

Nachtrag vom 29.03.2023

mit Wirkung zum

01.04.2023, 01.05.2023 bzw. 01.07.2023

zur Fortschreibung der § 301 – Vereinbarung

Erläuterungen zu einzelnen Nachträgen

Nachträge 2.1|2.4a|2.9|2.15:

Die Abrechnung von ambulanten Leistungen nach der Richtlinie zur berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) nach § 92 Absatz 6b SGB V kann ebenso wie ambulante Operationen mit dem Nachrichtentyp „Rechnungssatz Ambulante Operation“ erfolgen. Den Leistungserbringern wird es ermöglicht, über die Einrichtungsart „3“ (Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V die spezifischen EBM-Ziffern aus dem neuen Abschnitt 37.5 EBM (375**) für die betreffenden Leistungen abzurechnen.

Nachtrag 2.2 (redaktionell):

Das Entlassungsanzeige-Diagramm wird redaktionell überarbeitet. Es wird damit nochmals klargestellt, dass die Segmente OKN und IBE eigenständige Segmente und z.B. nicht Bestandteil einer Segmentgruppe sind.

Nachträge 2.3|2.6:

Es wird ein Entgelt zur Abrechnung eines festen Zuschlages je Krankenhaus bzw. je Krankenhausstandort gemäß § 5 Abs. 2c KHEntgG zur Förderung der geburtshilflichen Versorgung in Krankenhäusern vereinbart. Das Entgelt kann in Abhängigkeit der Bewilligung auf Landesebene für Fälle ab Aufnahmedatum 1.4.2023 erhoben werden, eine Übermittlung ist ab dem 01.04.2023 möglich. Zu beachten sind bei der Abrechnung die Vorgaben der aktuell noch in Verhandlungen befindlichen Vereinbarung nach § 5 Absatz 2c Satz 9 KHEntgG zur Abrechnung und zur Nachweisführung der zweckentsprechenden Mittelverwendung des nach § 5 Absatz 2b Satz 2 KHEntgG festgelegten standortindividuellen Förderbetrages in der Geburtshilfe.

Nachträge 2.4b:

Mit dem Nachtrag vom 16.11.2021 wurde in Anlage 2 der Schlüssel 11 (Rechnungsart) angepasst und die Rechnungsart „Rechnung Übergangspflege“ (2. Stelle „5“) aufgenommen. Dieser Nachtrag korrigiert die Angabe zur Anforderung des Zahlungssatzes (1. Stelle „5“) und stellt damit klar, dass der Zahlungssatz auch für Rechnungen der Übergangspflege angefordert werden kann.

Nachträge 2.5|2.11:

Um den Krankenhäusern künftig weitere Information zur leistungsrechtlichen Entscheidung übermitteln zu können wird das Datum der LE der Krankenkasse gesondert übermittelt. Bisher wird dies oft im Fließtext einer Nachricht übermittelt. Die Krankenkassen teilen künftig das Datum der leistungsrechtlichen Entscheidung mit einem gesonderten Schlüssel mit, das zugehörige PVT Segment enthält dann das jeweilige Datum.

Nachtrag 2.7a:

Es werden neue Leistungsbereiche für § 116b SGB V geschaffen, diese finden Anwendung für den Bereich der Multiplen Sklerose und der Knochen- und Weichteiltumore.

Nachtrag 2.7b:

Die Fehlercodes zum Aufschlagsdialog werden angepasst. Es wird klargestellt, dass der Schlüssel MDI04 nur unmittelbar auf MDK09 bzw. MDK06 und MDK06 nur auf MDI04 folgen darf.

Nachtrag 2.10:

Es erfolgt eine Klarstellung bei der Verwendung der Ausprägungen EKH51 und EKK51, ein einvernehmliches Beenden des Erörterungsverfahrens gemäß § 9 Abs. 10 PrüfVV liegt vor, wenn beide Parteien (Krankenhaus und Krankenkasse) sich diese Schlüsselausprägung zugesandt haben.

