

# **Nachtrag vom 18.6.2013**

zur Fortschreibung der § 301-Vereinbarung  
vom 31.3.2012

Nachträge 1-5, 7-9, 11,13-15  
mit Wirkung zum 1.7.2013

Nachträge 6,10,12,16  
mit Wirkung (für Aufnahmen) ab dem 1.1.2014

## Nachträge zur Anlage 1

Nachtrag 1

## Rechnungssatz Ambulante Operation

*wird wie folgt aktualisiert:*

Seg- ment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
...				
REC	Segment Rechnung	M	an3	'REC'
	Rechnungsnummer	M	an..20	
	Rechnungsdatum	M	an8	JJJJMMTT
	Rechnungsart	M	an2	Schlüssel 11
	Tag des Zugangs	M	an8	JJJJMMTT
	Rechnungsbetrag	M	n..10	99999999,99
	Debitoren-Kontonr. des Krankenhauses	K	an..9	
	Referenznummer des Krankenhauses	K	an..20	
	IK des Krankenhauses für Zahlungsweg	K	an9	wenn abweichend von FKT
	Honorarsumme <u>(für Pauschale)</u>	M	n..8	999999,99
	Pauschale	K	n..8	999999,99
...				
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
	<u>in zur Honorarsummenbildung für Pauschale enthalten herangezogen</u>	K	a1	„J“ wenn <u>zur in Honorarsummenbildung für die Berechnung der Pauschale nach AOP- Vertrag enthalten herangezogen</u> , sonst leer, nur für § 115b Fälle
	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

Nachtrag 2**Zahlungssatz Ambulante Operation***wird wie folgt aktualisiert:*

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
...				
REC	Segment Rechnung	M	an3	'REC'
	Rechnungsnummer	M	an..20	
	Rechnungsdatum	M	an8	JJJJMMTT
	Rechnungsart	M	an2	Schlüssel 11
	Tag des Zugangs	M	an8	JJJJMMTT
	Rechnungsbetrag	M	n..10	99999999,99
	Debitoren-Kontonr. des Krankenhauses	K	an..9	
	Referenznummer des Krankenhauses	K	an..20	
	IK des Krankenhauses für Zahlungsweg	K	an9	wenn abweichend von FKT
	Honorarsumme <a href="#">(für Pauschale)</a>	M	n..8	999999,99
	Pauschale	K	n..8	999999,99
...				
ENA	Segment Entgelt Ambulante OP	K	an3	'ENA' (999x möglich)
	Entgeltart	M	an8	Schlüssel 4 Teil II
	Zusatzkennzeichen EBM	K	an3	Schlüssel 19
	Abrechnungsbegründung	K	an..70	Text
	<del>zur-in</del> Honorarsummen <b>nbildung für</b> <a href="#">Pauschale enthalten</a> <del>herangezogen</del>	K	a1	„J“ wenn <del>zur-in</del> Honorarsummen <b>nbildung für</b> <a href="#">die Berechnung der Pauschale nach AOP- Vertrag enthalten</a> <del>herangezogen</del> , sonst leer, nur für §115b Fälle
	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	

**Nachtrag 3****Verwendung der Segmente***wird wie folgt aktualisiert:*

...

REC	Segment Rechnung	von Krankenhaus						von Krankenkasse					
		AUFN	VERL	MBEG	RECH	ENTL	AMBO	ZGUT	KOUB	ANFM	ZAHL	ZAAO	SAMU
	1				M		M				M	M	
	2				M		M				M	M	
	3				M		M				M	M	
	4				M		M				M	M	
	5				M		M				M	M	
	6				K		K				K	K	
	7				K		K				K	K	
	8				K		K				K	K	
	9				-		M				-	M	
	10				-		K				-	K	

...

ENA	Segment Entgelt Amb. OP						M						K	
1	Entgeltart						M						M	
2	Zusatzkennzeichen EBM						K						K	
3	Abrechnungsbegründung						K						K	
4	zur-in Honorarsummenbildung für Pauschale herangezogenenthalten						K						K	
5	Tag der Behandlung						M						M	
6	Punktzahl						K						K	
7	Punktwert						K						K	
8	Entgeltbetrag						M						M	
9	Entgeltanzahl						M						M	
10	Doppeluntersuchung						K						-	

## Nachträge zur Anlage 2

Nachtrag 4

## Schlüssel 4 Teil II: Entgeltart ambulant

*wird wie folgt ergänzt:*

...

