

Nachtrag 2

Entlassungsanzeige *wird wie folgt ergänzt:*

...

Seg- ment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung	
...					
EBG	Segment Entbindung	K	an3	'EBG' (2x möglich)	
	Tag der Entbindung	M	an8	JJJJMMTT	
FAB	Segment Fachabteilung	M	an3	'FAB' (30x möglich)	
	Fachabteilung	M	an4	Schlüssel 6	
...					
	Operationstag	K	an8	JJJJMMTT	
	Operation	K		<u>(Datenelementgruppe)</u>	Gelöscht: an..11
	<u>Prozedurenschlüssel</u>	M	<u>an..11</u>	<u>Amtlicher OP-Schlüssel</u>	Gelöscht: Amtlicher OP-Schlüssel
	<u>Lokalisation</u>	K	<u>a1</u>	<u>Schlüssel 16</u>	
	Zusatzschlüssel 1 Operation	K		<u>(Datenelementgruppe)</u>	Gelöscht: an..11
	<u>Prozedurenschlüssel</u>	M	<u>an..11</u>	<u>Amtlicher OP-Schlüssel</u>	Gelöscht: Amtlicher OP-Schlüssel
	<u>Lokalisation</u>	K	<u>a1</u>	<u>Schlüssel 16</u>	
	Zusatzschlüssel 2 Operation	K		<u>(Datenelementgruppe)</u>	Gelöscht: an..11
	<u>Prozedurenschlüssel</u>	M	<u>an..11</u>	<u>Amtlicher OP-Schlüssel</u>	Gelöscht: Amtlicher OP-Schlüssel
	<u>Lokalisation</u>	K	<u>a1</u>	<u>Schlüssel 16</u>	
...					

Nachtrag 3**Rechnungssatz Ambulante Operation***wird wie folgt geändert:*

...

Seg- ment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
DPV	Segment Diagnosen- und Prozedurenversion	M	an3	'DPV'
	ICD-Version	M	an..6	Versionskennung des Diagnoseschlüssels
	<u>OPS-Version</u>	<u>K</u>	<u>an..6</u>	<u>Versionskennung des Prozedureschlüssels</u>
REC	Segment Rechnung	M	an3	'REC'
...				
<u>ZLG</u>	<u>Segment Zuzahlung</u>	<u>K</u>	<u>an3</u>	<u>'ZLG'</u>
	<u>Zuzahlungsbetrag</u>	<u>M</u>	<u>n..6</u>	<u>9999,99</u>
	<u>Zuzahlungskennzeichen</u>	<u>M</u>	<u>an1</u>	<u>Schlüssel 15</u>
RZA	Segment Rechnungszusatz Ambulante OP	M	an3	'RZA'
...				
<u>PRZ</u>	<u>Segment Prozedur</u>	<u>K</u>	<u>an3</u>	<u>'PRZ' (30x möglich)</u>
	<u>Prozedur</u>	<u>M</u>		<u>(Datenelementgruppe)</u>
	<u>Prozedureschlüssel</u>	<u>M</u>	<u>an..11</u>	<u>Amtlicher OP-Schlüssel</u>
	<u>Lokalisation</u>	<u>K</u>	<u>a1</u>	<u>Schlüssel 16</u>
ENA	Segment Entgelt Ambulante OP	K	an3	'ENA' (99x möglich)
	Entgeltart	M	<u>an5</u>	EBM-Ziffern Gelöscht: an4
	<u>Zusatzkennzeichen EBM</u>	<u>K</u>	<u>an3</u>	<u>Schlüssel 19</u>
	Tag der Behandlung	M	an8	JJJJMMTT
	Punktzahl	K	n.. <u>5</u>	9999 <u>9</u> Gelöscht: 4
	Punktwert	K	n.. <u>8</u>	99,9999 <u>99</u> Cent Gelöscht: 6
	Entgeltbetrag	M	n..10	99999999,99 (Einzelbetrag) Gelöscht: Dpf bzw.
	Entgeltanzahl	M	n..3	

...

Nachtrag 4**Zuzahlungsgutschrift***wird wie folgt ergänzt:***Zuzahlungsgutschrift**

Seg- ment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
FKT	Segment Funktion	M	an3	siehe Anlage 4 (7.2.4)
	Verarbeitungskennzeichen	M	an2	'10'
	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	M	an2	'01' <u>....</u>
	IK des Absenders	M	an9	IK des Krankenhauses
	IK des Empfängers	M	an9	IK der Krankenkasse

...

