



**Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V
Nachtrag mit Wirkung zum 1. Januar 2013**

Übersicht über die Regelungen des Nachtrags

Nachtrag 1: Erhöhung der Wiederholbarkeit des Segmentes FAB auf 999x

Nach Rückmeldung des InEK wurde die Wiederholbarkeit des Segmentes FAB in der Entlassungsanzeige von 200x auf 999x erhöht. Der Regelung wurde im Spitzengespräch am 29.6.2012 zugestimmt. Nachtrag 12 enthält eine zugehörige Folgeanpassung.

Nachtrag 2: Änderung des Segmentes RZA

Der Nachtrag enthält eine Ergänzung der „Arztnummer des kooperierenden Vertragsarzt“ um den „Belegarzt“ als Anpassung an den aktuellen AOP-Vertrag. Die Nachträge 3 (Verwendung der Segmente), 10 (Anlage 5, 1.2.8.1) und 14 (Anlage 5, 2.23) enthalten zugehörige Folgeanpassungen.

Nachtrag 4: Änderung des Schlüssels 4 für ambulante Entgeltarten (ab 1.7.2013)

Der Nachtrag enthält eine Klarstellung zu den Einrichtungsarten (Entgeltarten) für Einrichtungen nach § 117 Abs. 2 Satz 1 SGB V. Hochschulambulanzen an Psychologischen Universitätsinstituten (1. Halbsatz) übermitteln künftig die Einrichtungsart „2“. Als Folgeanpassung (ebenfalls zum 1.7.2013) wird in Nachtrag 7 (ebenfalls ab 1.7.2013) Schlüssel 9 (Verarbeitungskennzeichen) ergänzt um einen Schlüsselwert „08“ für Leistungen nach § 117 Abs. 2 Satz 1 1. Halbsatz SGB V sowie dazu korrespondierend einen Schlüsselwert „48“ für die Stornierung der Abrechnung dieser Einrichtungen. Das Verarbeitungskennzeichen „07“ wird geändert (Eingrenzung auf Einrichtungen nach § 117 Abs. 2 Satz 1 2. Halbsatz SGB V - Ambulanzen an Ausbildungsstätten).

Nachtrag 5: Änderung der Schlüssel 5 und 6 – Übermittlung externer Aufenthalte (ab 1.7.2013)

Der Nachtrag ergänzt Schlüssel 5 „Entlassungs-/Verlegungsgrund“ um zwei Schlüsselwerte („23“, „24“) zur Übermittlung des Beginns bzw. der Beendigung eines externen Aufenthaltes mit Abwesenheit über Mitternacht im Bereich der BPfIV. Nachtrag 6 ergänzt Schlüssel 6 „Fachabteilungen“ um einen Schlüsselwert „0003“ für den externen Aufenthalt über Mitternacht im BPfIV-Bereich und enthält einen erläuternden Hinweis (ab 1.7.2013). Die Nachträge 9 und 11 enthalten dazugehörige Folgeanpassungen.

Nachtrag 8: Änderung des Schlüssels 24 für ambulante Entgeltarten

Der Nachtrag ergänzt Schlüssel 24 (11. Fortschreibung) um einen Schlüsselwert „A4“ zur Dokumentation von Leistungen in Einrichtungen nach § 119 SGB V sowie einen Hinweis, dass die Angabe des Leistungsschlüssels entsprechend der individuellen Vereinbarung der Vereinbarungspartner erfolgt.

Der Nachtrag 13 enthält eine redaktionelle Korrektur.

