

**TEIL 1 der
15. Fortschreibung
vom 17.04.2018**

zur Fortschreibung der § 301-Vereinbarung
vom 22.5.2017
mit Wirkung zum 01.01.2019

Hinweis:

Diese Fortschreibung gilt für Aufnahmen/Tag des Zugangs ab dem 01.01.2019.
Diese Fortschreibung wird als gruppierungsrelevant eingestuft.

Fortschreibungen zur Anlage 1

Fortschreibung 1

Beispiel: Aufnahmesatz

wird wie folgt aktualisiert:

UNH	Kopfsegment Absender und Nachrichtentyp	UNH
	Nachrichtenreferenznummer	00001
	Nachrichtennummer	AUFN: 1415 :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
	Versichertenart	1
	Besonderer Personenkreis	04
	DMP-Teilnahme	01
	Gültigkeit der Versichertenkarte	18121912
	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	-
NAD	Segment Name/Adresse	NAD
	Name des Versicherten	Meier
	Vorname des Versicherten	Hugo
	Geschlecht	m
	Geburtsdatum des Versicherten	20030101
	Straße und Haus-Nr.	-
	Postleitzahl	-
	Wohnort-	-
	Titel des Versicherten	-
	Internationales Länderkennzeichen	-
	Namenszusatz	-
	Vorsatzwort	-
	Anschriftenzusatz	-
...		
DPV	Segment Diagnosen-/Prozedurenversion	DPV
	ICD-Version	20182019
	OPS-Version	Angabe entfällt
AUF	Segment Aufnahme	AUF
	Aufnahmetag	2014100120191001
	Aufnahmeuhrzeit	1120
	Aufnahmegrund	0101
	Fachabteilung	0700
	Voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung	2018100920191009
...		

UNH+00001+AUFN:~~1415~~:000:00'
 FKT+10+01+123456789+987654321'
 INV+123456789012+1+~~04~~+~~01~~+~~18121912~~+A95-12345'
 NAD+Meier+Hugo+m+20030101'
 DPV+~~20182019~~'
 AUF+~~2018100120191001~~+1120+0101+0700+~~2018100920191009~~+++123456789'
 EAD+M50.8:'
 UNT+...

Fortschreibung 2

Hinweis: Für die Anforderung einer Unterstützung durch die Krankenkassen im Rahmen des Entlassmanagements wird ein neuer Nachrichtentyp eingeführt. Es sind ebenfalls Vorschläge für eine weitere Behandlung mit Angabe von Einrichtungen möglich.

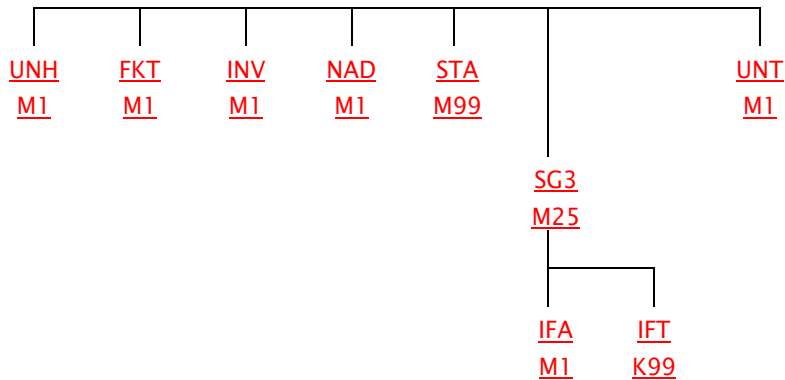
Krankenhausinformation (KHIN)

<u>Segment</u>	<u>Inhalt</u>	<u>Art</u>	<u>Typ/Länge</u>	<u>Inhalt/Erläuterung</u>	
<u>FKT</u>	<u>Segment Funktion</u>	<u>M</u>	<u>an3</u>	<u>siehe Anlage 4 (7.2.4)</u>	
	<u>Verarbeitungskennzeichen</u>	<u>M</u>	<u>an2</u>	<u>Schlüssel 9</u>	
	<u>Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles</u>	<u>M</u>	<u>an2</u>	<u>'01', ...</u>	
	<u>IK des Absenders</u>	<u>M</u>	<u>an9</u>	<u>IK des Krankenhauses</u>	
	<u>IK des Empfängers</u>	<u>M</u>	<u>an9</u>	<u>IK der Krankenkasse</u>	
<u>INV</u>	<u>Segment Information Versicherter</u>	<u>M</u>	<u>an3</u>	<u>'INV'</u>	
	<u>Krankenversicherten-Nr.</u>	<u>K</u>	<u>an..12</u>		
	<u>Versichertenart</u>	<u>K</u>	<u>n1</u>	<u>Schlüssel 12 (Teil 1), '9' bei Auslandsversicherten</u>	
	<u>Besonderer Personenkreis</u>	<u>K</u>	<u>an2</u>	<u>Schlüssel 12 (Teil 2), '99' bei Auslandsversicherten</u>	
	<u>DMP-Teilnahme</u>	<u>K</u>	<u>an2</u>	<u>Schlüssel 12 (Teil 3), '99' bei Auslandsversicherten</u>	
	<u>Gültigkeit der Versichertenkarte</u>	<u>K</u>	<u>an4</u>	<u>Bis-Datum (JJMM)</u>	
	<u>KH-internes Kennzeichen des Versicherten</u>	<u>M</u>	<u>an..15</u>		
	<u>Fall-Nummer der Krankenkasse</u>	<u>K</u>	<u>an..17</u>	<u>Angabe entfällt</u>	
	<u>Aktenzeichen der Krankenkasse</u>	<u>K</u>	<u>an..8</u>	<u>Angabe entfällt</u>	
	<u>Tag des Beginns des Versicherungsschutzes</u>	<u>K</u>	<u>an8</u>	<u>Angabe entfällt</u>	
	<u>Vertragskennzeichen</u>	<u>K</u>	<u>an..25</u>		
	<u>NAD</u>	<u>Segment Name/Adresse</u>	<u>M</u>	<u>an3</u>	<u>'NAD'</u>
		<u>Name des Versicherten</u>	<u>M</u>	<u>an..45</u>	
<u>Vorname des Versicherten</u>		<u>M</u>	<u>an..45</u>		
<u>Geschlecht</u>		<u>M</u>	<u>an1</u>	<u>Schlüssel 21</u>	
<u>Geburtsdatum des Versicherten</u>		<u>M</u>	<u>an8</u>	<u>JJJMMTT</u>	
<u>Straße und Haus-Nr.</u>		<u>K</u>	<u>an..56</u>		
<u>Postleitzahl</u>		<u>K</u>	<u>an..10</u>		
<u>Wohnort</u>		<u>K</u>	<u>an..40</u>		
<u>Titel des Versicherten</u>		<u>K</u>	<u>an..20</u>		
<u>Internationales Länderkennzeichen</u>		<u>K</u>	<u>an..3</u>	<u>Schlüssel 7</u>	
<u>Namenszusatz</u>		<u>K</u>	<u>an..20</u>		
<u>Vorsatzwort</u>		<u>K</u>	<u>an..20</u>		
<u>Anschriftenzusatz</u>		<u>K</u>	<u>an..40</u>		
<u>STA</u>	<u>Segment Standort</u>	<u>M</u>	<u>an3</u>	<u>'STA' (99x möglich)</u>	
	<u>Standortnummer</u>	<u>M</u>	<u>an9</u>	<u>Standortnummer (77+Standort-ID+000)</u>	
	<u>Standort Ende</u>	<u>M</u>	<u>an8</u>	<u>JJJMMTT</u>	
	<u>Standort Ende Uhrzeit</u>	<u>M</u>	<u>an4</u>	<u>HH(00-23)MM(00-59)</u>	

	<u>Segmentgruppe SG 3 IFA-IFT</u>	<u>M</u>		<u>(25x möglich)</u>
<u>IFA</u>	<u>Segment Informationsart</u>	<u>M</u>	<u>an3</u>	<u>'IFA'</u>
	<u>Aufnahmetag</u>	<u>M</u>	<u>an8</u>	<u>Aufnahmetag aus</u> <u>Aufnahmesatz (JJJMMTT)</u>
	<u>Art der Information</u>	<u>M</u>	<u>an5</u>	<u>Schlüssel 31</u>
	<u>Datum Erklärung</u>	<u>K</u>	<u>an8</u>	<u>Datum Einwilligungserklärung</u> <u>bzw. Datum Widerruf (JJJMMTT)</u>
<u>IFT</u>	<u>Segment Informationstext</u>	<u>K</u>	<u>an3</u>	<u>'IFT' (99x möglich)</u>
	<u>Informationstext</u>	<u>M</u>	<u>an..256</u>	<u>Freitext</u>

Da zum Zeitpunkt der Übermittlung noch kein entlassender Standort des Krankenhauses vorliegt, sind die Werte `99991231` im Datenfeld `Standort Ende` und `2359` im Datenfeld `Standort Ende Uhrzeit` als Vorgabewerte für das zeitlich letzte `STA-Segment` zu verwenden.

Hinweise:



Fortschreibung 3

Hinweis: Für die Unterstützung durch die Krankenkassen im Rahmen des Entlassmanagements wird ein neuer Nachrichtentyp eingeführt.

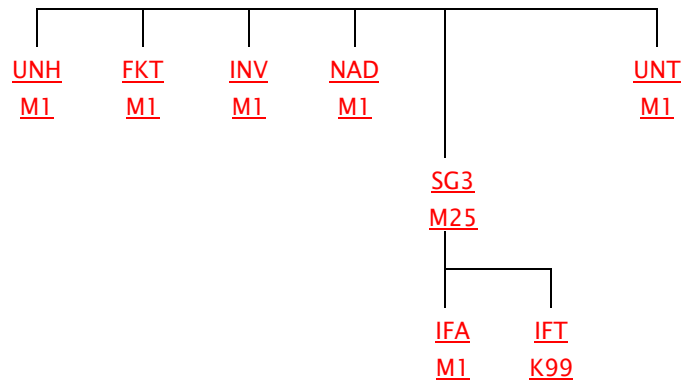
Krankenkassenantwort (KANT)

<u>Seg- ment</u>	<u>Inhalt</u>	<u>Art</u>	<u>Typ/Länge</u>	<u>Inhalt/Erläuterung</u>
<u>FKT</u>	<u>Segment Funktion</u>	<u>M</u>	<u>an3</u>	<u>siehe Anlage 4 (7.2.4)</u>
	<u>Verarbeitungskennzeichen</u>	<u>M</u>	<u>an2</u>	<u>Schlüssel 9</u>
	<u>Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles</u>	<u>M</u>	<u>an2</u>	<u>'01', ...</u>
	<u>IK des Absenders</u>	<u>M</u>	<u>an9</u>	<u>IK des Krankenhauses</u>
	<u>IK des Empfängers</u>	<u>M</u>	<u>an9</u>	<u>IK der Krankenkasse</u>
<u>INV</u>	<u>Segment Information Versicherter</u>	<u>M</u>	<u>an3</u>	<u>'INV'</u>
	<u>Krankenversicherten-Nr.</u>	<u>K</u>	<u>an..12</u>	
	<u>Versichertenart</u>	<u>K</u>	<u>n1</u>	<u>Schlüssel 12 (Teil 1), '9' bei Auslandsversicherten</u>
	<u>Besonderer Personenkreis</u>	<u>K</u>	<u>an2</u>	<u>Schlüssel 12 (Teil 2), '99' bei Auslandsversicherten</u>
	<u>DMP-Teilnahme</u>	<u>K</u>	<u>an2</u>	<u>Schlüssel 12 (Teil 3), '99' bei Auslandsversicherten</u>
	<u>Gültigkeit der Versichertenkarte</u>	<u>K</u>	<u>an4</u>	<u>Bis-Datum (JJMM)</u>
	<u>KH-internes Kennzeichen des Versicherten</u>	<u>M</u>	<u>an..15</u>	
	<u>Fall-Nummer der Krankenkasse</u>	<u>K</u>	<u>an..17</u>	<u>Angabe entfällt</u>
	<u>Aktenzeichen der Krankenkasse</u>	<u>K</u>	<u>an..8</u>	<u>Angabe entfällt</u>
	<u>Tag des Beginns des Versicherungsschutzes</u>	<u>K</u>	<u>an8</u>	<u>Angabe entfällt</u>
	<u>Vertragskennzeichen</u>	<u>K</u>	<u>an..25</u>	
	<u>NAD</u>	<u>Segment Name/Adresse</u>	<u>M</u>	<u>an3</u>
<u>Name des Versicherten</u>		<u>M</u>	<u>an..45</u>	
<u>Vorname des Versicherten</u>		<u>M</u>	<u>an..45</u>	
<u>Geschlecht</u>		<u>M</u>	<u>an1</u>	<u>Schlüssel 21</u>
<u>Geburtsdatum des Versicherten</u>		<u>M</u>	<u>an8</u>	<u>JJJMMTT</u>
<u>Straße und Haus-Nr.</u>		<u>K</u>	<u>an..56</u>	
<u>Postleitzahl</u>		<u>K</u>	<u>an..10</u>	
<u>Wohnort</u>		<u>K</u>	<u>an..40</u>	
<u>Titel des Versicherten</u>		<u>K</u>	<u>an..20</u>	
<u>Internationales Länderkennzeichen</u>		<u>K</u>	<u>an..3</u>	<u>Schlüssel 7</u>
<u>Namenzusatz</u>		<u>K</u>	<u>an..20</u>	
<u>Vorsatzwort</u>		<u>K</u>	<u>an..20</u>	
<u>Anschriftenzusatz</u>		<u>K</u>	<u>an..40</u>	
<u>Segmentgruppe SG 3 IFA-IFT</u>		<u>M</u>		<u>(25x möglich)</u>
<u>IFA</u>		<u>Segment Informationsart</u>	<u>M</u>	<u>an3</u>
	<u>Aufnahmetag</u>	<u>M</u>	<u>an8</u>	<u>Aufnahmetag aus Aufnahmesatz (JJJJMMTT)</u>
	<u>Art der Information</u>	<u>M</u>	<u>an5</u>	<u>Schlüssel 31</u>

