

**Nachtrag vom 3.7.2009**

zur Fortschreibung der § 301-Vereinbarung vom 1.2.2008

mit Wirkung zum 1.1.2010

**Nachträge zu Anlage 1****Nachtrag 1****Rechnungssatz Ambulante Operation***wird wie folgt geändert:*

Seg- ment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
...	...			
ENA	Segment Entgelt Ambulante OP	M	an3	'ENA' (300 <del>99</del> x möglich)
	Entgeltart	M	an5	EBM-Ziffern, Schlüssel 20
	Zusatzkennzeichen EBM	K	an3	Schlüssel 19
...	...			
...				

---



---

## Nachträge zur Anlage 2

---



---

### Nachtrag 2

Schlüssel 4: Entgeltarten

wird wie folgt ergänzt:

#### Schlüssel 4: Entgeltarten

...

3. Stelle: **Zusatzschlüssel für Fallpauschalen / Sonderentgelte** (§ 11 Abs. 1 und 2 BPflV\*),  
**DRG-Fallpauschalen / Entgelte bei Überschreiten der oberen GVD** (§ 7 Nr. 3  
KHEntgG),  
**Abschläge bei Nichterreichen der unteren GVD** (§ 1 Abs. 3 Satz 1 KFPV/FPV),  
**Abschläge bei Verlegung** (§ 1 Abs. 1 Satz 3 KFPV/FPV),  
**Rückforderung eines Abschlages bei Nichterreichen der unteren GVD**  
(§ 8 Abs. 5 Satz 2 KHEntgG)

0 keine Fallpauschale / kein Sonderentgelt

... ..

7 Teilstationäre Versorgung (für teilstationäre DRG-Fallpauschalen)

8 Belegarzt mit Honorarvertrag

*Hinweis:*

...

...

#### Zuschläge nach GMG und sonstige Zuschläge

*Hinweis:* 4. – 8. Stelle: '00000' Zuschlag für gemeinsamen  
Bundesausschuss (§ 91 Abs. 2  
Satz 6 SGB V), teilstationär

....

'00016' Zuschlag für Kappungshaus nach  
§ 4 Abs. 9 KHEntgG

'20001' Kostenpauschale für  
Verwaltungsverfahren

'20002' Portokosten für erneute Zustellung  
zwecks Beweissicherung

'20003' Vollstreckungskosten

'20004' Gerichtskosten

#### Abschläge nach GMG und sonstige Abschläge

*Hinweis:* 4. – 8. Stelle: '00000' intern reserviert

...

**Nachtrag 3****Schlüssel 9: Verarbeitungskennzeichen***wird wie folgt ergänzt:***Schlüssel 9: Verarbeitungskennzeichen**

- 10 Normalfall
- 11 Ambulante [Abrechnung nach § 115b SGBV](#) statt stationäre Abrechnung (durch Krankenhaus, nur für AMBO nach Fallstorno „35“)
- 12 [Ambulante Abrechnung nach § 116b SGBV statt stationäre Abrechnung \(durch Krankenhaus, nur für AMBO nach Fallstorno „35“\)](#)
- 16 Leistungen nach § 116b Abs. 2 SGB V (nur für AMBO)
- 20 Änderung
- ...

**Nachtrag 4****Schlüssel 10: Prüfungsvermerk***wird wie folgt ergänzt:***Schlüssel 10: Prüfungsvermerk**

- 1. und 2. Stelle 01 Rechnungsbetrag wird angewiesen
- 02 Rechnung wird zur Zeit geprüft (Zahlung / Abweisung erfolgt unverzüglich)
- 03 Rechnung wurde bereits bezahlt
- 04 Krankenkasse ist nicht Kostenträger
- 05 Rechnungsbetrag wird teilweise angewiesen
- 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
- 11 [Rechnungsbetrag wird angewiesen, Vollstreckungsverfahren durch das Krankenhaus entfällt](#)
- 12 [Rechnung wird zur Zeit geprüft \(Zahlung / Abweisung erfolgt unverzüglich\), Vollstreckungsverfahren durch das Krankenhaus entfällt](#)
- 13 [Rechnung wurde bereits bezahlt, Vollstreckungsverfahren durch das Krankenhaus entfällt](#)
- 15 [Rechnungsbetrag wird teilweise angewiesen, Vollstreckungsverfahren durch das Krankenhaus entfällt](#)
- 21 [Rechnungsbetrag wird angewiesen, Vollstreckungsverfahren durch das Krankenhaus entfällt, Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen](#)
- 22 [Rechnung wird zur Zeit geprüft \(Zahlung / Abweisung erfolgt unverzüglich\), Vollstreckungsverfahren durch das Krankenhaus entfällt, Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen](#)

