

Anlage 2b

zur Vereinbarung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie die erforderlichen Vordrucke für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung.

Teil Krankenhaus, Verwendung des Nachrichtentyps AMBO

Die Abrechnung von Leistungen nach § 116b SGB V erfolgt durch Krankenhäuser direkt entsprechend dieser Anlage und der unmittelbar nach der Vereinbarung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V folgenden, inhaltlich hierzu übereinstimmenden Fortschreibung der Regelungen in den Anlagen zur § 301-Vereinbarung.

Im Rahmen der Abrechnung kommen die Nachrichtentypen „Rechnungssatz Ambulante Operation“ (AMBO), „Zahlungssatz Ambulante Operation“ (ZAAO) und „Fehlernachricht“ (FEHL) zur Anwendung. Hierfür werden die entsprechenden Nachrichtentypen durch eine 12. Fortschreibung an diese Anlage angepasst. Die Abrechnung des 2. Quartals kann rückwirkend ab dem 01.10.2014 erfolgen.

Die in der „Vereinbarung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie die erforderlichen Vordrucke für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung“ festgelegten Inhalte der Abrechnungen werden in den Datenfeldern des „Rechnungssatzes Ambulante Operation“ wie folgt übermittelt:

Datensatzbeschreibung für die Service-Segmente AMBO, ZAAO, FEHL im Verfahren nach § 116b SGB V:

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung	§ 2 Nr. 1)
UNB	Nutzdaten-Kopfsegment	M	an3	UNB	
	Syntaxbezeichner	M		Syntaxkennung: Version	
	Syntax-Kennung	M	an4	UNOC	
	Syntax-Versionsnummer	M	n1	3	
	Absender der Übertragungsdatei	M			
	Absenderbezeichnung	M	an..35	IK der datenversendenden Stelle	1
	Empfänger der Übertragungsdatei	M			
	Empfängerbezeichnung	M	an..35	IK datenannehmenden Stelle	2
	Datum/Uhrzeit der Erstellung	M			

	Datum der Erstellung	M	n6	JJMMTT
	Zeit der Erstellung	M	n4	HHMM
	Datenaustauschreferenz	M	an..14	5 Stellen fortlaufende Dateinummer
	Referenz/Passwort des Empfängers	K		leer
	Anwendungsreferenz	M	an..14	11 Stellen Dateiname
UNH	Nachrichten-Kopfsegment	M	an3	UNH
	Nachrichtenreferenznummer	M	an..14	5 Stellen fortlaufende Nummer (innerhalb UNB UNZ)
	Nachrichtenkennung	M		Beispiel: 'AMBO:12:000:00'
	Nachrichtentyp-Kennung	M	an..6	'AMBO', 'ZAAO' oder 'FEHL'
	Versionsnummer des Nachrichtentyps	M	an..3	12
	Freigabenummer des Nachrichtentyps	M	an..3	000
	Verwaltende Organisation	M	an..2	00
UNT	Nachrichten-Endesegment	M	an3	UNT
	Anzahl der Segmente in einer Nachricht	M	an..6	
	Nachrichten-Referenznummer	M	an..14	fortlaufende Nr., wie in UNH
UNZ	Nutzdaten-Endesegment	M	an3	UNZ
	Datenaustauschzähler	M	an..6	
	Datenaustauschreferenz	M	an..14	Dateiname, wie in UNB

Datensatzbeschreibung für die Nutzdaten-Segmente „Rechnungssatz Ambulante Operation AMBO“ im Verfahren nach § 116b SGB V:

