

**Nachtrag
vom 16.10.2014**

mit Wirkung zum 1.1.2015

zur Fortschreibung der § 301 – Vereinbarung
vom 20.3.2014

Erläuterungen zu einzelnen Nachträgen

Nachtrag 1:

Im Rahmen von § 116b (neu) Leistungen ist eine Klarstellung zur Angabe der regionalen Preise in der Entgeltart ambulant (Anhang B Teil II der Anlage 2) notwendig. Schlüssel 20 findet insofern für diese Leistungen ab dem 01.01.2015 keine Anwendung mehr.

Im Rahmen von ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen [§ 116b (neu) Leistungen], die erkrankungs- und leistungsbezogen gemäß Abschnitt 2 des Appendix der jeweiligen Konkretisierung aufgeführt sind und für die Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM) gemäß § 116b Abs. 6 Satz 9 SGB V noch nicht durch den Bewertungsausschuss gemäß § 87 Absatz 5a SGB V angepasst sind, werden gemäß Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V vom 20.06.2014 vorübergehend anderweitige Gebührenpositionen vergütet. Diese werden künftig in der Anlage 5 der ASV-AV aufgeführt, deren Anwendung wird in Nachtrag 9 näher beschrieben.

Nachtrag 2:

Der PEPP-Katalog 2015 wird keine Vergütungsstufen sondern Vergütungsklassen (ein unterschiedlich hohes Relativgewicht je PEPP abhängig von der jeweiligen Entlassung) abbilden. Diese sind bis zu einer maximalen Anzahl von 35 perspektivisch möglich. Zur Abbildung in der PEPP-Entgeltsystematik wird die bisher bestehende Logik beibehalten und ergänzt. An der Entgeltposition der bisherigen Vergütungsstufe (z.B. Entgeltbereich „1“ an der 8. Stelle des Entgeltartenschlüssels) werden die Ziffern von 1–9 die Vergütungsklassen 1–9 und die Buchstaben A–Z die Vergütungsklassen 10–35 abbilden. Dies gilt für alle Entgeltbereiche, die ebenfalls die Logik der Vergütungsklassen abbilden (z.B. Modellvorhaben, hier wurde der Hinweis ergänzt, dass PEPP-Entgelte nicht im Behandlungsbereich C sondern nur in den Behandlungsbereichen A und B vorkommen).

Nachtrag 3 und 5:

Zur Abbildung progressiver Tumorverläufe für § 116b (neu) Leistungen wird im Segment LEI im Feld `Leistungsart` der Wert `A6` ergänzt und gibt mit dem Leistungsschlüssel 29 künftig die Ausprägung der Progression an.

Nachtrag 4:

Zur Abbildung von Tumorstadien für § 116b (neu) Leistungen wird der in der 12. Fortschreibung bereits geschaffene Schlüssel 28 in seiner Ausprägung nun inhaltlich festgelegt.

Nachtrag 6:

Mit der 12. Fortschreibung der §301-Vereinbarung vom 20.03.2014 wurde die Technische Anlage 4 dahingehend aktualisiert, dass im Zeichenvorrat der Auftragsdatei alternativ der Zeichensatz ISO 8859-15 genutzt werden. Dies ist redaktionell im Punkt der allgemeinen Beschreibung der Auftragsdatei nachzupflegen.

Nachtrag 7,11,13:

Diese Nachträge betreffen Regelungen Infolge der Änderungen zur PEPPV 2015.

Zur Abbildung der unterschiedlichen Abschlagszahlungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgt eine Klarstellung, dass diese anhand der behandelnden Fachabteilung zu unterscheiden sind.

Nachtrag 8:

Die nicht mehr gültigen Regelungen können redaktionell aus der technischen Anlage entfernt werden.

Nachtrag 9:

Zusammen mit Nachtrag 1 wird die vorübergehende Abrechnung von gemäß Abschnitt 2 des Appendix der jeweiligen Konkretisierung aufgeführt und für die Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM) gemäß § 116b Abs. 6 Satz 9 SGB V noch nicht durch den Bewertungsausschuss gemäß §87 Absatz 5a SGB V angepassten Leistungen geregelt.

Im Rahmen von § 116b (neu) Leistungen ist die Abrechnung von Kontaktpersonen mit Tuberkulose durch Verwendung des ICD-Code Z20.1 klarzustellen.

Nachtrag 10:

Bei internen Verlegungen von voll- und teilstationärer Behandlung ist standardmäßig der Wert `9` an der 3. Stelle des Entlassungsgrundes anzugeben, so dass sich als Standardausprägung `229` ergibt. Diese Klarstellung ist notwendig, da bei internen Verlegungen die Angabe -arbeitsfähig oder arbeitsunfähig entlassen- nicht notwendig ist.

Nachtrag 12:

Dieser Nachtrag stellt klar, dass bei Überweisungen innerhalb der ASV nicht nur die Abbildung des überweisenden Krankenhausarztes, sondern auch die durch einen niedergelassenen Vertragsarzt im BDG Segment erfolgt.

Nachtrag 14:

Dieser Nachtrag stellt klar, welche Standard-Prozedur anzugeben ist, wenn Leistungen im Rahmen einer Betreuung vor einer Lebendspende abgerechnet werden.

Nachträge zur Anlage 2

Nachtrag 1

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	
		V	
2. Stelle	Abrechnungsart		
	0	EBM*	
	3. Stelle	0	ohne Differenzierung
		A-Z	regionale Buchstabenkennung (regionale Eurogebührenordnung)
	4. – 8. Stelle	01100 ff.	EBM-Ziffern, Schlüssel 20, bzw. für § 116b (neu) Leistungen : regionale Eurogebührenordnungen bzw. Pseudoziffern*

...

Hinweise:

...

Für die Abrechnungsarten „1“, „2“, „3“ und „8“ (Quartals-, Behandlungs- und Tagespauschale, Zuschlag) werden zu den für Fachabteilungen reservierten Stellen der jeweils benötigte „Fachabteilungsschlüssel“ (4.–7. bzw. 5.–8. Stelle) zur Angabe nicht bettenführender Abteilungen unabhängig und ergänzend zu Schlüssel 6 im Entgeltartenschlüssel festgelegt.

[* § 116b \(neu\) Leistungen: Gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V erfolgt bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach § 116b Abs. 6 Satz 2 SGB V die Vergütung auf der Grundlage der vom ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss bestimmten abrechnungsfähigen spezialfachärztlichen Leistungen. In seiner Sitzung am 20. Juni 2014 wurde festgelegt, dass u.a. für die Vergütung der im EBM abgebildeten ASV-Leistungen des Abschnittes 1 die Preise der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung zu Grunde gelegt werden. Insofern Leistungen zu regional geltenden Preisen vergütet werden, müssen diese durch Abbildung an der 3. – 8. Stelle des](#)

Entgeltartenschlüssels (Abrechnungsart 2.Stelle – EBM, 3.Stelle regionale Buchstabenkennung, 4.–8. Stelle regionale Eurogebührenordnung) übermittelt werden, Schlüssel 20–EBM findet insofern keine Anwendung.

* Für Leistungen, die im Abschnitt 2 des Appendix der jeweiligen Konkretisierung aufgeführt und noch nicht im EBM abgebildet sind, finden gemäß Anlage 5 der ASV–AV bundeseinheitliche Pseudoziffern ihre Anwendung. Hierzu werden diese an den ersten drei Stellen mit `000` und an der 4.–8. Stelle mit der 5stelligen Pseudoziffer gemäß Anlage 5 ASV–AV übermittelt.

Nachtrag 2**Schlüssel 4 Teil III: Entgeltarten BPfIV (bei Anwendung §17d KHG)**

wird wie folgt geändert:

Hinweis: Der Entgeltartenschlüssel wird fortgeschrieben (siehe Anhang B Teil III und Anlage 5). Diese Entgeltartenschlüssel gelten für Krankenhäuser, die das Vergütungssystem nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes anwenden.

Der Entgeltartenbereich „Zusatzentgelte nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog § 7 Satz 1 Nr. 2 BPfIV“ bzw. „krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte“ (2. Stelle des Entgeltartenschlüssels = 5 bzw. 9) wird dem Behandlungsbereich „stationär“ (1. Stelle des Entgeltartenschlüssels = C) zugeordnet. Der Entgeltartenbereich „ergänzende Tagesentgelte“ (2. Stelle = 4) wird ebenfalls dem Behandlungsbereich „stationär“ (1.Stelle des Entgeltartenschlüssels = C) zugeordnet. Für die Abrechnung bei Zusatzentgelten im voll- bzw. teilstationären Entgeltbereich und von ergänzenden Tagesentgelten finden bis auf weiteres die Entgeltarten C5* ~~und~~ C9* und C4* Anwendung.

