

## **14. Fortschreibung vom 22.5.2017**

zur Fortschreibung der § 301 –Vereinbarung

vom 3.2.2016

mit Wirkung zum 1.1.2018

---

### **Hinweis:**

1. Diese Fortschreibung gilt für Aufnahmen ab dem 01.01.2018 und regelt Änderungen des Nachrichtentyps AMBO.

## Fortschreibungen zur Anlage 1

### Fortschreibung 1

#### Beispiel: Aufnahmesatz

wird wie folgt aktualisiert:

UNH	Kopfsegment Absender und Nachrichtentyp	UNH
	Nachrichtenreferenznummer	00001
	Nachrichtennummer	AUFN: <del>+314</del> :000:00
FKT	Segment Funktion	FKT
	Verarbeitungskennzeichen	10
	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
	IK des Absenders	123456789
	IK des Empfängers	987654321
INV	Segment Information Versicherter	INV
	Krankenversicherten-Nr.	123456789012
	Versichertenart	1
	Besonderer Personenkreis	4
	DMP-Teilnahme	1
	Gültigkeit der Versichertenkarte	<del>+618</del> 12
	KH-internes Kennzeichen des Versicherten	A95-12345
	Fallnummer der Krankenkasse	Angabe entfällt
	Aktenzeichen der Krankenkasse	Angabe entfällt
	Tag des Beginns des Versicherungsschutzes	Angabe entfällt
	Vertragskennzeichen	-
NAD	Segment Name/Adresse	NAD
	Name des Versicherten	Meier
	Vorname des Versicherten	Hugo
	Geschlecht	m
	Geburtsdatum des Versicherten	20030101
	Straße und Haus-Nr.	-
	Postleitzahl	-
	Wohnort-	-
	Titel des Versicherten	-
	Internationales Länderkennzeichen	-
	Namenszusatz	-
	Vorsatzwort	-
	Anschriftezusatz	-
...		
DPV	Segment Diagnosen-/Prozedurenversion	DPV
	ICD-Version	<del>2016</del> 2018
	OPS-Version	Angabe entfällt
AUF	Segment Aufnahme	AUF
	Aufnahmetag	20141001
	Aufnahmeuhrzeit	1120
	Aufnahmegrund	0101
	Fachabteilung	0700
	Voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung	<del>2016+009</del> 20181009

---

UNH+00001+AUFN:~~+314~~:000:00'  
 FKT+10+01+123456789+987654321'  
 INV+123456789012+1+4+1+~~+618~~12+A95-12345'  
 NAD+Meier+Hugo+m+20030101'  
 DPV+~~2016~~2018'  
 AUF+~~2016~~1001+20181001+1120+0101+0700+~~2016~~00920181009+++123456789'  
 EAD+M50.8:'  
 UNT+...

---

**Fortschreibung 2**

Hinweis: Zur Umsetzung der Vereinbarung über die Patientengruppen in den Hochschulambulanzen gemäß § 117 Absatz 1 Sätze 3 und 4 SGB V vom 18.11.2016 und Hochschulambulanz-Struktur-Vereinbarung (HSA-SV) vom 09.12.2016 haben Hochschulambulanzen künftig u.a. Angaben zu Ermächtigungsgrundlagen, Ambulanzdiagnose, mitbehandelte Diagnosen, Betriebsstättennummern und Fachabteilungen (Schlüssel 6) anzugeben. Es wird die Übermittlung der Informationen an die Krankenkassen beschrieben.