Nachtrag 2.12:

An dem Tag des Wechsels zwischen stationärer Krankenhausbehandlung zur Übergangspflege ist nur einmal die gesetzliche Zuzahlung zu leisten. Die Zuzahlung wird dem Tag des Beginns der Übergangspflege zugeordnet und ist von der aufnehmenden Einrichtung zu erheben. Zudem werden Zuzahlungen zur Übergangspflege innerhalb eines Kalenderjahres auf die Zuzahlungen nach § 39 Abs. 4 Satz 1 SGB V angerechnet.

Nachträge 2.13|2.14:

Es erfolgen Anpassungen an den AOP Vertrag nach § 115b Absatz 1 SGB V – Ambulantes Operieren und stationärsersetzende Eingriffe im Krankenhaus – (AOP-Vertrag) vom 21.12.2022 in Anlage 5. Für die Einzelvergütung (im Segment EZV) wird nach § 11 Abs. 5 des Vertrages die Höhe des Selbstbehalts für spezielle Materialien angepasst. § 7 Abs. 2 des AOP-Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V ist in der aktuellen Version entfallen. Die Regelung für die Punktzahl im ENA-Segment wird angepasst. Liegen abweichend von § 8 Abs. 2 des AOP-Vertrages vom 21.12.2022 und den in Anlage 2 genannten Kontextfaktoren medizinische Gründe oder soziale Gründe für eine stationäre Durchführung einer Leistung nach Anlage 1 des AOP-Vertrages vor, so sind diese Gründe fallindividuell durch Übermittlung einer Nachricht `Medizinische Begründung` (MBEG) darzustellen.

Nachträge zur Anlage 1

Nachtrag 2.1 Ergänzung Vertragskennzeichen („Tag des Zugangs“ ab 01.07.2023):

Rechnungssatz Ambulante Operation (AMBO)

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
FKT	Segment Funktion	M	an3	siehe Anlage 4 (7.2.4)
1	Verarbeitungskennzeichen	M	an2	Schlüssel 9
2	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	M	an2	'01', ...
3	IK des Absenders	M	an9	IK des Krankenhauses
4	IK des Empfängers	M	an9	IK der Krankenkasse
INV	Segment Information Versicherter	M	an3	'INV'
1	Krankenversicherten-Nr.	K	an..12	
2	Versichertenart	K	n1	Schlüssel 12 (Teil 1), '9' bei Auslandsversicherten
3	Besonderer Personenkreis	K	an2	Schlüssel 12 (Teil 2), '99' bei Auslandsversicherten
4	DMP-Teilnahme	K	an2	Schlüssel 12 (Teil 3), '99' bei Auslandsversicherten
5	Gültigkeit der Versichertenkarte	K	an4	Bis-Datum (JJMM)
6	KH-internes Kennzeichen des Versicherten	M	an..15	
7	Fall-Nummer der Krankenkasse	K	an..17	Angabe entfällt
8	Aktenzeichen der Krankenkasse	K	an..8	Angabe entfällt
9	Tag des Beginns des Versicherungsschutzes	K	an8	Angabe entfällt
10	Vertragskennzeichen	K	an..25	Vertragskennzeichen des individuellen Vertrages (z.B. Modellvorhaben, Qualitätsverträge, DMP) oder Muss Angabe bei § 116b (neu) (Teamnummer '00xxxxxxx'), Muss angegeben werden bei § 117 Abs. 1 und 2 SGB V (Ermächtigung: `XXASK` oder `XXRBE` oder `XXFUL`), <u>Muss-Angabe für Nummer des Netzverbundvertrages bei § 92 Abs. 6b SGB V (KSVPsych)</u>
11	Vertragsnummer	K	an11	Vertragsnummer gemäß Vertragstransparenzstelle nach §293a Abs.1 SGB V
NAD	Segment Name/Adresse	M	an3	'NAD'
...	...			