Zur internen Verwendung wird, abweichend von der Systematik, der Entgeltartenschlüssel `C1000000` reserviert.

Bei der Abrechnung von Wahlleistungen für Versicherte der Knappschaft sind weiterhin die Entgeltschlüssel 45XXXXXX („Wahlleistung Unterkunft nur für Knappschaft“) zu verwenden. (siehe Anlage 2, Schlüssel 4 Teil I: Entgeltart stationär)

1. Stelle Behandlungsbereich

- A vollstationärer Behandlungsbereich
 - B teilstationärer Behandlungsbereich
 - C stationärer Behandlungsbereich (gilt für Entgeltbereiche 4, 5, 9, A, F, V und N)*
- * Die Entgeltbereiche A und F sind somit in den Behandlungsbereichen A, B und C möglich.

Hinweis:

Die Entgeltschlüssel können an der 4. – 8. Stelle je Entgeltbereich (differenziert an der 2. Stelle) jeweils neu, beginnend mit „00000“ ff., nummeriert werden. Es werden keine „bereichsübergreifenden“ Blöcke reserviert. Nur dort wo die 4. – 8. Stelle mit z. B. „00000“ eine gleiche Ausprägung für die 1. Stelle hat (z.B. 00000 – Kostenpauschale für Verwaltungsverfahren) ist diese in Anlage 2 explizit als Ausprägung aufgeführt und gilt für die 1. Stelle A und B ebenso.

2. Stelle Entgeltbereich

- 1 Bewertete Entgelte nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog § 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV [E1]
- 2 Zuschlag nach Überschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten § 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV [E1]

- 3 Abschlag nach Unterschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten
§ 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV [E1]
- 4 ~~Reserviert~~ [Ergänzende Tagesentgelte nach bundesweit vereinbarten Entgeltkatalog § 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV](#)
- 5 Zusatzentgelte nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog
§ 7 Satz 1 Nr. 2 BPfIV [E2]

...

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 1 [PEPP – Entgelte lt. Katalog]**Entgeltbezug**

3.–7. Stelle PEPP-Entgelt Bezeichnung aus gültigem Entgeltkatalog, alphanumerisch

Zusatzinformation

8. Stelle	1	Entgelt	nach	Entgeltkatalog	gemäß
		Vergütungsstufe		Vergütungsklasse 1	
	2	Entgelt	nach	Entgeltkatalog	gemäß
		Vergütungsstufe		Vergütungsklasse 2	
	3	Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß		Vergütungsstufe 3	
	4	Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß		Vergütungsstufe 4	
	5	Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß		Vergütungsstufe 5	
	3–	Entgelte nach Entgeltkatalog gemäß der		Vergütungsklassen 3–	
	8	8			
	9	Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß		Vergütungsklasse 9	
	A	Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß		Vergütungsklasse 10	
	B	Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß		Vergütungsklasse 11	
	...	fortlaufend durch Nutzung aller		Buchstaben	
	Z	Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß		Vergütungsklasse 35	

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 2–3 [Zu- oder Abschläge PEPP – Entgelte lt. Katalog]**Entgeltbezug**

3.–7. Stelle PEPP-Entgelt Bezeichnung aus gültigem Entgeltkatalog, alphanumerisch

Zusatzinformation

8. Stelle 0 reserviert

[Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 4 \[Ergänzende Tagesentgelte\]](#)**[Entgeltbezug](#)**[3.–8. Stelle Orientierung bei der Entgeltvergabe an Bezeichnung Katalog, alphanumerisch \(z.B. ET0101\)](#)

...

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 8 [krankenhausindividuell vereinbarte PEPP-Entgelte]

Entgeltbezug

3. Stelle	0	Tagesbezogene Entgelte, fortlaufende Vergabe
	4.-8. Stelle	00000ff.
3.-7. Stelle	PEPP-Entgelt	Bezeichnung aus gültigem Entgeltkatalog, alphanumerisch (Anlage 1b oder 2b)
	8.Stelle	1 Tagesbezogene Entgelte [E3.3], Vergütungsstufe 1 Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 1
		2 Tagesbezogene Entgelte [E3.3], Vergütungsstufe 2 Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 2
		3 Tagesbezogene Entgelte [E3.3], Vergütungsstufe 3
		4 Tagesbezogene Entgelte [E3.3], Vergütungsstufe 4
		5 Tagesbezogene Entgelte [E3.3], Vergütungsstufe 5
		3- Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklassen 3-8
		8
		9 Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 9
		A Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 10
		B Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 11
		... fortlaufend durch Nutzung aller Buchstaben
		Z Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 35
	4.-8. Stelle	00000ff.
	3. Stelle	8 Stelle Fallbezogene Entgelte [E3.1.]
	4.-8. Stelle	00000ff. fortlaufende Vergabe
3. Stelle	9	Zeitraumbezogene Entgelte
	4.-8. Stelle	00000ff. fortlaufende Vergabe

...

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich A [Entgelte für Modellvorhaben]

Entgeltbezug

3. Stelle	0	reserviert
	4.-8. Stelle	00000ff.
		99999 intern reserviert (BEW-Modellvorhaben)

3.-7. Stelle	PEPP-Entgelt ¹		Bezeichnung aus gültigem Entgeltkatalog, alphanumerisch
8. Stelle	1		Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsstufe Vergütungsklasse 1 (oder Entgelt ohne Vergütungsstufe)
	2		Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsstufe Vergütungsklasse 2
	3		Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsstufe 3
	4		Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsstufe 4
	5		Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsstufe 5
	3-8		Entgelte nach Entgeltkatalog gemäß der Vergütungsklassen 3-8
	9		Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 9
	A		Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 10
	B		Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 11
	...		fortlaufend durch Nutzung aller Buchstaben
	Z		Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 35
8	Zuschläge für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)		
	4. Stelle	0	Variabler Zuschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)
	5.-8. Stelle		0000ff.
		1	Fester Zuschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)
	5.-8. Stelle		0000ff.
9	Abschläge für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)		
	4. Stelle	0	Variabler Abschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)
	5.-8. Stelle		0000ff.
	4. Stelle	1	Fester Abschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)
	5.-8. Stelle		0000ff.
	...		

¹ [nur für den voll- bzw. teilstationären Behandlungsbereich \(1. Stelle des Entgeltartenschlüssels = A oder B\)](#)

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich V [vorstationär]**Entgeltbezug**

3. Stelle 0 reserviert

4.-8. Stelle	92900	Fallbezogene Pauschale Allgemeine Psychiatrie
	93000	Fallbezogene Pauschale Kinder- und Jugendpsychiatrie
	93100	Fallbezogene Pauschale Psychosomatik/Psychotherapie
	<u>0XXXX</u>	<u>Einzelleistungsvergütung med.-tech. Großgeräte (nach DKG-NT I / BG-T-Ziffern), siehe Anhang B Teil III</u>

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich N [nachstationär]**Entgeltbezug**

3. Stelle 0 reserviert

4.-8. Stelle	92900	Tagesbezogene Pauschale Allgemeine Psychiatrie
	93000	Tagesbezogene Pauschale Kinder- und Jugendpsychiatrie
	93100	Tagesbezogene Pauschale Psychosomatik/Psychotherapie
	<u>0XXXX</u>	<u>Einzelleistungsvergütung med.-tech. Großgeräte (nach DKG-NT I / BG-T-Ziffern), siehe Anhang B Teil III</u>

Nachtrag 3**Schlüssel 24: Leistungsart**

wird wie folgt ergänzt:

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)*
A5	Dokumentation schwerer Verlaufsformen nach § 116b (neu) gemäß Schlüssel 28
<u>A6</u>	<u>Dokumentation schwerer Verlaufsformen nach § 116b (neu) gemäß Schlüssel 29</u>

Nachtrag 4**Schlüssel 28 – Dokumentation schwerer Verlaufsformen – TNM – nach §116b (neu)**

In ASV-Fällen, in denen die Diagnose der Erkrankung (ICD-Kode) alleine bereits den schweren Verlauf erkennen lässt („Im Regelfall schwere Verlaufsform“), ist keine Übermittlung ergänzender Dokumentationen erforderlich. Für Patienten mit einer „im Regelfall schweren Verlaufsform“ genügt die Übermittlung des ICD-10-GM-Codes.