**Rechnungssatz Ambulante Operation**

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung	
FKT	Segment Funktion	M	an3	siehe Anlage 4 (7.2.4)	
	Verarbeitungskennzeichen	M	an2	Schlüssel 9	
	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	M	an2	'01', ...	
	IK des Absenders	M	an9	IK des Krankenhauses	
	IK des Empfängers	M	an9	IK der Krankenkasse	
INV	Segment Information Versicherter	M	an3	'INV'	
	Krankenversicherten-Nr.	K	an..12		
	Versichertenart	K	n1	Schlüssel 12 (Teil 1), '9' bei Auslandsversicherten	
	Besonderer Personenkreis	K	n1	Schlüssel 12 (Teil 2), '9' bei Auslandsversicherten	
	DMP-Teilnahme	K	n1	Schlüssel 12 (Teil 3), '9' bei Auslandsversicherten	
	Gültigkeit der Versichertenkarte	K	an4	Bis-Datum (JJMM)	
	KH-internes Kennzeichen des Versicherten	M	an..15		
	Fall-Nummer der Krankenkasse	K	an..17	Angabe entfällt	
	Aktenzeichen der Krankenkasse	K	an..8	Angabe entfällt	
	Tag des Beginns des Versicherungsschutzes	K	an8	Angabe entfällt	
	Vertragskennzeichen	K	an..25	Muss angegeben werden bei § 116b (neu) (Teamnummer '00xxxxxxx'), <u>Muss angegeben werden bei § 117 Abs. 1 und 2 SGB V (Ermächtigung: `XXASK` oder `XXRBE` oder `XXFUL`)</u>	
	NAD	Segment Name/Adresse	M	an3	'NAD'
		Name des Versicherten	M	an..45	
Vorname des Versicherten		M	an..45		
Geschlecht		M	an1	Schlüssel 21	
Geburtsdatum des Versicherten		M	an8	JJJJMMTT	
Straße und Haus-Nr.		K	an..56		
Postleitzahl		K	an..10		
Wohnort		K	an..40		
Titel des Versicherten		K	an..20		
Internationales Länderkennzeichen		K	an..3	Schlüssel 7	
Namenszusatz	K	an..20			

	Vorsatzwort	K	an..20	
	Anschriftenzusatz	K	an..40	
	...			
RZA	Segment Rechnungszusatz Ambulante OP	M	an3	'RZA'
	Fachabteilung	M	an4	Schlüssel 6
	Arztnummer des überweisenden Arztes	K	an..9	Arztnummer des Arztes, Muss angegeben werden bei § 116b (neu): bei Überweisungen in die ASV
	Betriebsstättennummer des überweisenden Arztes	K	an..9	Betriebsstättennummer des Arztes, Muss angegeben werden bei § 116b (neu): bei Überweisungen in die ASV
	Zahnarztnummer des überweisenden Zahnarztes	K	an..9	KZV–Nummer des Zahnarztes
	Überweisungsdiagnose	K		(Datenelementgruppe), Muss angegeben werden bei § 116b (neu): bei Überweisungen in die ASV
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD–Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
	Diagnosensicherheit	K	a1	Schlüssel 17
	Sekundär–Diagnose	K		(Datenelementgruppe)
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD–Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
	Diagnosensicherheit	K	a1	Schlüssel 17
	Arztnummer des Belegarztes/kooperierenden Vertragsarztes	K	an..9	bei § 115b
	Arztnummer eines weiteren kooperierenden Vertragsarztes	K	an..9	bei § 115b
Betriebsstättennummer	K	an..9	bei §§ 117–119 Fällen, <u>Muss angegeben werden bei § 117 Abs. 1 und 2 SGB V (Ambulanzdiagnosekodierung)</u>	
Datum der Überweisung in die ASV	K	an8	JJJJMMTT, Muss angegeben werden bei § 116b (neu): bei Überweisungen in die ASV	
KV–Bezirk	M	an2	Schlüssel 26	
EBM–Version	K	an8	JJJJMMTT	
BDG	Segment Behandlungsdiagnose	M	an3	'BDG' ( <del>3099</del> x möglich)
	Behandlungsdiagnose	M		(Datenelementgruppe)
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD–Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
	Diagnosensicherheit	K	a1	Schlüssel 17
	Sekundär–Diagnose	K		(Datenelementgruppe)
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD–Schlüssel
Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16	

	Diagnosensicherheit	K	a1	Schlüssel 17
	Diagnoseart	M	a1	1 = Behandlungsdiagnose <u>/ Ambulanzdiagnose</u> , 2 = bei § 116b (neu): Diagnose der Überweisung innerhalb der ASV, <u>3 = mitbehandelte Diagnosen bei § 117 Abs. 1 und 2 SGB V</u>
	Teammitgliedsidentifikation	K	an9	Muss angegeben werden bei § 116b (neu): bei Diagnoseart '2', bei KH: Fachgruppennummer
	<u>Betriebsstättennummer</u>	<u>K</u>	<u>an9</u>	<u>Muss angegeben werden bei § 117 Abs. 1 und 2 SGB V: BSNR der HSA</u>
	<u>Fachabteilung HSA</u>	<u>K</u>	<u>an4</u>	<u>Muss angegeben werden bei § 117 Abs. 1 und 2 SGB V, Schlüssel 6</u>
	<u>Erster Tag Mitbehandlung</u>	<u>K</u>	<u>an8</u>	<u>JJJMMTT, nur bei § 117 Abs. 1 und 2 SGB V, nur bei Diagnoseart `3`</u>
PRZ	Segment Prozedur	K	an3	'PRZ' (99x möglich)
	Prozedur	M		(Datenelementgruppe)
	Prozedurenschlüssel	M	an..11	Amtlicher OP-Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
	Prozedurentag	M	an8	JJJMMTT
	Lebendspende	K	a1	„J“ bei Lebendspende, sonst leer

...