	<u>Datum Erklärung</u>	<u>K</u>	<u>an8</u>	<u>Datum Einwilligungserklärung bzw. Datum Widerruf aus KHIN (JJJJMMTT)</u>
<u>IFT</u>	<u>Segment Informationstext</u>	<u>K</u>	<u>an3</u>	<u>'IFT' (99x möglich)</u>
	<u>Informationstext</u>	<u>M</u>	<u>an..256</u>	<u>Freitext</u>

Hinweise:

„Krankenkassenantwort“ - Diagramm



Fortschreibung 4

Hinweis: Die Länge der Felder `Besonderer Personenkreis` und `DMP-Teilnahme` werden auf einen 2-stelligen alphanumerischen Typ erweitert. Dies betrifft alle INV Segmente aller Nachrichtentypen und wird hier lediglich am Beispiel des Aufnahmesatzes dargestellt.

Aufnahmesatz

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
FKT	Segment Funktion	M	an3	'FKT', siehe Anlage 4 (7.2.4)
	Verarbeitungskennzeichen	M	an2	Schlüssel 9
	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	M	an2	'01'
	IK des Absenders	M	an9	IK des Krankenhauses
	IK des Empfängers	M	an9	IK der Krankenkasse
INV	Segment Information Versicherter	M	an3	'INV'
	Krankenversicherten-Nr.	K	an..12	
	Versichertenart	K	n1	Schlüssel 12 (Teil 1), '9' bei Auslandsversicherten
	Besonderer Personenkreis	K	n+an2	Schlüssel 12 (Teil 2), '9' bei Auslandsversicherten
	DMP-Teilnahme	K	n+an2	Schlüssel 12 (Teil 3), '9' bei Auslandsversicherten
	Gültigkeit der Versichertenkarte	K	an4	Bis-Datum (JJMM)
	KH-internes Kennzeichen des Versicherten	M	an..15	
	Fall-Nummer der Krankenkasse	K	an..17	Angabe entfällt
	Aktenzeichen der Krankenkasse	K	an..8	Angabe entfällt
	Tag des Beginns des Versicherungsschutzes	K	an8	Angabe entfällt
NAD	Vertragskennzeichen	K	an..25	
	Segment Name/Adresse	M	an3	'NAD'
	Name des Versicherten	M	an..45	
	Vorname des Versicherten	M	an..45	
	Geschlecht	M	an1	Schlüssel 21
	Geburtsdatum des Versicherten	M	an8	JJJMMTT
	Straße und Haus-Nr.	K	an..56	
	Postleitzahl	K	an..10	
	Wohnort	K	an..40	
	Titel des Versicherten	K	an..20	
	Internationales Länderkennzeichen	K	an..3	Schlüssel 7
Namenszusatz	K	an..20		
Vorsatzwort	K	an..20		
Anschriftenzusatz	K	an..40		
...	...			

Fortschreibung 5

Hinweis: Ab dem 1.1.2020 (Fälle mit Aufnahmedatum größer 31.12.2019) ist das Kennzeichen nach § 293 Abs. 6 SGB V (Standortkennzeichen der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen) verpflichtend an die Krankenkasse zu übermitteln. Die dafür notwendige Anpassung der entsprechenden Nachrichtentypen wird bereits zum 1.1.2019 vorgenommen. Für Aufnahmen im Zeitraum 01.01.2019 – 31.12.2019 kann eine bereits vergebene Standortnummer verwendet werden oder aber der Vorgabewert `779999999`. Wird der Vorgabewert verwendet, muss für „Standort Ende“ der Vorgabewert `99991231` und für „Standort Ende Uhrzeit“ der Vorgabewert `2359` verwendet werden.

Rechnungssatz

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
FKT	Segment Funktion	M	an3	siehe Anlage 4 (7.2.4)
	Verarbeitungskennzeichen	M	an2	Schlüssel 9
	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	M	an2	'01', ...
	IK des Absenders	M	an9	IK des Krankenhauses
	IK des Empfängers	M	an9	IK der Krankenkasse
...	...			
NAD	Segment Name/Adresse	M	an3	'NAD'
	Name des Versicherten	M	an..45	
	Vorname des Versicherten	M	an..45	
	Geschlecht	M	an1	Schlüssel 21
	Geburtsdatum des Versicherten	M	an8	JJJJMMTT
	Straße und Haus-Nr.	K	an..56	
	Postleitzahl	K	an..10	
	Wohnort	K	an..40	
	Titel des Versicherten	K	an..20	
	Internationales Länderkennzeichen	K	an..3	Schlüssel 7
	Namenszusatz	K	an..20	
	Vorsatzwort	K	an..20	
	Anschriftenzusatz	K	an..40	
<u>STA</u>	<u>Segment Standort</u>	<u>M</u>	<u>an3</u>	<u>'STA' (99x möglich)</u>
	<u>Standortnummer</u>	<u>M</u>	<u>an9</u>	<u>Standortnummer (77+Standort-ID+000)</u>
	<u>Standort Ende</u>	<u>M</u>	<u>an8</u>	<u>JJJJMMTT</u>
	<u>Standort Ende Uhrzeit</u>	<u>M</u>	<u>an4</u>	<u>HH(00-23)MM(00-59)</u>
CUX	Segment Währung	M	an3	'CUX'
...				

Fortschreibung 6

Hinweis: Ab dem 1.1.2020 (Fälle mit Aufnahmedatum größer 31.12.2019) ist das Kennzeichen nach § 293 Abs. 6 SGB V (Standortkennzeichen der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen) verpflichtend an die Krankenkasse zu übermitteln. Die dafür notwendige Anpassung der entsprechenden Nachrichtentypen wird bereits zum 1.1.2019 vorgenommen. Für Aufnahmen im Zeitraum 01.01.2019 – 31.12.2019 kann eine bereits vergebene Standortnummer verwendet werden oder aber der Vorgabewert `779999999`. Wird der Vorgabewert verwendet, muss für „Standort Ende“ der Vorgabewert `99991231` und für „Standort Ende Uhrzeit“ der Vorgabewert `2359` verwendet werden. Des Weiteren werden die Angaben zur medizinischen Rehabilitation aus der Entlassungsanzeige entfernt.

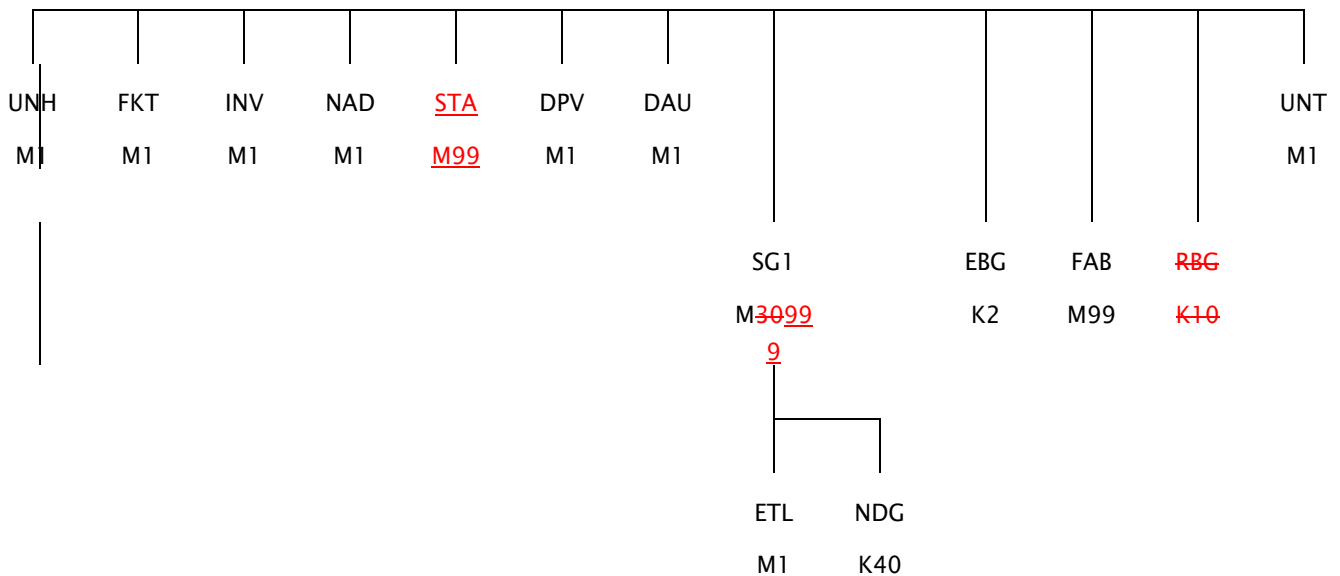
Entlassungsanzeige

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
FKT	Segment Funktion	M	an3	siehe Anlage 4 (7.2.4)
	Verarbeitungskennzeichen	M	an2	Schlüssel 9
	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	M	an2	'01', ...
	IK des Absenders	M	an9	IK des Krankenhauses
	IK des Empfängers	M	an9	IK der Krankenkasse
...	...			
NAD	Segment Name/Adresse	M	an3	'NAD'
	Name des Versicherten	M	an..45	
	Vorname des Versicherten	M	an..45	
	Geschlecht	M	an1	Schlüssel 21
	Geburtsdatum des Versicherten	M	an8	JJJJMMTT
	Straße und Haus-Nr.	K	an..56	
	Postleitzahl	K	an..10	
	Wohnort	K	an..40	
	Titel des Versicherten	K	an..20	
	Internationales Länderkennzeichen	K	an..3	Schlüssel 7
	Namenszusatz	K	an..20	
	Vorsatzwort	K	an..20	
	Anschriftenzusatz	K	an..40	
<u>STA</u>	<u>Segment Standort</u>	<u>M</u>	<u>an3</u>	<u>'STA' (99x möglich)</u>
	<u>Standortnummer</u>	<u>M</u>	<u>an9</u>	<u>Standortnummer (77+Standort-ID+000)</u>
	<u>Standort Ende</u>	<u>M</u>	<u>an8</u>	<u>JJJJMMTT</u>
	<u>Standort Ende Uhrzeit</u>	<u>M</u>	<u>an4</u>	<u>HH(00-23)MM(00-59)</u>
DPV	Segment Diagnosen- und Prozedurenversion	M	an3	'DPV'
	ICD-Version	M	an..6	Versionskennung des Diagnoseschlüssels
	OPS-Version	K	an..6	Versionskennung des Prozedureschlüssels

DAU	Segment Dauer	M	an3	'DAU'
	Aufnahmetag	M	an8	JJJMMTT
	Entlassungstag	M	an8	JJJMMTT
	Nachfolgediagnose, die	K		(Datenelementgruppe)
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
	mit Sekundär-Diagnose Arbeitsunfähigkeit	K		(Datenelementgruppe)
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
	ab dem ... die Arbeitsunfähigkeit allein begründet hat	K	an8	JJJMMTT
	Beatmungsstunden	K	an..4	HHHH
	Segmentgruppe SG1 ETL-NDG	M		(99999x möglich)
ETL	Segment Entlassung/Verlegung	M	an3	'ETL'
	Tag der Entlassung/Verlegung	M	an8	JJJMMTT
	Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit	M	an4	HH(00-23)MM(00-59)
...				
RBG	Segment Reha/Behandlung/Geeignete Einrichtungen	K	an3	'RBG' (10x möglich)
	Durchgeführte Reha-Maßnahme	K	an..5	Schlüssel 2
	Vorschlag für weitere Behandlung	K	an2	Schlüssel 13
	Vorschlag für geeignete Einrichtung	K	an9	Schlüssel 14

...

