

## 7. Fortschreibung vom 8.12.2006 zur Fortschreibung der § 301-Vereinbarung vom 4.7.2005

mit Wirkung zum 1.10.2007

### Nachträge zu Anlage 1

#### Nachtrag 1

**Beispiel: Aufnahmesatz** *wird wie folgt geändert:*

#### **Beispiel: Aufnahmesatz**

UNH	Kopfsegment Absender und Nachrichtentyp	UNH	
	Nachrichtenreferenznummer	00001	
	Nachrichtenkennung	AUFN: <del>067</del> :000:00	
FKT	Segment Funktion	FKT	
	...		
INV	Segment Information Versicherter	INV	
	Krankenversicherten-Nr.	123456789012	
	Versichertenstatus	12345	
	Gültigkeit der Versichertenkarte	<del>061</del> <u>20712</u>	
	KH-internes Kennzeichen des Versicherten	A95-12345	
	Fallnummer der Krankenkasse	Angabe entfällt	
	Aktenzeichen der Krankenkasse	Angabe entfällt	
	Tag des Beginns des Versicherungsschutzes	Angabe entfällt	
	<u>Vertragskennzeichen</u>	-	
NAD	Segment Name/Adresse	NAD	
	Name des Versicherten	Meier	
	Vorname des Versicherten	Hugo	
	<u>Geschlecht</u>	<u>m</u>	
	Geburtsdatum des Versicherten	Angabe entfällt}	da Kranken-
	Straße und Haus-Nr.	Angabe entfällt}	versicherten-Nr. <del>und</del>
	Postleitzahl	Angabe entfällt}	<del>Versichertenstatus</del>
	Wohnort	Angabe entfällt}	vorhanden
	Titel des Versicherten	-	
	Internationales Länderkennzeichen	-	
DPV	Segment Diagnosen-/Prozedurenversion	DPV	
	ICD-Version	<del>2006</del> <u>2007</u>	
	OPS-Version	Angabe entfällt	
AUF	Segment Aufnahme	AUF	
	Aufnahmetag	<del>20060101</del> <u>20071001</u>	
	Aufnahmeuhrzeit	1120	
	Aufnahmegrund	0101	
	Fachabteilung	0700	
	Voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung	<del>20060109</del> <u>20071009</u>	
	Arztnummer des einweisenden Arztes	Angabe entfällt	
	IK des veranlassenden Krankenhauses	123456789	
	Veranlassende Stelle bei Notfallaufnahme	Angabe entfällt	
	Zahnarztnummer des einweisenden Zahnarztes	Angabe entfällt	
	Aufnahmegewicht	Angabe entfällt	
EAD	Segment Einweisungs- und Aufnahmediagnose	EAD	
	...		

UNH+00001+AUFN:067:000:00'  
 FKT+10+01+123456789+987654321'  
 INV+123456789012+12345+06120712+A95-12345'  
 NAD+Meier+Hugo+m'  
 DPV+20062007  
 AUF+2006010120071001+1120+0101+0700+2006010920071009++123456789'  
 EAD+M50.8:'  
 UNT+...

### Nachtrag 2

**AUFN, VERL, MBEG, RECH; ENTL, AMBO, ZGUT, KOUB, ANFM, ZAHL und ZAAO**

In allen Nachrichtentypen, die ein NAD-Segment enthalten, wird das Datenfeld „Geschlecht“ ergänzt:

NAD	Segment Name/Adresse	M	an3	'NAD'
	Name des Versicherten	M	an..47	
	Vorname des Versicherten	M	an..30	
	<u>Geschlecht</u>	<u>M</u>	<u>an1</u>	<u>Schlüssel 21</u>
	Geburtsdatum des Versicherten	K	an8	JJJJMMTT
	Straße und Haus-Nr.	K	an..30	
	Postleitzahl	K	an..7	
	Wohnort	K	an..25	
	Titel des Versicherten	K	an..17	
	Internationales Länderkennzeichen	K	an..3	Schlüssel 7

### Nachtrag 3

**AUFN, VERL, MBEG, RECH; ENTL, AMBO, ZGUT, KOUB, ANFM, ZAHL und ZAAO**

In allen Nachrichtentypen, die ein INV-Segment enthalten, wird die Feldlänge des Datenfeldes „Fall-Nummer der Krankenkasse“ wie folgt erhöht und das Datenfeld „Vertragskennzeichen“ wie folgt ergänzt:

INV	Segment Information Versicherter	M	an3	'INV'
	Krankenversicherten-Nr.	K	an..12	
	Versichertenstatus	K	an5	Schlüssel 12, '99999' bei Auslandsversicherten
	Gültigkeit der Versichertenkarte	K	an4	Bis-Datum (JJMM)
	KH-internes Kennzeichen des Versicherten	M	an..15	
	Fall-Nummer der Krankenkasse	K	an.. <del>12</del> 17	
	Aktenzeichen der Krankenkasse	K	an..8	
	Tag des Beginns des Versicherungsschutzes	K	an8	JJJJMMTT
	<u>Vertragskennzeichen</u>	<u>K</u>	<u>an..25</u>	

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

...

Seg- ment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
ENT	Segment Entgelt	M	an3	'ENT' ( <del>30x</del> <u>98x</u> möglich)
	Entgeltart	M	an8	Schlüssel 4
	...			

**Nachtrag 5****Entlassungsanzeige***wird wie folgt geändert:*

...

Seg- ment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
	...			
FAB	Segment Fachabteilung	M	an3	'FAB' ( <del>30x</del> <u>99x</u> möglich)
	Fachabteilung	M	an4	Schlüssel 6
	...			

**Nachtrag 6****Entlassungsanzeige***wird wie folgt ergänzt:*

...

Seg- ment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
	...			
NDG	Segment Nebendiagnose	K	an3	'NDG' ( <del>20x</del> <u>40x</u> möglich)
	...			

**Nachtrag 7****Zuzahlungsgutschrift***wird wie folgt ergänzt:***Zuzahlungsgutschrift / -rückforderung**

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
...				
RED	Segment Rechnungsdaten	M	an3	'RED'
	Rechnungsnummer	M	an..20	
	Gutschrifts-/ <u>Rückforderungs</u> datum	M	an8	JJJJMMTT
	Gutschrifts-/ <u>Rückforderungs</u> betrag	M	n..10	99999999,99
	<u>Referenznummer der Krankenkasse</u>	<u>K</u>	<u>an..20</u>	<u>Angabe entfällt</u>
	<u>Rechnungsart</u>	<u>M</u>	<u>an2</u>	<u>Schlüssel 11</u>
	<u>Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen</u>	<u>K</u>	<u>n..10</u>	<u>Angabe entfällt</u>
	<u>KH-internes Kennzeichen des Versicherten</u>	<u>K</u>	<u>an..15</u>	<u>Angabe entfällt</u>
	<u>IK des Krankenhauses für Zahlungsweg</u>	<u>K</u>	<u>an9</u>	<u>Wenn abweichend von FKT</u>

**Nachtrag 8****Kostenübernahmesatz***wird wie folgt geändert:*

...

*Hinweise:*

KOS [Kostenübernahme ab] : Leer bei Ablehnung

KOS [Kostenübernahme bis] : Soweit in dem Vertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V vorgesehen. Leer bei Ablehnung

KOS [Zuzahlungstage] : Leer bei teilstationärer Behandlung, Entbindung und bei Ablehnung

KOS [Höchstbetrag je Tag] : Gilt nur für ~~Bundes~~Knappschaft, siehe Schlüssel 8

**Nachtrag 9****Zahlungssatz***wird wie folgt ergänzt:*

...

Seg- ment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
ENT	Segment Entgelt	M	an3	'ENT' ( <del>30x</del> <u>99x</u> möglich)
	Entgeltart	M	an8	Schlüssel 4
	...			