In ASV-Fällen, in denen sich bei „Im Einzelfall schweren Verlaufsformen“ aus den übermittelten Diagnose(n) die schwere Verlaufsform der Erkrankung nicht bereits durch die Angabe der Diagnose(n) ergibt, muss zusätzlich eine die schwere Verlaufsform dokumentierende Angabe nach den folgenden Schlüsseln erfolgen. Diese Angabe ist zu Beginn der Behandlung im Rahmen der ASV im ersten Behandlungsquartal von mindestens einem ASV-Berechtigten des Kernteams zu übermitteln. Sofern gemäß Konkretisierung ein Überweisungserfordernis vorliegt, ist diese Angabe, nach Ablauf der in der jeweiligen Anlage der ASV-RL vorgegebenen Frist, d.h. zu Beginn des neuen „ASV-Überweisungsfalls“, zu melden. Als Grundlage dient die internationale Klassifizierung von Tumorstadien (TNM) der „Union internationale contre le cancer“ (UICC). Die hier abgebildeten Ausprägungen werden in einer einzigen 11-stelligen Ziffern- und Buchstabenkombination abgebildet [z.B.: rT1N2M1G2R1] Diese 11 Stellen werden wie folgt abgebildet:

1. Stelle: r – Rezidiv

<u>0</u>	<u>kein Rezidiv vorhanden</u>
<u>r</u>	<u>r – Rezidiv vorhanden</u>

2. Stelle: T – Tumorklassifikationen

<u>T</u>	<u>Standardwert</u>
----------	---------------------

3. Stelle: T – Tumorklassifikationen–Ausprägung

<u>0</u>	<u>T0 nach TNM</u>
<u>1</u>	<u>T1 nach TNM</u>
<u>2</u>	<u>T2 nach TNM</u>
<u>3</u>	<u>T3 nach TNM</u>
<u>4</u>	<u>T4 nach TNM</u>
<u>X</u>	<u>Tx oder Tis nach TNM</u>

4. Stelle: N – Lymphknotenmetastasen

<u>N</u>	<u>Standardwert</u>
----------	---------------------

5. Stelle: N – Lymphknotenmetastasen-Ausprägung

<u>0</u>	N0 nach TNM
1	N1 nach TNM
2	N2 nach TNM
3	N3 nach TNM
X	Nx nach TNM

6. Stelle: M – Fernmetastasen

M	Standardwert
---	------------------------------

7. Stelle: M – Fernmetastasen-Ausprägung

<u>0</u>	M0 nach TNM
1	M1 nach TNM

8. Stelle: G – Grading

G	Standardwert
---	------------------------------

9. Stelle: G – Grading-Ausprägung

1	G1 – Gut differenziert
2	G2 – Mäßig differenziert
3	G3 – Schlecht differenziert
4	G4 – Undifferenziert
X	Gx – Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden.

10. Stelle: R – Residualtumor

R	Standardwert
---	------------------------------

11. Stelle: R – Residualtumor-Ausprägung

<u>0</u>	R0 – Kein Residualtumor
1	R1 – Mikroskopischer Residualtumor
2	R2 – Makroskopischer Residualtumor, Mikroskopisch nicht bestätigt

<input checked="" type="checkbox"/>	Rx - Vorhandensein von Residualtumor kann nicht beurteilt werden
-------------------------------------	--

[Hinweis: In den Fällen, in denen der TNM-Status als Nachweis für den schweren Verlauf gefordert ist, wird dieser vollständig übermittelt.](#)

Nachtrag 5**Schlüssel 29 –Dokumentation schwerer Verlaufsformen–Progression – nach §116b (neu)**

In ASV-Fällen, in denen die Diagnose der Erkrankung (ICD-Kode) alleine bereits den schweren Verlauf erkennen lässt („Im Regelfall schwere Verlaufsform“), ist keine Übermittlung ergänzender Dokumentationen erforderlich. Für Patienten mit einer „im Regelfall schweren Verlaufsform“ genügt die Übermittlung des ICD-10-GM-Codes.

In ASV-Fällen, in denen sich bei „Im Einzelfall schweren Verlaufsformen“ aus den übermittelten Diagnose(n) die schwere Verlaufsform der Erkrankung nicht bereits durch die Angabe der Diagnose(n) ergibt, muss zusätzlich eine die schwere Verlaufsform dokumentierende Angabe nach dem folgenden Schlüssel erfolgen. Diese Angabe ist im ersten Behandlungsquartal zu übermitteln, darüber hinaus bei Beginn eines neuen „ASV-Überweisungsfalls“.

1. Stelle: P – Progression der Tumorerkrankung

<u>0</u>	<u>keine Progression vorhanden</u>
<u>1</u>	<u>Progression vorhanden</u>

In den Fällen, in denen die Progression als Nachweis für den schweren Verlauf gefordert ist, wird diese übermittelt.

Nachträge zur Anlage 4

Nachtrag 6

11.2.2.1 Format der Auftragsdatei

wird wie folgt aktualisiert:

1. Teil Allgemeine Beschreibung

...

DATEIVERSION	172 – 6 177	A	N	M	Inhalt: '000000'
KORREKTUR	178 – 1	A	N	M	Inhalt: '0'
DATEIGRÖßE _NUTZDATEN	179 – 12 190	A	N	M	Größe der Nutzdatendatei in Bytes (unverschlüsselt und unkomprimiert)
DATEIGRÖßE _ÜBERTRAGUNG	191 – 12 202	A	N	M	Größe der Nutzdatenddatei in Bytes (verschlüsselt und komprimiert)
ZEICHENSATZ	203 – 2 204	A	AN	M	'11': ISO 8859-1 '15': ISO 8859-15 '17': ISO 7-Bit '18': ISO 8-Bit

...

Nachträge zur Anlage 5

Nachtrag 7

1.2.4 Rechnungssatz

wird wie folgt aktualisiert:

...

Vollständige Tage der Abwesenheit (z.B. Belastungserprobungen, Beurlaubungen), die während eines Behandlungsfalles bei BpflV Krankenhäusern (BpflV bei Anwendung §17d KHG) anfallen, sind keine Berechnungstage. Sie sind in den Segmenten ENT im Datenelement „Tage ohne Berechnung/Behandlung“ auszuweisen und werden bei der Ermittlung der ~~Vergütungsstufen~~[Vergütungsklassen](#) nicht berücksichtigt. Tage des Antritts und der Wiederkehr werden mit einem entsprechenden tagesbezogenen PEPP in voller Höhe abgerechnet und nicht im Datenelement „Tage ohne Berechnung/Behandlung“ ausgewiesen.

Einigt sich ein Krankenhaus mit dem Kostenträger nach einer Einzelfallprüfung durch den MDK darauf, dass ein Krankenhausfall nach einer kürzeren Behandlungszeit hätte abgeschlossen sein müssen, so dass die letzten Behandlungstage nicht mehr vergütet werden, werden diese Tage bei der Abrechnung der Hauptleistung oder Zuschlägen nach Überschreiten der oberen Grenzverweildauer als Tage ohne Berechnung ausgewiesen. Ergibt die Einigung, dass ein Fall hätte ambulant durchgeführt werden müssen, so dass die Rechnungslegung nicht als stationärer Krankenhausfall erfolgt, ist der stationäre Fall mit dem Verarbeitungskennzeichen „35“ (Ambulante Abrechnung nach stationärer Aufnahme) zu stornieren. Die Abrechnung erfolgt dann mit dem Verarbeitungskennzeichen „11“ als ambulante Operation nach § 115b SGB V oder mit dem Verarbeitungskennzeichen „12“ als ambulante Behandlung nach § 116b SGB V, sofern eine entsprechende Zulassung besteht.

Schlussrechnungen von Krankenhäusern, die das Vergütungssystem nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes anwenden, werden entsprechend der BpflV und der zugehörigen Abrechnungsbestimmungen (PEPPV-~~2013~~) wie folgt erstellt.