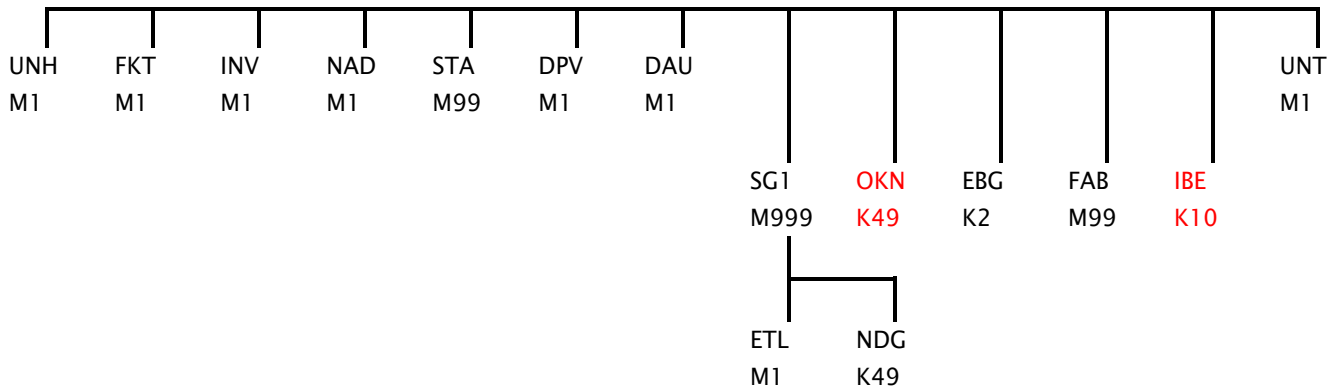
Nachtrag 2.2 Redaktionelle Klarstellung (01.04.2023):

...

Hinweis:

FAB [Operationstag] und [Operation]: Die Datenfelder dürfen nur gemeinsam übermittelt werden.

Entlassungsanzeige-Diagramm



Nachträge zur Anlage 2

Nachtrag 2.3 Neues Zuschlagsentgelt (für Aufnahmen ab dem 01.04.2023):

Schlüssel 4 Teil I: Entgeltart stationär

wird wie folgt ergänzt:

47* – Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG bzw. § 7 Satz 1 Nr. 3 und Satz 2 BPfIV und sonstiger Zu- und Abschlag

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	47	Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG bzw. § 7 Satz 1 Nr. 3 und Satz 2 BPfIV und sonstiger Zu- und Abschlag
	47XXXXXX	reserviert (extern)
		3. Stelle
	1	Zuschlag
		4. –8. Stelle
	00000	Systemzuschlag Gemeinsamer Bundesausschuss [§ 91 Abs. 3 Satz 1 SGB V i.V.m. § 139c Satz 1 SGB V], teilstationär

	00045	Zuschlag gem. § 4a KHEntgG zur Sicherstellung und Förderung der Kinder- und Jugendmedizin (prozentual)
	<u>00046</u>	<u>Zuschlag gem. § 5 Abs. 2c KHEntgG zur Förderung der geburtshilflichen Versorgung in Krankenhäusern (fester Eurowert)</u>

Nachtrag 2.4a Ergänzung der Abrechnungsart („Tag des Zugangs“ ab 01.07.2023):**Schlüssel 4 Teil II: Entgeltart ambulant**

1. Stelle	Einrichtungsart			
	0	Ambulantes Operieren nach § 115b SGB V, Ambulante Behandlung nach § 116b SGB V		
	1	–		
	2	Hochschulambulanzen nach § 117 Abs. 1. und Abs. 2 SGB V		
	3	Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V		
	4	Sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V		
	5	Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V		
	6	Kinderspezialambulanzen (ergänzende fall- oder einrichtungsbezogene Pauschale) nach § 120 Abs. 1a SGB V		
	7	Ambulanzen an Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG – § 117 Abs. 3 SGB V		
	8	Medizinische Behandlungszentren (MBZ) nach § 119c SGB V		
2. Stelle	Abrechnungsart			
	0	EBM*		
		3. Stelle	0	ohne Differenzierung
			2	Abschlag
			A-Z	regionale Buchstabenkennung (regionale Eurogebührenordnung)
		4. – 8. Stelle	01100 ff.	EBM-Ziffern, Schlüssel 20, bzw. für § 116b (neu) Leistungen: regionale Eurogebührenordnungen bzw. Pseudoziffern*, für § 92 Abs. 6b SGB V Leistungen aus Abschnitt 37.5 EBM
	1	Quartalspauschale		
		3. Stelle	0	ohne Differenzierung