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung	§ 2 Nr. ¹⁾
FKT	Segment Funktion	M	an3	FKT	
	Verarbeitungskennzeichen	M	an2	Schlüssel 9 [neues VKZ]	3
	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	M	an2	01 ff.	
	IK des Absenders	M	an9	IK des Krankenhauses	5
	IK des Empfängers	M	an9	IK der Krankenkasse	4
INV	Segment Information Versicherter	M	an3	INV	
	Krankenversicherten-Nr.	K	an..12		9
	Versichertenart	K	n1 ²⁾	Schlüssel 12 (Teil 1), `9` bei Auslandsversicherten	11
	Besonderer Personenkreis	K	n1 ²⁾	Schlüssel 12 (Teil 2), `9` bei Auslandsversicherten	11
	DMP-Teilnahme	K	n1 ²⁾	Schlüssel 12 (Teil 3), `9` bei Auslandsversicherten	11
	Gültigkeit der Versichertenkarte	K	an4	Bis-Datum (JJMM)	
	KH-internes Kennzeichen des Versicherten	M	an..15		
	Fall-Nummer der Krankenkasse	K	an..17	leer	
	Aktenzeichen der Krankenkasse	K	an..8	leer	
	Tag des Beginns des Versicherungsschutzes	K	an8	leer	
	Vertragskennzeichen	K	an..25	M bei § 116b (neu): Teamnummer („00xxxxxx“)	16
NAD	Segment Name/Adresse	M	an3	NAD	
	Name des Versicherten	M	an..45 ²⁾		10
	Vorname des Versicherten	M	an..45 ²⁾		10
	Geschlecht	M	an1		10
	Geburtsdatum	M	an8	JJJMMTT	10
	Straße und Haus-Nr.	K	an..56 ²⁾		
	Postleitzahl	K	an..10 ²⁾		
	Wohnort	K	an..40 ²⁾		
	Titel des Versicherten	K	an..20 ²⁾		

	Internationales Länderkennzeichen	K	an..3	leer	
	Namenszusatz	K	an..20 ²⁾		
	Vorsatzwort	K	an..20 ²⁾		
	Anschriftenzusatz	K	an..40 ²⁾		
CUX	Segment Währung	M	an3	CUX	
	Wahrungskennzeichen	M	an3	EUR	
DPV	Segment Diagnosen-/Prozedurenversion	M	an3	DPV	
	ICD-Version	M	an..6	Versionskennung des Di- agnoseschlüssels	17
	OPS-Version	K	an..6	Versionskennung des Pro- zedurenschlüssels	18
REC	Segment Rechnung	M	an3	REC	
	Rechnungsnummer	M	an..20		20
	Rechnungsdatum	M	an8	JJJJMMTT	21
	Rechnungsart	M	an2	Schlüssel 11	22
	Tag des Zugangs	M	an8	JJJJMMTT im Abrechnungs- quartal	14
	Rechnungsbetrag	M	n..10	99999999,99	23
	Debitoren-Konto-Nr. des Krankenhauses	K	an..9		
	Referenznummer des Krankenhauses	K	an..20		
	IK des Krankenhauses für Zahlungsweg	K	an9	wenn abweichend von FKT	6
	Honorar- /Investitionskostensumme (für Pauschale)	K	n..8	Erläuterung beachten	24
	Pauschale	K	n..8		
ZLG	Segment Zuzahlung	K	an3	entfällt bei §116b SGB V	
	Zuzahlungsbetrag	M	n..6		
	Zuzahlungskennzeichen	M	an1		
RZA	Segment Rechnungszusatz ambulante Operation	M	an3	RZA	
	Fachabteilung	M	an4	Schlüssel 6	
	Arztnummer des überweisenden Arztes	K	an..9	M bei § 116b (neu): bei Überweisung in die ASV	12
	Betriebsstattnummer des überweisenden Arztes	K	an..9	M bei § 116b (neu): bei Überweisung in die ASV	12
	Zahnarztnummer des überweisenden	K	an..9		