Entlassungsanzeige-Diagramm



Fortschreibung 7

Hinweis: Ab dem 1.1.2020 (Fälle mit Aufnahmedatum größer 31.12.2019) ist das Kennzeichen nach § 293 Abs. 6 SGB V (Standortkennzeichen der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen) verpflichtend an die Krankenkasse zu übermitteln. Die dafür notwendige Anpassung der entsprechenden Nachrichtentypen wird bereits zum 1.1.2019 vorgenommen. Bei den Hochschulambulanzen gemäß § 117 Abs. 1 und 2 SGB V wird für Aufnahmen im Zeitraum 01.01.2019 – 31.12.2019 weiterhin die bisher genutzte Betriebsstättennummer im Feld `Standortnummer` verwendet.

Rechnungssatz Ambulante Operation

FKT	Segment Funktion	M	an3	siehe Anlage 4 (7.2.4)
	Verarbeitungskennzeichen	M	an2	Schlüssel 9
	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	M	an2	'01', ...
	IK des Absenders	M	an9	IK des Krankenhauses
	IK des Empfängers	M	an9	IK der Krankenkasse
...	...			
NAD	Segment Name/Adresse	M	an3	'NAD'
	Name des Versicherten	M	an..45	
	Vorname des Versicherten	M	an..45	
	Geschlecht	M	an1	Schlüssel 21
	Geburtsdatum des Versicherten	M	an8	JJJMMTT
	Straße und Haus-Nr.	K	an..56	
	Postleitzahl	K	an..10	
	Wohnort	K	an..40	
	Titel des Versicherten	K	an..20	
	Internationales Länderkennzeichen	K	an..3	Schlüssel 7
	Namenszusatz	K	an..20	
	Vorsatzwort	K	an..20	
	Anschriftenzusatz	K	an..40	
CUX	Segment Währung	M	an3	'CUX'
...	...			
RZA	Segment Rechnungszusatz Ambulante OP	M	an3	'RZA'
...	...			
	Arztnummer eines weiteren kooperierenden Vertragsarztes	K	an..9	bei § 115b
	<u>Standortnummer</u> /Betriebsstättennummer	K	an..9	<u>bei §§ 116b–120 Abs. 1a SGB V: Standortnummer oder Betriebsstättennummer bei §§ 117–119-Fällen, Muss angegeben werden bei § 117 Abs. 1 und 2 SGB V (Ambulanzdiagnosekodierung)</u>
	Datum der Überweisung in die ASV	K	an8	JJJMMTT, Muss angegeben werden bei § 116b (neu): bei Überweisungen in die ASV
	KV-Bezirk	M	an2	Schlüssel 26

	EBM-Version	K	an8	JJJMMTT
...	...			
	Überweisungsdiagnose	K		(Datenelementgruppe), Muss angegeben werden bei § 116b (neu): bei Überweisungen in die ASV
...				
BDG	Segment Behandlungsdiagnose	M	an3	'BDG' (99x 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
	Diagnoseart	M	a1	1 = Behandlungsdiagnose / Ambulanzdiagnose, 2 = bei § 116b (neu): Diagnose der Überweisung innerhalb der ASV, 3 = mitbehandelte Diagnosen bei § 117 Abs. 1 und 2 SGB V
	Teammitgliedsidentifikation	K	an9	Muss angegeben werden bei § 116b (neu): bei Diagnoseart '2', bei KH: Fachgruppennummer
	<u>Standortnummer</u> /Betriebsstättennummer	K	an9	<u>bei §§ 116b-120 Abs. 1a SGB V: Standortnummer oder Betriebsstättennummer Muss angegeben werden bei § 117 Abs. 1 und 2 SGB V: BSNR der HSA</u>
	Fachabteilung HSA	K	an4	Muss angegeben werden bei § 117 Abs. 1 und 2 SGB V, Schlüssel 6
	Erster Tag Mitbehandlung/ <u>Standort</u>	K	an8	JJJMMTT, <u>bei §§ 116b-120 Abs. 1a SGB V nur bei § 117 Abs. 1 und 2 SGB V; nur bei Diagnoseart '3'</u>
...				
EZV	Segment Einzelvergütung	K	an3	'EZV' (30x 99x möglich)
	Einzelvergütung	M	n..8	999999,99
	Einzelvergütung, Erläuterung	M	an2	Schlüssel 3, bei § 116b (neu): außer '05' oder '06'
	Einzelvergütung, Texterläuterung	K	an..70	Text
	Anzahl	M	n..3	
	Tag der Behandlung	K	an8	JJJMMTT
...				

Fortschreibung 8

Hinweis: Erhöhung Fehlernachrichten von derzeit 40x auf künftig 200x.

Fehlernachricht

Das Fehlerverfahren wird im Kapitel 6 der Anlage 4 (Technische Anlage) zur § 301-Vereinbarung näher beschrieben.

Segment	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'
	IK des Absenders	M	an9	IK der Krankenkasse / des Krankenhauses oder falls nicht bekannt entsprechendes IK aus UNB
	IK des Empfängers	M	an9	IK des Krankenhauses / der Krankenkasse oder falls nicht bekannt entsprechendes IK aus UNB
FHL	Segment Fehlermeldung	M	an3	'FHL' (40x -200x möglich)
	Segment	K	an3	Name des Segmentes, dem der Fehler zuzuordnen ist
	...			

Fortschreibung 9

Hinweis: Es ist die Verwendung der Segmente für die Nachrichtentypen darzustellen.

		von Krankenhaus								von Krankenkasse					
		AUFN	KHIN	VERL	MBEG	RECH	ENTL	AMBO	ZGUT	KOUB	KANT	ANFM	ZAHL	ZAAO	SAMU
FKT	Segment Fu. des Nachrichtentyps	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
1	Verarbeitungskennzeichen	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
2	Lfd.Nr. des Geschäftsvorfalles	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
3	IK des Absenders	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
4	IK des Empfängers	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
INV	Segment Info. Versicherter	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	
1	Krankenversicherten-Nr.	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	
2	Versichertenart	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	
3	Besonderer Personenkreis	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	
4	DMP-Teilnahme	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	
5	Gültigkeitsdatum der V.karte	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	
6	KH-internes Kennzeichen	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	
7	Fall-Nummer der KK	-	K	K	K	K	K	-	K	K	K	K	K	K	
8	Aktenzeichen der KK	-	K	K	K	K	K	-	K	K	K	K	K	K	
9	Beginn des Vers.schutzes	-	K	K	K	K	K	-	K	K	K	K	K	K	
10	Vertragskennzeichen	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	
RZA	Segment Rechnungszusatz							M							
1	Fachabteilung							M							
2	Arztnummer							K							
3	Betriebsstättennummer							K							
4	Zahnarztnummer							K							
5	Überweisungsdiagnose							K							
6	Sekundär-Diagnose							K							
7	Arztnummer (Belegarzt/ koop. Arzt)							K							
8	Arztnummer (weiterer koop. Arzt)							K							
9	Standortnummer/Betriebsstättennummer							K							
10	Datum der Überweisung in die ASV							K							
11	KV-Bezirk							M							
12	EBM-Version							K							
BDG	Segment Behandlungsdiagnose							K							
1	Behandlungsdiagnose							K							
2	Sekundär-Diagnose							K							
3	Diagnoseart							K							
4	Teammitgliedsidentifikation							K							
5	Standortnummer/Betriebsstättennummer							K							
6	Fachabteilung HSA							K							

7	Erster Tag Mitbehandlung/ <u>Standort</u>								K							
STA	<u>Segment Standort</u>		M			M	M									
1	<u>Standortnummer</u>		M			M	M									
2	<u>Standort Ende</u>		M			M	M									
3	<u>Standort Ende Uhrzeit</u>		M			M	M									
IFA	<u>Segment Informationsart</u>		M									M				
1	<u>Aufnahmetag</u>		M									M				
2	<u>Art der Information</u>		M									M				
3	<u>Datum Erklärung</u>		K									K				
IFT	<u>Segment Informationstext</u>		K									K				
1	<u>Informationstext</u>		M									M				
RBG	<u>Reha/Behandlung/Einrichtung</u>								K							
1	<u>Reha-Maßnahme</u>								K							
2	<u>Weitere Behandlung</u>								K							
3	<u>Geeignete Einrichtung</u>								K							

Hinweise: Die NAD-Segmente sind für KHIN und KANT entsprechend anzuwenden. FHL findet auch bei KHIN und KANT Anwendung.

Fortschreibungen zur Anlage 2

Fortschreibung 10

Hinweis: Der Wegfall der gesetzlichen Übermittlungspflicht gemäß § 301 Abs. 1 Nr. 8 SGB V ist in den Technischen Anlagen nachzuvollziehen. Schlüssel 2, 13 und 14 entfallen in der Datenübermittlung. Sie werden als „reserviert“ gekennzeichnet.

Schlüssel 2: Durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmenreserviert

siehe Anhang A zu Anlage 2

...

Schlüssel 13: Vorschläge für die weitere Behandlungreserviert

- 01 Diagnostische Klärung
- 02 Stationäre Behandlung
- 03 Operation
- 04 Psychotherapie
- 05 Rehabilitations-Sport
- 06 Rheumafunktionstraining
- 07 Selbsthilfegruppe
- 08 Ambulante Rehabilitation (Sucht)
- 09 Vorstellung Suchtberatung
- 10 Spezielle Nachsorge
- 11 Stufenweise Wiedereingliederung
- 12 Prüfung berufsfördernde Leistung
- 13 Gewichtsreduktion
- 14 Alkoholkarenz
- 15 Nikotinkarenz
- 16 Heil- und Hilfsmittel
- 17 Wiederholungsheilbehandlung
- 18 Sonstige Anregung

...

Schlüssel 14: Vorschläge für geeignete Einrichtungenreserviert

Hinweis:

Institutionskennzeichen

...

Fortschreibung 11

Hinweis: Die Änderung des Teil 2 und 3 des Versichertenstatus auf zweistellige numerische Angaben ist im Schlüssel 12 anzupassen.

Schlüssel 12: Versichertenstatus**Teil 1****Versichertenart**

- 1 Mitglied
- 3 Familienversicherter
- 5 Rentner und deren Familienangehörige
- 9 Auslandsversicherte

Teil 2**Besonderer Personenkreis**

00 ~~kein besonderer Personenkreis~~

04 § 264 SGB V, Nicht Versicherungspflichtige, Sozialhilfeempfänger

06 BVG inkl. OEG, BSeuchG, SVG, ZHG, HHG, PrVG sowie BEG

07 besonderer Personenkreis

(in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatlichem Recht und niederl. Grenzgänger, die über eine KV-Karte verfügen; nach Aufwand)

08 besonderer Personenkreis

(in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatlichem Recht, die über eine KV-Karte verfügen; pauschal)

09 Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz, ~~wenn Versichertenart nicht „9“ und DMP-Teilnahme entfällt; Auslandsversicherte, wenn Versichertenart „9“ und DMP-Teilnahme „9“~~

99 ~~Auslandsversicherte~~

Teil 3**DMP-Teilnahme**

00 ~~keine DMP-Teilnahme~~

01 Diabetes mellitus Typ 2

02 Brustkrebs

03 koronare Herzkrankheit

04 Diabetes mellitus Typ 1

05 Asthma bronchiale

06 COPD

99 Auslandsversicherte

Fortschreibung 12

Hinweis: Für die Übermittlung der Informationen (Entlassmanagement) ist ein Schlüsselverzeichnis vorzusehen, das im Segment `IFA` im Datenfeld `Art der Information` die Art der Information angibt.