Nachtrag 5

Zahlungssatz Ambulante Operation

wird wie folgt geändert:

Seg-ment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
ZPR	Segment Zahlung / Prüfung	M	an3	'ZPR'
	Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen	M	n..10	99999999,99
	Prüfungsvermerk	M	an2	Schlüssel 10
	Honorarsumme, neu berechnet	K	n..8	999999,99
	Pauschale, neu berechnet	K	n..8	999999,99
ZLG	Segment Zuzahlung	K	an3	'ZLG'
	Zuzahlungsbetrag	M	n..6	9999,99
	Zuzahlungskennzeichen	M	an1	Schlüssel 15
ENA	Segment Entgelt Ambulante OP	K	an3	'ENA' (99x möglich)
	Entgeltart	M	an5	EBM-Ziffern
	Zusatzkennzeichen EBM	K	an3	Schlüssel 19
	Tag der Behandlung	M	an8	JJJJMMTT
	Punktzahl	K	n..5	99999
	Punktwert	K	n..8	99,999999 Cent
	Entgeltbetrag	M	n..10	99999999,99 (Einzelbetrag)
	Entgeltanzahl	M	n..3	

Gelöscht: an4

Gelöscht: 4

Gelöscht: 6

Gelöscht: Dpf bzw.

...

Nachtrag 6

Verwendung der Segmente

wird wie folgt ergänzt:

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

ZLG	Segment Zuzahlung				K		K				K	K
1	Zuzahlungsbetrag				M		M				M	M
2	Zuzahlungskennzeichen				M		M				M	M

RED	Segment Rechnungsdaten						M					M
1	Rechnungsnummer						M					M
2	Rechnungs-/Gutschriftsdatum						M					M
3	Rechnungs-/Gutschriftsbetrag						M					M
4	Referenznummer der KK											K

Gelöscht: M

...

		von Krankenhaus						von Krankenkasse					
		AUFN	VERL	MBEG	RECH	ENTL	AMBO	ZGUT	KOUB	ANFM	ZAHL	ZAAO	SAMU
RZA	Segment Rechnungszusatz						M						
1	Fachabteilung						M						
2	Behandlungsdiagnose						M						
3	Sekundär-Diagnose						K						
4	Arztnummer						K						
5	Zahnarztnummer						K						
6	Überweisungsdiagnose						K						
7	Sekundär-Diagnose						K						
PRZ	Segment Prozedur						K						
1	Prozedur						M						
ENA	Segment Entgelt Amb. OP						M					K	
1	Entgeltart						M					M	
2	Zusatzkennzeichen EBM						K					K	
3	Tag der Behandlung						M					M	
4	Punktzahl						K					K	
5	Punktwert						K					K	
6	Entgeltbetrag						M					M	
7	Entgeltanzahl						M					M	

- Gelöscht: 2
- Gelöscht: 3
- Gelöscht: 4
- Gelöscht: 5
- Gelöscht: 6

...

Nachtrag 7

Hinweise: *wird wie folgt ergänzt:*

...

REC REC-5 = Summe (ENT-2 x ENT-5) ./ ZLG-1

(Summe: Wenn in ENT-1 ein Abschlag angegeben ist, muss ENT-2 x ENT-5 subtrahiert werden)

Bei Rechnungssatz Ambulante Operation:

REC-5 = REC-9 + REC-10 + Σ (EZV-1 ./ EZV-4) + Σ (ENA-5 x ENA-6) ./ Σ (ENA-3 x ENA-4 x ENA-6)

./ ZLG-1

REC-9 = Σ (ENA-3 x ENA-4 x ENA-6) + Σ EZV-4

Nachträge zu Anlage 2

Nachtrag 8

Schlüssel 5: Entlassungs-/Verlegungsgrund *wird wie folgt ergänzt:*

...

Hinweis:

...

Die Angaben '16' und '18' bis '21' in der 1. und 2. Stelle sind nur bei Neueinstufung in Verbindung mit Rückverlegung oder Wiederaufnahme zu verwenden (siehe Anlage 5, Abschnitt 1.4.4) oder '16' und '18' in Verbindung mit Rückverlegung bei Fortführung im BPfIV-Bereich (siehe Anlage 5, Abschnitt 1.4.5)!