Zahnarztes					
	Überweisungsdiagnose	K		M bei § 116b (neu): bei Überweisung in die ASV	12
	Diagnoseschlüssel	M	a1		12
	Lokalisation	K	a1		12
	Diagnosesicherheit	K	a1		12
	Sekundär-Diagnose	K			12
	Diagnoseschlüssel	M	a1		12
	Lokalisation	K	a1		12
	Diagnosesicherheit	K	a1		12
	Arztnummer des Belegarztes/koop. Vertragsarztes	K	an..9		13
	Arztnummer eines weiteren koop. Vertragsarztes	K	an..9		
	Betriebsstättennummer	K	an..9	bei §§ 117-119 Fällen	
	Datum der Überweisung in die ASV	K	an..8	JJJMMTT, M bei § 116b neu: bei Überweisung in die ASV	12
	KV-Bezirk	M	an2	Schlüssel 26	8
	EBM-Version	K	an8	JJJMMTT	27
BDG	Segment Behandlungsdiagnose	M	an3	BDG, 30x möglich	
	Behandlungsdiagnose	M		ICD-Schlüssel	13 17
	Diagnoseschlüssel	M	a1	Schlüssel 16	13 17
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 17	13 17
	Diagnosesicherheit	K	a1		13 17
	Sekundärdiagnose	K			
	Diagnoseschlüssel	M	a1	ICD-Schlüssel	13 17
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16	13 17
	Diagnosesicherheit	K	a1	Schlüssel 17	13 17
	Diagnoseart	M	a1	1 - Behandlungsdiagnose 2 - bei § 116b (neu): Diagnose der Überweisung innerhalb der ASV	13
	Teammitgliedsidentifikation	K	an9	M bei § 116b (neu): bei Diagnoseart „2“, bei KH:	13

				Fachgruppennummer	
PRZ	Segment Prozedur	K	an3	PRZ, 99x möglich	
	Prozedur	M		18	
	Prozedurenschlüssel		an..11	OPS-Schlüssel	
	Lokalisation	K	a1	18	
	Prozedurentag	M	an8	JJJJMMTT	
	Lebendspende	K	a1	leer	
ENA	Segment Entgelt ambulante OP	M	an3	999x möglich	
	Entgeltart	M	an8	EBM Ziffern	27 24
	Zusatzkennzeichen EBM	K	a3	Schlüssel 19	
	Abrechnungsbegründung	K	an..70	27	
	in Honorar- / Investitionskosten- Pauschale enthalten	K	a1	bei § 116b (neu): „A“ (In- vestitionskostenabschlag)	24
	Tag der Behandlung	M	an8	JJJJMMTT	27
	Punktzahl	K	n..6	999999	27
	Punktwert	K	n..8	99,999999 (Cent)	27
	Entgeltbetrag	M	n..10	99999999,99	27
	Entgeltanzahl	M	n..3		27
	Doppeluntersuchung	K	an1	leer	
	Teammitgliedsidentifikation	K	an9	M bei § 116b (neu), bei KH: Fachgruppennummer	25
	Teamebene	K	an2	M bei § 116b (neu), Schlüs- sel 25	26
	Gennummer, codiert	K	an12	sofern bei EBM notwendig	28
	Anzahl Gennummer	K	n..3	Multiplikator Gennummer	28
EZV	Segment Einzelvergütung	K	an3	EZV	
	Einzelvergütung	M	n..8	999999,99	29
	Einzelvergütung, Erläuterung	M	an2	Schlüssel 3, (bei § 116b (neu): außer 05 oder 06)	29
	Einzelvergütung, Texterläuterung	K	an..70		29
	Anzahl	M	n..3		
	Tag der Behandlung	K	an8	JJJJMMTT	
	Honorarsummen- / Investitionskostenrele-	K	n..8	nur bei § 115b (Honorarsumme),	24

vanter Anteil		bzw. bei § 116b (neu) (Investitionskostenabschlag)		
LEI	Segment Leistungsdokumentation	K	an3	LEI, 999x möglich
	Leistungsart	M	an2	„A2“ Schlüssel 24 (Erkrankungs- und Leistungsbe- reich)
	Leistungsschlüssel	M	an..20	Schlüssel 22,27,28
	Leistungstag	K	an8	15 19

Legende:

¹⁾ Verweis auf § 2 (Inhalte der Abrechnungsdaten für erbrachte Leistungen) der Vereinbarung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V (ASV-AV)

²⁾ Anpassung an die Versichertenstammdaten der eGK

Änderungen des Zahlungssatzes „Ambulante Operation“ erfolgen analog des „Rechnungssatzes Ambulante Operation“ und werden in dieser Anlage nicht separat dokumentiert, sondern in der 12. Fortschreibung der §301-Vereinbarung entsprechend vorgenommen

Notwendige Anpassungen der §301–Vereinbarung:

1. Neue Datenfelder:

INV–Segment

- Versichertenart
- Besonderer Personenkreis
- DMP–Teilnahme

NAD–Segment

- Namenszusatz
- Vorsatzwort
- Anschriftenzusatz

RZA–Segment

- Datum der Überweisung in die ASV
- KV–Bezirk des Krankenhausstandortes
- EBM–Version