- 23 Rechnung wurde bereits bezahlt, Vollstreckungsverfahren durch das Krankenhaus entfällt, Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 25 Rechnungsbetrag wird teilweise angewiesen, Vollstreckungsverfahren durch das Krankenhaus entfällt, Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 31 Rechnungsbetrag wird angewiesen, Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 32 Rechnung wird zur Zeit geprüft (Zahlung / Abweisung erfolgt unverzüglich), Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 33 Rechnung wurde bereits bezahlt, Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 35 Rechnungsbetrag wird teilweise angewiesen, Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 41 Rechnungsbetrag wird angewiesen, Belege über entstandene Kosten sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 42 Rechnung wird zur Zeit geprüft (Zahlung / Abweisung erfolgt unverzüglich), Belege über entstandene Kosten sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 43 Rechnung wurde bereits bezahlt, Belege über entstandene Kosten sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 45 Rechnungsbetrag wird teilweise angewiesen, Belege über entstandene Kosten sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 51 Rechnungsbetrag wird angewiesen, Belege über entstandene Kosten und Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 52 Rechnung wird zur Zeit geprüft (Zahlung / Abweisung erfolgt unverzüglich), Belege über entstandene Kosten und Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 53 Rechnung wurde bereits bezahlt, Belege über entstandene Kosten und Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 55 Rechnungsbetrag wird teilweise angewiesen, Belege über entstandene Kosten und Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 61 Rechnungsbetrag wird angewiesen, Beleg über Unzustellbarkeit ist gesondert zur Verfügung zu stellen
- 62 Rechnung wird zur Zeit geprüft (Zahlung / Abweisung erfolgt unverzüglich), Beleg über Unzustellbarkeit ist gesondert zur Verfügung zu stellen
- 65 Rechnungsbetrag wird teilweise angewiesen, Beleg über Unzustellbarkeit ist gesondert zur Verfügung zu stellen

- Hinweise:*
- 04, 06 Gelangt für Fälle zur Anwendung, bei denen ohne vorhergehenden Aufnahmesatz oder Kostenübernahmesatz eine Rechnung übermittelt wird.
- 05, 15, 25, 35, 45, 55, 65 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.
- 11 - 65 Gelangt nur bei vollstationären Fällen zur Anwendung.

**Nachtrag 5****Schlüssel 15: Zuzahlungskennzeichen***wird wie folgt geändert:***Schlüssel 15: Zuzahlungskennzeichen**

- 1 keine Zuzahlungspflicht
- 2 Zuzahlungsbetrag ist mit Teilabrechnung/Endabrechnung intern verrechnet und vom Versicherten vollständig geleistet
- ~~3 bisher keine/keine vollständige Zuzahlung, gesonderte Information erfolgt schriftlich oder durch Zuzahlungsgutschrift~~
- ~~4 Der Versicherte hat trotz schriftlicher Aufforderung keine Zuzahlung geleistet. Zahlungseinzug durch Krankenkasse (§ 43 b SGB V) keine Zuzahlungspflicht auf Grund gültiger Bescheinigung nach § 62 SGB V~~
- 5 keine Zuzahlungspflicht auf Grund gültiger Quittung nach § 61 SGB V
- 6 geringere Zuzahlung auf Grund gültiger Quittung nach § 61 SGB V verrechnet und vom Versicherten vollständig geleistet
- 7 geringere Zuzahlung auf Grund gültiger Quittung nach § 61 SGB V verrechnet und vom Versicherten nicht oder nur teilweise geleistet
- 8 Zuzahlung verrechnet und vom Versicherten nicht oder nur teilweise geleistet

---



---

## Nachträge zum Anhang B zur Anlage 2

---



---

### Nachtrag 6

...

#### **Zu- und Abschläge nach GMG und sonstige Zu- und Abschläge**

##### **Zuschläge**

47100000

Zuschlag für gemeinsamen Bundesausschuss (§ 91 Abs. 2 Satz 6 SGB V),  
teilstationär

...