**Nachtrag 10****Sammelüberweisung***wird wie folgt geändert:***Sammelüberweisung**

Seg- ment	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', <del>...</del>
	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
RED	Segment Rechnungsdaten	M	an3	'RED' ( <u>999x</u> möglich)
	Rechnungsnummer	M	an..20	
	Rechnungsdatum	M	an8	JJJJMMTT
	Rechnungsbetrag	M	n..10	99999999,99
	Referenznummer der Krankenkasse	K	an..20	
	<a href="#">Rechnungsart</a>	<a href="#">M</a>	<a href="#">an2</a>	<a href="#">Schlüssel 11</a>
	<a href="#">Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen</a>	<a href="#">M</a>	<a href="#">n..10</a>	<a href="#">99999999,99</a>
	<a href="#">KH-internes Kennzeichen des Versicherten</a>	<a href="#">M</a>	<a href="#">an..15</a>	
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
	<a href="#">Sammelbelegnummer</a>	<a href="#">M</a>	<a href="#">an..10</a>	

**Nachtrag 11**

Verwendung der Segmente

wird wie folgt ergänzt:

**Verwendung der Segmente**

		von Krankenhaus							von Krankenkasse				
		AUFN	VERL	MBEG	RECH	ENTL	AMBO	ZGUT	KOUB	ANFM	ZAHL	ZAAO	SAMU
<b>INV</b>	Segment Info. Versicherter	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	
	...												
<u>8</u>	<u>Vertragskennzeichen</u>	<u>K</u>	<u>K</u>	<u>K</u>	<u>K</u>	<u>K</u>	<u>K</u>	<u>K</u>	<u>K</u>	<u>K</u>	<u>K</u>	<u>K</u>	
	...												
<b>NAD</b>	Segment Name/Adresse	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	
1	Name des Versicherten	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	
2	Vorname des Versicherten	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	
<u>3</u>	<u>Geschlecht</u>	<u>M</u>	<u>M</u>	<u>M</u>	<u>M</u>	<u>M</u>	<u>M</u>	<u>M</u>	<u>M</u>	<u>M</u>	<u>M</u>	<u>M</u>	
<del>34</del>	Geburtsdatum des Vers.	K	K	K	K	K	K	K	K	K	-	-	
<del>45</del>	Straße und Haus-Nr.	K	K	K	K	K	K	K	K	K	-	-	
<del>56</del>	Postleitzahl	K	K	K	K	K	K	K	K	K	-	-	
<del>67</del>	Wohnort	K	K	K	K	K	K	K	K	K	-	-	
<del>78</del>	Titel des Versicherten	K	K	K	K	K	K	K	K	K	-	-	
<del>89</del>	Internat. Länderkennzeichen	K	K	K	K	K	K	K	K	K	-	-	
	...												
<b>RED</b>	Segment Rechnungsdaten							M					M
1	Rechnungsnummer							M					M
2	Rechnungs-/Gutschriftsdatum							M					M
3	Rechnungs-/Gutschriftsbetrag							M					M
4	Referenznummer der KK							<u>K</u>					K
<u>5</u>	<u>Rechnungsart</u>							<u>M</u>					<u>M</u>
<u>6</u>	<u>Rechn.betrag, angewiesen</u>							<u>K</u>					<u>M</u>
<u>7</u>	<u>KH-internes Kennzeichen</u>							<u>K</u>					<u>M</u>
<u>8</u>	<u>IK für Zahlungsweg</u>							<u>K</u>					
	...												
<b>UWD</b>	Segment Überweisungsdaten												M
1	Rechn.betrag, Summe												M
2	Rechn.betrag, angewiesen												M
3	IK für Zahlungsweg												K
<u>4</u>	<u>Sammelbelegnummer</u>												<u>M</u>
	...												

**Nachtrag 12**

Hinweise:

wird wie folgt geändert:

**Hinweise:**

INV Entweder INV-1 Muss-Datenelement

oder sofern INV-1 zum Zeitpunkt der Nachricht im Krankenhaus noch nicht vorliegt NAD-~~3~~4 + NAD-~~45~~

(sofern vorhanden) + NAD-~~56~~/NAD-~~8~~9 + NAD-~~6~~7 Muss-Datenelemente

INV-2 bis auf weiteres '99999' bei Auslandsversicherten, wenn keine KV-Karte vorhanden

NAD NAD-~~4~~5 ist bei Inlandsanschriften nicht immer vorhanden (kleine Gemeinden).

Bei Auslandsanschriften kann NAD-~~5~~6 entfallen (NAD-~~8~~9 vorhanden).

---

---

## Nachträge zu Anlage 2

---

---

### Nachtrag 13

**Schlüssel 4: Entgeltarten** *wird wie folgt ergänzt:*

#### **Schlüssel 4: Entgeltarten**

...

1. und 2. Stelle: **Entgeltschlüssel**

...

45 Wahlleistung Unterkunft (nur für Bundesknappschaft)

...

3. Stelle:

...

#### **Zusatzschlüssel für Entgelte für integrierte Versorgung nach § 140c SGB V / Modellvorhaben nach § 63 SGB V**

- 1 Ortskrankenkassen
- 2 Angestellten-Krankenkassen
- 3 Arbeiter-Ersatzkassen
- 4 Betriebskrankenkassen
- 5 Innungskrankenkassen
- 6 Bundesknappschaft
- 7 Landwirtschaftliche Krankenkassen
- 8 Seekrankenkasse

...

4. bis 8. Stelle:

...

#### **Wahlleistung Unterkunft (gilt nur für Bundesknappschaft)**

00001 Einbettzimmer-Zuschlag (wird bei Zahlung durch übernahmefähigen  
Zweibettzimmer-Zuschlag ersetzt)

...

**Nachtrag 14****Schlüssel 5: Entlassungs-/Verlegungsgrund***wird wie folgt ergänzt:***Schlüssel 5: Entlassungs-/Verlegungsgrund**

- |                 |           |  |
|-----------------|-----------|--|
| 1. u. 2. Stelle | 01        | Behandlung regulär beendet   |
|                 | ...       |  |
|                 | 18        | Rückverlegung  |
|                 | 19        | Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung  |
|                 | 20        | Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation                                 |
|                 | 21        | Entlassung <u>oder Verlegung</u> mit nachfolgender Wiederaufnahme                                  |
|                 | <u>22</u> | <u>Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung</u> |

**Nachtrag 15****Schlüssel 8: Merkmal Kostenübernahme***wird wie folgt geändert:***Schlüssel 8: Merkmal Kostenübernahme**

- ...
- |                |  |   |
|----------------|--|---|
| 3 u. 4. Stelle | <b>gilt nur für BundeskKnappschaft, sonst leer</b> |   |
|                | ...  |   |
|                | 21   | Übernahme der Kosten für die Unterbringung in einem Zweibettzimmer (ohne weitere gesondert berechenbare Zusatzleistungen) und für die Behandlung durch die liquidationsberechtigten Chefärzte/leitenden Krankenhausärzte nach dem Vertrag zwischen dem VLK und der BundeskKnappschaft in der jeweiligen Fassung auf Grund einer spezifizierten Rechnung   |
|                | ...  |   |
|                | 23   | Übernahme der Kosten für die Unterbringung in einem Zweibettzimmer (ohne weitere gesondert berechenbare Zusatzleistungen) bis zu einem Höchstbetrag - je Berechnungstag <u>–</u> von XXX,XX € und für die Behandlung durch die liquidationsberechtigten Chefärzte/leitenden Krankenhausärzte nach dem Vertrag zwischen dem VLK und der BundeskKnappschaft in der jeweiligen Fassung auf Grund einer spezifizierten Rechnung |
|                | ...  |   |
|                | 31   | Übernahme der Kosten für die Unterbringung in einem Zweibettzimmer (ohne weitere gesondert berechenbare Zusatzleistungen) abzüglich der Kosten der allgemeinen Krankenhausleistung und für die Behandlung durch die liquidationsberechtigten Chefärzte/leitenden Krankenhausärzte nach dem Vertrag zwischen dem VLK und der BundeskKnappschaft in der jeweiligen Fassung auf Grund einer spezifizierten Rechnung            |
|                | ...  |   |

- 33 Übernahme der Kosten für die Unterbringung in einem Zweibettzimmer (ohne weitere gesondert berechenbare Zusatzleistungen) abzüglich der Kosten der allgemeinen Krankenhausleistung bis zu einem Höchstbetrag - je Berechnungstag - von XXX,XX € und für die Behandlung durch die liquidationsberechtigten Chefarzte/leitenden Krankenhausärzte nach dem Vertrag zwischen dem VLK und der Bundesknappschaft in der jeweiligen Fassung auf Grund einer spezifizierten Rechnung

...