Hat das Krankenhaus vor Entlassung des Patienten der Krankenkasse über eine Zwischenrechnung (oder mehrere) mit der Entgeltart AD100001 bzw. BD100001 eine Teilzahlung (§ 11 Abs. 1 Satz 3 BpflV) in Rechnung gestellt, muss nach Ermittlung des regulären Rechnungsbetrags für den Behandlungsfall geprüft werden, ob die vorab in Rechnung gestellte Teilzahlung niedriger oder höher ausgefallen ist. Im regulären Rechnungsbetrag sind neben den PEPP-Entgelten alle Zu- und Abschläge, Zusatzentgelte, vor- bzw. nachstationäre Entgelte sowie abzusetzende Zuzahlungen zu berücksichtigen.

Unterschreitet die Summe der Teilzahlungen den regulären Rechnungsbetrag, ist dieser über eine Teilzahlungskorrektur um diese Summe zu mindern. Dazu wird die Entgeltart AD100002 bzw. BD100002 (Teilzahlungskorrektur) für alle über Zwischenrechnung berechneten Tage in der Schlussrechnung ausgewiesen. Es erfolgt in der Schlussrechnung die Rechnungsstellung in der die tatsächlich abzurechnenden Entgeltarten gemäß Anhang B Teil III angegeben werden.

Die Entgeltarten AD100001 bzw. BD100001 (bei Zwischenrechnung) und AD100002 bzw. BD100002 zur Teilzahlungskorrektur bei Schlussrechnung) sind jeweils im Datenelement „Entgeltbetrag“ als tagesbezogener Einzelbetrag auszuweisen. [Zur Abbildung unterschiedlich hoher Teilzahlungsbeträge \(u.a. § 1 Abs. 9 Satz 2 PEPPV\) innerhalb eines Krankenhauses dient die behandelnde Fachabteilung.](#)

Übersteigt die Summe der Teilzahlungen den regulären Rechnungsbetrag, sind zunächst alle Zwischenrechnungen gutzuschreiben und dann die Schlussrechnung zu übermitteln.

Wird der Patient nach Übermittlung einer Schlussrechnung erneut aufgenommen und treffen die Voraussetzungen für eine Fallzusammenführung zu, ist die Schlussrechnung der ersten Behandlungsepisode gutzuschreiben. Das Krankenhaus kann eine Teilzahlung (und ggf. weitere) über die noch nicht mit vorausgegangenen Zwischenrechnungen berechneten Behandlungstage in Rechnung stellen.

Technische Beispiele für Abrechnungen nach PEPP mit Abschlagszahlungen (fiktive Werte)

Beispiel A Normalfall mit Verrechnung von Teilzahlungen („Unterzahlung“)

Aufnahme vollstationär:	10.01.201 3 <u>5</u>
Tag mit vollständiger Abwesenheit:	25.01.201 3 <u>5</u>
Entlassung vollstationär:	03.02.201 3 <u>5</u>
BEW:	250,00€
Teilzahlungsentgelt (AD100001, AD100002)	300,00€

Das Gruppieren bei Entlassung ergibt das PEPP „PA01A“ (201~~3~~5-~~Vergütungsstufe~~Vergütungsstufe bis maximal +17 bei insgesamt 24 Berechnungstagen = ~~1 bis 8 Tage~~ bei ~~1,40730,9675~~ BWR/Tag, ~~Vergütungsstufe 2 ab dem 9. Tag~~ bei 0,9987 BWR/Tag)

1. Zwischenrechnung am 20.01.201~~3~~5, ENT-Segment (über 3.000 Euro):

Entgeltart:	AD100001
Entgeltbetrag:	300,00
Abrechnung von:	10.01.201 3 <u>5</u>
Abrechnung bis:	19.01.201 3 <u>5</u>
Entgeltanzahl:	10
REC-Rechnungsbetrag:	3000,00

2. Zwischenrechnung am 30.01.201~~3~~5, ENT-Segment (über 2.700 Euro):

Entgeltart:	AD100001
Entgeltbetrag:	300,00
Abrechnung von:	20.01.201 3 <u>5</u>
Abrechnung bis:	29.01.201 3 <u>5</u>
Entgeltanzahl:	9
Tage ohne Berechnung/Behandlung:	1

REC-Rechnungsbetrag: 2700,00

Schlussrechnung am 04.02.201~~3~~5 (über ~~859,84~~105,12 Euro nach Verrechnung der Teilzahlungen):

1. ENT-Segment:

Entgeltart: A1PA01A~~H~~

Entgeltbetrag: ~~351,83~~241,88

Abrechnung von: 10.01.201~~3~~5

Abrechnung bis: ~~17.01~~03.02.201~~3~~5

Entgeltanzahl: ~~8~~24

Tage ohne Berechnung 1

2. ENT-Segment:

~~Entgeltart: A1PA01A2~~

~~Entgeltbetrag: 249,68~~

~~Abrechnung von: 18.01.2013~~

~~Abrechnung bis: 02.02.2013~~

~~Entgeltanzahl: 15~~

~~Tage ohne Berechnung/Behandlung: 1~~

~~3~~2. ENT-Segment:

Entgeltart: AD100002

Entgeltbetrag: 300,00

Abrechnung von: 10.01.201~~3~~5

Abrechnung bis: 29.01.201~~3~~5

Entgeltanzahl: 19

Tage ohne Berechnung/Behandlung: 1

REC-Rechnungsbetrag: ~~859,84~~105,12

Beispiel B Ausnahmefall mit Storno von Teilzahlungen („Überzahlung“)

Aufnahme vollstationär:	10.01.201 3 <u>5</u>
Tag mit vollständiger Abwesenheit:	25.01.201 3 <u>5</u>
Entlassung vollstationär:	10.02.201 3 <u>5</u>
BEW:	250,00€
Teilzahlungsentgelt (AD100001, AD100002)	300,00€

Das Gruppieren bei Entlassung ergibt das PEPP „PA01A“ (201~~3~~5-~~Vergütungsstufe~~Vergütungsstufe 1-~~1 bis 8~~Tag bis maximal 17 bei insgesamt 31 Berechnungstagen = -bei ~~1,40730,9675~~1,40730,9675 BWR/Tag, ~~Vergütungsstufe 2~~ab dem 9. Tag bei 0,9987 BWR/Tag)

1. Zwischenrechnung am 20.01.201~~3~~5, ENT-Segment (über 3.000 Euro):

Entgeltart:	AD100001
Entgeltbetrag:	300,00
Abrechnung von:	10.01.201 3 <u>5</u>
Abrechnung bis:	19.01.201 3 <u>5</u>
Entgeltanzahl:	10
REC-Rechnungsbetrag:	3000,00

2. Zwischenrechnung am 30.01.201~~3~~5, ENT-Segment (über 2.700 Euro):

Entgeltart:	AD100001
Entgeltbetrag:	300,00
Abrechnung von:	20.01.201 3 <u>5</u>
Abrechnung bis:	29.01.201 3 <u>5</u>
Entgeltanzahl:	9
Tage ohne Berechnung/Behandlung:	1
REC-Rechnungsbetrag:	2700,00

3. Zwischenrechnung am 09.02.201~~3~~5, ENT-Segment (über 3.000 Euro):

Entgeltart:	AD100001
Entgeltbetrag:	300,00
Abrechnung von:	30.01.201 3 <u>5</u>
Abrechnung bis:	08.02.201 3 <u>5</u>
Entgeltanzahl:	10
REC-Rechnungsbetrag:	3000,00

Die Schlussrechnung am 10.02.201~~3~~5 ergäbe ohne Berücksichtigung der Teilzahlungen in Höhe von insgesamt 8.700 Euro einen geringeren Rechnungsbetrag von ~~8.307,60~~7.498,28 Euro. Die drei Zwischenrechnungen (Teilzahlungen) müssen daher storniert werden:

Rechnungsstorno 1. Zwischenrechnung vor Schlussrechnung am 10.02.201~~3~~5

Rechnungsstorno 2. Zwischenrechnung vor Schlussrechnung am 10.02.201~~3~~5

Rechnungsstorno 3. Zwischenrechnung vor Schlussrechnung am 10.02.201~~3~~5

Schlussrechnung am 10.02.201~~3~~5:

1- ENT-Segment (über ~~2.814,64~~7.498,28 Euro):

Entgeltart:	A1PA01A H
Entgeltbetrag:	351,83 <u>241,88</u>
Abrechnung von:	10.01.201 3 <u>5</u>
Abrechnung bis:	17.01.2013 <u>10.02.2015</u>
Entgeltanzahl:	831
<u>Tage ohne Berechnung/Behandlung</u>	<u>1</u>

~~2-ENT-Segment (über 5.492,96 Euro):~~

Entgeltart:	_____ A1PA01A2
Entgeltbetrag:	_____ 249,68
Abrechnung von:	_____ 18.01.2013
Abrechnung bis:	_____ 09.02.2013
Entgeltanzahl:	_____ 22
Tage ohne Berechnung/Behandlung:	_____ 1

In den REC-Rechnungsbetrag geht die Summe von ~~8307,60~~7.498,28 Euro (zzgl. evtl. abrechenbarer Zuschläge) ein.