47100016

...  
Zuschlag für Kappungshaus nach § 4 Abs. 9 KHEntgG[47120001](#)[Kostenpauschale für Verwaltungsverfahren](#)[47120002](#)[Portokosten für erneute Zustellung zwecks Beweissicherung](#)[47120003](#)[Vollstreckungskosten](#)[47120004](#)[Gerichtskosten](#)

##### **Abschläge**

47200000

intern reserviert

...

...

...

#### **DRG-Fallpauschalen nach § 7 Nr. 1 KHEntgG (§ 1 Abs. 1 Satz 1 KFPV/FPV)**

70000000

intern reserviert

70[1-78]0A01A ff.

DRG-Fallpauschalen nach Anlage 1 KFPV/FPV

70888888

Teilzahlung nach § 11 Abs. 1 Satz 4 KHEntgG

70999999

im Rahmen der Zusammenarbeit nach § 3 Abs. 2 KFPV (0,00 €) oder bei  
Wiederaufnahme wegen Komplikationen innerhalb der GVD nach § 8 Abs. 5  
KHEntgG (0,00 €)

...

---



---

## Nachträge zur Anlage 4

---



---

### Nachtrag 7

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

wird wie folgt geändert:

### 9.1 Annahmestellen bei den Krankenkassen

...

#### ~~Angestellten-Krankenkassen, Arbeiter-Ersatzkassen:~~

- 2 Annahmestellen: T-Systems ITS GmbH (ohne Entschlüsselungsberechtigung)  
 BKK Bundesverband (mit Entschlüsselungsberechtigung)

Im Bereich des ~~VdAK/AEV~~ vdek gibt es unterschiedliche Verfahren, wo die übermittelten Daten entschlüsselt werden.

- 7 Vorprüfstellen (BKK BV und selbstprüfende Kassen):

Kürzel	Ersatzkasse	Vorprüfung
BARMER	Barmer Ersatzkasse	selbst
<del>DAK</del>	<del>Deutsche Angestellten-Krankenkasse</del>	<del>selbst</del>
TK	Techniker Krankenkasse	selbst
<u>DAK</u>	<u>Deutsche Angestellten-Krankenkasse</u>	<u>selbst</u>
<del>KKH-Allianz</del>	<del>Kaufmännische Krankenkasse</del> <u>KKH-Allianz</u>	selbst
GEK	Gmünder Ersatzkasse	selbst
HEK	Hanseatische Krankenkasse	selbst
HMK	Hamburg-Münchener Krankenkasse	beim BKK BV
hkk	Handelskrankenkasse	beim BKK BV
<del>HZK</del>	<del>HZK — Die Profikrankenkasse</del>	<del>beim BKK BV</del>

#### Annahmestelle der selbstprüfenden ~~Angestellten-Ersatzkassen und Arbeiter-~~ Ersatzkassen:

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

...

#### Annahme- und Vorprüfstelle der Betriebskrankenkassen, der HMK, und der hkk ~~und der HZK~~

- BKK Bundesverband  
 Kronprinzenstr. 6  
 45128 Essen

...

---

---

## Nachträge zur Anlage 5

---

---

### Nachtrag 8

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

*wird wie folgt geändert:*

#### **1.2.4 Rechnungssatz**

Mit dem Rechnungssatz stellt das Krankenhaus der Krankenkasse die Entgelte nach der Bundespflegesatzverordnung, dem Krankenhausentgeltgesetz und nach § 115 a SGB V in Rechnung. Die abgerechneten Entgelte sind nach Schlüssel 4 anzugeben. Entsprechend Schlüssel 6 sind korrespondierend zu den berechneten Entgelten die behandelnden Fachabteilungen auszuweisen.

Die von einem Patienten zu leistende Zuzahlung ist entsprechend der Angabe im Zuzahlungskennzeichen vollständig im Rechnungsbetrag zu berücksichtigen.

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 Abrechnungsbetrag 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.

...

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.

...