### Nachtrag 16

**Schlüssel 9: Verarbeitungskennzeichen**

*wird wie folgt ergänzt:*

### **Schlüssel 9: Verarbeitungszeichen**

- 10 Normalfall
- 11 [Ambulante statt stationäre Abrechnung \(durch Krankenhaus, nur für AMBO nach Fallstorno „35“\)](#)
- 20 Änderung
- 30 Fallstorno (durch Krankenhaus, nur über AUFN und AMBO)
- 31 KH-internes Kennzeichen des Versicherten fehlerhaft
- 32 IK des Krankenhauses fehlerhaft
- 33 Kostenträgerzuordnung nicht zutreffend
- 34 Softwarefehler
- 35 [Ambulante Abrechnung nach stationärer Aufnahme \(nur für AUFN\)](#)
- 40 Storno einer Entlassungsanzeige
- 41 Storno einer Entlassungsanzeige wegen Rückverlegung oder Wiederaufnahme

**Nachtrag 17****Schlüssel 10: Prüfungsvermerk***wird wie folgt geändert:***Schlüssel 10: Prüfungsvermerk**

- |                  |    |  |
|------------------|----|--|
| 1. und 2. Stelle | 01 | Rechnungsbetrag wird <del>anerkannt</del> <a href="#">angewiesen</a>   |
|                  | 02 | Rechnung wird zur Zeit geprüft (Zahlung / Abweisung erfolgt unverzüglich)  |
|                  | 03 | Rechnung wurde bereits bezahlt   |
|                  | 04 | Krankenkasse ist nicht Kostenträger  |
|                  | 05 | Rechnungsbetrag wird teilweise <del>anerkannt</del> <a href="#">angewiesen</a>   |
|                  | 06 | Es handelt sich bei der Erkrankung um einen Arbeitsunfall bzw. um eine Berufskrankheit. Berufsgenossenschaft ist zuständig                                     |
|                  | 07 | Es handelt sich um einen BVG-Fall, einen Grenzgänger oder einen Auslands-Versicherten oder einen sonstigen Regreßfall. Rechnung bitte zusätzlich in Papierform |

- |                  |                    |  |
|------------------|--------------------|--|
| <i>Hinweise:</i> | 04, 06             | Gelangt für Fälle zur Anwendung, bei denen ohne vorhergehenden Aufnahmesatz oder Kostenübernahmesatz eine Rechnung übermittelt wird.   |
|                  | <a href="#">05</a> | <a href="#">Gelangt für Fälle zur Anwendung, bei denen die Krankenkasse im Rahmen der Gesetzeslage, des Landesvertrages und aktueller Rechtsprechung eine vom Rechnungsbetrag abweichende Zahlung vornimmt, sowie für Fälle, in denen die Rechnung anerkannt wird und eine Kürzung auf Grund eines Abschlages erfolgt.</a> |

**Nachtrag 18****Schlüssel 11: Rechnungsart***wird wie folgt ergänzt:***Schlüssel 11: Rechnungsart**

- |           |                   |   |
|-----------|-------------------|---|
| 1. Stelle | 0                 | Zahlungssatz wird nicht angefordert   |
|           | 5                 | Zahlungssatz wird angefordert (nicht bei 2. Stelle 4 bis 8)                                   |
|           | <a href="#">8</a> | <a href="#">Zuzahlungsgutschrift (nur für Zuzahlungsgutschrift / -rückforderung)</a>          |
|           | <a href="#">9</a> | <a href="#">Rückforderung von Zuzahlungen (nur für Zuzahlungsgutschrift / -rückforderung)</a> |
| 2. Stelle | <a href="#">0</a> | <a href="#">(nur für Zuzahlungsgutschrift / -rückforderung)</a>                               |
|           | 1                 | Zwischenrechnung  |
|           | ...               | ...   |

**Nachtrag 19**

**Schlüssel 21: Geschlecht**

*wird neu eingefügt:*

**Schlüssel 21: Geschlecht**

m    männlich

w    weiblich

---



---

## Nachträge zu Anhang B zur Anlage 2

---



---

### Nachtrag 20

#### Inhaltsverzeichnis

...		
	WAHLEISTUNG UNTERKUNFT (NUR FÜR <b>BUNDESKNAPPSCHAFT</b> ).....	58
...		
		<b>Wahlleistung Unterkunft (nur für <b>Bundeskn</b>appschaft)</b>
45000001	Einbettzimmer-Zuschlag (wird bei Zahlung durch übernahmefähigen Zweibettzimmer-Zuschlag ersetzt)	
4500000[2-9]	Zweibettzimmer-Zuschlag, krankenhausindividuelle Staffelung	
...		
		<b>Entgelte für integrierte Versorgung</b>
611[00-99][000-ü ü ü]	Ortskrankenkassen	
612[00-99][000-ü ü ü]	Angestellten-Krankenkassen	
613[00-99][000-ü ü ü]	Arbeiter-Ersatzkassen	
614[00-99][000-ü ü ü]	Betriebskrankenkassen	
615[00-99][000-ü ü ü]	Innungskrankenkassen	
616[00-99][000-ü ü ü]	<b>Bundeskn</b> appschaft	
617[00-99][000-ü ü ü]	Landwirtschaftliche Krankenkassen	
618[00-99][000-ü ü ü]	Seekrankenkasse	
		<b>Entgelte für Modellvorhaben nach § 63 SGB V</b>
631[00-99][000-999]	Ortskrankenkassen	
632[00-99][000-999]	Angestellten-Krankenkassen	
633[00-99][000-999]	Arbeiter-Ersatzkassen	
634[00-99][000-999]	Betriebskrankenkassen	
635[00-99][000-999]	Innungskrankenkassen	
636[00-99][000-999]	<b>Bundeskn</b> appschaft	
637[00-99][000-999]	Landwirtschaftliche Krankenkassen	
638[00-99][000-999]	Seekrankenkasse	
...		

## Nachträge zu Anlage 4

### Nachtrag 21

#### Kap. 3, Abwicklung der Datenübermittlung

wird wie folgt ergänzt:

...

- (8) Der Absender ist über die festgestellten Mängel unverzüglich zu unterrichten. Dieser ist verpflichtet, seinerseits unverzüglich die zurückgewiesenen Daten zu berichtigen und die korrigierten Daten erneut zu übermitteln. Jede erneute Datenlieferung nach Rückweisung fehlerhafter Daten hat ggf. eine erneute Terminsetzung zur Folge. Die elektronische Zurückweisung von Fehlernachrichten (Nachrichtentyp „FEHL“ oder um FHL-Segmente ergänzte Nachrichten) ist zur Vermeidung von Endlosschleifen nicht zulässig.

...

### Nachtrag 22

#### Kap. 5.2, Struktur der Datei

wird wie folgt geändert:

...