Definition: Ein PEPP ~~setzt~~ sichergibt entsprechend der im Katalog ausgewiesenen ~~Vergütungsstufen~~Vergütungsklassen ~~aus einer oder mehreren~~eine PEPP-Entgeltarten ~~je Fall~~ zusammen. Bei der Abrechnung von PEPP wird in den Datenfeldern „Abrechnung von“ bzw. „Abrechnung bis“ (Segment „ENT“) der kalendarische Beginn bzw. das Ende ~~der Zugehörigkeit zu der jeweiligen Vergütungsstufe~~ der Behandlung (inklusive Entlassungstag) angegeben. Im Datenfeld „Entgeltanzahl“ wird die Anzahl der Berechnungstage in der PEPP-~~Vergütungsstufe~~Vergütungsklasse angegeben. „Tage ohne Berechnung/Behandlung“ sind die Tage, die nicht vergütet werden (z.B. Tage der vollständigen Abwesenheit). Der tagesbezogene Entgeltbetrag für eine PEPP-Entgeltart (~~vergütungsstufenbezogen~~) wird ermittelt, indem die Bewertungsrelation nach Anlage 1a oder 2a des PEPP-Katalogs für die maßgebliche (nach Anzahl der Berechnungstage) ~~Vergütungsstufe~~Vergütungsklasse mit dem Basisentgeltwert multipliziert wird. Das Ergebnis wird kaufmännisch auf 2 Nachkommastellen gerundet. Die Multiplikation dieses Entgeltbetrages mit der Anzahl der zugehörigen Berechnungstage (Entgeltanzahl) geht in den Rechnungsbetrag (Segment REC) ein. Ist die Anzahl an Berechnungstagen größer als die für die relevante PEPP letzte ausgewiesene Vergütungsklasse im Katalog, wird für die Abrechnung die Bewertungsrelation der letzten ausgewiesenen Vergütungsklasse verwendet.

Beispiel A):

~~Aufnahme vollstationär:~~ ~~_____~~ ~~14.01.2013~~5

~~Tag mit vollständiger Abwesenheit:~~ ~~_____~~ ~~19.01.2013~~5

~~Entlassung vollstationär:~~ ~~_____~~ ~~24.01.2013~~5

~~BEW:~~ ~~_____~~ ~~250,00€~~

~~Das Gruppieren bei Entlassung ergibt das PEPP „PA01A“ (20135-Vergütungsstufe 1 = 101 bis 8 Tage bei 1,40730,9675 BWR/Tag, Vergütungsstufe 2 ab dem 9. Tag bei 0,9987 BWR/Tag)~~

1. ENT-Segment:

~~Entgeltart:~~ ~~_____~~ ~~A1PA01A1~~A

~~Entgeltbetrag:~~ ~~_____~~ ~~351,83~~241,88

~~Abrechnung von:~~ ~~_____~~ ~~14.01.2013~~5

~~Abrechnung bis:~~ ~~_____~~ ~~24.01.2013~~5

~~Entgeltanzahl:~~ ~~_____~~ ~~8~~10

~~Tage ohne Berechnung/Behandlung:~~ ~~_____~~ ~~1~~

2. ENT-Segment:

~~Entgeltart:~~ ~~_____~~ ~~A1PA01A2~~

~~Entgeltbetrag:~~ ~~_____~~ ~~249,68~~

~~Abrechnung von:~~ ~~_____~~ ~~23.01.2013~~

~~Abrechnung bis:~~ ~~_____~~ ~~23.01.2013~~

~~Entgeltanzahl:~~ ~~_____~~ ~~1~~

Beispiel B):

Aufnahme vollstationär: 14.01.2013
 1. Tag mit vollständiger Abwesenheit: 19.01.2013
 2. Tag mit vollständiger Abwesenheit: 22.01.2013
 Entlassung vollstationär: 24.01.2013
 BEW: 250,00€

Das Gruppieren bei Entlassung ergibt das PEPP „PA01A“ (2013 Vergütungsstufe 1= 1 bis 8 Tage bei 1,4073 BWR/Tag, Vergütungsstufe 2 ab dem 9. Tag bei 0,9987 BWR/Tag)

1. ENT-Segment:

Entgeltart: A1PA01A1
 Entgeltbetrag: 351,83
 Abrechnung von: 14.01.2013
 Abrechnung bis: 23.01.2013
 Entgeltanzahl: 8
 Tage ohne Berechnung/Behandlung: 2

Beispiel C):

Aufnahme vollstationär: 14.01.2013
 Tag mit vollständiger Abwesenheit: 22.01.2013
 Entlassung vollstationär: 24.01.2013
 BEW: 250,00€

Das Gruppieren bei Entlassung ergibt das PEPP „PA01A“ (2013 Vergütungsstufe 1= 1 bis 8 Tage bei 1,4073 BWR/Tag, Vergütungsstufe 2 ab dem 9. Tag bei 0,9987 BWR/Tag)

1. ENT-Segment:

Entgeltart: A1PA01A1
 Entgeltbetrag: 351,83
 Abrechnung von: 14.01.2013
 Abrechnung bis: 22.01.2013
 Entgeltanzahl: 8
 Tage ohne Berechnung/Behandlung: 1

~~Der Tag der vollständigen Abwesenheit vor Beginn der folgenden Vergütungsstufe ist im ersten ENT-Segment anzugeben, das zweite ENT-Segment beginnt mit dem ersten Berechnungstag der folgenden Vergütungsstufe.~~

~~2. ENT-Segment:~~

~~Entgeltart: A1PA01A2
 Entgeltbetrag: 249,68
 Abrechnung von: 23.01.2013
 Abrechnung bis: 23.01.2013
 Entgeltanzahl: 1~~

Beispiel C – Abrechnung von ergänzenden Tagesentgelten:

Aufnahme vollstationär: 14.01.2015
1:1 Betreuung (ET01): 16.01.2015
1:1 Betreuung (ET01): 21.01.2015
Entlassung vollstationär: 24.01.2015
BEW: 250,00€

Das Gruppieren bei Entlassung ergibt das PEPP „PA01A“ (2015-Vergütungsklasse = 11 bei 0,9675 BWR/Tag). Darüber hinaus ist das ergänzende Tagesentgelt „ET01.01“ (BWR 1,1613) zusätzlich zu PEPP „PA01A“ an den Tagen 16.01.2015 und 21.01.2015 abrechenbar

1. ENT-Segment:

Entgeltart: A1PA01AB
Entgeltbetrag: 241,88
Abrechnung von: 14.01.2015
Abrechnung bis: 24.01.2015
Entgeltanzahl: 11

2. ENT-Segment:

Entgeltart: C4ET0101
Entgeltbetrag: 290,33
Abrechnung von: 16.01.2015
Abrechnung bis: 16.01.2015
Entgeltanzahl: 1

3. ENT-Segment:

Entgeltart:	C4ET0101
Entgeltbetrag:	290,33
Abrechnung von:	21.01.2015
Abrechnung bis:	21.01.2015
Entgeltanzahl:	1

Es sind 3 ENT-Segmente tagesgenau zu übermitteln. In den REC-Rechnungsbetrag geht die Summe von 3.241,34 Euro (zzgl. evtl. abrechenbarer Zuschläge) ein.