#### **Nachtragsrechnung**

Wurde bei einer bereits übermittelten Rechnung für einen bestimmten Zeitraum ein Entgelt versehentlich nicht berechnet, so kann dieses Entgelt über eine Nachtragsrechnung mit dem Verarbeitungskennzeichen in FKT: '10' (Normalfall) und der Rechnungsart in REC: '03' (Nachtragsrechnung) nachträglich berechnet werden.

Ein Krankenhaus ist nach § 275 Abs. 1c SGB V nach erfolgloser MDK-Prüfung berechtigt, der Krankenkasse eine Aufwandspauschale in Höhe von ~~100~~300,00 Euro in Rechnung zu stellen. Dies erfolgt ebenfalls fallbezogen in einer Nachtragsrechnung mit Verarbeitungskennzeichen ,10', Rechnungsart ,03' und eigener Rechnungsnummer für die Entgeltart ,47100008' (Aufwandspauschale bei erfolgloser MDK-Prüfung). Diese Nachtragsrechnung enthält ausschließlich dieses eine ENT-Segment.

Kosten, die dem Krankenhaus entsprechend der „Vereinbarung zur Umsetzung der Kostenerstattung nach § 43b Absatz 3 Satz 8 SGB V“ erstattet werden, sind über Nachtragsrechnungen in Rechnung zu stellen (siehe Abschnitt 1.4.8).

## Nachtrag 9

### **Kap. 1.2.8 (neu 1.2.7), Rechnungssatz Ambulante Operation**

*wird wie folgt geändert:*

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

Mit dem Rechnungssatz Ambulante Operation stellt das Krankenhaus der Krankenkasse die Vergütung für eine ambulante Operation in Rechnung. Die Entgelte sind entsprechend EBM-Katalog Schlüssel 20 (zuzüglich Pauschale und ggf. Einzelvergütung) zu berechnen. Die behandelnde Fachabteilung ist nach Schlüssel 6 anzugeben. Die belegärztliche Leistung ist im Rechnungssatz Ambulante Operation im ENA-Segment als gesonderter Rechnungsposten mit Entgeltanzahl „0“ auszuweisen. Über das Zuzahlungskennzeichen (Schlüssel 15: „1“, „2“, „4“, „5“ oder „6“) im ZLG-Segment informiert das Krankenhaus die Krankenkasse über die Zuzahlungspflicht, die Leistung des Zuzahlungsbetrages durch den Versicherten oder eine vom Versicherten vorgelegte Quittung über die Verringerung oder den Wegfall der Zuzahlungspflicht oder eine vorgelegte gültige Bescheinigung über die Befreiung von der Zuzahlungspflicht.

...

## Nachtrag 10

### **Kap. 1.3.4, Zahlungssatz**

*wird wie folgt geändert:*

#### **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 (2. Stelle 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'). Zur Verwendung im Zuzahlungseinzugsverfahren siehe Abschnitt 1.4.8.

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~~ der 2. Stelle im Prüfungsvermerk gleich '05' den vom Rechnungsbetrag abweichenden Zahlungsbetrag übermitteln. Wird die Rechnung prinzipiell anerkannt und erfolgt eine Kürzung des Rechnungsbetrages auf Grund eines Abschlages, so übermitteln die Krankenkasse ebenfalls mit ~~dem~~ der 2. Stelle im Prüfungsvermerk gleich '05' den vom Rechnungsbetrag abweichenden Zahlungsbetrag. In diesen Fällen übermitteln die Krankenkasse alle Entgeltsegmente mit den Dateninhalten, die dem zur Zahlung angewiesenen Betrag zugrundeliegen, sofern dieser ungleich Null ist.

## Nachtrag 11

### **Kap. 1.4.8, Zuzahlungseinzugsverfahren**

*wird neu aufgenommen:*

#### **1.4.8 Zuzahlungseinzugsverfahren bei vollstationären Patienten**

§ 43 b SGB V verpflichtet die Krankenhäuser zur Einziehung der Krankenhauszuzahlungen nach § 39 Absatz 4 SGB V im Auftrag der Krankenkassen. Die Krankenhäuser werden zur Durchführung des dazu erforderlichen Verwaltungsverfahrens belien. Bezüglich der den Krankenhäusern im Rahmen der Einziehung entstehenden Kosten für jedes durchgeführte Verwaltungsverfahren sieht § 43b Absatz 3 Satz 6 SGB V die Zahlung einer angemessenen Kostenpauschale durch die Krankenkassen an die Krankenhäuser vor. Gegebenenfalls entstehende Kosten der Vollstreckung sowie Kosten auf Grund von Klagen der Versicherten gegen den Verwaltungsakt werden den Krankenhäusern nach § 43b Absatz 3 Satz 7 SGB V von den Krankenkassen erstattet.

