



**Richtlinie
des GKV-Spitzenverbands
(Spitzenverband Bund der Krankenkassen)
K. d. ö. R., Berlin**

zur Umsetzung des Datenaustauschs nach

§ 295 Abs. 1b SGB V

für Verträge nach § 73b SGB V und § 140a SGB V, die Krankenkassen oder deren Verbände mit den Vertragspartnern nach § 295 Abs. 1b Satz 1 SGB V abgeschlossen haben sowie für Verträge nach § 73c SGB V in der bis zum 22.07.2015 geltenden Fassung

gültig ab

01.07.2018

§ 1

Geltungsbereich

- (1) Gemäß § 295 Abs. 1b SGB V erstellt der GKV-Spitzenverband eine Richtlinie zur elektronischen Datenübertragung von Abrechnungsdaten von Leistungserbringern, die ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen oder den Verbänden der Krankenkassen Verträge zur Versorgung nach §§ 73b, 140a SGB V oder nach § 73c SGB V in der bis zum 22.07.2015 geltenden Fassung abgeschlossen haben.
- (2) Diese Richtlinie regelt Inhalt (§ 2) und Form des Verfahrens (§ 5) für die unmittelbare Abrechnung des jeweiligen Leistungserbringers für ambulant erbrachte Leistungen, eine sektorübergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung sowie besondere ambulante ärztliche Versorgung, die mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden durchgeführt werden.

§ 2

Inhalte der Abrechnungsdaten für erbrachte Leistungen nach § 73b SGB V oder § 73c SGB V in der bis zum 22.07.2015 geltenden Fassung

Die Leistungserbringer, die mit den Krankenkassen oder den Verbänden der Krankenkassen Verträge zur Versorgung nach § 73b SGB V oder § 73c SGB V in der bis zum 22.07.2015 geltenden Fassung abgeschlossen haben, übermitteln für jede Krankenkasse pro Abrechnungszeitraum folgende Angaben für jeden Leistungserbringer:

1. das Institutionskennzeichen der Krankenkasse,
2. das Institutionskennzeichen des Leistungserbringers,
3. das Institutionskennzeichen des Absenders (sofern abweichend von Nr.2),
4. das Institutionskennzeichen des Zahlungsempfängers,
5. die Krankenversichertennummer,
6. Namen, Vornamen, Geschlecht und Geburtsdatum des Versicherten,
7. die Angabe zur Versichertenart (Mitglied, Familienversicherter, Rentner) von der elektronischen Gesundheitskarte (eGK),
8. das Kennzeichen zur besonderen Personengruppe von der eGK,
9. das DMP-Kennzeichen von der eGK,
10. das Zuzahlungskennzeichen,
11. die Art der Inanspruchnahme,
12. die Angabe Unfall/Unfallfolgen, Versorgungsleiden,
13. das Leistungsdatum und Abrechnungszeitraum,
14. die lebenslange Arztnummer, in Überweisungsfällen auch die lebenslange Arzt-
nummer des überweisenden Arztes,
15. die Betriebsstättennummer(n), in Überweisungsfällen auch die Betriebsstätten-
nummer des Überweisers,
16. die abgerechneten Gebührenordnungspositionen/Abrechnungspositionen mit ih-
rem Wert, besonders berechnungsfähigen Kosten, je Behandlungstag mit Da-
tumsangabe, bei Pauschalen der 1. Tag des vereinbarten Abrechnungszeitraumes,
und, soweit für die Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung
erforderlich, die Uhrzeit,

17. den Gesamtbetrag der abgerechneten Gebührennummern ohne Abzug von Zuzahlungen,
18. die Höhe gesetzlicher und/oder vertraglich vereinbarter Zuzahlungen,
19. den Gesamtbetrag gemäß Nr. 17 nach Abzug der Zuzahlung,
20. die Diagnose(n) verschlüsselt nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten gemäß § 295 Abs. 1 SGB V¹, dies gilt für alle Arztgruppen,
21. sofern vertraglich vereinbart die Angabe des Schlüssels für durchgeführte Operationen und Sonstige Prozeduren gemäß § 295 Abs. 1 Satz 4 SGB V,¹
22. das Vertragskennzeichen.

§ 3

Inhalte der Abrechnungsdaten für erbrachte Leistungen nach § 140a SGB V

Für Verträge nach § 140a SGB V können die bestehenden Verfahren zum Datenaustausch nach § 2 dieser Richtlinie, nach §§ 295 oder 301 SGB V angewandt werden. Die Übermittlung eines durch die vertragsschließende Krankenkasse festgelegten und dem Leistungserbringer mitgeteilten Vertragskennzeichens ist erforderlich.

¹ In der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen deutschen Fassung

§ 4

Abrechnung der veranlassten Leistungen

Die Abrechnung der aus den Verträgen nach §§ 73b und 140a SGB V sowie § 73c SGB V in der bis zum 22.07.2015 geltenden Fassung resultierenden veranlassten Leistungen erfolgt über die bestehenden Verfahren zum Datenaustausch nach den §§ 300 und/oder 302 SGB V.

§ 5

Technische und organisatorische Form der Datenübermittlung

- (1) Die technische und organisatorische Form der Datenübermittlung sowie die Inhalte des technischen Fehlerverfahrens werden in der Technischen Anlage zu dieser Richtlinie geregelt.
- (2) Technisch fehlerhafte oder unvollständige Datenlieferungen sind von den Vertragspartnern umgehend nach erfolgreicher Übermittlung zu beanstanden.
- (3) Inhaltliche Fehler in den Abrechnungsdaten werden innerhalb der in den jeweiligen Verträgen geregelten Fristen beanstandet.

§ 6

Geltung der Richtlinie

Die Richtlinie wird hiermit ausgefertigt und tritt am 01.07.2018 in Kraft. Sie ersetzt die Richtlinien des GKV-Spitzenverbands zur Umsetzung des Datenaustauschs nach § 295 Abs. 1b SGB V für Verträge nach § 73b und § 73c SGB V vom 01.07.2009 sowie für Verträge nach § 140a Abs. 1 SGB V vom 01.01.2011. Die Richtlinie nach Satz 1 wird vom GKV-Spitzenverband durch Rundschreiben an die Mitgliedskassen sowie im Internet unter www.gkv-spitzenverband.de bekannt gemacht.