Beispiel D Abrechnung von ergänzenden Tagesentgelten:

Aufnahme vollstationär:	14.01.2015
1:1 Betreuung (ET01):	16.01.2015
1:1 Betreuung (ET01):	17.01.2015
1:1 Betreuung (ET01):	21.01.2015
Entlassung vollstationär:	24.01.2015
BEW:	250,00€

Das Gruppieren bei Entlassung ergibt das PEPP „PA01A“ (2015-Vergütungsklasse = 11 bei 0,9675 BWR/Tag). Darüber hinaus ist das ergänzende Tagesentgelt „ET01.01“ (BWR 1,1613 je Tag) zusätzlich zu PEPP „PA01A“ an den Tagen 16.01.2015, 17.01.2015 und 21.01.2015 abrechenbar

1. ENT-Segment:

Entgeltart:	A1PA01AB
Entgeltbetrag:	241,88
Abrechnung von:	14.01.2015
Abrechnung bis:	24.01.2015
Entgeltanzahl:	11

2. ENT-Segment:

Entgeltart:	C4ET0101
Entgeltbetrag:	290,33
Abrechnung von:	16.01.2015
Abrechnung bis:	17.01.2015
Entgeltanzahl:	2

3. ENT-Segment:

Entgeltart:	C4ET0101
Entgeltbetrag:	290,33
Abrechnung von:	21.01.2015
Abrechnung bis:	21.01.2015
Entgeltanzahl:	1

Die zusammenhängend liegenden Tage mit ergänzenden Tagesentgelten können in einem zusammenhängenden ENT-Segment zusammengefasst werden. In den REC-Rechnungsbetrag geht die Summe von 3.531,67 Euro (zzgl. evtl. abrechenbarer Zuschläge) ein.

Beispiel E Abrechnung von ergänzenden Tagesentgelten:

Aufnahme vollstationär:	14.01.2015	
Intensivbehandlung 3-4 Merkmale (ET02.01)	14.01.2015	- (aus Segment FAB)
1 Tag mit vollständiger Abwesenheit	18.01.2015	- (aus FAB = `0003`)
Intensivbehandlung 4-5 Merkmale (ET02.02)	21.01.2015	- (aus Segment FAB)
Entlassung vollstationär:	24.01.2015	
BEW:	250,00€	

Das Gruppieren bei Entlassung ergibt das PEPP „PA01A“ (2015-Vergütungsklasse = 10 bei 0,9675 BWR/Tag). Darüber hinaus ist das ergänzende Tagesbezogene Entgelt „ET02.01“ (BWR 0,1898 je Tag) zusätzlich zu PEPP „PA01A“ an den Tagen 14.01.-17.01. (4x) und 19.01.-20.01. (2x) und das ergänzende Tagesbezogene Entgelt „ET02.02“ (BWR 0,2355) vom 21.01.-24.01. (4x) abrechenbar

1. ENT-Segment:

Entgeltart:	A1PA01AA
Entgeltbetrag:	241,88
Abrechnung von:	14.01.2015
Abrechnung bis:	24.01.2015
Entgeltanzahl:	10
Tage ohne Berechnung:	1

2. ENT-Segment:

Entgeltart:	C4ET0201
Entgeltbetrag:	47,45
Abrechnung von:	14.01.2015
Abrechnung bis:	20.01.2015

Entgeltanzahl: 6

Tage ohne Berechnung: 1

3. ENT-Segment:

Entgeltart: C4ET0202

Entgeltbetrag: 58,88

Abrechnung von: 21.01.2015

Abrechnung bis: 24.01.2015

Entgeltanzahl: 4

Die Tage mit ergänzenden Tagesentgelten können in einem zusammenhängenden ENT-Segment zusammengefasst werden, da diese durch die Angabe der „Tage ohne Berechnung“ (FAB: `0003`) die Tage der ET ermitteln werden können. Ein ET mit einem OPS, das einen Wochenbezug aufweist (z.B. Merkmale pro Woche) ist mit jedem Tag der Gültigkeit des OPS abrechenbar. Die Gültigkeit des OPS wird dem `Operationstag` im FAB Segment (Entlassungsanzeige) entnommen (der Gültigkeitszeitraum ergibt sich aus dem 1. Tag des OP-Tages aus FAB und dem Datum eines anderen OPS bzw. einer Entlassung). Tage ohne Berechnung sind in dem Feld `Tage ohne Berechnung` zu dokumentieren.

In den REC-Rechnungsbetrag geht die Summe von 2.939,02 Euro (zzgl. evtl. abrechenbarer Zuschläge) ein.

Beispiel F Abrechnung bei unterjährigem Budgetabschluss:

Aufnahme vollstationär: 22.09.2015

Entlassung vollstationär: 07.10.2015

BEW vor dem 01.10.2015 400,00€

BEW ab dem 01.10.2015 405,00€

Das Gruppieren bei Entlassung ergibt das PEPP „PA02B“ (2015-Vergütungsklasse = 16 bei 1,0623 BWR/Tag).

1. ENT-Segment:

Entgeltart: A1PA02BG

Entgeltbetrag: 424,92

Abrechnung von: 22.09.2015

Abrechnung bis: 30.09.2015

Entgeltanzahl: 9

2. ENT-Segment:

Entgeltart: A1PA02BG

Entgeltbetrag: 430,23

Abrechnung von: 01.10.2015

Abrechnung bis: 07.10.2015

Entgeltanzahl: 7

In den REC-Rechnungsbetrag geht die Summe von 6835,89 Euro (zzgl. evtl. abrechenbarer Zuschläge) ein.

Nachtrag 8**1.2.7 Entlassungsanzeige***wird wie folgt aktualisiert:*

...

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

~~Die weiteren Kann-Datenelemente in FAB-Segmenten sind bei folgenden Fallkonstellationen zu übermitteln:~~

- ~~• Operation, keine Fallpauschale/kein Sonderentgelt nach BpflV:
— Im Datenelement Diagnose ist die für den Operationseingriff maßgebliche Diagnose anzugeben. Im Datenelement Operation ist der für die Operation maßgebliche Operationenschlüssel anzugeben.~~
- ~~• Operation in Verbindung mit Fallpauschale/Sonderentgelt nach BpflV:
Im Datenelement Diagnose ist die für den Operationseingriff maßgebliche abrechnungsrelevante Diagnose anzugeben.~~

~~In beiden Fallkonstellationen kann zur Angabe weiterer Diagnosen und/oder Operationen das FAB-Segment mit identischem Fachabteilungsschlüssel wiederholt werden.~~

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

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

Die Entlassungsanzeige ist innerhalb von 3 Arbeitstagen nach Entlassung oder Verlegung, spätestens mit der Schlussrechnung zu übermitteln.

Bei Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers (Entlassungsgrund '05') kann die Entlassungsanzeige an die erste Krankenkasse auch früher – unmittelbar nach Beendigung der Leistungspflicht – übermittelt werden. Ausnahmeregelung: Bei Fallpauschalenpatienten und PEPP Patienten wird der gesamte Krankenhausfall (mit allen anfallenden Entgelten) mit dem Kostenträger abgerechnet, der die Kostenzusage erteilt hat.

Wurde für einen Patienten irrtümlich eine Entlassungsanzeige übermittelt, so kann diese mit dem Verarbeitungskennzeichen '40' (Storno einer Entlassungsanzeige) storniert oder mit dem Verarbeitungskennzeichen '20' nach der tatsächlichen Entlassung berichtigt werden. Wurde mit der irrtümlichen Entlassungsanzeige bereits eine Schlussrechnung übermittelt, so muss diese storniert werden, falls die Entlassungsanzeige storniert oder geändert werden soll. Erst nach der Gutschrift/Stornierung des Rechnungssatzes kann die Entlassungsanzeige storniert oder geändert und ein erneuter Rechnungssatz übermittelt werden.

BpflV (bei Anwendung §17d KHG):

Die Leistungen (Prozeduren) der vor- und nachstationären Behandlung sind bei der Gruppierung und Abrechnung des Behandlungsfalles nach PEPPV ~~2013~~ nicht zu berücksichtigen.

Nachtrag 9

1.2.8.1 Ambulante Operationen nach § 115b und Behandlungen nach § 116b SGB V

wird wie folgt aktualisiert:

...

§ 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 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 ambulanter spezialfachärztlicher Behandlung (Rechnungssatz und Zahlungssatz Ambulante Operation, siehe aber Abschnitt 1.2.8.3). Die Berücksichtigung von Rechnungen für ambulante Operationen in Sammelüberweisungen ist zulässig. Die Übermittlung von Zwischen- oder Nachtragsrechnungen ist nicht zulässig.