Zur Abwicklung der Verfahren gelten entsprechend der „Vereinbarung zur Umsetzung der Kostenerstattung nach § 43b Absatz 3 Satz 8 SGB V“ die nachfolgenden Regelungen.

#### **Keine Zuzahlungspflicht**

Der Versicherte hat an das Krankenhaus keine Zuzahlung zu leisten, wenn der Kostenübernahmesatz der Krankenkasse bis zur Übermittlung der Entlassungsanzeige nicht vorliegt oder wenn der Kostenübernahmesatz die Angabe enthält, dass die Anzahl der Zuzahlungstage „0“ beträgt. Legt der Versicherte eine von seiner Krankenkasse ausgestellte gültige Bescheinigung nach § 62 SGB V über seine Befreiung von der Zuzahlungspflicht oder eine gültige Quittung nach § 61 SGB V vor, die der im Kalenderjahr maximal zu entrichtenden Zuzahlung entspricht, ist auch abweichend von den mit dem Kostenübernahmesatz übermittelten Angaben über zuzahlungspflichtige Zuzahlungstage ebenfalls keine Zuzahlung zu leisten.

Besteht für den Versicherten keine Zuzahlungspflicht, entfällt die Verrechnung einer Zuzahlung. Im Rechnungssatz ist das Segment ZLG mit Zuzahlungsbetrag „0“ und Zuzahlungskennzeichen „1“, „4“ oder „5“ zu übermitteln.

#### **Zuzahlung wurde geleistet**

Hat der Versicherte die Zuzahlung an das Krankenhaus vollständig geleistet, wird sie mit dem Rechnungssatz verrechnet. Im Segment ZLG wird der Zuzahlungsbetrag mit Zuzahlungskennzeichen „2“ ausgewiesen.

Legt der Versicherte, in Folge z.B. einer vorangegangenen Verlegung, eine gültige Quittung nach § 61 SGB V vor, aus der sich gegenüber den von der Krankenkasse im Kostenübernahmesatz gemeldeten und vom Krankenhaus zu verrechnenden Zuzahlungstagen eine geringere Anzahl ergibt, verrechnet das Krankenhaus im Rechnungssatz als Zuzahlungsbetrag die aus der verringerten Anzahl ermittelte Zuzahlung mit Zuzahlungskennzeichen „6“.

**Zuzahlung wurde nicht oder nicht vollständig geleistet**

Hat der Versicherte seine Zuzahlung nicht oder nicht vollständig geleistet, informiert das Krankenhaus im Rechnungssatz über das Zuzahlungskennzeichen „7“ oder „8“, dass es die Zuzahlung vollständig mit der Rechnung verrechnet hat und nun der Einzug der ausstehenden Zuzahlung des Versicherten durch das Krankenhaus ansteht.

Verzichtet die Krankenkasse auf das Vollstreckungsverfahren oder ist mit ihr vereinbart worden, dass sie den Einzug für ausstehende Zuzahlungen über das Vollstreckungsverfahren selbst übernimmt, kann die Krankenkasse bereits auf den Rechnungssatz, mit dem die Zuzahlung verrechnet und anhand Zuzahlungskennzeichen „7“ oder „8“ als vom Versicherten nur teilweise oder nicht geleistet gekennzeichnet wurde, einen Zahlungssatz mit dem Prüfungsvermerk „11“, „12“, „13“ oder „15“ (siehe Schlüssel 10) übermitteln.

**a) Nachträgliche Zahlung der Zuzahlung durch den Versicherten**

Zahlt der Versicherte nach Rechnungsstellung seine Zuzahlung an das Krankenhaus, endet das Zuzahlungseinzugsverfahren. Eine gesonderte Information an die Krankenkasse erfolgt nicht.