Nachtrag 2.4b Klarstellung Korrektur Rechnungsart (für Übermittlungen ab dem 01.07.2023):**Schlüssel 11: Rechnungsart***wird wie folgt geändert*

1. Stelle	0	Zahlungssatz wird nicht angefordert
	1	Fortsetzungspauschale PrüfV (2. Stelle = 4)
	2	Vergütung nach vorstationärer Höhe (Ersatzabrechnung; 2. Stelle = 2)
	5	Zahlungssatz wird angefordert (nicht bei 2. Stelle 4 <u>oder 6</u> bis 8)
	8	Zuzahlungsgutschrift (nur für Zuzahlungsgutschrift / -rückforderung)
	9	Rückforderung von Zuzahlungen (nur für Zuzahlungsgutschrift / -rückforderung)
2. Stelle	0	(nur für Zuzahlungsgutschrift / -rückforderung)
	1	Zwischenrechnung
	2	Schlussrechnung
	3	Nachtragsrechnung
	4	Gutschrift / Stornierung
	5	Rechnung Übergangspflege
	6	Zahlungserinnerung
	7	1. Mahnung
	8	2. Mahnung
	9	Vorausberechnung nach § 14 Abs. 4 BpflV bzw. § 14 Abs. 9 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

Nachtrag 2.5 Anpassung Information PrüfvV (für Übermittlungen ab dem 01.07.2023):**Schlüssel 30: Information PrüfvV***wird wie folgt aktualisiert*

- MDK02 Leistungsrechtliche Entscheidung hat Beanstandung der Abrechnung (mit Minderung des Abrechnungsbetrages) als Ergebnis (nur KAIN)
- MDK04 Festlegung des Aufschlages gemäß § 275c Abs. 3 SGB V durch die Krankenkasse (nur KAIN)
- MDK20 Datum der leistungsrechtlichen Entscheidung
- MDK31 Diese vom MD konkret benannten angeforderten Unterlagen wurden nicht fristgemäß vorgelegt und können nicht im Erörterungsverfahren vorgelegt werden gemäß § 7 Abs. 2 Satz 11 PrüfvV (KAIN)
- ...
- EKH50 Einigung im Erörterungsverfahren und Beendigung gemäß § 9 Abs. 8 PrüfvV (INKA)
- EKH51 Einvernehmliche Beendigung des Erörterungsverfahrens ohne Einigung gemäß § 9 Abs. 10 PrüfvV (INKA)
- EKH60 Abrechnungsstreitigkeit gilt infolge fehlender Erörterung oder fehlender Mitwirkung als erörtert gemäß § 9 Abs. 11 PrüfvV (INKA)
- ...
- EKK50 Einigung im Erörterungsverfahren und Beendigung gemäß § 9 Abs. 8 PrüfvV (KAIN)
- EKK51 Einvernehmliche Beendigung des Erörterungsverfahrens ohne Einigung gemäß § 9 Abs. 10 PrüfvV (KAIN)
- EKK60 Abrechnungsstreitigkeit gilt infolge fehlender Erörterung oder fehlender Mitwirkung als erörtert gemäß § 9 Abs. 11 PrüfvV (KAIN)
- ...