Nachtrag vom 1.8.2012
zur Fortschreibung der § 301-Vereinbarung vom 31.3.2012

mit Wirkung
zum 1.1.2013

und
zum 1.7.2013
(Nachträge 4-7 und 9;11)

Nachträge zur Anlage 1

Nachtrag 1

Entlassungsanzeige

wird wie folgt geändert:

| Segment | Inhalt | Art | Typ/Länge | Inhalt/Erläuterung |
|---------|-----------------------|-----|-----------|--------------------------------------|
| ... | | | | |
| FAB | Segment Fachabteilung | M | an3 | 'FAB' (200 999x möglich) |
| | Fachabteilung | M | an4 | Schlüssel 6 |
| | Diagnose | K | | (Datenelementgruppe) |
| ... | | | | |

Nachtrag 2

Rechnungssatz Ambulante Operation

wird wie folgt aktualisiert:

| Segment | Inhalt | Art | Typ/Länge | Inhalt/Erläuterung |
|---------|---|-----|-----------|----------------------------------|
| ... | | | | |
| RZA | Segment Rechnungszusatz Ambulante OP | M | an3 | 'RZA' |
| | Fachabteilung | M | an4 | Schlüssel 6 |
| | Arztnummer des überweisenden Arztes | K | an..9 | Arztnummer des Arztes |
| | Betriebsstättennummer des überweisenden Arztes | K | an..9 | Betriebsstättennummer des Arztes |
| | Zahnarztnummer des überweisenden Zahnarztes | K | an..9 | KZV-Nummer des Zahnarztes |
| | Überweisungsdiagnose | K | | (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 |
| | Arztnummer des Belegarztes /kooperierenden Vertragsarztes | K | an..9 | bei § 115b |
| ... | | | | |

Nachtrag 3

Verwendung der Segmente

wird wie folgt aktualisiert:

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

Nachträge zur Anlage 2

Nachtrag 4

Schlüssel 4 Teil II: Entgeltart ambulant

wird wie folgt aktualisiert:

| 1. Stelle | Einrichtungsart |
|-----------|---|
| 0 | Ambulantes Operieren nach §115b SGB V, Ambulante Behandlung nach §116b SGB V |
| 1 | – |
| 2 | Hochschulambulanzen nach § 117 Abs. 1- und Abs. 2 Satz 1 1.HS SGB V |
| 3 | Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V |
| 4 | Sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V |
| 5 | Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V |
| 6 | Kinderspezialambulanzen (ergänzende fall- oder einrichtungsbezogene Pauschale) nach § 120 Abs. 1a SGB V |
| 7 | Ambulanzen an Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG – § 117 Abs. 2 Satz 1 2. HS SGB V |

Nachtrag 5

Schlüssel 5: Entlassungs-/Verlegungsgrund

wird wie folgt ergänzt:

| | | |
|-----------------|--------------------|---|
| 1. u. 2. Stelle | 01 | Behandlung regulär beendet |
| | 02 | Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen |
| | ... | ... |
| | 22 | Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung |
| | 23 | Beginn eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht (BPfIV-Bereich – für verlegende Fachabteilung) |
| | 24 | Beendigung eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht (BPfIV-Bereich – für Pseudofachabteilung 0003) |
| 3. Stelle | 1 | arbeitsfähig entlassen |
| | 2 | arbeitsunfähig entlassen |
| | 9 | keine Angabe |
| ... | | |

Nachtrag 6:**Schlüssel 6: Fachabteilungen:***wird wie folgt aktualisiert:*

...

Sonderregelung für Pseudo-Fachabteilungen im ETL-Segment der Entlassungsanzeige

0000 Pseudo-Fachabteilung für den Krankenhausbezug (relevante "Fachabteilung" für die DRG-Gruppierung) bei internen Verlegungen und/oder Rückverlegungen und/oder Wiederaufnahmen und/oder bei externem Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht, siehe Anlage 5, Kapitel 1.2.7

0001 Pseudo-Fachabteilung für den Aufenthalt bei Rückverlegung, siehe Anlage 5, Kapitel 1.4.4.2

0002 Pseudo-Fachabteilung für den externen Aufenthalt bei Wiederaufnahme

0003 Pseudofachabteilung für den externen Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht im BpflV-Bereich*

* Hinweis: „0003“ wird als Fachabteilungsschlüssel bei einem externen Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht für Versicherte in Krankenhäusern, die gemäß BpflV vergütet werden angewendet (unabhängig von der Anwendung des neuen Vergütungssystems nach §17d KHG – siehe Anlage 5 Kapitel 1.4.10)