**b) Verwaltungsverfahren**

Das Krankenhaus stellt für das durchgeführte Verwaltungsverfahren eine Nachtragsrechnung, in der es mit dem Entgelt „47120001“ die „Kostenpauschale für Verwaltungsverfahren“ und ggf. mit Entgelt „47120002“ die „Portokosten für erneute Zustellung zwecks Beweissicherung“ des Leistungsbescheids abrechnet. Das Segment ZLG enthält dann den Zuzahlungsbetrag „0,00“ und das Zuzahlungskennzeichen „2“ oder „6“, sofern die Zuzahlung im Rahmen des Verwaltungsverfahrens geleistet wurde, oder „7“ oder „8“, sofern die Zuzahlung im Rahmen des Verwaltungsverfahrens nicht geleistet wurde.

Die Krankenkasse kann auf eine Nachtragsrechnung mit dem Zuzahlungskennzeichen „7“ oder „8“ einen Zahlungssatz mit dem Prüfungsvermerk „11“, „12“, „13“, „15“, „21“, „22“, „23“ oder „25“ (siehe Schlüssel 10) übermitteln, damit das Vollstreckungsverfahren vom Krankenhaus nicht veranlasst wird und ggf. die Verfahrensunterlagen vom Krankenhaus angefordert werden. Ist die Übernahme des Vollstreckungsverfahrens durch die Krankenkasse oder der Verzicht auf das Vollstreckungsverfahren bereits geklärt, kann die Krankenkassen mit Prüfungsvermerk „31“, „32“, „33“, „35“ zusätzlich die Verfahrensunterlagen anfordern. Hat die Krankenkasse einen entsprechenden Zahlungssatz bereits mit dem Rechnungssatz über die Krankenhausleistung übermittelt, muss sie auf die Nachtragsrechnung einen Zahlungssatz übermitteln, wenn als Prüfungsvermerk „12“, „13“ oder „15“ verwendet wird. Ein Zahlungssatz mit dem Prüfungsvermerk „11“ ist auf die Nachtragsrechnung nur zu übermitteln, wenn die Krankenkasse nicht schon zu dem Rechnungssatz einen Zahlungssatz mit der Information übermittelt hat, dass das Vollstreckungsverfahren vom Krankenhaus nicht durchgeführt werden soll. Der Zahlungssatz ist auch (nachrichtlich) zu übermitteln, wenn mit dem Krankenhaus eine allgemeine Vereinbarung besteht, dass die Krankenkasse das Vollstreckungsverfahren selbst übernimmt.

Wurde die Zuzahlung im Rahmen des Verwaltungsverfahrens nicht geleistet, verzichtet die Krankenkasse aber auf die Durchführung des Vollstreckungsverfahrens oder ist mit ihr vereinbart worden, dass sie den Einzug für ausstehende Zuzahlungen im Vollstreckungsverfahren selbst übernimmt, fordert das Krankenhaus mit dem Nachrichtentyp „ZGUT“ (Zuzahlungsgutschrift/-rückforderung) die nicht geleistete Zuzahlung zurück. Im Falle einer Vereinbarung der Übernahme des Einzuges für ausstehende Zuzahlungen im Vollstreckungsverfahren durch die Krankenkasse oder auf Anforderung durch die Krankenkasse übersendet das Krankenhaus der Krankenkasse die Verfahrensunterlagen aus dem Verwaltungsverfahren.

Konnte das Verwaltungsverfahren wegen Unzustellbarkeit der Anhörung oder des Leistungsbescheides nicht abgeschlossen werden, fordert das Krankenhaus mit dem Nachrichtentyp „ZGUT“ (Zuzahlungsgutschrift/-rückforderung) nur die nicht geleistete Zuzahlung zurück. Die Krankenkasse kann dann durch eine Änderungsmeldung (Storno und Neumeldung) zum ursprünglichen Zahlungssatz mit dem korrigierten Prüfungsvermerk „61“, „62“ oder „65“ (siehe Schlüssel 10) den Beleg über die Unzustellbarkeit anfordern.

**c) Vollstreckungsverfahren**

Hat das Krankenhaus das Vollstreckungsverfahren durchgeführt, stellt es über eine weitere Nachtragsrechnung mit dem Entgelt „47120003“ die Vollstreckungskosten in Rechnung. Sind darüber hinaus auf Grund einer Klage des Versicherten gegen den Verwaltungsakt Gerichtskosten angefallen, stellt es mit dem Entgelt „47120004“ die Gerichtskosten in Rechnung (zusammen mit den Vollstreckungskosten oder über eine weitere Nachtragsrechnung). Das Segment ZLG enthält den Zuzahlungsbetrag „0,00“ und das Zuzahlungskennzeichen „7“ oder „8“. Das Krankenhaus fordert mit dem Nachrichtentyp „ZGUT“ (Zuzahlungsgutschrift/-rückforderung) zusätzlich die nicht geleistete Zuzahlung zurück.