**Fortschreibung 3**

Hinweis: Zur Umsetzung der gemäß Vereinbarung über die Patientengruppen in den Hochschulambulanzen gemäß § 117 Absatz 1 Sätze 3 und 4 SGB V vom 18.11.2016 und die Hochschulambulanz–Struktur–Vereinbarung (HSA–SV) vom 09.12.2016 haben Hochschulambulanzen künftig u.a. Angaben zu Ermächtigungsgrundlagen, Ambulanzdiagnose, mitbehandelte Diagnosen, Betriebsstättennummer und Fachabteilungen anzugeben. Es wird die Übermittlung von Informationen an die Krankenhäuser beschrieben.

**Zahlungssatz Ambulante Operation**

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
FKT	Segment Funktion	M	an3	siehe Anlage 4 (7.2.4)
	Verarbeitungskennzeichen	M	an2	Schlüssel 9
	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	M	an2	'01', ...
	IK des Absenders	M	an9	IK der Krankenkasse
	IK des Empfängers	M	an9	IK des Krankenhauses
INV	Segment Information Versicherter	M	an3	'INV'
	Krankenversicherten–Nr.	K	an..12	
	Versichertenart	K	n1	Schlüssel 12 (Teil 1), '9' bei Auslandsversicherten
	Besonderer Personenkreis	K	n1	Schlüssel 12 (Teil 2), '9' bei Auslandsversicherten
	DMP–Teilnahme	K	n1	Schlüssel 12 (Teil 3), '9' bei Auslandsversicherten
	Gültigkeit der Versichertenkarte	K	an4	Bis–Datum (JJMM)
	KH–internes Kennzeichen des Versicherten	M	an..15	
	Fall–Nummer der Krankenkasse	K	an..17	
	Aktenzeichen der Krankenkasse	K	an..8	
	Tag des Beginns des Versicherungsschutzes	K	an8	JJJJMMTT
Vertragskennzeichen	K	an..25	Muss angegeben werden bei § 116b (neu) (Teamnummer '00xxxxxxx'), <u>Muss angegeben werden bei § 117 Abs. 1 und 2 SGB V (Ermächtigung: `XXASK` oder `XXRBE` oder `XXFUL`)</u>	
NAD	Segment Name/Adresse	M	an3	'NAD'
	Name des Versicherten	M	an..45	
	Vorname des Versicherten	M	an..45	
	Geschlecht	M	an1	Schlüssel 21

...

**Fortschreibung 4**

Hinweis: Mit der Etablierung zusätzlicher Datenfelder im `BDG` Segment ist die Verwendung dieser entsprechend darzustellen:

...

		von Krankenhaus						von Krankenkasse					
		AUFN	VERL	MBEG	RECH	ENTL	AMBO	ZGUT	KOUB	ANFM	ZAHL	ZAAO	SAMU
<b>RZA</b>	Segment Rechnungszusatz						M						
1	Fachabteilung						M						
2	Arztnummer						K						
3	Betriebsstättennummer						K						
4	Zahnarztnummer						K						
5	Überweisungsdiagnose						K						
6	Sekundär-Diagnose						K						
7	Arztnummer (Belegarzt/ koop. Arzt)						K						
8	Arztnummer (weiterer koop. Arzt)						K						
9	Betriebsstättennummer						K						
10	Datum der Überweisung in die ASV						K						
11	KV-Bezirk						M						
12	EBM-Version						K						
<b>BDG</b>	Segment Behandlungsdiagnose						M						
1	Behandlungsdiagnose						M						
2	Sekundär-Diagnose						K						
3	Diagnoseart						M						
4	Teammitgliedsidentifikation						K						
5	Betriebsstättennummer						K						
6	Fachabteilung HSA						K						
7	Erster Tag Mitbehandlung						K						
<b>PRZ</b>	Segment Prozedur						K						
1	Prozedur						M						
2	Prozedurentag						M						
3	Lebenspende						K						

...