Schlüssel 31: Art der Information (Entlassmanagement)**Einwilligung zum Entlassmanagement (nur KHIN)**

JA000 Einwilligungserklärung **des Patienten** liegt vor (zur Unterstützung durch die Krankenkassen Anlage 1b Nr.1 und 2 wurden als „JA“ bestätigt)

JA001 Einwilligungserklärung **des Patienten durch einen gesetzlichen Vertreter** liegt vor (zur Unterstützung durch die Krankenkassen Anlage 1b Nr.1 und 2 wurden als „JA“ bestätigt)

WIDRU Widerruf zur Einwilligung **des Patienten** in die Unterstützung ist erfolgt

WIDRV Widerruf zur Einwilligung **des Patienten durch einen gesetzlichen Vertreter** in die Unterstützung ist erfolgt

Kontaktdaten

KONTA Angabe des für das Entlassmanagement im konkreten Fall zu nutzenden Kontaktes (Telefonnummer) (nur KHIN)

KONKK Angabe des für das Entlassmanagement zuständigen Ansprechpartners der Krankenkasse (nur KANT)

Informationen zum Entlassmanagement (nur KHIN)

HIMIO Unterstützungsbedarf zum Thema Hilfsmittelversorgung

HKPOO Unterstützungsbedarf zum Thema Häusliche Krankenpflege

HEIMO Unterstützungsbedarf zum Thema Heilmittel

BEATO Information über Beatmungspatienten (u.a. Angabe zum Weaningpotential)

REHAO Unterstützungsbedarf zum Thema Rehabilitation

AHBOO Unterstützungsbedarf zum Thema Anschlussheilbehandlung

PFLEG Unterstützungsbedarf zum Thema Leistungen der Pflegeversicherung (allgemein)

KURZP Unterstützungsbedarf zum Thema Kurzzeitpflege

HAHIO Unterstützungsbedarf zum Thema Haushaltshilfe/hauswirtschaftliche Versorgung

PFBER Unterstützungsbedarf durch Einbeziehung eines Pflegeberaters

PSYUN Psychosoziale Unterstützung

SOZIL Unterstützungsbedarf durch soziale/sozialrechtliche Beratung

BERUF Unterstützungsbedarf zum Thema berufliche Wiedereingliederung

SAPVU Unterstützungsbedarf zum Thema SAPV

HOSPZ Unterstützungsbedarf zum Thema Hospiz

SONTO Unterstützungsbedarf zu sonstigen Bereichen (anderweitig nicht zuordenbar)

Vorschläge für weitere Behandlung (nur KHIN)**EMA01** Diagnostische Klärung**EMA02** Stationäre Behandlung**EMA03** Operation**EMA04** Psychotherapie**EMA05** Rehabilitations-Sport**EMA06** Rheumafunktionstraining**EMA07** Selbsthilfegruppe**EMA08** Ambulante Rehabilitation (Sucht)**EMA09** Vorstellung Suchtberatung**EMA10** Spezielle Nachsorge**EMA11** Stufenweise Wiedereingliederung**EMA12** Prüfung berufsfördernde Leistung**EMA13** Gewichtsreduktion**EMA14** Alkoholkarenz**EMA15** Nikotinkarenz**EMA16** Wiederholungsheilbehandlung**EMA17** Sonstige Anregung**EMAGE** Angabe geeigneter Einrichtungen

Fortschreibungen zur Anlage 2 Anhang C

Fortschreibung 13

Hinweis: Noch offen: Mit der Einführung der neuen Nachrichtentypen und Segmente sind entsprechende Fehlercodes vorzusehen und bestehende Fehlercodes anzupassen.

Fehlercode	Fehlertext
24033	Segment RBG kann nur 10mal vorkommen
...	
24043	Nach FAB folgt nicht FAB oder RBG oder UNT
...	
24046	Nach RBG folgt nicht RBG oder UNT
...	
<u>24082</u>	<u>Segment STA kann nur 99x vorkommen</u>
<u>24083</u>	<u>Segment IFA kann nur 25x vorkommen</u>
<u>24084</u>	<u>Segment IFT kann nur 99x vorkommen</u>
<u>24085</u>	<u>Nach NAD folgt nicht STA oder IFA</u>
<u>24086</u>	<u>Nach IFA folgt nicht IFA, IFT oder UNT</u>
<u>24087</u>	<u>Segment IFT fehlt bei Schlüssel 31 = `KONTA`, `KONKK`</u>
...	
34185	Feld `Honorarsummenrelevanter Anteil` unzulässig gefüllt bei VKZ gleich 13 bzw. 43
34186	Feld `Betriebsstättennummer` muss gefüllt sein bei VKZ `08`, `17`, `37` bzw. `48`
34187	Angabe in Feld `Fachabteilung` VKZ `08`, `17`, `37` bzw. `48` notwendig
34188	Vertragskennzeichen nicht `XXASK` oder `XXRBE` oder `XXFUL` bei VKZ `08`, `17`, `37` bzw. `48`
34189	Feld `Diagnoseart` bei VKZ `08`, `17`, `37` bzw. `48` darf nur Wert `1` bzw. `3` enthalten
34190	Feld `Diagnoseart` bei VKZ `13` bzw. `43` darf nur Wert `1` bzw. `2` enthalten
34191	<u>Standortnummer/BSNR</u> in Feld `Standortnummer/BSNR` (RZA Segment) muss bei VKZ `08`, `17`, `37` bzw. `48` und Diagnoseart `1` mit Feld `Standortnummer/BSNR` <u>im 1.</u> (BDG Segment) identisch sein
<u>34192</u>	<u>Verwendung Ausprägung des Schlüssels 31 durch Krankenhaus nicht zulässig</u>
<u>34193</u>	<u>Verwendung Ausprägung des Schlüssels 31 durch Krankenkasse nicht zulässig</u>
<u>34194</u>	<u>Datum Einwilligung/Widerruf nicht gefüllt, bei Schlüssel 31 = JA000, JA001, WIDRU, WIDRV</u>
<u>34195</u>	<u>In KHIN muss in einem IFA-Segment die Art der Information mit `JA000` bzw. `JA001` aus Schlüssel 31 belegt sein</u>
...	...

Fortschreibungen zur Anlage 4

Fortschreibung 14

Hinweis: Die Versionsnummer des Nachrichtentyps ist in der Anlage 4 nachzuvollziehen.

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: 4 <u>15</u> :000:00'
0065	Nachrichtentyp-Kennung	M	an..6	'AUFN', 'VERL', 'MBEG', ' KHIN ', ' KANT ', 'RECH', 'ENTL', 'AMBO', 'ZGUT', 'Koub', 'ANFM', 'ZAHL', 'ZAAO', 'SAMU', 'INKA', 'KAIN' oder 'FEHL'
0052	Versionsnummer des Nachrichtentyps	M	an..3	' 4 <u>15</u> '
0054	Freigabenummer des Nachrichtentyps	M	an..3	'000'
0051	Verwaltende Organisation	M	an..2	'00'

Fortschreibungen zur Anlage 5

Fortschreibung 15

Hinweis: Für beide neuen Nachrichtentypen sind Übermittlungsfristen vorzusehen. Die Krankenhausinformation kann erst nach dem Vorliegen des Aufnahmesatzes übermittelt werden. Die Krankenkasseninformation kann erst nach Anforderung einer Unterstützung des Krankenhauses übermittelt werden. Beide Nachrichtentypen sollten rechtzeitig vor der Entlassung übermittelt werden, damit eine Reaktion im Rahmen des Entlassmanagements möglich ist.

1.1 Übermittlungsfristen

Die nachstehende Tabelle enthält für die vereinbarten Satzarten (Nachrichtentypen) die nach § 4 der § 301-Vereinbarung bestehenden Übermittlungsfristen.

Satzart	Fristen nach § 4
Aufnahmesatz	spätestens 3 Arbeitstage nach Aufnahme (Anlaufphase: unverzüglich, wenn nicht in 3 AT möglich)
Verlängerungsanzeige	vor Ablauf der vorausgegangenen Kostenübernahme, wenn der Vertrag nach § 112 Abs.2 Nr.1 SGB V dies erfordert
Medizinische Begründung	(unverzüglich)
<u>Krankenhausinformation</u>	<u>Nach Aufnahmesatz und rechtzeitig vor Entlassung des Patienten. Keine Unterstützungsanforderung für Folgetag.</u>
<u>Krankenkassenantwort</u>	<u>Nach Krankenhausinformation und rechtzeitig vor Entlassung des Patienten.</u>
Rechnungssatz	in der Regel einmal pro Kalenderwoche
Entlassungsanzeige	innerhalb von 3 Arbeitstagen nach Entlassung oder Verlegung spätestens mit der Schlußrechnung
Rechnungssatz Ambulante OP	siehe Vereinbarung nach § 115 b SGB V, Festlegung der Spitzenverbände der Krankenkassen zu § 116 b SGB V (Kapitel 1.2.8) und Vereinbarung nach § 120 abs. 3 SGB V
Kostenübernahmesatz	spätestens 3 Arbeitstage nach Eingang der Aufnahmeanzeige bzw. der Verlängerungsanzeige (Anlaufphase: unverzüglich, wenn nicht in 3 AT möglich)
Anforderungssatz med. Begründung	(unverzüglich)
Zahlungssatz	in der Regel einmal pro Kalenderwoche (innerhalb der Zahlungsfrist)
Zahlungssatz Ambulante OP	analog Rechnungssatz Ambulante OP

Fortschreibung 16

Hinweis: Die Verwendung der Standortnummern für die Ambulanzen ist zu beschreiben. Des weiteren wird klargestellt, dass die Abrechnung mit einem einzigen Rechnungssatz im Quartal zu erfolgen hat.

...

§ 116b (alt) Abrechnung aufgrund weitergeltender Bestimmungen in der bis zum 31.12.2011 geltenden Fassung (gemäß § 116b Abs. 8 SGB V)

Die Abrechnung von ambulanten Behandlungen nach § 116b Abs.2 SGB V erfolgt ebenso wie ambulante Operationen mit dem Nachrichtentyp „Rechnungssatz Ambulante Operation“. Alle Informationen an die Krankenkasse werden 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 Medizinische Begründungen und deren Anforderung in Verbindung mit dem Nachrichtentyp „AMBO“ unzulässig. Das Segment ZLG entfällt bei ambulanten Krankenhausbehandlungen (Rechnungssatz und Zahlungssatz Ambulante Operation, siehe aber Abschnitt 1.2.8.3). Im BDG-Segment erfolgt die Zuordnung der Behandlung des Versicherten zum jeweiligen Standort anhand der Standortnummer. Es ist der erste Tag der Behandlung am jeweiligen Standort anzugeben. Bei Wechsel des behandelnden Standortes ist ein neues BDG-Segment mit dem ersten Tag der Behandlung am neuen Standort zu übermitteln. Die Berücksichtigung von Rechnungen für ambulante Operationen in Sammelüberweisungen ist zulässig. Das Verarbeitungskennzeichen im FKT-Segment ist hierbei mit „16“ (Normalfall) bzw. „12“ 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 LEI-Segment nach Schlüssel 22 (siehe gesonderte Leistungsschlüssel für § 116b (alt)) 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.

§ 116b (neu) - Abrechnung von Leistungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung

~~Die Abrechnung von ambulanten spezialfachärztlichen Behandlungen nach § 116b Abs.2 SGB V (in der Fassung ab dem 01.01.2012) erfolgt mit dem Nachrichtentyp „Rechnungssatz Ambulante Operation“ für Behandlungen ab dem 01.01.2015 in der Nachrichtenversion 12.~~

Alle Informationen an die Krankenkasse werden quartalsweise über den einen (einigen) „Rechnungssatz Ambulante Operation“ übermittelt (für Korrekturen sind Gutschrift und ein neuer Rechnungssatz möglich), ein Aufnahmesatz oder eine Entlassungsanzeige werden nicht erstellt und sind in Verbindung mit dem Nachrichtentyp „AMBO“ nicht zulässig. Ebenso sind Medizinische Begründungen und deren Anforderung in Verbindung mit dem Nachrichtentyp „AMBO“ unzulässig. Das Segment ZLG entfällt bei ambulanter spezialfachärztlicher Behandlung (Rechnungssatz und Zahlungssatz Ambulante Operation, siehe aber Abschnitt 1.2.8.3). Im BDG-Segment erfolgt die Zuordnung der Behandlung des Versicherten zum jeweiligen

Standort anhand der Standortnummer. Es ist der erste Tag der Behandlung am jeweiligen Standort anzugeben. Bei Wechsel des behandelnden Standortes ist ein neues BDG-Segment mit dem ersten Tag der Behandlung am neuen Standort zu übermitteln.