Die Krankenkasse kann das Krankenhaus zur Übersendung der Belege über die berechneten Kosten auffordern, indem es einen Zahlungssatz mit dem Prüfungsvermerk „41“, „42“, „43“ oder „45“ (siehe Schlüssel 10) übermittelt. Werden zusätzlich die Verfahrensunterlagen angefordert, erfolgt dies mit Prüfungsvermerk „51“, „52“, „53“ oder „55“ (siehe Schlüssel 10).

**Datumsangaben in den ENT-Segmenten der Rechnungssätze**

Für die Abrechnung der dem Krankenhaus im Rahmen des Zuzahlungseinzugsverfahrens entstandenen Kosten ist im Datenfeld „Abrechnung von“ der Aufnahmetag und im Datenfeld „Abrechnung bis“ der Tag vor der Entlassung des zugehörigen Krankenhausfalles anzugeben.

## Nachtrag 12

**Kap. 2.8 ENA, Segment Entgelt Ambulante Operation (99 x möglich)**

*wird wie folgt geändert:*

### **2.8 ENA Segment Entgelt Ambulante Operation (~~300~~<sup>99</sup> x möglich)**

...

#### **4. Punktzahl**

Die Punktzahl ist nach EBM-Katalog anzugeben.

Für die postoperativen Behandlungskomplexe des Abschnitts 31.4 des EBM bei Erbringung der Leistung durch den Operateur ist die um 27,5 % gekürzte ganzstellig kaufmännisch gerundete Punktzahl anzugeben (§ 7 Abs. 2 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V).

Bei künstlichen Befruchtungen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ist ein Eigenanteil des Patienten von 50 % zu leisten (§ 27a Abs. 3 Satz 3 SGB V). Für diese Leistungen für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung nach den EBM-Ziffern 08510, 08530, 08531, 08540, 08541, 08542, 08550, 08551, 08552, 08560, 08561, 08570, 08571, 08572, 08573, 08574 sowie die damit zusammenhängenden ärztlichen Leistungen nach den EBM-Ziffern 01510, 01511, 01512, 02100, 02341, 05310, 05330, 05340, 05341, 05350, 11311, 11312, 11320, 11321, 11322 31272, 31503, 31600 31608, 31609, 31822, 33043, 33044, 33090, 32354, 32356, 32357, 32575, 32576, 32577, 32660, 32781, ~~32851, 32852, 32855, 32856, 32857~~ 36272, 36503, 36822 (siehe „Bundesempfehlung nach § 86 SGB V der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Zusammenhang mit der Neufassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zum 01. April 2005 zu den Leistungen der künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V zum 01. ~~Juli 2005~~ Oktober 2007“) sind in der Regel die um 50 % gekürzten ganzstellig kaufmännisch gerundeten Punktzahlen anzugeben. Die Halbierung der Punktzahlen für die mit den Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung zusammenhängenden ärztlichen Leistungen, die ansonsten voll berechnet werden, ist für die Ermittlung des jeweiligen Entgeltbetrages für den Rechnungssatz Ambulante Operation vorzunehmen und im Datenfeld „Punktzahl“ auszuweisen. Sollte eine Kürzung der Punktzahlen durch die Krankenhaus-Software nicht möglich sein, ist der Eigenanteil im ZLG-Segment additiv zur Praxisgebühr auszuweisen.

...

**Nachtrag 13**

Kap. 2.9 ENT, Segment Entgelt (98 x / 99 x möglich)

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

...