## Fortschreibungen zur Anlage 2 Anhang C

### **Fortschreibung 5**

Hinweis: Mit der Einführung der zusätzlichen Leistungsdokumentation sind entsprechende Fehlercodes einzuführen

Fehlercode	Fehlertext
...	...
34182	Feld `Einzelvergütung, Texterläuterung` muss gefüllt sein, bei VKZ gleich 13 bzw. 43 und Schlüssel 3 (Einzelvergütung) gleich `04`
34183	Feld `Honorarsumme (für Pauschale)` unzulässig gefüllt bei VKZ gleich 13 bzw. 43
34184	Feld `in Honorarsumme für Pauschale enthalten` unzulässig gefüllt bei VKZ gleich 13 bzw. 43
34185	Feld `Honorarsummenrelevanter Anteil` unzulässig gefüllt bei VKZ gleich 13 bzw. 43
<u>34186</u>	<u>Feld `Betriebsstättennummer` muss gefüllt sein bei VKZ `08`, `17`, `37` bzw. `48`</u>
<u>34187</u>	<u>Angabe in Feld `Fachabteilung` VKZ `08`, `17`, `37` bzw. `48` notwendig</u>
<u>34188</u>	<u>Vertragskennzeichen nicht `XXASK` oder `XXRBE` oder `XXFUL` bei VKZ `08`, `17`, `37` bzw. `48`</u>
<u>34189</u>	<u>Feld `Behandlungsdiagnose` bei VKZ `08`, `17`, `37` bzw. `48` darf nur Wert `1` bzw. `3` enthalten</u>
<u>34190</u>	<u>Feld `Behandlungsdiagnose` bei VKZ `13` bzw. `43` darf nur Wert `1` bzw. `2` enthalten</u>
<u>34191</u>	<u>BSNR in Feld `BSNR` (RZA Segment) muss bei VKZ `08`, `17`, `37` bzw. `48` und Diagnoseart `1` mit Feld `BSNR` (BDG Segment) identisch sein</u>
...	...

## Fortschreibungen zur Anlage 4

### Fortschreibung 6

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

#### Nachrichten-Kopfsegment

Segment/ Feldnr.	Feldbezeichnung	Feld- Art	Typ/Länge	Inhalt / Bemerkungen
UNH	Segmentbezeichner	M	an3	'UNH'
0062	Nachrichtenreferenznummer	M	an..14	5 Stellen fortlaufende Nummer (innerhalb UNB / UNZ)
S009	Nachrichtenkennung	M		Beispiel: 'AUFN:1 <del>3</del> 4:000:00'
0065	Nachrichtentyp-Kennung	M	an..6	'AUFN', 'VERL', 'MBEG', 'RECH', 'ENTL', 'AMBO', 'ZGUT', 'KOUB', 'ANFM', 'ZAHL', 'ZAAO', 'SAMU', 'INKA', 'KAIN' oder 'FEHL'
0052	Versionsnummer des Nachrichtentyps	M	an..3	<del>'13'</del> '14'
0054	Freigabenummer des Nachrichtentyps	M	an..3	'000'
0051	Verwaltende Organisation	M	an..2	'00'

## Fortschreibungen zur Anlage 5

### Fortschreibung 7

Hinweis: Zur Umsetzung der gemäß Vereinbarung über die Patientengruppen in den Hochschulambulanzen gemäß § 117 Absatz 1 Sätze 3 und 4 SGB V vom 18.11.2016 und die Hochschulambulanz-Struktur-Vereinbarung (HSA-SV) vom 09.12.2016 haben Hochschulambulanzen künftig u.a. Angaben zu Ermächtigungsgrundlagen, Ambulanzdiagnose, mitbehandelte Diagnosen, Betriebsstättennummer und Fachabteilungen anzugeben. Es wird die Übermittlung der Informationen an die Krankenkassen beschrieben.

...

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

Die Abrechnung von Leistungserbringern nach §§ 117, 118, 119 und 119c SGB V erfolgt ebenso wie ambulante Operationen mit dem Nachrichtentyp „Rechnungssatz Ambulante Operation“. Das Verarbeitungskennzeichen im FKT-Segment ist hierbei mit „17“, „18“, „19“, „14“, „07“ oder „08“ (Normalfall) anzugeben (Verarbeitungskennzeichen „37“, „38“, „39“, „44“, „47“ oder „48“ für Fallstorno). Das Segment ZLG entfällt bei ambulanten Krankenhausbehandlungen ~~(Rechnungssatz und Zahlungssatz Ambulante Operation, siehe aber Abschnitt 1.2.8.3)~~. Die Diagnoseangaben werden durch die Angabe eines Kennzeichens für die Diagnosesicherheit ergänzt. Die Übermittlung von Zwischen- oder Nachtragsrechnungen ist nicht zulässig. Die Abrechnungen erfolgen quartalsweise entsprechend der Vereinbarung nach § 120 Abs. 3 SGB V über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für die Einrichtungen nach §§ 117 bis 119 SGB V.