Die Berücksichtigung von Rechnungen für ambulante Operationen in Sammelüberweisungen ist zulässig. Die Übermittlung von Zwischen- oder Nachtragsrechnungen ist nicht zulässig.

...

1.2.8.2 Ambulante Behandlungen nach §§ 117, 118, 119 und 119c SGB V

Die Abrechnung von Leistungserbringern nach §§ 117, 118, 119 und 119c SGB V erfolgt ebenso wie ambulante Operationen mit dem Nachrichtentyp „Rechnungssatz Ambulante Operation“. Das Verarbeitungskennzeichen im FKT-Segment ist hierbei mit „17“, „18“, „19“, „14“, „07“ oder „08“ (Normalfall) anzugeben (Verarbeitungskennzeichen „37“, „38“, „39“, „44“, „47“ oder „48“ für Fallstorno). Das Segment ZLG entfällt bei ambulanten Krankenhausbehandlungen. 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.

Bei Abrechnung von vor- bzw. nachstationären Behandlungen in der BpflV (bei Anwendung §17d KHG) ist die gleichzeitige Abrechnung von Entgelten nach §118 SGB V (AMBO) nicht zulässig.

Im BDG-Segment erfolgt die Zuordnung der Behandlung des Versicherten zum jeweiligen Standort anhand der Standortnummer. Es ist der erste Tag der Behandlung am jeweiligen Standort anzugeben. Bei Wechsel des behandelnden Standortes ist ein neues BDG-Segment mit dem ersten Tag der Behandlung am neuen Standort zu übermitteln.

Leistungsdokumentation der Hochschulambulanzen gemäß § 120 Absatz 3 Satz 4 SGB V

...

2. Angaben Ambulanzdiagnose, mitbehandelte Diagnosen, Betriebsstättennummer, Fachabteilungen

Je Behandlungsfall ist die Ambulanzdiagnose gemäß § 3 Abs. 2 Satz 8 HSA-SV sowie ggf. mitbehandelte Diagnosen jeweils unter Angabe der entsprechenden Standort- oder Betriebsstättennummern und Fachabteilungen gemäß Schlüssel 6 (Fachabteilungen) zu übermitteln. Die Angabe der Ambulanzdiagnose erfolgt im Segment BDG mit der Diagnoseart `1` und der Standort- oder Betriebsstättennummer der abrechnenden Hochschulambulanz, welche der Standortnummer/Betriebsstättennummer im Segment RZA entsprechen muss. Mitbehandelte Diagnosen in der-selben Hochschulambulanz oder bei der Mitbehandlung durch eine weitere Hochschulambulanz gemäß § 5 Abs. 1 Satz 4 HSA-SV sind in weiteren BDG-Segmenten mit der Diagnoseart `3`, der Standort- oder Betriebsstättennummer und Fachabteilung der mitbehandelnden Hochschulambulanz sowie dem ersten Tag der Mitbehandlung im Quartal anzugeben. Mehrere Angaben (z.B. Diagnosen, Fachabteilungen) sind durch Wiederholungen des BDG-Segmentes möglich, die sonst identischen Angaben entfallen nicht, sondern sind ebenfalls mit anzugeben. Das Krankenhaus informiert die Vereinbarungspartner nach § 120 Abs. 2 SGB V vorab über die Verwendung der Fachabteilungen und Standortnummern/Betriebsstättennummern an den jeweiligen Standorten, um eine eindeutige Identifikation des jeweiligen Standortes und Fachabteilungen gemäß § 3 Abs. 2 Sätze 3 und 4 HSA-SV zu ermöglichen. Hierfür können fachabteilungs- und standortbezogene BSNR verwendet werden. Hinweis: Die Betriebsstättennummer ist bis 31.12.2019 weiterzuverwenden, o.g. Regelung gilt erst zum

01.01.2020. Steht eine Standortnummer gemäß dem Verzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V nicht zur Verfügung, kann die Betriebsstättennummer genutzt werden.

...

1.2.8.4 Pauschalen für Kinderspezialambulanzen nach § 120 Abs. 1a SGB V

Die Abrechnung von vereinbarten Pauschalen für Kinderspezialambulanzen nach § 120 Abs. 1a SGB V erfolgt ebenso wie ambulante Operationen mit dem Nachrichtentyp „Rechnungssatz Ambulante Operation“. Der Rechnungssatz enthält in diesem Falle nur ein einziges Entgelt. Das Verarbeitungskennzeichen im FKT-Segment ist hierbei mit „06“ (Normalfall) anzugeben (Verarbeitungskennzeichen „46“ für Fallstorno). Die Übermittlung von Zwischen- oder Nachtragsrechnungen ist nicht zulässig. Im BDG-Segment erfolgt die Zuordnung der Behandlung des Versicherten zum jeweiligen Standort anhand der Standortnummer. Es ist der erste Tag der Behandlung am jeweiligen Standort anzugeben. Bei Wechsel des behandelnden Standortes ist ein neues BDG-Segment mit dem ersten Tag der Behandlung am neuen Standort zu übermitteln.

Fortschreibung 17

Hinweis: Die Verwendung des neuen Nachrichtentyps `Krankenhausinformation` ist zu beschreiben.

1.2.11 Krankenhausinformation (KHIN)

Wenn das Krankenhaus Unterstützung durch die Krankenkasse gemäß § 3 Abs. 5 und 6 des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement) anfordert, ist die Krankenhausinformation (KHIN) zu verwenden. Dafür muss die Einwilligungserklärung des Patienten gemäß Anlage 1b des Rahmenvertrages Entlassmanagements vorliegen und das Vorliegen mit `KHIN` bestätigt werden (eine Übermittlung bei fehlender Einwilligung kann nicht erfolgen). Es erfolgen keine Unterstützungsanforderungen für den Folgetag. Die Angabe in dieser Nachricht stellt eine verbindliche Information über das Vorliegen der Einwilligungserklärung bzw. des Widerrufs durch den Patienten oder seinen gesetzlichen Vertreter gegenüber der Krankenkasse gemäß Anlage 1b des Rahmenvertrages Entlassmanagements dar. Bei Bedarf ist auf Anfrage der Krankenkasse die physische Übermittlung der Einwilligungserklärung / des Widerrufs vom Krankenhaus außerhalb dieses Datenaustausches sicherzustellen. Rechnungskürzungen oder -abweisungen (Rechnungssatz) oder Abweisungen von Entlassungsanzeigen aufgrund nicht oder nicht vollständig vorliegender Informationen zum Entlassmanagement sind nicht zulässig.

1.2.11.1 Grundsätze

Der für das Entlassmanagement vorgesehene Schlüssel 31 ermöglicht im Datenfeld `Art der Information` strukturierte Angaben gemäß dem Rahmenvertrag Entlassmanagement.

Hierzu wird eine Segmentgruppe, bestehend aus den Segmenten IFA und IFT verwendet (SG3). Das Segment IFA ist hierbei immer zu übermitteln. Das Segment IFT ist zu übermitteln, wenn zu dem entsprechenden IFA Segment eine Textinformation erforderlich ist. Für jedes IFA-Segment können durch Wiederholungen von bis zu 99 IFT-Segmenten Textinformationen angegeben werden. Dabei sind mehrere Informationen in einer Nachricht durch Wiederholung der Segmentgruppe 3 möglich (z.B. Übermittlung der Einwilligungserklärung in einem Segment, Informationen über Kontaktdaten und die Art der Unterstützungsleistung durch die Krankenkassen mit den erforderlichen Informationen aus dem Entlassplan) Bei der Übermittlung von Freitexten sind datenschutzrechtliche Vorgaben zu beachten.

Die „laufende Nummer des Geschäftsvorfalles“ ist für die einzelnen Übermittlungsanlässe hochzuzählen. Durch bis zu 25malige Wiederholung des Segmentes `IFA` sind Mehrfachangaben in weiteren Segmenten in dem Nachrichtentyp möglich.

Im Segment STA ist der für das Entlassmanagement relevante Standort zu übermitteln. Falls im Einzelfall notwendig (z. B. wenn der geplante entlassende Standort nicht dem Standort zum Zeitpunkt der Informationsübermittlung entspricht, dies für Zwecke des Entlassmanagements jedoch relevant ist), können auch mehrere Standorte übermittelt werden. Ein Anspruch auf Übermittlung aller im Behandlungsfall bisher beteiligten Standorte besteht für Zwecke des Entlassmanagements nicht. Weicht der im Segment STA übermittelte, geplante entlassende Standort von dem im Rechnungssatz/Entlassungsanzeige übermittelten tatsächlichen entlassenden Standort ab, darf dies nicht zu einer Rückweisung der RECH / ENTL führen.

Im Fall relevanter Veränderungen des patientenindividuellen Versorgungsbedarfes nach § 3 Absatz 5 des Rahmenvertrages Entlassmanagements wird umgehend eine erneute Übermittlung von KHIN vorgenommen. Diese enthält dann die in der vorherigen Nachricht übermittelten Angaben zur Einwilligung des Patienten. Die erste KHIN-Nachricht ist nicht zu stornieren.

1.2.11.2 Einwilligung / Widerruf des Patienten

Die Einwilligung des Patienten wird durch Angabe der Schlüsselausprägung `JA000` bzw. `JA001` (durch einen Vertreter) dokumentiert. Dafür muss die Entscheidung des Patienten/gesetzlichen Vertreters (Anlage 1b zu Nr. 1 und 2 des Rahmenvertrages) auf der Einwilligungserklärung vorliegen. Liegt eine Einwilligungserklärung nicht vor, ist keine Übermittlung von `KHIN` im Rahmen des Entlassmanagements möglich. Die Einwilligungserklärung/der Widerruf verbleibt im Krankenhaus und ist nur auf Anforderung physisch an die Krankenkasse zu übermitteln. Im Datenfeld `Datum Erklärung` muss das Datum der Einwilligungserklärung angegeben werden.

Bei einem Widerruf des Patienten erfolgt dies durch Angabe von `WIDRU` bzw. `WIDRV` (durch einen gesetzlichen Vertreter). Im Datenfeld `Datum Erklärung` muss das Datum des Widerrufs angegeben werden. Wird der Widerruf des Patienten zurückgezogen, ist die Übermittlung einer neuen Einwilligungserklärung notwendig. Eine Stornierung der vorherigen Nachrichten erfolgt nicht. Eine Übermittlung des Segmentes `IFT` ist nicht notwendig, aber erlaubt.

1.2.11.3 Kontaktdaten

Die Kontaktdaten des Krankenhauses werden durch Angabe des Schlüssel `KONTA` übermittelt. Es muss dann ein zusätzliches Segment `IFT` übermittelt werden. Dieses enthält dann die Kontaktdaten des für das Entlassmanagement im konkreten Fall zuständigen Ansprechpartners (z.B. Telefonnummer). Telefonnummern werden wie folgt dargestellt: #Vorwahl#Telefonnummer#.

1.2.11.4 Informationen zum Entlassmanagement

Die Art des Unterstützungsbedarfes des Krankenhauses wird durch die Schlüsselausprägungen zur `Information zum Entlassmanagement` aus Schlüssel 31 angezeigt.

Sofern der Unterstützungsbedarf durch das Krankenhaus weiter konkretisiert werden kann, erfolgt dies durch eine Beschreibung in zusätzlichen `IFT`-Segmenten. Mehrfachnennungen verschiedener Ausprägungen der Schlüssel in einer `KHIN`-Nachricht sind möglich. Jede Ausprägung darf hierbei nur einmal je Nachricht verwendet werden.

Vorschläge des Krankenhauses für die weitere Behandlung für Zwecke des Entlassmanagements, können durch die Schlüsselausprägungen `Vorschläge für weitere Behandlung` an die Krankenkasse übermittelt werden. Die Angabe von geeigneten Einrichtungen (Angaben einer Bezeichnung, IK, Ort o.ä.) kann durch die Übermittlung der Schlüsselausprägung `EMAGE` (Angabe geeignete Einrichtung) und der Übermittlung eines zusätzlichen `IFT`-Segmentes, welches dann den Vorschlag für die geeignete Einrichtung enthält, erfolgen.