Nachtrag 2.6 neues Zuschlagsentgelt (für Aufnahmen ab dem 01.04.2023):**Anhang B Teil I und III:***wird wie folgt ergänzt und klargestellt:*

Entgeltschlüssel	Entgeltbezeichnung	gueltigab	gueltigbis
<u>47100046</u>	<u>Zuschlag gem. § 5 Abs. 2c KHEntgG zur Förderung der geburtshilflichen Versorgung in Krankenhäusern (fester Eurowert)</u>	<u>01.04.2023</u>	<u>31.12.9999</u>
47100048	Erstattungen von bereits geltend gemachten Aufschlägen (nur <u>in den Nachrichtentypen SAMU,ZAHL oder KAIN</u> bei MDK14 durch Krankenkassen zu verwenden)	01.01.2020	31.12.9999
A6300048	Erstattungen von bereits geltend gemachten Aufschlägen (nur <u>in den Nachrichtentypen SAMU,ZAHL oder KAIN</u> bei MDK14 durch Krankenkassen zu verwenden)	01.01.2020	31.12.9999
47200033	Forderungen bei bereits geltend gemachten Aufschlägen (nur <u>in den Nachrichtentypen SAMU,ZAHL oder KAIN</u> bei MDK04/MDK14 durch Krankenkassen zu verwenden)	01.01.2020	31.12.9999
A7300033	Forderungen bei bereits geltend gemachten Aufschlägen (nur <u>in den Nachrichtentypen SAMU,ZAHL oder KAIN</u> bei MDK04/MDK14 durch Krankenkassen zu verwenden)	01.01.2020	31.12.9999

Nachtrag 2.7a Anpassung Leistungsbereiche (für Übermittlungen ab dem 01.07.2023):**Schlüssel 22: Leistungsbereich (§ 116b) mit Wirkung zum 01.07.2023**

Leistungen nach §116b SGB V in seiner ab 01.01.2012 geltenden Fassung (wird entsprechend fortgeschrieben –§ 116b (neu))	
1[A–I]0100ff	Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen
1A0100	Onkologische Erkrankungen; Gastrointestinale Tumore und Tumore der Bauchhöhle
1A0200	Onkologische Erkrankungen; gynäkologische Tumore ohne Subspezialisierung
1A0201	Onkologische Erkrankungen: Mammakarzinom
1A0202	Onkologische Erkrankungen: Subspezialisierung andere gynäkologische Tumore
...	
1A0300	Urologische Tumore
1A0400	Hauttumore
1A0500	Tumore der Lunge und des Thorax
1A0600	Kopf- und Halstumore
1A0700	Tumore des Gehirns und der peripheren Nerven
1A0800	Knochen- und Weichteiltumore
...	
1B0100	Rheumatologische Erkrankungen; Erwachsene
1B0101	Rheumatologische Erkrankungen; Kinder
...	
1E0100	Multiple Sklerose
...	
1J0100	Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
...	
2[A–O]0100ff	Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen
2A0100	Tuberkulose; Tuberkulose und atypische Mykobakteriose
2B0100	Mukoviszidose
2C0100	Hämophilie
2D0100	Neuromuskuläre Erkrankungen
2E0100	Schwerwiegende immunologische Erkrankungen: Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose
...	
2H0100	Morbus – Wilson
2K0100	Marfan-Syndrom
2L0100	pulmonale Hypertonie
2O0100	ausgewählte seltene Lebererkrankungen
...	
3[A–B]0100ff	Hochspezialisierte Leistungen
....	

Nachträge zu Anlage 2, Anhang C: Fehlercodes

Nachtrag 2.7b Anpassung Fehlercodes (für Übermittlungen ab dem 01.07.2023):