Nachtrag 7:**Schlüssel 9 Verarbeitungskennzeichen***wird wie folgt ergänzt:*

01 Ambulante Falldaten im Ersatzverfahren zu § 120 Abs. 3 SGBV

03 Fallstorno im Ersatzverfahren zu § 120 Abs. 3 SGBV

Normalfall für Leistungen nach § 140a, § 120 Abs. 1a und § 117 Abs. 2 SGB V

05 Leistungen nach § 140a SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO)

06 Leistungen nach § 120 Abs. 1a SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO)

07 Leistungen nach § 117 Abs. 2 Satz 1 2. HS SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO)

08 Leistungen nach § 117 Abs. 2 Satz 1 1.HS SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO)

...

47 Stornierung Abrechnung nach § 117 Abs.2 Satz 1 2. HS SGB V (nur für AMBO)

48 Stornierung Abrechnung nach § 117 Abs. 2 Satz 1 1. HS SGB V (nur für AMBO)

Nachtrag 8:**Schlüssel 24: Leistungsart***wird wie folgt aktualisiert:*

- A1 PIA Leistungsdokumentation gemäß Schlüssel 23
- A2 Leistungsbereich der Behandlung nach § 116b SGB V gemäß Schlüssel 22
- A3 geplante ambulante Operation ist nicht zustande gekommen
- A4 [Dokumentation für Einrichtungen nach § 119 SGB V \(soweit vereinbart\)](#)

[Hinweis: wird im Segment LEI der Schlüssel „A4“ angegeben, erfolgt die Angabe des Leistungsschlüssels entsprechend individueller Vereinbarung der Vertragspartner. Der Leistungstag wird, sofern vereinbart, angegeben.](#)

Nachträge zur Anlage 5

Nachtrag 9:

Anlage 5 (Abschnitt 1, Pkt. 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 BPFIV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG oder den Wechsel von voll- und teilstationärer Behandlung. 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 teilstationärer Fortführung einer zunächst vollstationär begonnenen Behandlung (oder umgekehrt) wird als Entlassungs-/Verlegungsgrund des vollstationären (bzw. des teilstationären) Falles der Schlüssel '22' („Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung“) angegeben.

Bei Wiederaufnahme (mindestens 24 Stunden Aufenthalt außerhalb eines Krankenhauses) eines zunächst extern oder in einen anderen Entgeltbereich verlegten Patienten ist als Entlassungs-/Verlegungsgrund des ersten Aufenthaltes in der Entlassungsanzeige des zusammengeführten Falles der Schlüssel '21' („Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme“) anzugeben.

Bei postmortalen Organspenden ist für den Organspender das Datum des Todes als Entlassungsdatum zu melden (siehe „Vereinbarung über die Durchführungsbestimmungen zur Aufwandserstattung nach § 8 Abs. 2 des Vertrages nach § 11 TPC“). Hiermit wird der Fall für die Direktabrechnung mit der Krankenkasse abgeschlossen.

Behandlungen mit Aufnahmegrund ,08' "Stationäre Aufnahme zur Organentnahme" sind auch in Fällen von vorstationärer Behandlung ohne nachfolgende stationäre Aufnahme mit einer Entlassungsanzeige abzuschließen.

Die internen Verlegungen werden für jede behandelnde Fachabteilung (bei Rückverlegungen mehrfach) je Belegungszeitraum mit Angabe des Verlegungstages, der jeweiligen Hauptdiagnose und bis zu jeweils 40 Nebendiagnosen angegeben (Entlassungsgrund ,12' "interne Verlegung").

Die Segmentgruppe SG1 mit den Segmenten ETL und NDG dient der Dokumentation des Ablaufes der Krankenhausbehandlung. Es werden die bei der Entlassung bzw. Verlegung aus der angegebenen Fachabteilung festgestellten Diagnosen übermittelt.