Nachtrag 9

Schlüssel 16: Diagnose-Lokalisation *wird wie folgt geändert:*

Schlüssel 16: Lokalisation

Gelöscht: Diagnose-

- R rechts
- L links
- B beidseitig

Nachtrag 10

Schlüssel 19: Zusatzkennzeichen EBM *wird neu eingefügt:*

Schlüssel 19: Zusatzkennzeichen EBM

- 001 Allgemeinärzte, Praktische Ärzte, Hausärztliche Internisten
- 002 Anästhesisten
- 003 Chirurgen
- 004 Frauenärzte
- 005 Hautärzte
- 006 HNO-Ärzte
- 007 Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
- 008 Nervenärzte, Neurologen, Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- 009 Notfallärzte
- 010 Orthopäden, Ärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin

011 Nuklearmediziner

012 Radiologen

013 Strahlentherapeuten

014 Urologen

015 Fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt (Teilgebiet)

Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt (Teilgebiet):

016 - Angiologie

017 - Endokrinologie

018 - Gastroenterologie

019 - Hämatologie und Internistische Onkologie

020 - Kardiologie

021 - Nephrologie

022 - Pneumologie

023 - Rheumatologie

Nachträge zu Anlage 4

Nachtrag 11

Kap. 5.2, Struktur der Datei

wird wie folgt geändert:

...

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	Nachrichtenennung	M		Beispiel: 'AUFN:05:000:00'
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	'05'
0054	Freigabenummer des Nachrichtentyps	M	an..3	'000'
0051	Verwaltende Organisation	M	an..2	'00'

Gelöscht: 04

Gelöscht: '04'

Nachtrag 12

Kap. 9.1, Annahmestellen bei den Krankenkassen

wird wie folgt geändert:

...

Sachsen AOK Sachsen	Sternplatz 7, 01067 Dresden Telefon: 0351/ 8149-11614 Fax: 0351/ 8149-11609	107299005
------------------------	---	-----------

Gelöscht: 11611

Nachträge zu Anlage 5

Nachtrag 13

Kap. 1, Hinweise zur Datenübermittlung

wird wie folgt ergänzt:

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:

Formatiert

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 Fehlnachricht der Stufe 1 (FEHL) wird in der neuen Nachrichtenversion übermittelt. In einer Sammelüberweisung dürfen nur Rechnungen einer Nachrichtenversion zusammengefasst werden.

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.

Nachtrag 14

Kap. 1.2.4, Rechnungssatz

wird wie folgt geändert:

1.2.4. Rechnungssatz

...

Bei Zwischenrechnungen werden Rechnungssätze jeweils für zeitlich aufeinanderfolgende, abgegrenzte Abrechnungszeiträume übermittelt. Der gesamte Abrechnungsbetrag ergibt sich aus der Summe aller in Rechnungssätzen (Zwischenrechnungen und Schlussrechnung) berechneten Entgelte. Die Rechnungsnummer ist hierbei für jede Einzelrechnung (Zwischen-, Schluss-, Nachtragsrechnung oder auch Zahlungsgutschrift) eindeutig zu vergeben, insbesondere um eine eindeutige Identifikation in einer Sammelrechnung zu ermöglichen. Einmal vergebene Rechnungsnummern dürfen auch nach Rechnungs- oder Fallstornierungen nicht wiederverwendet werden.

Gelöscht: ß

Jede Abrechnung ist mit einer Schlussrechnung abzuschließen, der in Bezug auf den in der Schlussrechnung gemeldeten Abrechnungszeitraum nur noch Nachtragsrechnungen folgen dürfen. Für den Fall, dass der gesamte Abrechnungszeitraum bereits in Zwischenrechnungen in Rechnung gestellt worden ist, ist die letzte Zwischenrechnung gutzuschreiben / zu stornieren und eine Schlussrechnung für diesen Abrechnungszeitraum zu erstellen.

Zur Abrechnung von Abteilungspflegesätzen in Verbindung mit Sonderentgelten für operative Leistungen siehe Abschnitt 2 (Segment ENT).

...

Nachtrag 15

Kap. 1.2.6, Zahlungsgutschrift

wird wie folgt ergänzt:

1.2.6 Zahlungsgutschrift

Mit der Zahlungsgutschrift kann das Krankenhaus Gutschriften für nachträglich geleistete Zahlungen übermitteln. Jede Zahlungsgutschrift wird durch eine eigene Rechnungsnummer identifiziert. Der gutzuschreibende Zahlungsbetrag wird im Datenfeld ‚Gutschriftsbetrag‘ ohne Vorzeichen übermittelt.