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

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

Maßgeblich für die Hochschulambulanzen sind die auf Bundesebene festgesetzten Vereinbarungen infolge des GKV-VSG. Dies ist zum einen die Vereinbarung über die Patientengruppen in den Hochschulambulanzen gemäß § 117 Absatz 1 Sätze 3 und 4 SGB V vom 18.11.2016 und die Hochschulambulanz-Struktur-Vereinbarung (HSA-SV) vom 09.12.2016. Die folgenden Regelungen betreffen die Abrechnung von Leistungserbringern mit den Verarbeitungskennzeichen `08`, `17`, `37` und `48`. Die Verarbeitungskennzeichen `07` und `47` (psychotherapeutische Ausbildungsinstitute) sind von diesen Regelungen nicht betroffen.

#### 1. Ermächtigungsgrundlage

Die Behandlungsfälle in den Hochschulambulanzen sind den Ermächtigungen gemäß § 3 Absatz 1 HSA-SV zuzuordnen. Die Abbildung erfolgt über das Vertragskennzeichen im INV-Segment. Das Vertragskennzeichen enthält dabei je Behandlungsfall eine der folgenden Angaben:

- a) `XXASK` bei Ermächtigung nach § 117 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (Erfüllung der formellen und materiellen Kriterien der Vereinbarung nach § 117 Absatz 1 Satz 3 SGB V über die Art, Schwere oder Komplexität der Erkrankungen) oder
- b) `XXRBE` bei Ermächtigung nach § 117 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V: (Leistungserbringung aufgrund abweichender Verträge nach § 117 Absatz 1 Sätze 8 und 9 SGB V – regionale Besonderheiten) oder

c) `XXFUL` bei Ermächtigung nach § 117 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V (Forschung und Lehre).

## 2. Angaben Ambulanzdiagnose, mitbehandelte Diagnosen, Betriebsstättennummer, Fachabteilungen

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

**Fortschreibung 8****2.2 BDG Segment Behandlungsdiagnose (30-99 x möglich)**

...

**1. Behandlungsdiagnose**

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement die Angabe einer Diagnose mit ihrem amtlichen ICD-Schlüssel (linksbündig mit Sonderzeichen '.', '-' und '#' (Kreuzdiagnose) ohne Leerzeichen), die für die Indikation zur ambulanten Operation/Behandlung maßgeblich ist. In dem 2. Datenfeld kann eine Lokalisation der Diagnose entsprechend der Spezifizierungen des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Diagnose relevant ist. In dem 3. Datenfeld muss die Diagnosesicherheit der Diagnose entsprechend der Spezifizierungen des Diagnoseschlüssels angegeben werden, soweit die Angabe der Diagnose gem. § 295 Abs. 1 SGB V erfolgt.

Bei Abrechnung nach § 116b SGB (neu): Sofern der Definitions- bzw. Indikationsauftrag (Überweisung) gemäß § 2 Abs. 4 Satz 2 ASV-RL durch eine Diagnose nach ICD-10-GM konkretisiert wird, ist die „Überweisungsdiagnose“ innerhalb der ASV zusätzlich (in Verbindung mit der Diagnoseart „2“) anzugeben

**2. Sekundär-Diagnose**

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement die Angabe eines zusätzlichen Diagnoseschlüssels, sofern die Behandlungsdiagnose eine zweite Diagnoseangabe erfordert. Sie ist nach dem amtlichen ICD-Schlüssel anzugeben (linksbündig mit Sonderzeichen '.', '-', '\*' (Sterndiagnose) und '!' (optionale Diagnose) ohne Leerzeichen). In dem 2. Datenfeld kann eine Lokalisation der Sekundär-Diagnose entsprechend der Spezifizierungen des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Diagnose relevant ist. In dem 3. Datenfeld muss die Diagnosesicherheit der Diagnose entsprechend der Spezifizierungen des Diagnoseschlüssels angegeben werden, soweit die Angabe der Diagnose gem. § 295 Abs. 1 SGB V erfolgt.

**3. Diagnoseart**

Als Diagnoseart werden standardmäßig die Behandlungsdiagnosen mit der Ausprägung „1“ gekennzeichnet. In jedem Behandlungsfall muss es mindestens eine Diagnose geben, die mit der Diagnoseart „1“ gekennzeichnet ist.