**6 sonstige Pauschale**

3. - 4.	00	keine Differenzierung
5. Stelle	0	keine Differenzierung
	1	Impfpauschale
6. - 8. Stelle	000	keine Differenzierung
	001	Notfallpauschale
	002	Abklärungsuntersuchung
	003	Kinderpauschale ab 60 Behandlungstage
	004	medizinisch-therapeutische Leistungen
	005	Einsatzpauschale für Notfälle außerhalb des Krankenhauses
	006	Notfallbehandlung in der Zentralen Notfallaufnahme
	...	...
	100-199	Einfachimpfung
	200-299	Zweifachimpfung
	300-399	Dreifachimpfung
	400-499	Vierfachimpfung
	500-599	Fünffachimpfung
	600-699	Sechsfachimpfung
<u>3. - 4.</u>	<u>01</u>	<u><a href="#">Entgelte für Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)</a></u>
<u>5.-8. Stelle</u>	<u>0000ff</u>	<u><a href="#">fortlaufende Nummerierung</a></u>

...

## Nachtrag 5

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

...

#### **Hinweis:**

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

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

#### **1. Stelle    Behandlungsbereich**

- A    vollstationärer Behandlungsbereich
- B    teilstationärer Behandlungsbereich
- C    stationärer Behandlungsbereich (gilt für Entgeltbereiche 5, 9, A, F, V und N)\*  
\* Die Entgeltbereiche A und F sind somit in den Behandlungsbereichen A, B und C möglich

#### Hinweis:

Die Entgeltschlüssel können an der 4.-8. Stelle je Entgeltbereich (differenziert an der 2. Stelle) jeweils neu, beginnend mit „00000“ ff., nummeriert werden. Es werden keine „bereichsübergreifenden“ Blöcke reserviert. Nur dort wo die 4.-8. Stelle mit z.B. „00000“ eine gleiche Ausprägung für die 1. Stelle hat (z.B. 00000= Kostenpauschale für Verwaltungsverfahren) ist diese in Anlage 2 explizit als Ausprägung aufgeführt und gilt für die 1. Stelle A und B ebenso.

**Nachtrag 6****Schlüssel 15: Zuzahlungskennzeichen***wird wie folgt aktualisiert:*

- 1 keine Zuzahlungspflicht
- 2 Zuzahlung verrechnet und vom Versicherten vollständig geleistet
- 4 keine Zuzahlungspflicht auf Grund gültiger Bescheinigung nach § 62 SGB V
- 5 keine Zuzahlungspflicht auf Grund gültiger Quittung nach § 61 SGB V
- 6 geringere Zuzahlung auf Grund gültiger Quittung nach § 61 SGB V verrechnet und vom Versicherten vollständig geleistet
- 7 geringere Zuzahlung auf Grund gültiger Quittung nach § 61 SGB V verrechnet und vom Versicherten nicht oder nur teilweise geleistet
- 8 Zuzahlung verrechnet und vom Versicherten nicht oder nur teilweise geleistet
- 9 ~~Der Versicherte hat trotz Aufforderung keine/keine vollständige Zuzahlung geleistet; Zuzahlungseinzug durch die Krankenkasse (nur für AMBO und ZAAO)~~