Die Segmentgruppe SG1 ist für jede interne Verlegung aus einer Fachabteilung und für die externe Entlassung/Verlegung zu übermitteln. Sie wird immer durch ein Segment ETL eingeleitet, das die Fachabteilung und die Hauptdiagnose für den jeweiligen (anhand des Entlassungs-/Verlegungstages bestimmten) Behandlungszeitraum enthält. Die Angaben in den ETL-Segmenten dokumentieren so den gesamten Behandlungsverlauf. Für jedes ETL-Segment (= jeden einzelnen Behandlungszeitraum in einer Fachabteilung mit einer Hauptdiagnose) können bis zu 40 Nebendiagnosen zur Hauptdiagnose mit Hilfe des Segmentes NDG angegeben werden.

Erfolgt eine interne Verlegung, Rückverlegung oder Wiederaufnahme oder bei Versicherten in Krankenhäusern, die gemäß BPFIV vergütet werden, eine Unterbrechung des stationären Aufenthalts durch einen externen Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht, muss zusätzlich zu den ETL-Segmenten für die behandelnden Fachabteilungen (und deren Daten) die für den gesamten Krankenhausfall maßgebliche Hauptdiagnose (ggf. mit Nebendiagnosen) durch eine weitere (letzte !)

Segmentgruppe SG1 übermittelt werden, die im Segment ETL den Pseudo-Fachabteilungscode "0000" für den Krankenhausbezug sowie die Daten der Entlassung/Verlegung enthält. Für die Gruppierung in eine DRG werden nur die Diagnoseangaben dieser letzten Segmentgruppe SG1 verwendet.

Fand keine interne Verlegung, Rückverlegung und keine Wiederaufnahme [oder bei Versicherten in Krankenhäusern, die gemäß BPfIV vergütet werden, keine Unterbrechung des stationären Aufenthaltes durch externen Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht](#) statt, darf keine Segmentgruppe SG1 für die Krankenhausfall-Hauptdiagnose mit der Pseudo-Fachabteilung "0000" übermittelt werden. Die Krankenhausfall-Hauptdiagnose und die zugehörigen Nebendiagnosen sind dann identisch mit der Hauptdiagnose und den Nebendiagnosen der einzigen behandelnden Fachabteilung.

Die Hauptdiagnose für den Krankenhausfall ist in der als "Hauptdiagnose" bezeichneten Datenelementgruppe anzugeben. Ausschließlich in den Fällen, in denen nach den Deutschen Kodierrichtlinien als Hauptdiagnose eine "Stern-Diagnose" verschlüsselt werden muss, ist es zulässig, den Sterncode in der im ETL-Segment als "Hauptdiagnose" bezeichneten Datenelementgruppe anzugeben. Die Kreuz-Diagnose ist ausschließlich in diesem Fall in der im ETL-Segment als Sekundär-Diagnose bezeichneten Datenelementgruppe anzugeben. Hinweis: Wenn eine Sekundär-Diagnose angegeben wird, wird diese im G-DRG-System immer als Nebendiagnose interpretiert.

Für die Diagnoseangaben sind die Deutschen Kodierrichtlinien zu beachten.

Im Segment FAB hingegen werden die für die Abrechnung nach BPfIV relevanten Diagnoseschlüssel angegeben.

Die FAB-Segmente enthalten als Muss-Segmente alle behandelnden Fachabteilungen. Bei interner Rückverlegung ist ein erneutes FAB-Segment nicht zwingend erforderlich.

...

Nachtrag 10:**Anlage 5 (Abschnitt 1, Pkt. 1.2.8 Rechnungssatz Ambulante Operation)**

wird wie folgt aktualisiert oder ergänzt:

...