#### Nachrichten-Kopfsegment

Segment/ Feldnr.	Feldbezeichnung	Feld- Art	Typ/Länge	Inhalt / Bemerkungen
UNH	Segmentbezeichner	M	an3	'UNH'
0062	Nachrichtenreferenznummer	M	an..14	5 Stellen fortlaufende Nummer (innerhalb UNB / UNZ)
S009	Nachrichtenkennung	M		Beispiel: 'AUFN:067:000:00'
0065	Nachrichtentyp-Kennung	M	an..6	'AUFN', 'VERL', 'MBEG', 'RECH', 'ENTL', 'AMBO', 'ZGUT', 'KOUB', 'ANFM', 'ZAHL', 'ZAAO', 'SAMU' oder 'FEHL'
0052	Versionsnummer des Nachrichtentyps	M	an..3	'067'
0054	Freigabenummer des Nachrichtentyps	M	an..3	'000'
0051	Verwaltende Organisation	M	an..2	'00'

## **Nachtrag 23**

### **Kap. 7.3.2, Änderung**

*wird wie folgt geändert:*

#### **7.3.2 Änderung**

Änderungen werden nachrichtenbezogen durchgeführt. Wurde z. B. bei einer ~~Krankenhausaufnahme~~ ~~Entlassung~~ die Fachabteilung in ~~dem Aufnahmesatz der Entlassungsanzeige~~ falsch verschlüsselt, so ist vom Krankenhaus über einen erneuten ~~Aufnahmesatz-Entlassungsanzeige~~ eine Änderung zu übermitteln. Im Funktionssegment (FKT) ist dann das Verarbeitungskennzeichen auf '20' zu setzen. Wurde jedoch bereits eine Schlussrechnung übermittelt, ist eine Änderung der Entlassungsanzeige erst nach erfolgter Gutschrift der Schlussrechnung zulässig.

Eine automatische Fortschreibung in andere Nachrichten erfolgt nicht. Diese sind ggf. ebenfalls mit dem Verarbeitungskennzeichen '20' zu ändern.

Eine Änderung des Aufnahmegrundes, des Aufnahmetages, der Aufnahmeuhrzeit oder einer Aufnahmediagnose eines Aufnahmesatzes ist nur dann zulässig, wenn es keine weiteren gültigen Nachrichten des Krankenhauses zu diesem Fall gibt. Wurde z. B. bereits eine Entlassungsanzeige zu diesem Fall übermittelt, ist zuerst die Entlassungsanzeige zu stornieren, bevor der Aufnahmesatz geändert werden darf.

## **Nachtrag 24**

### **Kap. 7.3.3, Fallstorno**

*wird wie folgt geändert:*

#### **7.3.3 Fallstorno**

In folgenden Fällen ist durch das Krankenhaus ein Fallstorno durchzuführen:

- ⇒ KH-internes Kennzeichen des Versicherten falsch
- ⇒ IK des Krankenhauses fehlerhaft
- ⇒ Kostenträgerzuordnung nicht zutreffend
- ⇒ Softwarefehler
- ⇒ Ambulante Abrechnung an Stelle eines gemeldeten stationären Falles

Das Fallstorno ist in der ersten Nachricht zu einem Fall (Aufnahmeanzeige oder Rechnungssatz Ambulante Operation) mitzuteilen. Im Funktionssegment (FKT) ist das Verarbeitungskennzeichen auf '30' bis '345' (siehe Schlüssel 9) zu setzen.

Die Fachverfahren der Krankenkassen stellen bei einem Fallstorno sicher, ~~daß-~~dass alle bisher übermittelten ~~und ggf. noch folgenden~~ Nachrichten zum Fall als ungültig gekennzeichnet werden. Die Übermittlung von weiteren Nachrichten zu einem stornierten Fall (z.B. Rechnungsstorno) ist nicht zulässig.

## Nachtrag 25

### **Kap. 7.3.6, Gutschrift**

*wird wie folgt geändert:*

#### **7.3.6 Gutschrift**

Ist eine Gutschrift erforderlich, so wird diese über den Schlüssel 11 (Rechnungsart '04') mit dem Verarbeitungskennzeichen '10' (Normalfall) übermittelt, die laufende Nummer in FKT wird um 1 erhöht. Der gutgeschriebene ursprünglich in Rechnung gestellte Rechnungsbetrag wird entsprechend dem EDIFACT-Standard ohne Vorzeichen übermittelt.

...

## Nachtrag 26

### **Kap. 9.1, Annahmestellen bei den Krankenkassen**

*wird wie folgt geändert:*

...

#### **Bundesknappschaft:**

- 1 Annahmestelle (ohne Entschlüsselungsberechtigung)
- 1 Vorprüfstelle

#### **Landwirtschaftliche Krankenkassen:**

- 1 Annahmestelle (ohne Entschlüsselungsberechtigung)
- 1 Vorprüfstelle

#### **See-Krankenkasse:**

- 1 Annahme- und Vorprüfstelle (mit Entschlüsselungsberechtigung)

Annahmestelle der Innungskrankenkassen, der Bundesknappschaft und der landwirtschaftlichen Krankenkassen:

- T-Systems **ISTS** GmbH
  - für Datenträgerannahme 71027 Böblingen
  - für DFÜ 0800 / 3324785 (DAV-Hotline)
  - dort wird die aktuelle DFÜ-Telefonnummer bekanntgegeben -

...

---

---

## Nachträge zu Anlage 5

---

---

### Nachtrag 27

#### **Kap. 1.2.1, Aufnahmesatz**

*wird wie folgt ergänzt:*

...

Findet während einer noch nicht abgeschlossenen teilstationären Behandlung eine Aufnahme zur vollstationären Behandlung statt (oder umgekehrt), ist für den Patienten ein gesonderter Aufnahmesatz mit neuem KH-internen Kennzeichen zu übermitteln. Die teilstationäre und vollstationäre Behandlung wird entsprechend dem KH-internen Kennzeichen getrennt bei der Übermittlung abgewickelt (Ausnahme: teilstationäre Dialyse bei vollstationärer Behandlung (§ 14 Abs. 2 Satz 4 bzw. § 14 Abs. 6 Nr. 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)). Wird ein teilstationärer Quartalsfall durch eine vollstationäre Behandlung lediglich unterbrochen, kann der teilstationäre Fall ohne Wechsel des KH-internen Kennzeichens nach Beendigung der vollstationären Behandlung fortgeführt werden. Der erste Aufenthalt darf hierzu nicht durch eine Entlassungsanzeige abgeschlossen sein.

...

Tritt während der mittels tagesbezogener Entgelte nach § 6 Abs 1 des KHEntgG, tagesbezogener teilstationärer Fallpauschalen oder mit Pflegesätzen nach BPflV vergüteten Behandlung ein Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers ein, wird an die dann zuständige Krankenkasse ein Aufnahmesatz übermittelt, der in Schlüssel 1 (Aufnahmegrund) den Zuständigkeitswechsel durch eine "2" in der 3. Stelle ausweist. Die Kosten der einzelnen Belegungstage sind mit dem Kostenträger abzurechnen, der am Tag der Leistungserbringung leistungspflichtig war. ~~Ausnahmeregelung: Bei Tritt hingegen bei Fallpauschalenpatienten während der stationären Behandlung ein Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers ein,~~ wird der gesamte Krankenhausfall (mit allen anfallenden Entgelten) mit dem Kostenträger abgerechnet, ~~der die Kostenzusage erteilt hat~~ am Tag der Aufnahme leistungspflichtig war.

...

Stellt das Krankenhaus fest, ~~daß~~dass ein Aufnahmesatz (und ggf. folgende Sätze) zu einem Behandlungsfall mit falschen identifizierenden Merkmalen (KH-internes Kennzeichen des Versicherten und/oder IK des Krankenhauses falsch) übermittelt wurde(n), oder, ~~daß~~dass die Kostenträgerzuordnung nicht zutreffend ist oder ein Softwarefehler vorliegt oder die Abrechnung als ambulante Leistung erfolgen muss, sind die bis dahin zu dem Behandlungsfall übermittelten Daten durch ein Fallstorno zu stornieren. Ein Fallstorno wird über einen Aufnahmesatz mit dem Verarbeitungskennzeichen 30/31/32/33/34/35 in dem Segment FKT vorgenommen. Die Daten zu dem Behandlungsfall sind danach von Anfang an mit den korrekten Angaben zu übermitteln.

Eine Änderung des Aufnahmegrundes, des Aufnahmetages, der Aufnahmeuhrzeit oder einer Aufnahmediagnose eines Aufnahmesatzes ist nur dann zulässig, wenn es keine weiteren gültigen Nachrichten des Krankenhauses zu diesem Fall gibt. Wurde z. B. bereits eine Entlassungsanzeige zu diesem Fall übermittelt, ist zuerst die Entlassungsanzeige zu stornieren, bevor der Aufnahmesatz geändert werden darf.