## Nachträge zu Anhang B Teil I und II (Anlage 2) Korrekturen/Ergänzungen

### Nachtrag 7

#### Anhang B Teil I:

*wird wie folgt geändert:*

Entgeltschlüssel	Entgeltbezeichnung	gueltigab	gueltigbis
76ZED301	ZE13301 Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Mikrodrahtretriever- oder Stentretriever-Systems, Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Mikrodrahtretriever- oder Stentretriever-Systems zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung: 1 Stentretriever-System; OPS 8-836.60 oder 8-836.80 in Verbindung mit OPS 8-83b.84 <a href="#">oder 8-83b.80</a>	01.01.2013	31.12.9999
76ZED302	ZE13302 Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Mikrodrahtretriever- oder Stentretriever-Systems, Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Mikrodrahtretriever- oder Stentretriever-Systems zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung: 2 Stentretriever-Systeme; OPS 8-836.60 oder 8-836.80 in Verbindung mit OPS 8-83b.85 <a href="#">oder 8-83b.82</a>	01.01.2013	31.12.9999
76ZED303	ZE13303 Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Mikrodrahtretriever- oder Stentretriever-Systems, Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Mikrodrahtretriever- oder Stentretriever-Systems zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung: 3 oder mehr Stentretriever-Systeme; OPS 8-836.60 oder 8-836.80 in Verbindung mit OPS 8-83b.86 <a href="#">oder 8-83b.83</a>	01.01.2013	31.12.9999



## Nachträge zur Anlage 4

### Nachtrag 8

#### Anlage 4 (Pkt. 4.1 Zeichenvorrat und Pkt. 5.2 Struktur der Datei)

wird wie folgt aktualisiert

...

#### Zeichenvorrat

(5) Der jeweils verwendete Code ist zwischen Absender und Empfänger zu vereinbaren. Im Datenfeld „Zeichensatz“ des Auftragsatzes ist der für die Nutzdaten verwendete Zeichensatz zu dokumentieren.

(6) [Eine Zeilenende-Markierung CR / LF \(ASCII-Wert 13 = CR, ASCII-Wert 10 = LF\) darf im Zeichenvorrat nicht verwendet werden.](#)

...

#### Nachrichten-Kopfsegment

Segment/ Feldnr	Feldbezeichnung	Feld - Art	Typ/Länge	Inhalt / Bemerkungen
UNH	Segmentbezeichner	M	an3	'UNH'
0062	Nachrichtenreferenznummer	M	an..14	5 Stellen fortlaufende Nummer (innerhalb UNB / UNZ)
S009	Nachrichtenkennung	M		Beispiel: 'AUFN: <del>10</del> 11:000:00'
0065	Nachrichtentyp-Kennung	M	an..6	'AUFN', 'VERL', 'MBEG', 'RECH', 'ENTL', 'AMBO', 'ZGUT', 'KOUB', 'ANFM', 'ZAHL', 'ZAAO', 'SAMU' oder 'FEHL'
0052	Versionsnummer des Nachrichtentyps	M	an..3	' <del>10</del> 11'
0054	Freigabenummer des Nachrichtentyps	M	an..3	'000'
0051	Verwaltende Organisation	M	an..2	'00'

...

**Nachtrag 9****Anlage 4 (Abschnitt 9, Pkt. 9.1 Annahmestellen bei den Krankenkassen)***wird wie folgt aktualisiert:*

...

**Ersatzkassen:**

2 Annahmestellen: T-Systems International GmbH (ohne Entschlüsselungsberechtigung)  
 BITMARCK SERVICE GMBH (mit und ohne Entschlüsselungsberechtigung)

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

6 Vorprüfstellen (BITMARCK SERVICE GMBH und selbstprüfende Kassen):

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

Annahmestelle der selbstprüfenden Ersatzkassen mit Ausnahme der DAK-Gesundheit:

T-Systems International GmbH

für Datenträgerannahme Postfach 50 11 60, 70341 Stuttgart

für DFÜ 0800/3324785 (DAV-Hotline)

- dort wird die aktuelle DFÜ-Telefonnummer bekanntgegeben

Annahmestelle der DAK-Gesundheit (ohne Entschlüsselungsbefugnis):

BITMARCK SERVICE GMBH

Lindenallee 6-8

45127 Essen...

## Nachträge zur Anlage 5

### Nachtrag 10

#### **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**

...

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. Das Segment ZLG entfällt bei ambulanten Krankenhausbehandlungen (Rechnungssatz und Zahlungssatz Ambulante Operation, siehe aber Abschnitt 1.2.8.3).~~

...

**Nachtrag 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**

...