1.2.8 Rechnungssatz Ambulante Operation**1.2.8.1 Ambulante Operationen nach § 115b und Behandlungen nach § 116b SGB V**

Mit dem Rechnungssatz Ambulante Operation stellt das Krankenhaus der Krankenkasse die Vergütung für eine ambulante Operation in Rechnung. Die Entgelte sind entsprechend EBM-Katalog Schlüssel 20 (zuzüglich Pauschale und ggf. Einzelvergütung) zu berechnen. Die behandelnde Fachabteilung ist nach Schlüssel 6 anzugeben. Im Rahmen einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit einem Vertragsarzt bei Leistungen nach § 115b SGB V ist die [Arztnummer des am Krankenhaus tätigen Belegarztes bzw. kooperierenden Vertragsarztes](#), ggf. auch eines weiteren kooperierenden Vertragsarztes, im Segment RZA entsprechend § 18 Abs. 2 bzw. 3 des AOP-Vertrages auszuweisen. Die belegärztliche Leistung ist im Rechnungssatz Ambulante Operation im ENA-Segment als gesonderter Rechnungsposten mit Entgeltanzahl „0“ auszuweisen.

Nachtrag 11:**Anlage 5 (Abschnitt 1, Pkt. 1.4 Vorgaben für besondere Fallkonstellationen)**

wird wie folgt ergänzt:

...

1.4.10 Externe Aufenthalte mit Abwesenheiten über Mitternacht bei Versicherten in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen (BPfIV)

Externe Aufenthalte von Versicherten in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern, die gemäß BPfIV vergütet werden (unabhängig von der Anwendung des neuen Vergütungssystem nach § 17d KHG), mit Abwesenheiten über Mitternacht werden ab dem 01.07.2013 (Aufnahmedatum) jeweils als „fiktive interne Verlegung“ dokumentiert.

Als Tag der Entlassung/Verlegung und als Entlassungs-/Verlegungsurzeit sind der Tag und die Uhrzeit des jeweiligen Beginns der Abwesenheit mit der verlegenden Fachabteilung und dem Entlassungs-/Verlegungsgrund „239“ (Beginn eines externen Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht) in einer SG1 Segmentgruppe im ETL Segment anzugeben. Als Hauptdiagnose ist die Hauptdiagnose der verlegenden Fachabteilung anzugeben. Die Angabe der Sekundärdiagnose, des IK der aufnehmenden Institution sowie von Nebendiagnosen (NDG-Segment) entfällt.

Bei der Rückkehr aus der Abwesenheit sind als Tag der Entlassung/Verlegung und als Entlassungs-/Verlegungsurzeit der Tag und die Uhrzeit der jeweiligen Beendigung der Abwesenheit über Mitternacht mit der Pseudo-Fachabteilung „0003“ (Pseudo-Fachabteilung für externen Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht im BPfIV-Bereich) und dem Entlassungs-/Verlegungsgrund „249“ (Beendigung eines externen Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht) anzugeben. Als Hauptdiagnose ist die Hauptdiagnose der

verlegenden internen Fachabteilung zu übernehmen. Die Angabe der Sekundärdiagnose, des IK der aufnehmenden Institution sowie von Nebendiagnosen (NDG-Segment) entfällt.

In der Entlassungsanzeige ist zusätzlich zu den ETL-Segmenten für die Fachabteilungen (und deren Daten) die für den gesamten Krankenhausfall maßgebliche Hauptdiagnose (ggf. mit Nebendiagnosen) durch eine weitere (letzte!) Segmentgruppe SG1 zu übermitteln, die im Segment ETL den Pseudo-Code "0000" für den Krankenhausbezug sowie die Daten der Entlassung/Verlegung enthält.

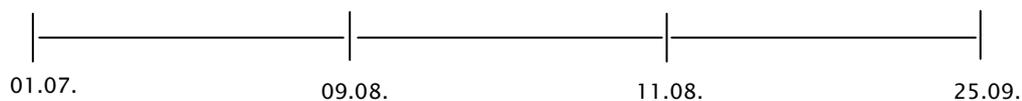
Beispiel:

Externer Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht für Patienten mit Aufnahme >=01.07.2013

Aufnahme am 01.07.2013 in der Fachabteilung 2900 (14:01 Uhr)

Externer Aufenthalt: Beginn am 09.08.2013 (11:23 Uhr), Beendigung am 11.08.2013 (11:24 Uhr)

Entlassung am 25.09.2012 (12:02 Uhr) aus der Fachabteilung 2900



Aufnahmesatz:

...

FKT+10+01+260101013+100500016`

INV+123456789123++++KHINT1`

...