Erfolgt die Zahlung durch den Patienten in mehreren Raten, kann die Zahlungsgutschrift zur Gutschrift der einzelnen Ratenbeträge wiederholt werden. Die Zahlungsgutschriften sind als Normalfall (Verarbeitungskennzeichen = „10“) für das selbe krankenhausinterne Kennzeichen mit jeweils eigener Rechnungsnummer zu übermitteln. Hierbei ist die laufende Nummer des Geschäftsvorfalles jeweils um 1 zu erhöhen.

Nachtrag 16

Kap. 1.2.7, Entlassungsanzeige

wird wie folgt ergänzt:

1.2.7 Entlassungsanzeige

Mit der Entlassungsanzeige meldet das Krankenhaus der Krankenkasse die Entlassung oder externe Verlegung des Versicherten aus der voll- oder teilstationären Behandlung sowie die interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG. Der Entlassungs-/Verlegungsgrund ist nach Schlüssel 5 anzugeben. In Entlassungsmeldungen (Entlassungs-/Verlegungsgrund '01' bis '04', '14' bis '15' und '21') ist mitzuteilen, ob der Versicherte arbeitsfähig oder nicht arbeitsfähig entlassen wurde. Bei postmortalen Organspenden ist für den Organspender das Datum des Todes als Entlassungsdatum zu melden (siehe „Vereinbarung über die Durchführungsbestimmungen zur Aufwandsersatzung nach § 8 Abs. 2 des Vertrages nach § 11 TPG“). Hiermit wird der Fall für die Direktabrechnung mit der Krankenkasse abgeschlossen.

...

Nachtrag 17

Kap. 1.4.4.2, Neueinstufung

wird wie folgt geändert:

...

Ist für den ersten Aufenthalt bereits eine Schlussrechnung übermittelt worden, ist die Schlussrechnung mit Verarbeitungskennzeichen '10' (Normalfall) und Rechnungsart '04' (Gutschrift / Stornierung) zu stornieren.

- Gelöscht: 20'
- Gelöscht: Änderung
- Gelöscht: 05'
- Gelöscht: ; für überwiesene Rechnungsbeträge ist eine Gutschrift zu übermitteln

Nachtrag 18

Kap. 2.1, AUF Segment Aufnahme

wird wie folgt geändert:

2.1 AUF Segment Aufnahme

...

2. Aufnahmeuhrzeit

Es ist die Uhrzeit der Aufnahme zur vollstationären oder teilstationären Krankenhausbehandlung in Stunden (00 - 23) und Minuten (00 - 59) anzugeben. Bei vorstationärer Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung kann die "Aufnahmeuhrzeit" mit '0000' angegeben werden.

- Gelöscht: ist
- Gelöscht: anzugeben

...

Nachtrag 19

Kap. 2.7, ENA Segment Entgelt Ambulante Operation (99 x möglich) wird wie folgt ergänzt:

2.7 ENA Segment Entgelt Ambulante Operation (99 x möglich)**1. Entgeltart**

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

Gelöscht: vierstellige

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. Tag der Behandlung

Das Feld enthält das jeweilige Datum der ambulanten Operation bzw. der abgerechneten prä- oder postoperativen Leistung.

Gelöscht: 2

4. Punktzahl

Die Punktzahl ist nach EBM-Katalog anzugeben.

Gelöscht: 3

5. Punktwert

Der Punktwert ist für die ambulanten Operationen 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.

Gelöscht: 4

Gelöscht: Dpf bzw.

6. 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 4 Nachkommastellen und anschließender kaufmännischer Rundung auf 2 Nachkommastellen.

Gelöscht: 5

Gelöscht: DM- bzw.

7. Entgeltanzahl

Es ist die für die Rechnungsstellung maßgebliche Entgeltanzahl (Anzahl der Leistungen der Entgeltart) anzugeben.

Gelöscht: 6

Nachtrag 20

Kap. 2.11, FAB Segment Fachabteilung

wird wie folgt ergänzt:

2.11 FAB Segment Fachabteilung (10 x / 30 x 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 der Festlegungen nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 BpflV anzugeben.