34228	Hash-String unzulässig
34229	Angabe Produktzuordnung entspricht nicht `0` oder `1`
34230	OPS gemäß OPS Trigger Liste des IRD enthalten aber Segment IBE fehlt
34231	Vertragsnummer unzulässig
34232	MDI04/ MDK06 darf nur <u>unmittelbar auf nach MDK09 oder MDK06</u> folgen
34233	Bei MDI04 muss mindestens ein PVT-Segment angegeben sein
34234	MDI04 darf nach Abschluss mit MDK07 <u>bis MDK08 bzw. MDK11</u> bis MDK14 nicht mehr zur Anwendung kommen
<u>34235</u>	<u>MDK06 darf nur unmittelbar auf MDI04 folgen</u>
<u>34236</u>	<u>Bei EBM Ziffern KSVPsych (Entgeltart: 300375**) ist Angabe Netzwerkverbundschlüssel notwendig</u>
<u>34237</u>	<u>Bei Angabe Netzwerkverbundschlüssel ist EBM Ziffer KSVPsych (Entgeltart: 300375**) zu verwenden</u>
...	...
34999	Noch nicht spezifizierter Fehler

Nachträge zur Anlage 5

2.8 Nachtrag Medizinische Begründung (ab Aufnahmetag 01.05.2023)

1.2.3 Medizinische Begründung:

Die Medizinische Begründung ist vom Krankenhaus auf Verlangen der Krankenkasse zu übermitteln, falls die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung überschritten wird.

Die medizinische Begründung kann wahlweise in maschinenlesbarer oder in nicht maschinenlesbarer Form übermittelt werden. Zu nicht maschinenlesbarer Übermittlung s. Anlage 3.

In den Fällen, in denen abweichend von § 8 Abs. 2 des AOP-Vertrages vom 21.12.2022 und den in Anlage 2 genannten Kontextfaktoren medizinische Gründe oder soziale Gründe vorliegen, die dazu führen, dass die Versorgung des Patienten oder der Patientin in der Häuslichkeit nicht sichergestellt werden kann und dadurch der medizinische Behandlungserfolg gefährdet ist, so sind diese Gründe bei einer stationären Durchführung der Leistung nach Anlage 1 des AOP-Vertrages fallindividuell durch Übermittlung einer Nachricht `Medizinische Begründung` (MBEG) darzustellen.

Liegen bei Leistungen nach AOP-Vertrag bereits zum Zeitpunkt der Aufnahme medizinische oder soziale Gründe nach § 8 Abs. 3 AOP-Vertrag vor, kann das Krankenhaus die Krankenkasse hierüber informieren, indem es in der Aufnahmeanzeige im EAD Segment (Segment Einweisungs- und Aufnahmediagnose) zusätzlich zu der vom Krankenhausarzt bei der Aufnahme festgestellten Diagnose den ICD-Kode `Z76.8` (Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen näher bezeichneten Gründen in Anspruch nehmen) übermittelt. In diesen Fällen übermittelt das Krankenhaus mit der Nachricht `Medizinische Begründung` (MBEG) im Segment „Text“ die entsprechenden fallindividuellen Gründe so früh wie möglich, spätestens jedoch mit der Übermittlung der Schlussrechnung des stationären Falles.

Treten im Rahmen der Behandlung erstmalig oder weitere fallindividuelle Gründe nach § 8 Abs. 3 AOP-Vertrag auf, übermittelt das Krankenhaus diese Gründe ebenfalls in einer Nachricht MBEG spätestens mit der Übermittlung der Schlussrechnung des stationären Falles. Eine Stornierung und Neuübermittlung der Aufnahmeanzeige (mit nachträglicher Ergänzung der [ICD Z76.8]) erfolgt nicht.

Nachtrag 2.9 Anpassung Rechnungssatz Ambulante Operationen („Tag des Zugangs“ ab 01.07.2023):

...

1.2.8.9 Abrechnung von Leistungen nach § 92 Abs. 6b SGB V (KSVPsych)

Die Abrechnung von ambulanten Leistungen nach der Richtlinie zur berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) nach § 92 Absatz 6b SGB V kann ebenso wie ambulante Operationen mit dem Nachrichtentyp „Rechnungssatz Ambulante Operation“ erfolgen. Als Vertragskennzeichen wird im „INV“ Segment die Nummer des Netzverbundvertrages bei § 92 Absatz 6b SGB V angegeben. Das Segment ZLG entfällt bei ambulanten Krankenhausbehandlungen. Die Übermittlung von Zwischen- oder Nachtragsrechnungen ist nicht zulässig. Die Abrechnungen der Leistungen erfolgt entsprechend Schlüssel 4 Teil II über die Einrichtungsart „3“ (Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V innerhalb der Abrechnungsart „0“ (EBM) mit den spezifischen EBM-Ziffern aus dem neuen Abschnitt 37.5 EBM (Entgeltart: 300375**). 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.