## **Nachtrag 28**

### **Kap. 1.2.4, Rechnungssatz**

*wird wie folgt ergänzt:*

#### **1.2.4 Rechnungssatz**

...

Bei Zwischenrechnungen werden Rechnungssätze jeweils für zeitlich aufeinanderfolgende, abgegrenzte Abrechnungszeiträume übermittelt. Die Beträge von prozentualen Zu- oder Abschlägen sind hierbei auf die je Zwischen- oder Schlussrechnung angegebenen Entgelte zu beziehen. Der gesamte Abrechnungs-betrag ergibt sich aus der Summe aller in Rechnungssätzen (Zwischenrechnungen und Schlussrechnung) berechneten Entgelte. Die Rechnungsnummer ist hierbei für jede Einzelrechnung (Zwischen-, Schluss-, Nachtragsrechnung oder auch Zuzahlungsgutschrift) eindeutig zu vergeben, insbesondere um eine eindeutige Identifikation in einer Sammelrechnung zu ermöglichen. Einmal vergebene Rechnungsnummern dürfen auch nach Rechnungs- oder Fallstornierungen nicht wiederverwendet werden.

Jeder Abrechnung-stationäre Krankenhausfall ist mit einer Schlussrechnung abzuschließen, der in Bezug auf den in der Schlussrechnung gemeldeten Abrechnungszeitraum nur noch Nachtragsrechnungen folgen dürfen. Für den Fall, dass der gesamte Abrechnungszeitraum bereits in Zwischenrechnungen in Rechnung gestellt worden ist, ist die letzte Zwischenrechnung gutzuschreiben / zu stornieren und eine Schlussrechnung für diesen Abrechnungszeitraum zu erstellen. Der Rechnungsbetrag der Gutschrift / Stornierung ist ohne Vorzeichen zu übermitteln.

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

Bei der Rechnungslegung für nachstationäre Behandlungen sind die nachstationären Behandlungen innerhalb der oberen Grenzverweildauer und die außerhalb der oberen Grenzverweildauer einer in Rechnung gestellten Fallpauschale in zwei getrennten ENT-Segmenten anzugeben.

Im DRG-Entgeltsystem nach KHEntgG ist die Abrechnung von Pflegesätzen bei Beurlaubung nicht zulässig. Die Beurlaubungstage sind als Tage ohne Berechnung anzugeben. Bei Abrechnung nach BPfIV können Pflegesätze bei Beurlaubungen vereinbart werden. In diesem Falle wird für den Beurlaubungszeitraum der Pflegesatz für Beurlaubung (Stellen 1 bis 2 des Entgeltschlüssels gleich „43“) ohne weitere Entgelte mit Ausnahme von allgemeinen Zu- und Abschlägen (Stellen 1 bis 2 des Entgeltschlüssels gleich „45“ bis „48“) in Rechnung gestellt.

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.

## **Nachtrag 29**

### **Kap. 1.2.6, Zuzahlungsgutschrift**

*wird wie folgt geändert:*

#### **1.2.6 Zuzahlungsgutschrift / -rückforderung**

Mit der Zuzahlungsgutschrift kann das Krankenhaus Gutschriften für nachträglich nach Erstellung der Schlussrechnung geleistete Zuzahlungen übermitteln, landesvertragliche Regelungen bleiben unberührt. Jede Zuzahlungsgutschrift wird durch eine eigene Rechnungsnummer identifiziert. Der gutzuschreibende Zuzahlungsbetrag wird im Datenfeld ‚Gutschriftsbetrag‘ ohne Vorzeichen übermittelt. Als Rechnungsart ist „80“ (Zuzahlungsgutschrift) anzugeben.

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

Wurde eine Zuzahlungsgutschrift irrtümlich an die Krankenkasse übermittelt oder ein höherer Zuzahlungsbetrag im Rechnungssatz angegeben, als tatsächlich vom Patienten geleistet wurde (z.B. Regelung durch den Vertrag nach § 112 SGB V in Hamburg), kann der gutgeschriebene Betrag durch Übermittlung des Nachrichtentyps „Zuzahlungsgutschrift /-rückforderung“ mit der Rechnungsart „90“ (Rückforderung von Zuzahlungen) vom Krankenhaus zurückgefordert werden. Während von der in einem Rechnungssatz angegebenen Zuzahlung ein Teilbetrag zurückgefordert werden kann, ist eine Zuzahlungsgutschrift stets in vollständiger Höhe zurückzufordern und gegebenenfalls ein Restbetrag durch erneute Übermittlung einer weiteren Zuzahlungsgutschrift gutzuschreiben. Für die Rückforderung von Zuzahlungen ist eine eigene Rechnungsnummer zu verwenden.

## **Nachtrag 30**

### **Kap. 1.2.7, Entlassungsanzeige**

*wird wie folgt geändert:*

#### **1.2.7 Entlassungsanzeige**

Mit der Entlassungsanzeige meldet das Krankenhaus der Krankenkasse die Entlassung oder externe Verlegung des Versicherten aus der voll- oder teilstationären Behandlung sowie die interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG 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 TPG“). Hiermit wird der Fall für die Direktabrechnung mit der Krankenkasse abgeschlossen.

Die internen Verlegungen werden für jede behandelnde Fachabteilung (bei Rückverlegungen mehrfach) je Belegungszeitraum mit Angabe des Verlegungstages, der jeweiligen Hauptdiagnose und bis zu jeweils ~~20~~ 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 ~~20~~ 40 Nebendiagnosen zur Hauptdiagnose mit Hilfe des Segmentes NDG angegeben werden.

...

Die FAB-Segmente enthalten als Muss-Segmente alle behandelnden Fachabteilungen, ~~die mit den Fachabteilungen im ETL-Segment korrespondieren~~. Bei interner Rückverlegung ist ein erneutes FAB-Segment nicht zwingend erforderlich.

...

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. ~~Wird die Entlassungsanzeige mit Verarbeitungskennzeichen ‘20’ berichtigt, kann eine bereits übermittelte Schlussrechnung storniert werden oder die weitere Abrechnung über eine Nachtragsrechnung zur Schlussrechnung (Rechnungsart ‘03’) erfolgen~~. Erst nach der Gutschrift/Stornierung des Rechnungssatzes kann die Entlassungsanzeige storniert oder geändert und ein erneuter Rechnungssatz übermittelt werden.

## Nachtrag 31

### **Kap. 1.2.8, Rechnungssatz Ambulante Operation**

*wird wie folgt ergänzt:*

#### **1.2.8 Rechnungssatz Ambulante Operation**

...

Bei ambulanten Operationen werden alle Informationen an die Krankenkasse über den Rechnungssatz Ambulante Operation übermittelt, ein Aufnahmesatz oder eine Entlassungsanzeige ~~wird werden~~ nicht erstellt und sind in Verbindung mit dem Nachrichtentyp „AMBO“ nicht zulässig. Die Berücksichtigung von Rechnungen für ambulante Operationen in Sammelüberweisungen ist zulässig.

...

## **Nachtrag 32**

### **Kap. 1.3.1, Kostenübernahmesatz**

*wird wie folgt geändert:*

#### **1.3.1 Kostenübernahmesatz**

...

Für Versicherte der **Bundeskn**appschaft sind besondere Regelungen zu beachten.

## **Nachtrag 33**

### **Kap. 1.3.3, Sammelüberweisung**

*wird wie folgt ergänzt:*

#### **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 Verpflichtung der Krankenkasse zur Übermittlung eines Zahlungssatzes bei vom Rechnungsbetrag abweichendem Zahlungsbetrag bleibt von der Übermittlung einer Sammelüberweisung unberührt.