Bei Durchführung von Leistungen des Kapitels 31 des EBM sind die Bestimmungen der Präambel des Anhangs 2 zum EBM zu beachten. Bei Simultaneingriffen ist bei beidseitigen Eingriffen an paarigen Organen oder Körperteilen als Prozeduren-Lokalisationsangabe "B" anzugeben. Bei der Abrechnung dieser Eingriffe kommt für diejenigen EBM-Positionen, für die im AOP-Katalog nicht bereits ausdrücklich eine beidseitige Prozedur angegeben, sondern der OPS-Kode mit einem Doppelrichtungspfeil gekennzeichnet ist, bei gesonderten operativen Zugangswegen die zusätzliche Abrechnung einer entsprechenden Zuschlagsposition für eine Überschreitung der Schnitt-Naht-Zeit in Betracht.

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

**Technisches Beispiel:**

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

**Rechnungssatz Ambulante Operation:**

...

DPV+2013+2013'REC+5143671+20130109+52+20130104+645,08+1008004+++256,01+17,92'ZLG+0,00+1'RZA+2300+604434610++274488600++M23.33:R'BDG+M23.33:R'PRZ+58125:R+20130107'PRZ+58112h:R+20130107'



## Nachtrag 12

### 1.2.8 Rechnungssatz Ambulante Operation

#### 1.2.8.2 Ambulante Behandlungen nach §§ 117 bis 119 SGB V

Die Abrechnung von Leistungserbringern nach §§ 117, 118 und 119 SGB V erfolgt ebenso wie ambulante Operationen mit dem Nachrichtentyp „Rechnungssatz Ambulante Operation“. Das Verarbeitungskennzeichen im FKT-Segment ist hierbei mit „17“, „18“, „19“ oder „07“ (Normalfall) anzugeben (Verarbeitungskennzeichen „37“, „38“, „39“ oder „47“ für Fallstorno). ~~Über das Zuzahlungskennzeichen (Schlüssel 15: „1“, „2“, „4“, „5“ oder „9“) im ZLG-Segment informiert das Krankenhaus/die Einrichtung die Krankenkasse über den Wegfall der Zuzahlungspflicht, die Leistung des Zuzahlungsbetrages durch den Versicherten, eine vorgelegte gültige Bescheinigung über die Befreiung von der Zuzahlungspflicht oder eine vom Versicherten vorgelegte Quittung über den Wegfall der Zuzahlungspflicht oder darüber, ob der Versicherte trotz Aufforderung keine/keine vollständige Zuzahlung geleistet hat. Das Segment ZLG entfällt bei ambulanten Krankenhausbehandlungen (Rechnungssatz und Zahlungssatz Ambulante Operation, siehe aber Abschnitt 1.2.8.3).~~ Die Diagnoseangaben werden durch die Angabe eines Kennzeichens für die Diagnosesicherheit ergänzt. Die Übermittlung von Zwischen- oder Nachtragsrechnungen ist nicht zulässig. Die Abrechnungen erfolgen quartalsweise entsprechend der Vereinbarung nach § 120 Abs. 3 SGB V über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für die Einrichtungen nach §§ 117 bis 119 SGB V.

...

#### 1.2.8.3 Ambulante Behandlungen im Rahmen von Verträgen nach § 140a SGB V

Die Abrechnung von ambulanten Leistungen im Rahmen von Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 140a SGB V kann ebenso wie ambulante Operationen mit dem Nachrichtentyp „Rechnungssatz Ambulante Operation“ erfolgen. Das Verarbeitungskennzeichen im FKT-Segment ist hierbei mit „05“ (Normalfall) anzugeben (Verarbeitungskennzeichen „45“ für Fallstorno). Vertraglich vereinbarte Eigenbeteiligungen im Rahmen einer Integrierten Versorgung sind über das ZLG-Segment zu berücksichtigen. Die Diagnoseangaben werden durch die Angabe eines Kennzeichens für die Diagnosesicherheit ergänzt. Die Übermittlung von Zwischen- oder Nachtragsrechnungen ist nicht zulässig. Die Abrechnungen erfolgen entsprechend der individuellen Verträge nach § 140a SGB V mit den hierin entsprechend Schlüssel 4 Teil II festgelegten Entgeltschlüsseln.

...