Fortschreibung 18

Hinweis: Die Verwendung des neuen Nachrichtentyps `Krankenkassenantwort` ist zu beschreiben.

...

1.3.8 Krankenkassenantwort (KANT)

Die Krankenkassenantwort (KANT) können Krankenkassen verwenden, um z.B. auf den Unterstützungsbedarf des Krankenhauses zu antworten.

1.3.8.1 Grundsätze

Zur Übermittlung wird eine Segmentgruppe, bestehend aus den Segmenten IFA und IFT verwendet (SG3). Das Segment IFA ist hierbei immer zu übermitteln. Das Segment IFT ist zu übermitteln, wenn zu dem entsprechenden IFA Segment eine Textinformation erforderlich ist. Für jedes IFA-Segment können durch Wiederholungen von bis zu 99 IFT-Segmenten Textinformationen angegeben werden. Dabei sind mehrere Informationen in einer Nachricht durch Wiederholung der Segmentgruppe 3 möglich. Zunächst ist nur die Übermittlung von Kontaktdaten vorgesehen. Bei der Übermittlung von Freitexten sind datenschutzrechtliche Vorgaben zu beachten.

Die „laufende Nummer des Geschäftsvorfalles“ ist für die einzelnen Übermittlungsanlässe hochzuzählen. Durch bis zu 25malige Wiederholung des Segmentes `IFA` sind Mehrfachangaben in dem Nachrichtentyp möglich. Als Datum der Erklärung ist das Datum der Einwilligungserklärung bzw. des Widerrufs anzugeben auf die sich die Nachricht bezieht.

1.3.8.2 Kontaktdaten

Die Kontaktdaten der Krankenkassen können durch Angabe des Schlüssel `KONKK` übermittelt werden. Je Kontaktmöglichkeit muss ein Segment `IFT` übermittelt werden. Dieses enthält die Kontaktdaten der Krankenkasse des für das Entlassmanagement im konkreten Fall zuständigen Ansprechpartners.

Fortschreibung 19

Hinweis: Die Änderungen im BDG Segment sind nachzuvollziehen.

2.2 BDG Segment Behandlungsdiagnose (99 x möglich)

1. ...

5. Standortnummer/Betriebsstättennummer

In diesem Feld ist gemäß dem Verzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V die für Ambulanzen nach § 116b – 120 Abs. 1a SGB V gültige Standortnummer anzugeben. Steht im Einzelfall keine Standortnummer gemäß dem Verzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V zur Verfügung, kann die Betriebsstättennummer angegeben werden. Bei der Abrechnung der Hochschulambulanzen sind die Standorte der Hochschulambulanzen durch Standort- oder Betriebsstättennummern zu kennzeichnen. Betriebsstättennummern können die Fachabteilungsinformationen enthalten. Sonst bleibt das Feld leer.

6. Fachabteilung HSA

Bei der Abrechnung der Hochschulambulanzen sind zusätzlich zum Standort die im Behandlungsfall in Anspruch genommenen Fachabteilungen zu kennzeichnen. Sonst bleibt das Feld leer.

7. Erster Tag Mitbehandlung/Standort

Bei Mitbehandlungen ist jeweils der erste Tag der Mitbehandlung an einem anderen Standort zu übermitteln.

Fortschreibung 20

Hinweis: Die Wiederholbarkeit des Segmentes `Einzelvergütung` (EZV) ist von 30x auf 99x zu erhöhen.

2.11 EZV Segment Einzelvergütung (~~30~~99x möglich)**1. Einzelvergütung**

Nach § 9 Abs. 5 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V werden spezielle Materialien (siehe Schlüssel 3 der Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung) nach Einzelaufwand erstattet, soweit sie 12,50 € je aufgeführter Sachmittelposition (Schlüssel 3) übersteigen. Zur Rechnungslegung ist für die angefallenen Sachkosten der um den Selbstbehalt von 12,50 € reduzierte Betrag anzugeben.

...

Fortschreibung 21

Hinweis: Die Wiederholbarkeit des Segmentes `FHL` ist von 40x auf 200x zu erhöhen.

2.13 FHL Segment Fehlermeldung (~~40~~200x möglich)

1. Segment

Es ist der Name des fehlerhaften Segmentes anzugeben.

...

Fortschreibung 22

Hinweis: Es sind die Nutzung der neu eingeführten Datenfelder zu beschreiben.

2.14 IFA Segment Informationsart***1. Aufnahmezeit**

Das Feld enthält den Aufnahmezeit des Versicherten im Krankenhaus und ist identisch mit der korrespondierenden Angabe im Aufnahmesatz.

2. Art der Information

Das Feld `Art der Information` enthält strukturierte Informationen gemäß Schlüssel 31.

3. Datum Erklärung

Das Feld enthält das Datum der Einwilligungserklärung bzw. des Widerrufs durch den Patienten für die Information aus den Schlüsselausprägungen zur `Einwilligung zum Entlassmanagement`.

* Die Nummerierung in Anlage 5 wird entsprechend hochgezählt

Fortschreibung 23

Hinweis: Es sind die Nutzung der neu eingeführten Datenfelder zu beschreiben.

2.15 IFT Segment Informationstext***1. Informationstext**

Das Feld enthält die erforderlichen Textinformationen im Rahmen des Entlassmanagements. Es wird im konkreten Fall der Unterstützungsbedarf des im IFA-Segment übermittelten Unterstützungsbedarfes nach Schlüssel 31 beschrieben oder enthält die Kontaktdaten.

* Die Nummerierung in Anlage 5 wird entsprechend hochgezählt

Fortschreibung 24

Hinweis: Es erfolgen redaktionelle Anpassungen infolge der Änderung der Datenfelder `Besonderer Personenkreis` und `DMP-Teilnahme`.

2.1.7 INV Segment Information Versicherter**1. Krankenversicherten-Nr.**

Die Krankenversichertennummer ist eine von der Krankenkasse vergebene Nummer zur eindeutigen Identifikation eines jeden einzelnen Versicherten. Sie ist auf der ~~Krankenversichertenkarte~~/eGK enthalten. Die Krankenversichertennummer ist in der auf der ~~Krankenversichertenkarte~~/eGK angegebenen Länge und Ausprägung – einschließlich evtl. vorhandener führender Nullen – zu übermitteln.

Liegt die ~~Krankenversichertenkarte~~/eGK bei der Aufnahme des Patienten nicht vor, so kann die Krankenversicherten-Nr. aus dem Einweisungsvordruck des Vertragsarztes übernommen werden.

Bei Notfallaufnahmen von Patienten, deren Krankenversicherten-Nr. nicht ermittelt werden kann, wird die Krankenversicherten-Nr. von der Krankenkasse gemeldet.

Bei Neugeborenen (eigener Fall), die noch keine Krankenversicherten-Nr. haben, bleibt das Feld leer. Bei gesunden Neugeborenen muss in den Datenmeldungen zu einer Geburt für nicht im Ausland versicherte Mütter die Krankenversicherten-Nr. der Mutter angegeben werden. Siehe dazu auch Kapitel 1.4.1 "Versorgung von Neugeborenen im G-DRG-System".

2. Versichertenart

Schlüssel: **12 Teil 1**

Die Versichertenart enthält die Information über die Art der Versicherung (Mitglied / Familienversicherter / Rentner. Die Versichertenart ist auf der eGK enthalten.

Bei Auslandsversicherten: '99'.

3. Besonderer Personenkreis

Schlüssel: **12 Teil 2**

Dieses Feld gibt die Zugehörigkeit des Versicherten zu einer besonderen Personengruppe an. Die Kennzeichnung erfolgt wie folgt:

00 = kein Besonderer Personenkreis

04 = BSHG (Bundessozialhilfegesetz) § 264 SGB V ,

06 = BVG (Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges),

07 = SVA -Kennzeichnung für zwischenstaatliches Krankenversicherungsrecht: – Personen mit Wohnsitz im Inland, Abrechnung nach Aufwand,

08 = SVA -Kennzeichnung, pauschal.

09 = Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz, ~~wenn Versichertenart nicht „9“ und DMP-Teilnahme entfällt; Auslandsversicherter, wenn Versichertenart „9“ und DMP-Teilnahme „09“~~

99 = Auslandsversicherter.

4. DMP-Teilnahme

Schlüssel: 12 Teil 3

Das Feld gibt die Teilnahme des Versicherten an einem Disease Management Programm an. Die Kennzeichnung erfolgt gemäß Schlüssel 12 Teil 3. Das DMP-Kennzeichen findet derzeit aufgrund bilateraler vertraglicher Verpflichtungen von einzelnen Kostenträgern und Leistungserbringern noch Verwendung. Zur Abbildung dieser Verträge zu Disease-Management-Programmen kann das DMP-Kennzeichen weiterhin gemäß §291 Abs. 2a Satz 3 SGB V auf der eGK gespeichert werden, da es sich dabei um Angaben nach § 53 SGB V bzw. Angaben zum Nachweis von zusätzlichen Vertragsverhältnissen handelt. Bei Auslandsversicherten: '9'.

...

Fortschreibung 25

Hinweis: Der Wegfall der gesetzlichen Übermittlungspflicht gemäß § 301 Abs. 1 Nr. 8 SGB V ist in den Technischen Anlagen nachzuvollziehen, das RBG Segment entfällt.

~~2.23 RBG — Segment Reha/Behandlung/Geeignete Einrichtung(10 x möglich)~~**~~1. — Durchgeführte Rehabilitationsmaßnahme~~**

~~— Schlüssel: — [2]~~

~~— Das Feld dient zur Angabe der im Krankenhaus durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen anhand des Schlüssels 2.~~

~~— Die Angabe kann auch mit Vordruck erfolgen, für diesen Fall enthält die Anlage 3 die erforderlichen Angaben.~~

~~2. — Vorschlag für die weitere Behandlung~~

~~— Schlüssel: — [13]~~

~~— Falls vom Krankenhausarzt Vorschläge für die weitere Behandlung gemacht werden, werden diese durch den Schlüssel 13 gemeldet.~~

~~— Die Angabe kann auch mit Vordruck erfolgen, für diesen Fall enthält die Anlage 3 die erforderlichen Angaben.~~

~~3. — Vorschlag für geeignete Einrichtungen~~

~~— Schlüssel: — [14]~~

~~— Falls vom Krankenhausarzt Vorschläge für geeignete Einrichtungen zur weiteren Behandlung gemacht werden, werden diese durch Schlüssel 14 angegeben (Institutionskennzeichen).~~

~~— Die Angabe kann auch mit Vordruck erfolgen, für diesen Fall enthält die Anlage 3 die erforderlichen Angaben.~~

Fortschreibung 26

Hinweis: Es wird die Verwendung der Standortnummer (ersetzt Betriebsstättennummer) beschrieben.

2.26 RZA Segment Rechnungszusatz Ambulante Operation**1. Fachabteilung**

Schlüssel: 6

Die Fachabteilung ist nach Schlüssel 6 anzugeben.

...

8. Arztnummer eines weiteren kooperierenden Arztes

Erfolgt eine ambulante Operation oder ein sonstiger stationersetzender 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. Standortnummer/Betriebsstättennummer

Gleichartige Einrichtungsarten sind über die Fachabteilung im Segment RZA abzugrenzen. Die Standort- oder Betriebsstättennummer wird ergänzend zur Unterscheidung mehrerer gleichartiger Einrichtungsarten verwendet. In diesem Feld ist gemäß dem Verzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V die Ambulanzen nach §§ 116b-120 SGB V gültige Standortnummer anzugeben. Steht im Einzelfall keine Standortnummer gemäß dem Verzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V zur Verfügung, kann die Betriebsstättennummer angegeben werden. Das Krankenhaus informiert die Vertragsparteien nach § 120 Abs. 2 SGB V vorab über die verwendeten Standortnummern/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.~~

Bei der Abrechnung von Hochschulambulanzen ist die Standort- oder Betriebsstättennummer zu übermitteln, welche die Ambulanzdiagnose nach § 3 Abs. 2 HSA-SV kodiert. Sonst bleibt das Feld leer.

10. Datum der Überweisung in die ASV

Bei Abrechnung nach § 116b (neu) ist das Datum der Überweisung in die ambulante spezialfachärztliche Behandlung gemäß § 8 der ASV-RL anzugeben. Das Datum wird quartalsübergreifend mitgeführt und erst bei erneuter Überweisung mit dem neuen Überweisungsdatum aktualisiert. Sonst bleibt das Feld leer.