**Nachtrag 34****Kap. 1.3.4, Zahlungssatz***wird wie folgt ergänzt:***1.3.4 Zahlungssatz**

Mit dem Zahlungssatz teilt die Krankenkasse dem Krankenhaus mit, ob der in Rechnung gestellte Abrechnungsbetrag zur Zahlung angewiesen ist, ob noch eine Prüfung erfolgt, oder aus welchem Grund die Rechnung abgelehnt wird (Schlüssel 10). Der Zahlungssatz **muss** übermittelt werden, wenn der Zahlungsbetrag vom Rechnungsbetrag abweicht (Schlüssel 10 = '05'), eine Rechnung in Papierform angefordert wird (Schlüssel 10 = '07') oder im Fall einer Ablehnung (Schlüssel 10 = '04' oder '06'). Ansonsten kann er vom Krankenhaus im Rechnungssatz angefordert werden (Schlüssel 11, 1. Stelle = '5').

Stellt eine Krankenkasse bei der Rechnungsprüfung im Rahmen der Gesetzeslage, des Landesvertrages und der aktuellen Rechtsprechung Fehler in der Rechnungslegung fest, kann sie von einem Fehlerverfahren absehen und mit dem Prüfungsvermerk '05' den ~~Bei einem~~ vom Rechnungsbetrag abweichenden Zahlungsbetrag übermitteln. Wird die Rechnung prinzipiell anerkannt und erfolgt eine Kürzung des Rechnungsbetrages auf Grund eines Abschlages, so übermittelt die Krankenkasse ebenfalls mit dem Prüfungsvermerk '05' den vom Rechnungsbetrag abweichenden Zahlungsbetrag. In diesen Fällen übermittelt die Krankenkasse alle Entgeltsegmente mit den Dateninhalten, die dem zur Zahlung angewiesenen Betrag zugrundeliegen, sofern dieser ungleich Null ist.

**Nachtrag 35****Kap. 2.5, DPV****Segment Diagnosen- und Prozedurenversion***wird wie folgt geändert:***2.5 DPV Segment Diagnosen- und Prozedurenversion**

...

**2. OPS-Version (~~nur bei Entlassungsanzeige~~)**

...

**Nachtrag 36****Kap. 2.9, ENT****Segment Entgelt***wird wie folgt ergänzt:***2.9 ENT Segment Entgelt (~~30x~~ 98x / 99x möglich)**

...

**Nachtrag 37**

Kap. 2.12, FAB Segment Fachabteilung (10 x / 30 x möglich)

*wird wie folgt ergänzt:***2.12 FAB Segment Fachabteilung (10 x / ~~30~~99 x möglich)**

...

**7. Operation**

...

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

Prozeduren, die im Rahmen der vor- bzw. nachstationären Behandlung erbracht werden, dürfen nur dann angegeben werden, ~~wenn~~soweit und solange die vor- bzw. nachstationäre Behandlung nicht gesondert vergütet wird ([§ 1 Abs. 6 Satz 4 FPV](#)).

...

**Nachtrag 38**

Kap. 2.15, INV Segment Information Versicherter

*wird wie folgt ergänzt:***2.15 INV Segment Information Versicherter**

...

**8. Vertragskennzeichen**

Erfolgt die Behandlung und/oder Abrechnung auf Basis individueller Verträge (z.B. integrierte Versorgung oder DMP) ist das Vertragskennzeichen des zu Grunde liegenden Vertrages anzugeben.

**Nachtrag 39**

Kap. 2.16, KOS Segment Kostenübernahme

*wird wie folgt geändert:***2.16 KOS Segment Kostenübernahme**

...

**6. Höchstbetrag je Tag**

Das Feld hat nur für Versicherte der ~~Bundes~~Knappschaft Bedeutung (siehe Schlüssel 8).

**Nachtrag 40**

**Kap. 2.17, NAD**      **Segment Name/Adresse**                      *wird wie folgt ergänzt:*

**2.17 NAD Segment Name/Adresse****1. Name des Versicherten****2. Vorname des Versicherten**

Bei Neugeborenen (eigener Fall) , bei denen der Vorname noch nicht bekannt ist, ist 'Säugling m' für männliche und 'Säugling w' für weibliche Säuglinge anzugeben.

**3. Geschlecht**

Schlüssel: **21**

Es ist mit „w“ für weiblich oder „m“ für männlich das Geschlecht des Versicherten anzugeben.

**34. Geburtsdatum des Versicherten**

Für Versicherte, deren Geburtsdatum nicht bekannt ist, sind zum Teil Krankenversichertenkarten mit Geburtsdatum '00.00.xxxx' vorhanden ('xxxx' = tatsächliches oder angebliches Geburtsjahr).

**45. Straße und Haus-Nr.**

(Bei Inlandsanschriften in kleinen Gemeinden nicht immer vorhanden.)

**56. Postleitzahl**

Es ist die 5-stellige Postleitzahl als Bestandteil der Postanschrift des Versicherten anzugeben.

Bei Auslandsanschriften kann sie entfallen (NAD-~~8~~-9 vorhanden und nicht 'D') oder bis zu 7 Stellen lang sein.

**67. Wohnort****78. Titel des Versicherten****89. Internationales Länderkennzeichen**

Schlüssel: **7**

Das internationale Länderkennzeichen ist Bestandteil der Postanschrift bei im Ausland wohnhaften Versicherten.

Wird im Segment INV die Krankenversicherten-Nr. übermittelt, so können in NAD die Nr.~~3~~-4 bis Nr.~~8~~-9 entfallen.

Name und Vorname des Versicherten sind in NAD immer zu übermitteln.

**Nachtrag 41**

**Kap. 2.18, NDG**      **Segment Nebendiagnose**                      *wird wie folgt ergänzt:*

**2.18 NDG Segment Nebendiagnose (~~20x~~-40 x möglich)**

...

**Nachtrag 42**

**Kap. 2.22, RED** Segment Rechnungsdaten (1 x / 99 x möglich) *wird wie folgt ergänzt:*

**2.22 RED Segment Rechnungsdaten (1\_x / 99\_x möglich)**

...

**5. Rechnungsart**Schlüssel: 11

Die Rechnungsart enthält die Information, ob es sich bei dem übermittelten Datensatz um eine Rechnung, Gutschrift o. ä. handelt. Sie ist der ursprünglichen Rechnung des Krankenhauses zu entnehmen. Für Zuzahlungsgutschriften ist als Rechnungsart '80' (Zuzahlungsgutschrift) oder '90' (Rückforderung von Zuzahlung) zu verwenden.

**6. Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen (nur bei Sammelüberweisung)**

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

**7. KH-internes Kennzeichen des Versicherten (nur bei Sammelüberweisung)**

Das krankenhausinterne Kennzeichen dient mit dem IK des Krankenhauses zur eindeutigen Bestimmung des Behandlungsfalls zur aufgeführten Rechnung. Es ist dem INV-Segment der ursprünglichen Rechnung des Krankenhauses zu entnehmen.

**8. IK des Krankenhauses für Zahlungsweg (nur Zuzahlungsgutschrift / -rückforderung)**

Über das Institutionskennzeichen des Krankenhauses wird auch die Konto-Nr. und Bankleitzahl zugeordnet. Soll der Rechnungsbetrag abweichend von dem in dem IK des Krankenhauses im Segment FKT angegebenen Zahlungsweg auf ein anderes Konto überwiesen werden, dient das Feld "IK des KH für Zahlungsweg" zur Angabe des abweichenden Zahlungsweges. Voraussetzung ist, dass das Krankenhaus über ein gültiges weiteres Institutionskennzeichen verfügt.

**Nachtrag 43**

**Kap. 2.25, UWD** Segment Überweisungsdaten *wird wie folgt ergänzt:*

**2.25 UWD Segment Überweisungsdaten**

...

**4. Sammelbelegnummer**

Die Sammelbelegnummer dient zur eindeutigen Bestimmung der Überweisung. Sie wird von der Krankenkasse vergeben.