**Nachtrag 13****Anlage 5 (Abschnitt 2, Pkt. 2.8 ENA Segment Entgelt Ambulante Operation...)**

*wird wie folgt aktualisiert oder ergänzt:*

**2.8 ENA      Segment Entgelt Ambulante Operation (999 x möglich)****4.      ~~Zur In Honorarsummenbildung für Pauschale enthalten 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 [Abs. 3](#) des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V (AOP-Vertrag) herangezogen ~~wurde~~[wird](#). Ansonsten bleibt das Feld leer.

...

**Nachtrag 14**

**Anlage 5 (Abschnitt 2, Pkt. 2.15 INV Segment Information Versicherter)**

*wird wie folgt aktualisiert oder ergänzt:*

...

**8. Vertragskennzeichen**

Erfolgt die Behandlung und/oder Abrechnung auf Basis individueller Verträge (z.B. integrierte Versorgung, [Modellvorhaben nach § 64b Abs. 1 SGB V](#) oder DMP) ist das Vertragskennzeichen des zu Grunde liegenden Vertrages anzugeben.



## Nachtrag 15

### **Anlage 5 (Abschnitt 2, Pkt. 2.22 REC Segment Rechnung)**

wird wie folgt aktualisiert oder ergänzt:

#### **9. Honorarsumme (für Pauschale)** (nur bei Rechnungssatz Ambulante Operation)

Die Honorarsumme (für Pauschale) ist die Summe der Beträge, die sich aus den Entgeltsegmenten im Rechnungssatz ambulante OP ergeben (in der Regel Summe aus Entgeltbetrag x Entgeltanzahl) zuzüglich mit dem Segment Einzelvergütung (EZV) mit Merkmal ,05' (honorarsummenrelevante Pauschalvergütung) oder ,06' (teilweise honorarsummenrelevante Pauschalvergütung) nach Schlüssel 3 (Einzelvergütung Ambulante Operation, Erläuterung) im Feld „Honorarsummenrelevanter Anteil“ in Rechnung gestellter ~~der honorarsummenrelevanten Anteile der Einzelvergütungen für pauschalierte~~ Entgelte. Die aus den ENA-Segmenten in die Honorarsumme (für Pauschale) eingehenden Beträge sind im Feld „in Honorarsumme für Pauschale enthalten“ mit „J“ zu kennzeichnen. In das Feld „Honorarsumme (für Pauschale)“ ist die Summe ~~der Beträge, der für die Berechnung des pauschalen Zuschlags nach § 9 Abs. 3 des AOP-Vertrages herangezogenen~~ dieser EBM-Ziffern einzutragen. Ggf. wird „Honorarsumme (für Pauschale)“ um „Honorarsummenrelevante Anteile“ erhöht, die über EZV in Rechnung gestellt werden. Sofern eine leistungsbezogene Kostenpauschale des Kapitels 40 des EBM in Rechnung gestellt wird, ist die entsprechende ärztliche Leistung des EBM für die Berechnung der Zuschlagshöhe nach § 9 Abs. 3 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V ~~aus der Honorarsumme~~ auszuklammern. Nach § 9 Abs. 4 sind für die Berechnung der Zuschlagshöhe unter anderem die Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM ebenfalls nicht zu berücksichtigen.

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. Die Berechnung erfolgt auf Basis des Wertes im Feld „Honorarsumme (für Pauschale)“.

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.

## Nachtrag 16

### **Anlage 5 (Abschnitt 2, Pkt. 2.27 ZLG Segment Zuzahlung)**

*wird wie folgt aktualisiert oder ergänzt:*

#### **1. Zuzahlungsbetrag**

In der Zwischen- oder Schlussrechnung bei vollstationärer Krankenhausbehandlung ist der vollständige Betrag (mit zwei Nachkommastellen) anzugeben, der vom Versicherten an das Krankenhaus zu leisten ist, oder „0,00“, wenn keine Zuzahlungspflicht besteht. ~~Im Rechnungssatz Ambulante Operation ist der Betrag anzugeben, der vom Versicherten an das Krankenhaus gezahlt wurde, oder „0,00“, wenn keine Zuzahlungspflicht besteht.~~

Auch der Entlassungstag fällt unter die Zuzahlungspflicht.

~~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.~~