Gelöscht: I

Gelöscht: en

Gelöscht: und

Gelöscht: en werden mit

Gelöscht: angegeben

Weitere im Rahmen der stationären Krankenhausbehandlung durchgeführten Operationen und Prozeduren können durch bis zu 30-maliges Verwenden des Segmentes FAB angegeben werden.

Als Operation sind grundsätzlich operative Maßnahmen sowie nicht-operative Maßnahmen entsprechend der Deutschen Kodierrichtlinien anzugeben. Insbesondere ist P005 "Multiple/Bilaterale Prozeduren" zu beachten.

Die Angabe der Operation ist unabhängig von der Diagnoseangabe, gegebenenfalls können Prozeduren auch ohne Diagnosen angegeben werden.

8. Zusatzschlüssel 1 Operation

Bei Fallpauschalen und Sonderentgelten ist entsprechend der Festlegungen nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 BpflV in den Fällen, in denen ein zweiter Operationenschlüssel gefordert ist, dieser mit dem "Zusatzschlüssel 1 Operation" im ersten Datenelement (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.

9. Zusatzschlüssel 2 Operation

Bei Fallpauschalen und Sonderentgelten ist entsprechend der Festlegungen nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 BpflV in den Fällen, in denen ein dritter Operationenschlüssel gefordert ist, dieser mit dem "Zusatzschlüssel 2 Operation" im ersten Datenelement (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.

Nachtrag 21**Kap. 2.18, PRZ Segment Prozedur** *wird neu eingefügt:***2.18 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 durchgeführten Operationen und Prozeduren können durch bis zu 30-maliges Verwenden des Segmentes PRZ angegeben werden.

...

Die bisherigen Abschnitte 2.18 bis 2.25 werden zu den neuen Abschnitten 2.19 bis 2.26.

Nachtrag 22**Kap. 2.19 (neu 2.20), REC Segment Rechnung** *wird wie folgt ergänzt:***2.20 REC Segment Rechnung**

Gelöscht: 19

...

5. Rechnungsbetrag

Der Rechnungsbetrag (mit zwei Nachkommastellen) enthält den aus den einzelnen Entgeltelementen (Segment Entgelte: Entgeltbetrag x Entgeltanzahl, bei Abschlägen zu subtrahieren) abzüglich der Zuzahlung (bei Zuzahlungskennzeichen 2 oder 3) errechneten Betrag, der in Rechnung gestellt wird.

Bei Rechnungssatz Ambulante Operation:

Rechnungsbetrag = Honorarsumme + Pauschale + Summe der Einzelvergütungen ./.
honorarsummen-relevante Anteile der Einzelvergütungen + Summe der nicht
honorarsummenrelevanten ENA-Beträge ./ Zuzahlung.

...

Nachtrag 23

Kap. 2.24 (neu 2.25), ZLG Segment Zuzahlung wird wie folgt ergänzt:

2.25 ZLG Segment Zuzahlung

Gelöscht: 4

1. Zuzahlungsbetrag

In der Zwischen- oder Schlussrechnung sowie im Rechnungssatz Ambulante Operation ist der Betrag (mit zwei Nachkommastellen) anzugeben, der vom Versicherten an das Krankenhaus gezahlt wurde. Über die Verrechnung des Betrages ist die Krankenkasse anhand des Feldes Zuzahlungskennzeichen zu informieren.

Gelöscht: 8

Auch der Entlassungstag fällt unter die Zuzahlungspflicht.

Im Falle von ambulanten Operationen entspricht der Zuzahlungsbetrag der ggf. zu leistenden Praxisgebühr.

2. Zuzahlungskennzeichen

Schlüssel: 15

Über das Zuzahlungskennzeichen informiert das Krankenhaus die Krankenkasse, ob der Versicherte im Fall einer Zuzahlungspflicht seine Zuzahlung geleistet oder (noch) nicht geleistet hat.

Nachträge zum Anhang C zur Anlage 5

Nachtrag 24

Beantragte Schlüssel für Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG

wird wie folgt ergänzt:

Beantragte Schlüssel für Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG

Antragsteller:			Datum:	
Krankenhaus (Name, Ort, IK)	Partition	Bezeichnung des Entgelts	Gültig von - bis	tagesbezogenes oder fallbezogenes Entgelt
1	2	3	4	5

Sp. 2: O = operative Partition M = medizinische Partition A = andere Partition

Sp. 4: Angabe von ... bis

Sp. 5: T = tagesbezogenes Entgelt F = fallbezogenes Entgelt [Z=Zusatzentgelt](#)