**Nachtrag 44**

**Allgemeiner Hinweis**                      *wird wie folgt ergänzt:*

**Allgemeiner Hinweis:**

Datenfelder, die von einem Absender erstmalig gefüllt werden, müssen in einer vom Empfänger zurückzu-übermittelnden Nachricht unverändert erhalten bleiben (z. B. KH-internes Kennzeichen des Versicherten, Fallnummer und Aktenzeichen der Krankenkasse, Rechnungsnummer des Krankenhauses).

Für die Versichertendaten der Krankenkasse gelten besondere Regelungen (siehe Anlage 4, Abschnitt 7.4).

[Zur Verwendung von Verarbeitungskennzeichen und laufender Nummer des Geschäftsvorfalles im FKT-Segment siehe Beispiele in Anhang D.](#)



## Beispiele zur Verwendung von Verarbeitungskennzeichen (VKZ) und laufender Nummer des Geschäftsvorfalles (lfd.-Nr.)

Im Folgenden sind beispielhaft grundlegende Situationen im Änderungs- und im Fehlerverfahren für die von Krankenhäusern verwendeten Nachrichtentypen beschrieben. Die Übermittlung der Nachrichten erfolgt zeitlich je Beispiel in der aufgeführten Reihenfolge. Die Fehlermeldungen werden von der Krankenkasse an das Krankenhaus übermittelt, alle anderen Nachrichten werden vom Krankenhaus gesendet.

### 1. Aufnahmesatz

Nachrichtentyp	VKZ	Lfd.-Nr.	Rechnungsnummer	Rechnungsart	Beschreibung
<b>Änderung</b>					
AUFN	10	01			Erstmeldung
AUFN	20	01			1. Änderung
AUFN	20	01			2. Änderung
<b>Fallstorno</b>					
AUFN	10	01			Erstmeldung
AUFN	{30-35}	01			Fallstorno
<b>Fehlerhafte Meldung</b>					
AUFN	10	01			Erstmeldung mit Fehler
AUFN(FHL)	10	01			Fehlermeldung
AUFN	10	01			Erstmeldung ohne Fehler
<b>Fehlerhafte Änderung</b>					
AUFN	10	01			Erstmeldung
AUFN	20	01			Änderung mit Fehler
AUFN(FHL)	20	01			Fehlermeldung
AUFN	20	01			Änderung ohne Fehler
<b>Fehlerhafte Stornierung</b>					
AUFN	10	01			Erstmeldung
AUFN	{30-35}	01			Fallstorno mit Fehler
AUFN(FHL)	{30-35}	01			Fehlermeldung
AUFN	{30-35}	01			Fallstorno ohne Fehler

Nachrichtentyp	VKZ	Lfd.-Nr.	Rechnungsnummer	Rechnungsart	Beschreibung
Änderung einer fehlerhaften Meldung durch das Krankenhaus; Fehlermeldungen zur ersten Meldung und zur Änderungsmeldung (kein zu ändernder Datensatz vorhanden) durch die Krankenkasse					
AUFN	10	01			Erstmeldung mit Fehler
AUFN(FHL)	10	01			Fehlermeldung
AUFN	20	01			Änderung
AUFN(FHL)	20	01			Fehlermeldung (zu ändernde Nachricht nicht vorhanden)
AUFN	10	01			Erstmeldung ohne Fehler

Anmerkung:

Abweichend von den obigen Beispielen dürfen bei Meldungen von Neugeborenen Änderungsmeldungen zum Aufnahmegrund („0601 Geburt“ oder „01xx Krankenhausbehandlung, vollstationär“) nicht versendet werden. Hierzu ist zunächst der Aufnahmesatz durch ein Fallstorno zu stornieren und die Aufnahme als neuer Fall zu übermitteln. Ist das Neugeborene bei der selben Krankenkasse wie die Mutter versichert, muss ein geändertes KH-internes Kennzeichen des Versicherten verwendet werden.

## 2. Verlängerungsanzeige (analog Medizinische Begründung)

Hinweis:

Wiederholte Verlängerungen sollen nicht durch Änderungsmeldung einer vorangegangenen Verlängerungsanzeige, sondern durch eine neue Meldung mit Verarbeitungskennzeichen „10“ und erhöhter Laufender Nummer des Geschäftsvorfalles übermittelt werden. (Anlage 5, Abschnitt 1.2.2)

Nachrichtentyp	VKZ	Lfd.-Nr.	Rechnungsnummer	Rechnungsart	Beschreibung
<b>Änderungen zu mehrfachen Verlängerungszeiträumen</b>					
VERL	10	01			Erstmeldung
VERL	20	01			Änderung
VERL	10	02			2. Meldung (neuer Zeitraum)
VERL	10	03			3. Meldung (neuer Zeitraum)
VERL	20	02			Änderung zu 2. Zeitraum
<b>Stornierung einer Verlängerungsanzeige; nur durch Fallstorno über den Aufnahmesatz möglich</b>					
VERL	10	01			Erstmeldung
AUFN	{30-35}	01			Fallstorno
(Zur Abwicklung eines Falles nach einem Fallstorno ist die Anlage eines neuen Falles mit neuem krankenhausinternen Kennzeichen notwendig.)					
<b>Fehlerhafte Meldung</b>					
VERL	10	01			Erstmeldung mit Fehler
VERL(FHL)	10	01			Fehlermeldung
VERL	10	01			Erstmeldung ohne Fehler
<b>Fehlerhafte Änderung</b>					
VERL	10	01			Erstmeldung
VERL	20	01			Änderung mit Fehler
VERL(FHL)	20	01			Fehlermeldung
VERL	20	01			Änderung ohne Fehler
<b>Fehlerhafte Meldung zum Verlängerungszeitraum</b>					
VERL	10	01			Erstmeldung
VERL	10	02			2. Meldung (neuer Zeitraum) mit Fehler
VERL(FHL)	10	02			Fehlermeldung
VERL	10	02			2. Meldung (neuer Zeitraum) ohne Fehler

Nachrichtentyp	VKZ	Lfd.-Nr.	Rechnungsnummer	Rechnungsart	Beschreibung
Änderung einer fehlerhaften Meldung durch das Krankenhaus; Fehlermeldungen zur ersten Meldung, zum Verlängerungszeitraum (Lfd.-Nr. 1 fehlt) und zur Änderungsmeldung (kein zu ändernder Datensatz vorhanden), durch die Krankenkasse					
VERL	10	01			Erstmeldung mit Fehler
VERL(FHL)	10	01			Fehlermeldung 1. Zeitraum
VERL	10	02			2. Meldung (neuer Zeitraum) ohne Fehler
VERL(FHL)	10	02			Fehlermeldung (Lfd.-Nr. 1 fehlt)
VERL	20	01			Änderung zu 1. Zeitraum
VERL(FHL)	20	01			Fehlermeldung (zu ändernde Nachricht nicht vorhanden)
VERL	10	01			Erstmeldung ohne Fehler
VERL	10	02			2. Meldung (neuer Zeitraum) ohne Fehler

### 3. Entlassungsanzeige

Nachrichtentyp	VKZ	Lfd.-Nr.	Rechnungsnummer	Rechnungsart	Beschreibung
<b>Änderungen</b>					
ENTL	10	01			Erstmeldung
ENTL	20	01			1. Änderung
ENTL	20	01			2. Änderung
<b>Stornierungen von Entlassungsanzeigen</b>					
ENTL	10	01			Erstmeldung
ENTL	40/41	01			Stornierung
ENTL	10	02			Erstmeldung Korrektur
ENTL	20	02			Änderung der Korrektur
ENTL	40/41	02			Stornierung der Korrektur
ENTL	10	03			Erstmeldung 2.Korrektur
<b>Fehlerhafte Meldung</b>					
ENTL	10	01			Erstmeldung mit Fehler
ENTL(FHL)	10	01			Fehlermeldung
ENTL	10	01			Erstmeldung ohne Fehler
<b>Fehlerhafte Änderung</b>					
ENTL	10	01			Erstmeldung
ENTL	20	01			Änderung mit Fehler
ENTL(FHL)	20	01			Fehlermeldung
ENTL	20	01			Änderung ohne Fehler
<b>Fehlerhafte Stornierung</b>					
ENTL	10	01			Erstmeldung
ENTL	40/41	01			Stornierung mit Fehler
ENTL(FHL)	40/41	01			Fehlermeldung
ENTL	40/41	01			Stornierung ohne Fehler
<b>Änderung einer fehlerhaften Meldung durch das Krankenhaus; Fehlermeldungen zur ersten Meldung und zur Änderungsmeldung (kein zu ändernder Datensatz vorhanden) durch die Krankenkasse</b>					
ENTL	10	01			Erstmeldung mit Fehler
ENTL(FHL)	10	01			Fehlermeldung
ENTL	20	01			Änderung
ENTL(FHL)	20	01			Fehlermeldung (zu ändernde Nachricht nicht vorhanden)
ENTL	10	01			Erstmeldung ohne Fehler