...

Fortschreibung 27

Hinweis: Es wird die Verwendung der Standortnummer beschrieben.

2.27 STA Segment Standort*

Mit dem Segment STA werden alle an der Behandlung des Patienten beteiligten Standorte des Krankenhauses mit zeitlichem Bezug ausgewiesen. Bei jedem Wechsel des Behandlungsstandortes ist ein neues STA-Segment zu erzeugen.

1. Standortnummer

Das Feld enthält den Standort des Krankenhauses im jeweiligen Behandlungsfall. Zur Anwendung dürfen nur gültige Standortnummern aus dem Verzeichnis nach § 293 Absatz 6 SGB V kommen.

Für Aufnahmen im Zeitraum 01.01.2019 – 31.12.2019 kann eine bereits vergebene Standortnummer verwendet werden oder aber der Vorgabewert `779999999`. Ein Anspruch der Krankenkasse auf Korrektheit der Standortnummer besteht in diesem Zusammenhang nicht. Nach bilateraler Absprache ist eine Prüfung auf Korrektheit der Standortnummern möglich.

Hinweis:

Bei unterbrochenen Behandlungen (z.B. Tage mit vollständiger Abwesenheit, Fallzusammenführungen) am selben Standort innerhalb eines Falles ist nur ein STA-Segment für den gesamten Zeitraum anzugeben.

2. Standort Ende

Das Feld enthält das Datum des Endes der Behandlung an dem jeweiligen Standort im Behandlungsfall. Für Aufnahmen im Zeitraum 01.01.2019 – 31.12.2019 kann der Vorgabewert `99991231` genutzt werden.

3. Standort Ende Uhrzeit

Das Feld enthält die Uhrzeit in Stunden (00–23) und Minuten (00–59), bis zu welcher der Patient an diesem Standort behandelt wurde. Für Aufnahmen im Zeitraum 01.01.2019 – 31.12.2019 kann der Vorgabewert `2359` genutzt werden.

**TEIL 2 der
15. Fortschreibung
vom 17.04.2018**

zur Fortschreibung der § 301-Vereinbarung
vom 22.5.2017
mit Wirkung zum 01.01.2019

Hinweis:

Diese Fortschreibung gilt für Sammelüberweisungen ab dem 01.01.2019

Fortschreibung 28

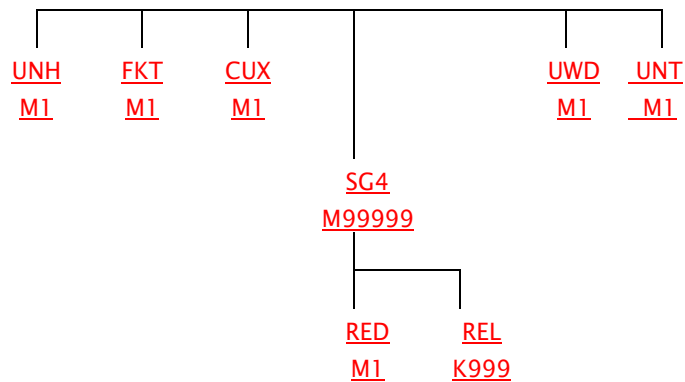
Hinweis: Die Anwendung des Nachrichtentyps „Sammelüberweisung“ findet weiterhin in bilateraler Absprache zwischen Krankenhaus und Krankenkasse Anwendung. Er dient dazu, das Krankenhaus darüber zu informieren, welche Rechnungen in einer Überweisung zusammengefasst werden. Bei der Aufrechnung von Erstattungsbeträgen kann man künftig den jeweiligen Leistungsanspruch den zur Aufrechnung herangezogenen Rechnungen zuordnen (Aufrechnungserklärung). Deshalb wird der Nachrichtentyp um eine dem RED–Segment untergeordnete (KANN–) Segmentgruppe erweitert. Krankenkassen und Krankenhäuser können diese zusammen mit den RED–Segmenten nutzen, um den jeweiligen Erstattungsbetrag und Leistungsanspruch zuzuordnen. Es bleibt weiterhin möglich, die „Sammelüberweisung“ in der bisherigen Struktur zu nutzen, falls die neue Funktionalität nicht verwendet werden soll.

Sammelüberweisung

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
	<u>Segmentgruppe SG4 RED–REL</u>	<u>M</u>		<u>(99999x möglich)</u>
RED	Segment Rechnungsdaten	M	an3	'RED' (99999x 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	
<u>REL</u>	<u>Segment Leistungsanspruch zur Aufrechnung</u>	<u>K</u>	<u>an3</u>	<u>'REL' (999x möglich)</u>
	<u>Rechnungsnummer</u>	<u>M</u>	<u>an..20</u>	
	<u>Rechnungsbetrag</u>	<u>M</u>	<u>n..10</u>	<u>99999999,99</u>
	<u>Rechnungsart</u>	<u>M</u>	<u>an2</u>	<u>Schlüssel 11</u>
	<u>Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen</u>	<u>M</u>	<u>n..10</u>	<u>99999999,99</u>
	<u>Davon verwendeter Betrag für Aufrechnung</u>	<u>M</u>	<u>n..10</u>	<u>99999999,99</u>

	<u>KH-internes Kennzeichen des Versicherten</u>	<u>M</u>	<u>an..15</u>	
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	

„Sammelüberweisung“ - Diagramm



Merkposten:

Die „Verwendung der Segmente“ ist je nach endgültiger Datenstruktur noch einzufügen.

Fortschreibungen zur Anlage 5

Fortschreibung 29

Hinweis: Die Änderungen in Bezug auf das neue REL Segment (KANN–Segment) wird in den Durchführungshinweisen (Anlage 5) beschrieben.

...

1.3.3 Sammelüberweisung

Mit der Sammelüberweisung teilt die Krankenkasse dem Krankenhaus mit, welche Rechnungen in einer Überweisung zusammengefasst werden. Die Identifikation der zu Grunde liegenden Rechnungen erfolgt über die RED–Segmente, deren Angaben den Einzelrechnungen/Zahlungssätzen entnommen werden (zur Verwendung der Rechnungsart siehe unten). Die Referenznummer der Krankenkasse dient der Krankenkasse zur internen Zuordnung der zusammengefassten Einzelrechnungen.

Die Summe der Rechnungsbeträge (Summe aller angegebenen Rechnungsbeträge (Gutschriften und Stornierungen sind zu subtrahieren)) sowie der zur Zahlung angewiesene Überweisungsbetrag wird im Segment UWD angegeben. Wird eine noch nicht bezahlte Rechnung vom Krankenhaus storniert, können entweder die ursprüngliche Rechnung (Rechnungsart x1, x2 oder x3) und die stornierte Rechnung (Rechnungsart 04) in die Sammelüberweisung eingestellt (Summe der Rechnungsbeträge ist Null) oder direkt im Fachverfahren der Krankenkasse gegeneinander verrechnet werden. Bei einem Fallstorno sind alle zum Fall gehörigen Rechnungen intern zu stornieren und ist für jede Rechnung entsprechend des vorgehenden Satzes zu verfahren. Erfolgt eine Gutschrift (Übermittlung oder Bearbeitung bei der Krankenkasse), nachdem die ursprüngliche Rechnung bereits bezahlt worden ist, wird die Rechnungsgutschrift (Rechnungsart 04) direkt in die Sammelüberweisung übernommen. Bei einem Fallstorno ist in diesem Falle für jede zu dem stornierten Fall gehörende Rechnung intern im Krankenkassenfachverfahren eine Gutschrift zu erzeugen.

Die Verwendung von Zahlungssätzen hat keine Auswirkung auf die Verfahrensabläufe zur Erstellung der Sammelüberweisung. Ein Rechnungsstorno durch das Krankenhaus hat lediglich die Gutschrift des zur Zahlung angewiesenen Rechnungsbetrages zu dieser Rechnung zur Folge. Wird ein Zahlungssatz vor Zahlung durch die Krankenkasse geändert, kann der geänderte Zahlungssatz (der zur Zahlung angewiesene Rechnungsbetrag) den zuvor erstellten Zahlungsbetrag ersetzen. Die Änderung eines Zahlungssatzes nach bereits erfolgter Zahlung durch die Krankenkasse führt zur Einstellung des geänderten Zahlungssatzes sowie der Gutschrift (Rechnungsart 04) des ursprünglichen Zahlungssatzes in die Sammelüberweisung.

Eine Zuzahlungsgutschrift wird mit Rechnungsart 80 in die Sammelüberweisung eingestellt, die Rückforderung einer Zuzahlungsgutschrift mit Rechnungsart 90.

Zur Identifikation der Zahlungsanweisung vergibt die Krankenkasse eine Sammelbelegnummer.

Die Verwendung dieses Nachrichtentyps erfolgt in bilateraler Absprache. ~~Die Nachricht „Sammelüberweisung“ kann in bilateraler Absprache zur Übermittlung eines etwaigen Leistungs- und Erstattungsanspruchs gemäß § 10 Satz 2 Prüfverfahrensvereinbarung genutzt werden.~~

Die Verpflichtung der Krankenkasse zur Übermittlung eines Zahlungssatzes bei vom Rechnungsbetrag abweichendem Zahlungsbetrag bleibt von der Übermittlung einer Sammelüberweisung unberührt. Bei Verwendung des REL-Segmentes erfüllt die Sammelüberweisung die Voraussetzungen zur Übermittlung eines etwaigen Leistungs- und Erstattungsanspruchs gemäß § 10 Satz 2 Prüfverfahrensvereinbarung bzw. der Darstellung einer Aufrechnung allgemein.

Aufrechnungserklärung durch Sammelüberweisung:

Grundsatz:

Aufrechnungserklärung durch Sammelüberweisung:

In den Fällen, in denen sich für eine durch die Krankenkasse bereits gezahlte Rechnung ein Erstattungsanspruch ergibt, kann die Krankenkasse diesen Erstattungsanspruch (Minderungsbetrag) gegen offene Forderungen des Krankenhauses aufrechnen. Hierzu kann die Segmentgruppe SG4 RED-REL in der Nachricht `Sammelüberweisung` genutzt werden. Andere Fallkonstellationen (Verrechnungen) bleiben von dieser Regelung unberührt. Ausgangspunkt einer Aufrechnungserklärung ist die Änderung eines Zahlungssatzes (Verarbeitungskennzeichen: `20`) nach bereits erfolgter Zahlung durch die Krankenkasse (mit Minderung des Zahlungsbetrages gegenüber der vorherigen Zahlung). In der Nachricht Sammelüberweisung wird der vorherige Zahlungssatz als Gutschrift (Rechnungsart 04) eingestellt. Auf Basis des neuen (geänderten) Zahlungssatzes wird ein weiteres Segment RED mit der ursprünglichen Rechnungsart und dem geminderten Betrag in die jeweilige Nachricht Sammelüberweisung eingestellt.

Die Aufrechnungserklärung ist nicht auf Fälle beschränkt, die gemäß der Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V (PrüfvV) geprüft wurden und kann z. B. auch Fälle des Nachrichtentyps „AMBO (Rechnungssatz Ambulante Operation)“ enthalten, die nicht den Regelungen der PrüfvV unterliegen.

Für die Umsetzung der Aufrechnungserklärung durch die Krankenkasse wird ein neues KANN-Segment - REL- eingeführt. Die Anwendung durch die Krankenkasse ist freiwillig, jedoch im Rahmen des Datenaustausches die Voraussetzung für die Erfüllung der Anforderungen gemäß § 10 Satz 2 Prüfverfahrensvereinbarung. Die bisherige Struktur des Nachrichtentyps Sammelüberweisung bleibt bei Verzicht auf die Nutzung des REL-Segmentes unberührt.

Anwendung des Segmentes „Leistungsanspruch zur Aufrechnung“:

Das REL-Segment bildet mit dem RED-Segment eine Segmentgruppe (SG 4 RED-REL). Je RED-Segment (bis zu 99.999x) können bis zu 999x REL-Segmente übermittelt werden.