AUF+20130701+1401+0101+2900+20130925+++++`

...

Entlassungsanzeige:

...

FKT+10+01+260101013+100500016`

INV+123456789123++++KHINT1`

...

DAU+20130701+20130925`

ETL+20130809+1123+239+2900+[Diagnosen]`

ETL+20130811+1124+249+0003+[Diagnose]`

ETL+20130925+1202+011+2900+[Diagnosen]`

ETL+20130925+1202+011+0000+[Diagnosen]`

...

FAB+2900`

Hinweis: Im Rechnungssatz wird bei Anwendung des neuen Vergütungssystems nach § 17d KHG der Tag der vollständigen Abwesenheit (10.8.2013) im ENT-Segment unter „Tage ohne Berechnung/Behandlung“ ausgewiesen. Bei Vergütung nach der „alten“ BpflV wird er ebenfalls unter „Tage ohne Berechnung/Behandlung“ ausgewiesen, sofern vereinbart ist, dass für Tage der vollständigen Abwesenheit keine Vergütung abgerechnet werden kann. Ist für Tage der Abwesenheit eine gesonderte Vergütung mit eigenem Entgeltschlüssel vereinbart, ist das entsprechende ENT-Segment aufzunehmen. Für die Dokumentation der Zeiten des externen Aufenthaltes im Rahmen von Rückverlegungen oder Wiederaufnahmen bei BpflV-Krankenhäuser, die das neue Vergütungssystem nach § 17 d KHG anwenden, werden künftig die bisherigen Regelungen der Pseudofachabteilungen „0001“ und „0002“ sowie zu den Entlassungsgründen 169 bis 219 (Kapitel 1.4.4. Anlage 5) Anwendung finden, dazu verständigen sich die Vertragspartner in einem gesonderten Nachtrag.

Nachtrag 12

Anlage 5 (Abschnitt 2, Pkt. 2.12 FAB SEGMENT Fachabteilung)

wird wie folgt geändert:

2.12 FAB Segment Fachabteilung (10 x in VERL/30 x in RECH/ ~~200~~999 x in ENTL 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 in der am 31.12.2003 geltenden Fassung anzugeben.

Weitere im Rahmen der stationären Krankenhausbehandlung durchgeführten Operationen und Prozeduren können durch bis zu ~~200~~999-maliges Verwenden des Segmentes FAB angegeben werden.

Nachtrag 13:

Anlage 5 (Abschnitt 2, Pkt. 2.16 LEI SEGMENT Rechnungssatz Ambulante Operation)

wird wie folgt ergänzt:

2.16 LEI Segment Leistungsdokumentation (999x möglich)

1. Leistungsart

Zur Unterscheidung der Leistungsarten enthält das Datenelement die Angaben gemäß Schlüssel 24.

2. Leistungsschlüssel

Die Schlüsselausprägungen der unterschiedlichen Leistungsarten (Schlüssel 22, 23, ~~24~~ oder „9999“) werden in diesem Datenfeld dargestellt.

Bei geplanten ambulanten Operationen, die nicht zustande kommen (z.B. Nichterscheinen des Patienten), obwohl bereits Vorleistungen erbracht wurden, ist dies durch die Angabe „9999“ anzuzeigen.

Nachtrag 14:**Anlage 5 (Abschnitt 2, Pkt. 2.23 RZA SEGMENT Rechnungssatz Ambulante Operation)***wird wie folgt ergänzt:***2.23 RZA Segment Rechnungszusatz Ambulante Operation**

...

7. Arztnummer des [Belegarztes](#)/kooperierenden Arztes

Erfolgt eine ambulante Operation oder ein sonstiger stationsersetzender Eingriff gemäß §115b Abs. 1 SGB V durch einen [am Krankenhaus tätigen Belegarzt bzw.](#) Vertragsarzt im Rahmen einer vertraglichen Zusammenarbeit, so ist die Arztnummer des [Belegarztes bzw.](#) niedergelassenen Vertragsarztes vom Krankenhaus auszuweisen.