
- 35220167 Fahrtzeit dazu bis 240 Minuten
- 35220260 Fahrtzeit dazu bis 10 Minuten
- 35220360 Fahrtzeit dazu bis 10 Minuten
- 35220367 Fahrtzeit dazu bis 240 Minuten
- 35220460 Fahrtzeit dazu bis 10 Minuten
- 35220560 Fahrtzeit dazu bis 10 Minuten

Sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V**Quartalspauschalen**

- 41240000 Mehrfachkontakt, Erwachsene
- 41250000 Mehrfachkontakt, Kinder und Jugendliche

Behandlungspauschale

- 43000030 Nachbehandlung Cochlea-Implantat

Kinderspezialambulanzen (ergänzende fall- oder einrichtungsbezogene Pauschale) nach § 120 Abs. 1a SGB V**Quartalspauschalen**

61000080	pädiatrisch internistische Leistungen
61000190	Ultraschalldiagnostik
61000200	Ultraschalldiagnostik Urogenitalsystem
61000210	Ultraschalldiagnostik Abdomen
61000220	Päd. Ultraschalldiagnostik
61000230	AD(H)S Psychosomatische Erkrankungen Verhaltensauffälligkeiten
61000240	EEG-Sprechstunde
61038100	Fachbereich Hämostaseologie
61038110	Fachbereich Kinder- und Jugendmedizin
61038120	Fachbereich Neonatologie/Pulmologie
61038130	Fachbereich Neuropädiatrie
61038140	Fachbereich Nephrologie, Stoffwechsel-Erkrankungen (inkl. Diabetologie, Rheumatologie)
61038150	Fachbereich Pädaudiologie HNO
61038160	Fachbereich Pneumologie/Pulmologie
61038170	Fachbereich Pneumologie, entzündliche Darmerkrankungen, Endokrinologie
61038180	Fachbereich Kinder-Diabetologie
61038190	Fachbereich Kinder-HNO
61038200	Fachbereich Kinder-Pneumologie, Pulmologie
61038210	Fachbereich Kinder-Anästhesie
61038230	Fachbereich Infektiologie
61038410	Fachbereich Kinderradiologie
61038420	Fachbereich Hämatologie/Onkologie/Kardiologie/Endokrinologie/Diabetologie/Sonographie
61038430	Fachbereich Neuropädiatrie/Hämatologie/Onkologie
61038450	Fachbereich Kinderimmunologie
61040060	Mukoviszidose, Weiterbehandlung ab 18 Jahre

Ambulanzen an Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG - § 117 Abs. 2 SGB V (mit Wirkung zum 1.7.2012)

71000000	Quartalspauschale
71000050	psychotherapeutische Leistungen
74100000	je Stunde
74101001	je Stunde, gruppentherapeutische Leistungen

Anhang D zu Anlage 2: EBM-Ziffern

EBM-Ziffer	EBM-Bezeichnung	Punktzahl	gültig ab	gültig bis
01750	Röntgenuntersuchung im Rahmen des Mammographie-Screening	1505	20110101	20120331
01750	Röntgenuntersuchung beider Mammae in zwei Ebenen (Cranio-caudal, Mediolateral-oblique) im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening	1560	20120401	99991231
01752	Konsiliarische Beurteilung von Mammographieaufnahmen je Frau im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs gemäß den Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen	115	20120401	99991231
01752	Beurteilung von Mammographieaufnahmen im Rahmen des Mammographie-Screening	110	20110101	20120331
01753	Abklärungsdiagnostik I im Rahmen des Mammographie-Screening	2440	20110101	20120331
01753	Abklärungsdiagnostik I gemäß § 12 der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge	2530	20120401	99991231
01754	Abklärungsdiagnostik II gemäß § 12 der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge	1775	20120401	99991231
01754	Abklärungsdiagnostik II einschl. ultraschallgest. Biopsie im Rahmen des Mammographie-Screening	1710	20110101	20120331
01755	Stanzbiopsie unter Röntgenkontrolle im Rahmen des Mammographie-Screening	3060	20110101	20120331
01755	Stanzbiopsie(n) unter Röntgenkontrolle im Rahmen der Abklärungsdiagnostik gemäß § 19 der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge durch den Arzt, der nicht die Abklärungsdiagnostik nach der Gebührenordnungsposition 01753 oder 01754 durchführt	3170	20120401	99991231
01756	Histopathologische Untersuchung im Rahmen des Mammographie-Screening	270	20110101	20120331
01756	Histologische Untersuchung eines durch eine Biopsie gewonnenen Materials gemäß § 20 der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge	275	20120401	99991231
01757	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01756 für die Aufarbeitung eines durch eine Biopsie gewonnenen Materials der weiblichen Brust im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs	300	20120401	99991231
01757	Zuschlag zu der Nr. 01756 für Aufarbeitung	290	20110101	20120331
01758	Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz im Rahmen des Mammographie-Screening	175	20110101	20120331
01758	Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz gemäß § 13 der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge, ggf. auch Teilnahme des behandelnden Frauen- und Hausarztes	180	20120401	99991231
01759	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01753 oder 01755 für Vakuumbiopsie(n) der Mamma gemäß § 19 der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge	815	20120401	99991231
01759	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01753 oder 01755 für Vakuumbiopsie(n) der Mamma	785	20110101	20120331
09340	Hörgeräteanpassung und gebrauchsschulung beim Säugling, Kleinkind und Kind	955	20120101	99991231
09375	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 09340, 09373 und 09374 für die Koordination des Arztes mit dem Hörgeräteakustiker innerhalb von 7 Tagen nach Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 09340, 09373 und 09374	175	20120101	99991231
09375	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 09373 und 09374 für die Koordination des Arztes mit dem Hörgeräteakustiker innerhalb von 7 Tagen nach Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 09373 und 09374	175	20120101	99991231
20338	Pauschale zur Neuverordnung eines Hörgerätes/von Hörgeräten beim Säugling, Kleinkind oder Kind bei Schwerhörigkeit gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V	3665	20120101	99991231
20339	Zusatzpauschale für die erste Nachuntersuchung nach erfolgter Hörgeräteversorgung beim Säugling, Kleinkind oder Kind	2175	20120101	99991231
20340	Hörgeräteanpassung und gebrauchsschulung beim Säugling, Kleinkind und Kind	955	20120101	99991231
20340	Zusatzpauschale für die Nachsorge(n) bei Hörgeräteversorgung beim Säugling, Kleinkind oder Kind	2070	20120101	99991231
20343	Zusatzpauschale bei der Diagnostik des Tinnitus	435	20120101	99991231
20364	Zusatzpauschale für die Nachsorge der operativen Behandlung eines Patienten mit chronischer Sinusitis nach ICD J32.-	235	20120101	99991231

20365	Zusatzpauschale für die postoperative Nachsorge nach Tympanoplastik Typ II bis V	235	20120101	99991231
20375	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 09340, 09373 und 09374 für die Koordination des Arztes mit dem Hörgeräteakustiker innerhalb von 7 Tagen nach Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 09340, 09373 und 09374	175	20120101	99991231
20375	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 20373 und 20374 für die Koordination des Arztes mit dem Hörgeräteakustiker innerhalb von 7 Tagen nach Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 20373 und 20374	175	20120101	99991231
20377	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 20339 und 20340 für die Koordination des Arztes über Maßnahmen mit dem Hörgeräte-(Päd-)akustiker innerhalb von 7 Tagen nach Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 20339 und 20340	175	20120101	99991231
20378	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 20339 und 20340 für die Koordination des Arztes mit pädagogischen Einrichtungen im direkten Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen	380	20120101	99991231