Gesondert davon werden Überweisungsdiagnosen **innerhalb** der ambulanten spezialfachärztlichen Behandlungen (Verarbeitungskennzeichen „13 bzw. „43“) mit „2“ (Diagnose der Überweisung innerhalb der ASV) gekennzeichnet.

Mitbehandelte Diagnosen in den Hochschulambulanzen (Verarbeitungskennzeichen `08`, `17`, `37` bzw. `48`) sind durch eine „3“ (mitbehandelte Diagnosen) zu kennzeichnen.

**4. Teammitgliedsidentifikation**

Bei der Abrechnung nach § 116b (neu) übermitteln Krankenhäuser bei Überweisung innerhalb eines ASV-Teams für die überweisenden Krankenhausärzte die 9stellige Fachgruppennummer (vergeben bzw. bestätigt durch die ASV-Servicestelle) bzw. die Arztnummer des überweisenden Vertragsarztes. Die Fachgruppennummer setzt sich wie folgt zusammen: Stellen 1 bis 6: Pseudo-Arzt Nummer „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.

**5. Betriebsstättennummer**

Bei der Abrechnung der Hochschulambulanzen sind die Standorte der Hochschulambulanzen durch Betriebsstättennummern zu kennzeichnen. Betriebsstättennummern können die Fachabteilungsinformationen enthalten. Sonst bleibt das Feld leer.

**6. Fachabteilung HSA**

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

**7. Erster Tag Mitbehandlung**

Bei Mitbehandlungen ist jeweils der erste Tag der Mitbehandlung zu übermitteln.

**Fortschreibung 9****2.15 INV Segment Information Versicherter**

...

**9. Tag des Beginns des Versicherungsschutzes**

Das Datum ist auf der Krankenversichertenkarte/ eGK (als Versicherungsschutz–Beginn) enthalten; es wird von der Krankenkasse mit dem Kostenübernahmesatz gemeldet. Die Angabe entfällt im Aufnahmesatz und im Rechnungssatz Ambulante Operation.

**10. Vertragskennzeichen**

Erfolgt die Behandlung und/oder Abrechnung auf Basis individueller Verträge (z.B. integrierte Versorgung, Modellvorhaben nach § 64b Abs. 1 SGB V oder DMP) ist das Vertragskennzeichen des zu Grunde liegenden Vertrages anzugeben.

Bei der Abrechnung von ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen nach § 116b SGB V erfolgt die Zuordnung der Leistungen der Teammitglieder zum ASV–Team über die in diesem Feld angegebene Teamnummer, die verpflichtend anzugeben ist. Die Teamnummer ist neunstellig und wird gemäß der ASV–AV von der bundesweiten ASV–Servicestelle vergeben.

Bei der Abrechnung von Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V ist die Zuordnung des Behandlungsfalles zur jeweiligen Ermächtigung über die Ausprägung: XXASK` (Patienten nach Art, Schwere oder Komplexität) oder `XXRBE` (regionale Besonderheiten) oder `XXFUL` (Forschung und Lehre) anzugeben.

**Fortschreibung 10****2.26 RZA Segment Rechnungssatz Ambulante Operation**

...

**8. Arztnummer eines weiteren kooperierenden Arztes**

Erfolgt eine ambulante Operation oder ein sonstiger stationersetzender Eingriff gemäß §115b Abs. 1 SGB V durch mehrere Vertragsärzte im Rahmen einer vertraglichen Zusammenarbeit, so ist die Arztnummer eines weiteren niedergelassenen Vertragsarztes zusätzlich zur Angabe im Datenfeld „Arztnummer des kooperierenden Arztes“ in diesem Datenfeld vom Krankenhaus auszuweisen.

**9. Betriebsstättennummer**

Gleichartige Einrichtungsarten sind über die Fachabteilung im Segment RZA abzugrenzen. Die Betriebsstättennummer wird ergänzend zur Unterscheidung mehrerer gleichartiger Einrichtungsarten verwendet. Das Krankenhaus informiert die Vertragsparteien nach § 120 Abs. 2 SGB V vorab über die verwendeten Betriebsstättennummern. Eine Verpflichtung des Krankenhauses, Betriebsstättennummern zu verwenden, besteht nur in dem Maß, wie sie außerhalb und unabhängig von dieser Vereinbarung durch rechtlich verbindliche Vorgabe festgelegt ist.

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

**10. Datum der Überweisung in die ASV**

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