Das Verarbeitungskennzeichen im FKT-Segment ist hierbei mit „13“ (Normalfall- (spezialfachärztliche Leistungen nach § 116b SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO) anzugeben), um die Prüfungen nach dem Leistungskatalog nach § 115b SGB V in den Krankenkassenfachverfahren auszuschalten (Verarbeitungskennzeichen „43“ 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 anzugeben. Das Datenfeld „Leistungsart“ wird mit der Ausprägung „A2“ (Schlüssel 24) angegeben. Die Ausprägung erfolgt anhand der neu geschaffenen Leistungsbereichsziffern (Leistungen nach §116b SGB V in der ab dem 01.01.2012 geltenden Fassung), der entsprechend fortgeschrieben wird. Die Angabe des Leistungstages entfällt. Für die Nutzung und Bedruckung von Verordnungen und Vordrucken gilt die ASV-AV in ihrer jeweils geltenden Fassung. Sofern gemäß G-BA Konkretisierung des angegebenen Leistungsbereiches zusätzlich die Dokumentation einer schweren Verlaufsform erforderlich ist, erfolgt diese durch zusätzliche Angabe von weiteren Datenfeldern „Leistungsart“ mit ~~der~~ den Ausprägungen „A5“ und „A6“ (Schlüssel 24) und der Angabe der Schlüsselausprägung gemäß Schlüssel 28 und 29.

Spezialfachärztliche Leistungen, die erkrankungs- und leistungsbezogen gemäß Abschnitt 2 des Appendix der jeweiligen Konkretisierung aufgeführt sind und für die die Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM) gemäß § 116b Abs. 6 Satz 9 SGB V noch nicht durch den Bewertungsausschuss gemäß §87 Absatz 5a SGB V erfolgt ist, werden gemäß Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V vom 20.06.2014 vorübergehend anderweitige Gebührenpositionen vergütet. Hierzu werden diese in ENA im Feld `Entgeltart` an den ersten drei Stellen mit `000` und an der 4.-8. Stelle mit der 5stelligen Pseudoziffer gemäß Anlage 5 ASV-AV übermittelt. Im Feld `Abrechnungsbegründung` erfolgt die Angabe der den Leistungen des

Abschnitts 2 des Appendix entsprechenden Leistungen des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ. Der Investitionskostenabschlag gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V findet ebenfalls Anwendung.

...

Leistungsbereich „Tuberkulose und atypische Mykobakteriose“: Bei der Abrechnung von Kontaktpersonen mit Tuberkulose ist im Segment Behandlungsdiagnose `BDG` der ICD-Code Z20.1 (Kontakt mit und Exposition gegenüber Tuberkulose) anzugeben. Dabei stellt jede Kontaktperson einen eigenen Fall dar, die Abrechnung erfolgt über die (eigene) Krankenkasse der jeweiligen Kontaktperson. Bei Kontaktpersonen besteht kein Überweisungserfordernis.

...

Nachtrag 10**1.4.2 Teilstationäre Leistungen***wird wie folgt aktualisiert:*

...

Die Regelungen zum Wechsel von teil- und vollstationärer Behandlung in Bezug auf den Fallabschluss (Entlassungsanzeige und Schlussrechnung) der ersten Behandlung und Neuaufnahme (Aufnahmesatz mit neuer Fallnummer und Kostenübernahmeerklärung) der nachfolgenden Behandlung gelten auch im Geltungsbereich des KHEntg weiter. Als Entlassungsgrund für die erste Behandlungsart ist ‚22*~~9~~‘ (Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung) anzugeben.

...

Nachtrag 11

1.4.9 Abrechnung psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen gemäß BPfIV (bei Anwendung §17d KHG) *wird wie folgt aktualisiert:*

Mit der Einführung des Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (§17d KHG) ~~für das Jahr 2013~~ sind die bisherigen Regelungen zur Verlegung bzw. Wiederaufnahme gesondert zu den in Anlage 5 Abschnitt 1.4.4 – 1.4.6 beschriebenen Fallkonstellationen wie folgt zu regeln.

1.4.9.1 Rückverlegung oder Wiederaufnahme in den Entgeltbereich nach der BPfIV (bei Anwendung §17d KHG)

Wird ein Versicherter, für den Leistungen mit PEPP abgerechnet werden, in den DRG-Entgeltbereich oder einen Entgeltbereich für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG verlegt oder extern verlegt und danach zurückverlegt oder nach Entlassung wieder aufgenommen, ist eine Aufnahmeanzeige mit neuem krankenhausinternen Kennzeichen als neuer Krankenhausfall an die Krankenkasse zu übermitteln. Die Krankenkasse übermittelt hierauf eine Kostenübernahmeerklärung.

Bei Rückverlegungen/Wiederaufnahmen kann auf die Übermittlung eines neuen Aufnahmesatzes und die Vergabe eines neuen krankenhausinternen Kennzeichens verzichtet werden, wenn eine Neueinstufung vorzunehmen ist. Der erste Fall kann dann ggf. über ein Storno der Entlassungsanzeige fortgeführt werden.

Eine Neueinstufung mit Zusammenfassung der Falldaten ist unter folgenden Bedingungen durchzuführen:

Rückverlegung/Wiederaufnahme (nur für mit Bewertungsrelationen bewertete Entgelte)

1. ein Patient wird innerhalb von 21 Kalendertagen, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Entlassungstag der vorangegangenen Behandlung wieder aufgenommen und ist für den Wiederaufnahmefall in dieselbe Strukturkategorie einzustufen und
2. der Patient wird innerhalb von 120 Kalendertagen ab dem Aufnahmetag des ersten unter die Regelung der VPE fallenden Krankenhausaufenthaltes wieder aufgenommen.

Das Kriterium der Einstufung in dieselbe Strukturkategorie findet keine Anwendung, wenn Fälle aus unterschiedlichen Jahren zusammenzufassen sind (§ 2 Abs. 1 Satz 2 PEPPV-~~2013~~).

1.4.9.1.1 Keine Neueinstufung

Das Krankenhaus übermittelt nach Beendigung des Falles der Wiederaufnahme die Entlassungsanzeige und eine Schlussrechnung für den neuen Krankenhausfall an die Krankenkasse.

1.4.9.1.2 Neueinstufung

Erfolgt eine Neueinstufung auf der Grundlage der zusammengefassten Falldaten, ist der gesamte zusammengefasste Fall über das krankenhausinterne Kennzeichen des ersten Aufenthaltes abzuwickeln.

Ist für den ersten Aufenthalt bereits eine Schlussrechnung übermittelt worden, ist die Schlussrechnung mit dem Verarbeitungskennzeichen ,10' (Normalfall) und der Rechnungsart ,04' (Gutschrift / Stornierung) zu stornieren. Bei befristeter Kostenübernahme für den ersten Aufenthalt ist ggf. eine Verlängerungsanzeige zu übermitteln.

Falls für den ersten Aufenthalt bereits eine Entlassungsanzeige übermittelt worden ist, ist hierzu zunächst die Entlassungsanzeige mit Verarbeitungskennzeichen ,41' (Storno einer Entlassungsanzeige wegen Rückverlegung oder Wiederaufnahme) zu stornieren, um den Fallbezug zur ersten Aufnahme für die gesamte Falldokumentation herstellen zu können.

Mit den zusammengefassten Falldaten ist für den mit der ersten Aufnahme gemeldeten Fall eine erneute Entlassungsanzeige zu übermitteln. Dazu werden Prozeduren wie folgt zusammengefasst: Sämtliche Symptome/Diagnosen und Prozeduren sind auf den gesamten Abrechnungsfall zu beziehen. Das hat gegebenenfalls zur Folge, dass mehrere Prozeduren unter Addition der jeweiligen Mengenangaben zu einer Prozedur zusammenzuführen sind (siehe DKR-Psych., ~~Version 2013~~). Als Hauptdiagnose des zusammengeführten Falles ist die Hauptdiagnose des längsten Aufenthaltes zu wählen (§ 2 Abs. 3 PEPPV-~~2013~~). Bei mehr als zwei zusammenzuführenden Aufenthalten sind die Berechnungstage einzelner Aufenthalte mit gleicher Hauptdiagnose aufzusummieren und mit der Anzahl an Berechnungstagen der anderen Aufenthalte zu vergleichen. Ist die Anzahl der Berechnungstage für mehrere Hauptdiagnosen gleich hoch, so ist als Hauptdiagnose die Diagnose des zeitlich früheren Aufenthaltes zu wählen.

...