#### 4. Rechnungssatz

Nachrichtentyp	VKZ	Lfd.-Nr.	Rechnungsnummer	Rechnungsart	Beschreibung
<b>Gutschriften/Stornierungen</b>					
RECH	10	01	A	01	1.Zwischenrechnung (erster Zeitraum)
RECH	10	02	A	04	Gutschrift/Storno
RECH	10	03	B	01	1.Zwischenrechnung Korrektur
RECH	10	04	C	01	2.Zwischenrechnung (zweiter Zeitraum)
RECH	10	05	D	02	Schlussrechnung (dritter Zeitraum)
RECH	10	06	C	04	Gutschrift/Storno für 2.Zwischenrechnung
RECH	10	07	E	01	2.Zwischenrechnung Korrektur (zweiter Zeitraum)
<b>Durch ein Fallstorno über den Aufnahmesatz werden neben dem Fall auch alle Rechnungen storniert</b>					
RECH	10	01	A	02	Schlussrechnung
AUFN	{30-35}	01			Fallstorno
(Zur Abwicklung eines Falles nach einem Fallstorno ist die Anlage eines neuen Falles mit neuem krankenhausinternen Kennzeichen notwendig.)					
<b>Fehlerhafte Meldung</b>					
RECH	10	01	A	02	Schlussrechnung mit Fehler
RECH(FHL)	10	01	A	02	Fehlermeldung
RECH	10	01	A	02	Schlussrechnung ohne Fehler
<b>Fehlerhafte Gutschrift</b>					
RECH	10	01	A	02	Schlussrechnung
RECH	10	02	A	04	Gutschrift/Storno mit Fehler
RECH(FHL)	10	02	A	04	Fehlermeldung
RECH	10	02	A	04	Gutschrift/Storno ohne Fehler
RECH	10	03	B	02	Schlussrechnung Korrektur

Nachrichtentyp	VKZ	Lfd.-Nr.	Rechnungsnummer	Rechnungsart	Beschreibung
Gutschrift einer fehlerhaften Schlussrechnung durch das Krankenhaus; Fehlermeldungen zur Schlussrechnung und zur Gutschrift (kein gutzuschreibender Datensatz vorhanden) durch die Krankenkasse					
RECH	10	01	A	02	Schlussrechnung mit Fehler
RECH(FHL)	10	01	A	02	Fehlermeldung
RECH	10	02	A	04	Gutschrift
RECH(FHL)	10	02	A	04	Fehlermeldung (gutzuschreibende Rechnung nicht vorhanden)
RECH	10	01	A	02	Schlussrechnung ohne Fehler
Mahnung von Rechnungen					
RECH	10	01	A	01	1. Zwischenrechnung
RECH	10	02	B	01	2. Zwischenrechnung
RECH	10	03	A	07	1. Mahnung zur 1. Zwischenrechnung
RECH	10	04	C	02	Schlussrechnung
RECH	10	05	A	08	2. Mahnung zur 1. Zwischenrechnung

## 5. Rechnungssatz Ambulante Operation

Nachrichtentyp	VKZ	Lfd.-Nr.	Rechnungsnummer	Rechnungsart	Beschreibung
<b>Gutschrift</b>					
AMBO	10/11	01	A	02	Erstmeldung
AMBO	10/11	02	A	04	Gutschrift/Storno
AMBO	10/11	03	B	02	Erstmeldung Korrektur
<b>Fallstorno</b>					
AMBO	10/11	01	A	02	Erstmeldung
AMBO	{30-34}	01	A	02	Fallstorno
<b>Fehlerhafte Meldung</b>					
AMBO	10/11	01	A	02	Erstmeldung mit Fehler
AMBO(FHL)	10/11	01	A	02	Fehlermeldung
AMBO	10/11	01	A	02	Erstmeldung ohne Fehler
<b>Fehlerhafte Gutschrift</b>					
AMBO	10/11	01	A	02	Erstmeldung
AMBO	10/11	02	A	04	Gutschrift/Storno mit Fehler
AMBO(FHL)	10/11	02	A	04	Fehlermeldung
AMBO	10/11	02	A	04	Gutschrift/Storno ohne Fehler
AMBO	10/11	03	B	02	Erstmeldung Korrektur
<b>Gutschrift einer fehlerhaften Meldung durch das Krankenhaus; Fehlermeldungen zur ersten Meldung und zur Gutschrift (kein gutzuschreibender Datensatz vorhanden) durch die Krankenkasse</b>					
AMBO	10/11	01	A	02	Erstmeldung mit Fehler
AMBO(FHL)	10/11	01	A	02	Fehlermeldung
AMBO	10/11	02	A	04	Gutschrift/Storno
AMBO(FHL)	10/11	02	A	04	Fehlermeldung (gutzuschreibende Rechnung nicht vorhanden)
AMBO	10/11	01	A	02	Erstmeldung ohne Fehler

## 6. Zuzahlungsgutschrift (analog Zuzahlungsgutschrift Ambulante Operation)

Hinweis:

Die Rechnungsart „80“ oder „90“ ist bei der Zuzahlungsgutschrift erst mit der 7. Fortschreibung möglich.

Nachrichtentyp	VKZ	Lfd.-Nr.	Rechnungsnummer	Rechnungsart	Beschreibung
<b>Rückforderung</b>					
ZGUT	10/11	01	A	80	Erstmeldung
ZGUT	10/11	02	B	90	Rückforderung
ZGUT	10/11	03	C	80	Erstmeldung Korrektur
ZGUT	10/11	04	D	80	Meldung (weitere Tage)
<b>Fallstorno, führt auch zur Rückforderung von Zuzahlungsgutschriften</b>					
ZGUT	10/11	01	A	80	Erstmeldung
AUFN	{30-35}	01			Fallstorno
(Zur Abwicklung eines Falles nach einem Fallstorno ist die Anlage eines neuen Falles mit neuem krankenhausinternen Kennzeichen notwendig.)					
<b>Fehlerhafte Meldung</b>					
ZGUT	10/11	01	A	80	Erstmeldung mit Fehler
ZGUT(FHL)	10/11	01	A	80	Fehlermeldung
ZGUT	10/11	01	A	80	Erstmeldung ohne Fehler
<b>Fehlerhafte Rückforderung</b>					
ZGUT	10/11	01	A	80	Erstmeldung
ZGUT	10/11	02	B	90	Rückforderung mit Fehler
ZGUT(FHL)	10/11	02	B	90	Fehlermeldung
ZGUT	10/11	02	B	90	Rückforderung ohne Fehler
ZGUT	10/11	03	C	80	Erstmeldung Korrektur
<b>Rückforderung einer fehlerhaften Meldung durch das Krankenhaus; Fehlermeldungen zur ersten Meldung und zur Rückforderung (keine Lfd.-Nr. 1 vorhanden) durch die Krankenkasse</b>					
ZGUT	10/11	01	A	80	Erstmeldung mit Fehler
ZGUT(FHL)	10/11	01	A	80	Fehlermeldung
ZGUT	10/11	02	B	90	Rückforderung
ZGUT(FHL)	10/11	02	B	90	Fehlermeldung (rückgeforderte Gutschrift nicht vorhanden)
ZGUT	10/11	01	A	80	Erstmeldung ohne Fehler