Wird das Segment REL zur Angabe von Informationen zu Leistungs- und Erstattungsansprüchen verwendet, ist wie folgt vorzugehen: Zur Aufrechnung können nur Leistungsansprüche herangezogen werden, die innerhalb dieser Nachricht `Sammelüberweisung` bereits in RED-Segmenten ausgewiesen wurden. Die ursprüngliche Zahlung an das Krankenhaus wird in der Nachricht `Sammelüberweisung` in einer Segmentgruppe SG 4 im Segment RED mit Rechnungsart `04` (Gutschrift/Storno) ausgewiesen und damit in Bezug auf den in UWD enthaltenen Rechnungsbetrag zunächst in voller Höhe „ausgeglichen“ („storniert“). Diese Segmentgruppe wird mit REL-Segmenten ergänzt, welche weitere Informationen (u.a. Rechnungsnummer, -datum, Zahlungsbetrag, zur Aufrechnung verwendeter Betrag) zu den für die Aufrechnung herangezogenen Leistungsansprüchen enthalten. Das Feld `Betrag zur Zahlung angewiesen` im Segment REL enthält dabei jeweils den Zahlungsbetrag des in diesem REL-Segment genannten Leistungsanspruchs. Im Feld `Davon verwendeter Betrag für Aufrechnung` ist der von diesem Zahlungsbetrag zur Aufrechnung verwendete (ggf. anteilige) Betrag auszuweisen. Der Erstattungsanspruch ergibt sich aus der Summe aller in den REL-Segmenten dieser Segmentgruppe enthaltenen Felder `Davon verwendeter Betrag für Aufrechnung`. Er wird dabei in voller Höhe in einer Segmentgruppe SG 4 abgebildet und entspricht der Differenz zwischen dem als Gutschrift (Rechnungsart 04) des vorherigen Zahlungssatzes eingestellten RED-Segment und des auf Basis des neuen (geänderten) Zahlungssatzes weiteren Segmentes RED mit der ursprünglichen Rechnungsart und dem geminderten Betrag. Somit wird in Bezug auf UWD der von der Krankenkasse überzahlte Betrag ausgeglichen. Hierzu werden solange weitere Leistungsansprüche in REL-Segmenten angefügt, bis der Erstattungsanspruch vollständig beglichen ist. Abschließend ist der geminderte Zahlungssatz in einem weiteren RED-Segment in die `Sammelüberweisung` einzustellen. Das Feld „Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen“ enthält hierbei die Differenz aus dem ursprünglichen Zahlungsbetrag und dem Erstattungsanspruch. Der aus einem RED-Segment für ein REL-Segment herangezogene Leistungsanspruch kann auch auf mehrere REL-Segmente aufgeteilt werden, bis der zur Zahlung angewiesene Betrag aus RED in voller Höhe zur Aufrechnung ausgeglichen ist. Eine Aufrechnung mit

Zahlungen in anderen Sammelüberweisungen erfolgt nicht. Die Sammelüberweisung kann Rechnungen verschiedener Fortschreibungsversionen enthalten.

Technische Beispiele (Ausschnitt aus Sammelüberweisung):

Beispiel 1: Das Krankenhaus hat eine Rechnung mit Rechnungsnummer A in Höhe von 1500,- € an die Krankenkasse übermittelt. Nachdem die Krankenkasse hierzu bereits eine Zahlung geleistet hat, ergibt sich ein Erstattungsanspruch von 900,00 €. In der Nachricht `Sammelüberweisung` wird die ursprüngliche Zahlung an das Krankenhaus in einem RED-Segment mit Rechnungsart `04` zunächst „storniert“. Dieses RED-Segment wird in einer Segmentgruppe SG 4 um REL-Segmente ergänzt. Diese enthalten Informationen zu den für die Aufrechnung herangezogenen Leistungsansprüchen (Rechnungen F und G). In einem weiteren RED-Segment wird ein nun geminderter Zahlungssatz für Rechnung A ausgewiesen. Der zur Zahlung angewiesene Rechnungsbetrag entspricht dabei der Differenz zwischen ursprünglichem Zahlungsbetrag und dem Erstattungsanspruch. Dieser wiederum ergibt sich als Summe der Felder `Davon für Aufrechnung verwendeter Betrag` der REL-Segmente zu Rechnungen F und G). (Die Krankenkasse korrigiert nun die Rechnung Nummer A, hierfür wird ein Zahlungssatz mit Rechnungsnummer A in Höhe von 600,00 € an das Krankenhaus übermittelt. Die Sammelüberweisung enthält neben den Rechnungen B bis E und H bis M auch die Rechnungen F bis G.

Sammelüberweisung

<u>Seg- ment</u>	<u>Inhalt</u>	<u>Inhalt</u>
...		
RED	Segment Rechnungsdaten	RED
	<u>Rechnungsnummer</u>	<u>A</u>
	<u>Rechnungsdatum</u>	<u>20170402</u>
	<u>Rechnungsbetrag</u>	<u>1500,00</u>
	<u>Rechnungsart</u>	<u>04</u>
	<u>Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen</u>	<u>1500,00</u>
	<u>KH-internes Kennzeichen des Versicherten</u>	<u>XXXX</u>
REL	Segment Leistungsanspruch zu Aufrechnung	REL
	<u>Rechnungsnummer</u>	<u>F</u>
	<u>Rechnungsbetrag</u>	<u>400,00</u>
	<u>Rechnungsart</u>	<u>02</u>
	<u>Rechnungsbetrag zur Zahlung angewiesen</u>	<u>350,00</u>
	<u>Davon verwendeter Betrag für Aufrechnung</u>	<u>350,00</u>
	<u>KH-internes Kennzeichen des Versicherten</u>	<u>YYYY</u>
REL	Segment Leistungsanspruch zu Aufrechnung	REL
	<u>Rechnungsnummer</u>	<u>G</u>
	<u>Rechnungsbetrag</u>	<u>600,00</u>
	<u>Rechnungsart</u>	<u>02</u>
	<u>Rechnungsbetrag zur Zahlung angewiesen</u>	<u>600,00</u>
	<u>Davon verwendeter Betrag für Aufrechnung</u>	<u>550,00</u>
	<u>KH-internes Kennzeichen des Versicherten</u>	<u>ZZZZ</u>
RED	Segment Rechnungsdaten	RED
	<u>Rechnungsnummer</u>	<u>B</u>
...		
RED	Segment Rechnungsdaten	RED

	<u>Rechnungsnummer</u>	<u>E</u>
<u>RED</u>	<u>Segment Rechnungsdaten</u>	<u>RED</u>
	<u>Rechnungsnummer</u>	<u>F</u>
	<u>Rechnungsbetrag</u>	<u>400,00</u>
	<u>Rechnungsart</u>	<u>02</u>
	<u>Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen</u>	<u>350,00</u>
	<u>KH-internes Kennzeichen des Versicherten</u>	<u>YYYY</u>
<u>RED</u>	<u>Segment Rechnungsdaten</u>	<u>RED</u>
	<u>Rechnungsnummer</u>	<u>G</u>
	<u>Rechnungsbetrag</u>	<u>600,00</u>
	<u>Rechnungsart</u>	<u>02</u>
	<u>Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen</u>	<u>600,00</u>
	<u>KH-internes Kennzeichen des Versicherten</u>	<u>ZZZZ</u>
<u>RED</u>	<u>Segment Rechnungsdaten</u>	<u>RED</u>
	<u>Rechnungsnummer</u>	<u>H</u>
<u>...</u>		
<u>RED</u>	<u>Segment Rechnungsdaten</u>	<u>RED</u>
	<u>Rechnungsnummer</u>	<u>M</u>
<u>RED</u>	<u>Segment Rechnungsdaten</u>	<u>RED</u>
	<u>Rechnungsnummer</u>	<u>A</u>
	<u>Rechnungsbetrag</u>	<u>1500,00</u>
	<u>Rechnungsart</u>	<u>02</u>
	<u>Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen</u>	<u>600,00</u>
	<u>KH-internes Kennzeichen des Versicherten</u>	<u>XXXX</u>
<u>UWD</u>	<u>Segment Überweisungsdaten</u>	<u>'UWD'</u>
<u>...</u>		

Beispiel 2 (eine Aufrechnungssituation liegt nicht vor):

Das Krankenhaus hat eine Rechnung mit Rechnungsnummer A in Höhe von 1500,- € übermittelt. Nach Zahlung durch die Krankenkasse ergibt sich ein Erstattungsanspruch oder sonstiger Korrekturgrund. Das Krankenhaus korrigiert nun die Rechnung Nummer A, indem diese storniert/gutgeschrieben und eine neue Rechnung N in Höhe von 300,- € gestellt wird. Die Sammelüberweisung enthält neben den Rechnungen B bis E und H bis M auch die Rechnungen F bis G.

Sammelüberweisung

<u>Seg-</u> <u>ment</u>	<u>Inhalt</u>	<u>Inhalt</u>
...		
<u>RED</u>	<u>Segment Rechnungsdaten</u>	<u>RED</u>
	<u>Rechnungsnummer</u>	<u>A</u>
	<u>Rechnungsdatum</u>	<u>20170402</u>
	<u>Rechnungsbetrag</u>	<u>1500,00</u>
	<u>Rechnungsart</u>	<u>04</u>
	<u>Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen</u>	<u>1500,00</u>
	<u>KH-internes Kennzeichen des Versicherten</u>	<u>XXXX</u>
<u>RED</u>	<u>Segment Rechnungsdaten</u>	<u>RED</u>
	<u>Rechnungsnummer</u>	<u>B</u>
...		
<u>RED</u>	<u>Segment Rechnungsdaten</u>	<u>RED</u>
	<u>Rechnungsnummer</u>	<u>E</u>
<u>RED</u>	<u>Segment Rechnungsdaten</u>	<u>RED</u>
	<u>Rechnungsnummer</u>	<u>F</u>
	<u>Rechnungsbetrag</u>	<u>400,00</u>
	<u>Rechnungsart</u>	<u>01</u>
	<u>Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen</u>	<u>400,00</u>
	<u>KH-internes Kennzeichen des Versicherten</u>	<u>YYYY</u>
<u>RED</u>	<u>Segment Rechnungsdaten</u>	<u>RED</u>
	<u>Rechnungsnummer</u>	<u>G</u>
	<u>Rechnungsbetrag</u>	<u>600,00</u>
	<u>Rechnungsart</u>	<u>01</u>
	<u>Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen</u>	<u>600,00</u>
	<u>KH-internes Kennzeichen des Versicherten</u>	<u>ZZZZ</u>
<u>RED</u>	<u>Segment Rechnungsdaten</u>	<u>RED</u>
	<u>Rechnungsnummer</u>	<u>H</u>
...		
<u>RED</u>	<u>Segment Rechnungsdaten</u>	<u>RED</u>
	<u>Rechnungsnummer</u>	<u>M</u>
<u>RED</u>	<u>Segment Rechnungsdaten</u>	<u>RED</u>
	<u>Rechnungsnummer</u>	<u>N</u>
	<u>Rechnungsbetrag</u>	<u>300,00</u>
	<u>Rechnungsart</u>	<u>02</u>

Fortschreibung 30

Hinweis: Das REL-Segment wird mit seinen Dateninhalten beschrieben.

2.26 REL Segment Leistungsanspruch zu Aufrechnung (999 x möglich)**1. Rechnungsnummer**

Die Rechnungsnummer dient der eindeutigen Identifizierung der ursprünglichen Rechnung, mit der aufgerechnet wird (aus dem RED Segment, das zur Bildung des REL Segmentes zur Aufrechnung herangezogen wurde).

2. Rechnungsbetrag

Das Feld `Rechnungsbetrag` enthält den Rechnungsbetrag der ursprünglichen Rechnung.

3. Rechnungsart

Schlüssel: 11

Die Rechnungsart enthält die Information, um welche Art von Rechnung es sich gemäß Schlüssel 11 handelt.

4. Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen

Das Feld enthält die Information, welcher Betrag der ursprünglichen zur Aufrechnung herangezogenen Rechnung des Krankenhauses, von der Krankenkasse zur Zahlung angewiesen wurde. Bei Abweichungen vom Rechnungsbetrag ist dieser dem der ursprünglichen Rechnung zugehörigen Zahlungssatz zu entnehmen.

5. Davon verwendeter Betrag für Aufrechnung

Das Feld `Davon verwendeter Betrag für Aufrechnung` (mit zwei Nachkommastellen) enthält die Höhe des zur Aufrechnung verwendeten (Teil-) Betrages des Feldes `Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen`.

6. KH-internes Kennzeichen des Versicherten

Das krankenhausinterne Kennzeichen dient der eindeutigen Zuordnung zu dem Behandlungsfall, mit dem der Erstattungsanspruch aufgerechnet wird.