**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 Säulingszimmer anzugeben.

Zuzahlungseinzugsverfahren bei vollstationären Patienten:Für die Abrechnung der dem Krankenhaus im Rahmen des Zuzahlungseinzugsverfahrens entstandenen Kosten ist der Aufnahmetag des zugehörigen Krankenhauses anzugeben.**4. Abrechnung bis:**

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

~~Bei einer Schlussrechnung ist~~~~— bei vollstationärer Behandlung der Tag vor der Entlassung oder Verlegung~~~~— bei teilstationärer Behandlung der Tag der Entlassung oder der Tag vor der Verlegung~~~~— bei vor- oder nachstationärer Behandlung der letzte Tag der Krankenhausbehandlung~~~~— bei Wechsel des Kostenträgers (Entlassungsgrund '05') der letzte Tag der Leistungspflicht/Abrechnung~~~~anzugeben.~~Abrechnung von Fallpauschalen für Neugeborene (FP 16.01 und FP 16.02):

Es ist der letzte Belegungstag auf der Säuglingsstation oder im Säulingszimmer 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.**Nachtrag 14**

Kap. 2.26, ZLG Segment Zuzahlung

*wird wie folgt geändert:***2.26 ZLG Segment Zuzahlung****1. Zuzahlungsbetrag**

In der Zwischen- oder Schlussrechnung ~~sowie im Rechnungssatz Ambulante Operation~~ ist der vollständige Betrag (mit zwei Nachkommastellen) anzugeben, der vom Versicherten an das Krankenhaus ~~gezahlt wurde~~ zu leisten ist, oder „0,00“, wenn keine Zuzahlungspflicht besteht. Im Rechnungssatz Ambulante Operation ist der Betrag anzugeben, der vom Versicherten an das Krankenhaus gezahlt wurde, oder „0,00“, wenn keine Zuzahlungspflicht besteht. Über die Verrechnung des Betrages ist die Krankenkasse anhand des Feldes Zuzahlungskennzeichen zu informieren.

Auch der Entlassungstag fällt unter die Zuzahlungspflicht.

Im Falle von ambulanten Operationen entspricht der Zuzahlungsbetrag der ggf. zu leistenden Praxisgebühr. Durch Vor- und Nachbehandlungen kann sich eine ambulante Behandlung auf zwei Quartale erstrecken, so dass die Praxisgebühr von 10,00 EUR zweimal anfallen kann. Bei künstlichen Befruchtungen ist ein Eigenanteil des Patienten von 50 % zu leisten (§ 27a Abs. 3 Satz 3 SGB V). Sollte die hierzu vorgesehene Kürzung der Punktzahlen in den ENA-Segmenten durch die Krankenhaus-Software nicht möglich sein, ist der Eigenanteil im ZLG-Segment als zusätzliche Zuzahlung zu addieren.

## 2. Zuzahlungskennzeichen

Schlüssel: 15

Über das Zuzahlungskennzeichen informiert das Krankenhaus die Krankenkasse über die Zuzahlungspflicht, die Leistung des Zuzahlungsbetrages durch den Versicherten oder eine vom Versicherten vorgelegte Quittung über die Verringerung oder den Wegfall der Zuzahlungspflicht oder eine vorgelegte gültige Bescheinigung über die Befreiung von der Zuzahlungspflicht, ~~ob der Versicherte im Fall einer Zuzahlungspflicht seine Zuzahlung geleistet oder (noch) nicht geleistet hat.~~

## Nachtrag 15

**Kap. 2.27, ZPR Segment Zahlung/Prüfung**

*wird wie folgt geändert:*

### **2.27 ZPR Segment Zahlung/Prüfung**

#### **1. Rechnungsbetrag, angewiesen**

Das Feld enthält die Information, welcher Betrag der Rechnung des Krankenhauses von der Krankenkasse zur Zahlung angewiesen wurde.

#### **2. Prüfungsvermerk**

Schlüssel: 10

Der Prüfungsvermerk enthält die Information der Krankenkasse, ob die Rechnung beglichen oder aus welchem Grund noch nicht beglichen wird.

Im Rahmen des Zuzahlungseinzugsverfahrens kann die Krankenkasse über den Prüfungsvermerk Belege über die entstandenen Kosten oder die Unzustellbarkeit im Verwaltungsverfahren anfordern und den Verzicht des Vollstreckungsverfahrens durch das Krankenhaus bestimmen.

#### **3. Honorarsumme, neu berechnet** (nur bei Zahlungssatz Ambulante Operation)

#### **4. Pauschale, neu berechnet** (nur bei Zahlungssatz Ambulante Operation)