1.4.9.2 Entlassungen zum Jahresende für Zwecke der Abrechnung

Regelung für den Jahreswechsel 2013/ 2014:

Sofern ein im Vorjahr aufgenommenener Patient am 31.12.² des laufenden Jahres noch nicht entlassen wurde, erfolgt für Zwecke der Abrechnung eine Entlassung (Entlassungsgrund 25 – „Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr für Zwecke der Abrechnung – PEPP“) mit dem zum 31.12. des laufenden Jahres. Eine Fallzusammenführung findet nicht statt. Dies findet auch für vor dem Umstiegszeitpunkt aufgenommene Patienten mit einer Verweildauer am 31.12.2013 von mehr als 365 Tagen („Extremanglieger“) Anwendung. Als Entlassungstag ist dann der 31.12. zu verwenden.

Der 31. Dezember ist dabei ebenfalls ein Berechnungstag für die Schlussrechnung des mit Entlassungsgrund „25“ entlassenen Falls.

Für den fortgesetzten Aufenthalt ab dem 1. Januar des neuen Jahres wird ein neuer Aufnahmesatz (Aufnahmegrund: „01xx“) übermittelt. Die Abrechnung für das neue Jahr wird nach den dann gültigen Kodierregeln, ICD- und OPS-Katalogen und Entgeltkatalogen, beginnend mit der ersten Vergütungsstufe, durchgeführt. Für den fortgesetzten Aufenthalt wird bei Fallabschluss eine reguläre Entlassungsanzeige und Schlussrechnung übermittelt.

Diese Regelung findet letztmalig für den Jahreswechsel 2013/2014 Anwendung. Ab dem Jahreswechsel 2014/2015 gilt die o.g. Regelung mit der Ausnahme, dass gemäß § 4 Abs. 1 Satz 1 PEPPV der 31.12. kein Berechnungstag ist.

[Regelung ab dem Jahreswechsel 2015/2016](#)

[Sofern ein im Vorjahr aufgenommenener Patient am 31.12. des laufenden Jahres noch nicht entlassen wurde, erfolgt für Zwecke der Abrechnung eine Entlassung \(Entlassungsgrund 25 – „Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im](#)

² gemäß § 4 PEPPV 2013 erstmalig zum 31.12.2013 für vor dem Umstiegszeitpunkt aufgenommene Patienten

Vorjahr für Zwecke der Abrechnung – PEPP“) zum 31.12. des laufenden Jahres. Eine Fallzusammenführung findet nicht statt. Dies findet auch für vor dem Umstiegszeitpunkt aufgenommene Patienten mit einer Verweildauer am 31.12. des laufenden Jahres von mehr als 365 Tagen („Extremlanglieger“) Anwendung. Als Entlassungstag ist dann der 31.12. zu verwenden. Der 31. Dezember ist dabei ein Berechnungstag für die Schlussrechnung des mit Entlassungsgrund „25“ entlassenen Falls.

Für den fortgesetzten Aufenthalt ab dem 1. Januar des neuen Jahres wird ein neuer Aufnahmesatz (Aufnahmegrund: „01xx“) übermittelt. Die Abrechnung für das neue Jahr wird nach den dann gültigen Kodierregeln, ICD- und OPS-Katalogen und Entgeltkatalogen durchgeführt. Die Zählung der Berechnungstage beginnt mit dem 01.01. des Folgejahres neu. Für den fortgesetzten Aufenthalt wird bei Fallabschluss eine reguläre Entlassungsanzeige und Schlussrechnung übermittelt

1.4.9.3 Dialyse in eigener Dialyseeinrichtung

Für die Abrechnung von Dialyseleistungen in der eigenen Dialyseeinrichtung des Krankenhauses im Geltungsbereich des KHEntgG (§ 1 Abs. 8 PEPPV-~~2013~~) ist ein eigener Fall (interne Verlegung in den KHEntgG-Bereich) zu übermitteln.

Nachtrag 12**2.2 BDG Segment Behandlungsdiagnose***wird wie folgt geändert*

...

4. Teammitgliedsidentifikation

Bei der Abrechnung nach § 116b (neu) übermitteln Krankenhäuser [bei Überweisung innerhalb eines ASV-Teams](#) für die ~~behandelnden~~ [überweisenden](#) Krankenhausärzte die 9stellige Fachgruppennummer (vergeben bzw. bestätigt durch die ASV-Servicestelle) [bzw. die Arztnummer überweisenden Vertragsarztes](#) ~~je Entgeltart~~. Die Fachgruppennummer setzt sich wie folgt zusammen: Stellen 1 bis 6: Pseudo-Arztnummer „55555“, Stelle 7 Ordnungsnummer entsprechend der Reihenfolge in der Anzeige an die ASV-Servicestelle (KH-Zähler), Stellen 8 und 9: Fachgruppencode gemäß Schlüssel 27. Sonst bleibt das Feld leer.

Nachtrag 13**2.9 ENT Segment Entgelt (98 x / 99 x möglich)***wird wie folgt aktualisiert:*

...

3. Abrechnung von:

Das Feld enthält den ersten Tag, mit dem der Abrechnungszeitraum des Entgeltsegmentes beginnt.

Abrechnung von Fallpauschalen für Neugeborene (FP 16.01 und FP 16.02):

Es ist der erste Belegungstag auf der Säuglingsstation oder im Säuglingszimmer anzugeben.

Zuzahlungseinzugsverfahren bei vollstationären Patienten:

Für die Abrechnung der dem Krankenhaus im Rahmen des Zuzahlungseinzugsverfahrens entstandenen Kosten ist der Aufnahmetag des zugehörigen Krankenhauses anzugeben.

Abrechnung von PEPP:

~~Für die Abrechnung einer PEPP-Entgeltart ist der erste Kalendertag des Beginns der jeweiligen Vergütungsstufe anzugeben.~~

4. Abrechnung bis:

Das Feld enthält den letzten Tag, mit dem der Abrechnungszeitraum des Entgeltsegmentes endet.

Abrechnung von Fallpauschalen für Neugeborene (FP 16.01 und FP 16.02):

Es ist der letzte Belegungstag auf der Säuglingsstation oder im Säuglingszimmer anzugeben.

Zuzahlungseinzugsverfahren bei vollstationären Patienten:

Für die Abrechnung der dem Krankenhaus im Rahmen des Zuzahlungseinzugsverfahrens entstandenen Kosten ist der Tag vor der Entlassung des zugehörigen Krankenhauses anzugeben.

Abrechnung von PEPP:

Für die Abrechnung einer PEPP-Entgeltart ist der letzte Kalendertag der Zugehörigkeit in der jeweiligen ~~Vergütungsstufe~~ Vergütungsklasse, einschließlich der Tage der vollständigen Abwesenheit ~~vor Beginn der folgenden Vergütungsstufe, und des Entlassungstages (bei Entlassungsgrund 17 und 22 – interner Verlegung: der Tag vor dem Verlegungstag)~~ anzugeben.

Nachtrag 14**2.20 PRZ Segment Prozedur (30 x möglich)***wird wie folgt ergänzt:***1. Prozedur**

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement eine im Rahmen der ambulanten Krankenhausbehandlung durchgeführte Operation oder Prozedur. Sie ist mit dem amtlichen Operationenschlüssel nach § 301 SGB V (linksbündig ohne Sonderzeichen ‘.’ oder ‘-’) anzugeben. Im 2. Datenelement kann eine Lokalisation der Operation oder der Prozedur entsprechend der Spezifizierungen des amtlichen OP-Schlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Operation oder Prozedur relevant ist.

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

Hinweis bei Abrechnung von Behandlungen nach §§117-119 SGB V:

Die Prozedur muss anhand eines gültigen OPS-Kodes angegeben werden, sofern diese Angabe als Abrechnungsunterlage gemäß § 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V erforderlich ist. Eine OPS-Angabe, die über die Anforderungen des EBM hinausgeht, ist optional möglich. Ist in der Vergütungsvereinbarung ein OPS-Kode für ein Entgelt festgelegt, ist der OPS-Kode bei Abrechnung des Entgelts anzugeben.

[Bei vorbereitenden Untersuchungen, die im Zusammenhang mit einer geplanten Lebendspende im Rahmen der vertraglich vereinbarten ambulanten Behandlung in Hochschulambulanzen nach §117 SGB V durchgeführt werden \(Feld „Lebendspende = „J“\) ist im Segment PRZ als Standardwert einer der OPS-Kodes 8-979.* anzugeben.](#)