BDG–Segment

- Diagnoseart
- Teammitgliedsidentifikation

ENA–Segment

- Teammitgliedsinformation (Fachgruppennummer), Stelle 1–6: „xxxxxx“ (fortlaufende Nummer der ACV–Verzeichnisstelle), Stelle 7: Ordnungsnummer für die Reihenfolge des Krankenhauses in Anzeige an die ASV–Verzeichnisstelle, Stelle 8–9: Fachgruppencodes gemäß Anlage 3 der Vereinbarung)
- Teamebene (Schlüssel 25: einheitliche Regelung in dreiseitiger Vereinbarung)
- Gennummer, codiert
- Anzahl Gennummer

2. Geänderte Datenfelder:

INV–Segment

- Anpassung an die eGK
- Das Datenfeld „Vertragskennzeichen“ muss die von der ASV–Verzeichnisstelle vergebene Teamnummer (s. Anlage 1 ASV–AV) enthalten. Die Teamnummer enthält in Stelle 1 und 2 die ASV–Kennung „00“, in Stelle 3 bis 8 eine eindeutige fortlaufende Nummer und in Stelle 9 die Prüfziffer

NAD–Segment

- Anpassung an die eGK

3. Schlüsselerweiterungen:

- Schlüssel 4 (evtl. weitere nicht durch den EBM abgebildete Leistungen)

- Schlüssel 9 neues Verarbeitungskennzeichen (z.B. „13“ nur für AMBO und ZAAO und „43“ Stornierung Abrechnung nach § 116b)
- Schlüssel 12: Aufteilung des Versichertenstatus in 3 Teile
- Schlüssel 22 (Leistungsbereich 6-stellig, neue Ausprägungen)
- neue Schlüssel 28 (Bsp. Tumorstadien etc.)
- Schlüssel 25 Teamebene
- Schlüssel 26 KV-Bezirk (des Krankenhausstandortes)
- Schlüssel 27 Fachgruppencodes (§ 116b (neu)) als Bestandteil der Fachgruppennummer, siehe Anlage 3 der Vereinbarung

4. Fehlercodes

- Zusätzliche Fehlercodes werden definiert

5. Hinweise zur Durchführung:

- Verwendung der Versichertenstammdaten der eGK (INV und NAD)
- Verwendung der Teamnummer (Vertragskennzeichen)
- Verwendung der Fachgruppennummer für Krankenhausärzte
- Dokumentation der Überweisung in die ASV inklusive „Datum der Überweisung in die ASV“ (je Behandlungsfall quartalsübergreifend gleichbleibend, bei erneuter Überweisung neu beginnend)
- Dokumentation der Überweisung innerhalb der ASV ggf. mit „Diagnose (Überweisung innerhalb ASV)“ für Definitions- und Indikationsauftrag
- Verwendung des KV-Bezirks des Krankenhausstandorts
- Verwendung der EBM-Version zur Identifikation der für die Abrechnung gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung
- Verwendung des vorhandenen Felds „in Honorar-/Investitionskostensumme für Pauschale enthalten“ mit Vorgabewert „A“ zur Kennzeichnung, dass der Entgeltbetrag zur Berechnung des Investitionskostenabschlags nach § 116b Abs. 6 Satz 6 SGB V herangezogen wird, dabei ist im Feld „Honorar-/Investitionskostensumme für Pauschale“ (REC) die Berechnungsbasis für den Investitionskostenabschlag anzugeben, ebenfalls werden dafür die „honorar-/Investitionskostennummenrelevanten Anteile“ aus EZV berücksichtigt; im Feld „Pauschale“ (REC) ist dann der entsprechende Wert als negativer Wert (Abschlag) in Höhe des Abschlags (5%) zu interpretieren; die Vereinbarungspartner erstellen dafür ein gesondertes Berechnungsschema
- Verwendung der Teamebene
- Verwendung der Gennummer (codiert und Anzahl)
- Verwendung des Leistungsschlüssels (Erkrankungs- und Leistungsbereich)
- PRZ: Wiederholbarkeit Erhöhung von 30x auf 99x