Die parallele Behandlung im Rahmen mehrerer Netzverbände ist ausgeschlossen. Der Beginn der Versorgung in einem Netzverbund ist der zuständigen Krankenkasse durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten anzuzeigen. Bei der Abrechnung gelten die Voraussetzungen des EBM-Abschnitts 37.5.

Nachtrag 2.10 Anpassungen zum Erörterungsverfahren (für Übermittlungen ab dem 01.07.2023):

...

1.2.10.5 Erörterungsverfahren gemäß § 9 PrüfvV

...

Das Erörterungsverfahren kann gemäß § 9 Absätze 8 und 10 PrüfvV neben dem Fall einer Einigung (`EKH50`) jederzeit im Einvernehmen mit der Krankenkasse (`EKH51`) beendet werden. [Ein Erörterungsverfahren wird einvernehmlich beendet, wenn das Krankenhaus die Schlüsselausprägung `EKH51` und die Krankenkasse die Schlüsselausprägung `EKK51` zugesandt hat.](#) `EKH51` ist nicht in den Fällen der Übermittlung von `EKK02` bzw. `EKH50` zu verwenden. Verweigert die Krankenkasse aus Sicht des Krankenhauses die Erörterung oder wirkt nicht mit, informiert das Krankenhaus die Krankenkasse mit dem Schlüssel `EKH60`. Mit dem Schlüssel `EKH60` wird die Krankenkasse darüber informiert, dass aus Sicht des Krankenhauses keine Einigung erzielt wurde und das Erörterungsverfahren gemäß § 9 Abs. 12 PrüfvV beendet ist.

...

1.3.7.6 Erörterungsverfahren gemäß § 9 PrüfvV

...

Das Erörterungsverfahren kann gemäß § 9 Absätze 8 und 10 PrüfvV neben dem Fall einer Einigung (`EKK50`) jederzeit im Einvernehmen mit dem Krankenhaus (`EKK51`) beendet werden. [Ein Erörterungsverfahren wird einvernehmlich beendet, wenn das Krankenhaus die Schlüsselausprägung `EKH51` und die Krankenkasse die Schlüsselausprägung `EKK51` zugesandt hat.](#) `EKK51` ist nicht in den Fällen der Übermittlung von `EKK02` bzw. `EKK50` zu verwenden. Verweigert das Krankenhaus aus Sicht der Krankenkasse die Erörterung oder wirkt nicht mit, informiert die Krankenkasse das Krankenhaus mit dem Schlüssel `EKK60`. Mit dem Schlüssel `EKK61` wird das Krankenhaus darüber informiert, dass aus Sicht der Krankenkasse keine Einigung erzielt wurde und das Erörterungsverfahren gemäß § 9 Abs. 12 PrüfvV beendet ist.

Nachtrag 2.11 Entscheidung KK nach MD–Gutachten (für Übermittlungen ab dem 01.07.2023):**1.3.7.5 Entscheidung der Krankenkasse nach MD–Gutachten**

Die Krankenkasse hat gem. § 8 PrüfV dem Krankenhaus ihre abschließende Entscheidung zur Wirtschaftlichkeit der Leistung oder zur Korrektheit der Abrechnung mit den Schlüsseln `MDK01` und `MDK02` mitzuteilen. Entscheidet die Krankenkasse, dass nach MDK–Begutachtung die Abrechnung des Krankenhauses nicht zu beanstanden ist, teilt sie dies dem Krankenhaus mit, wobei die „Information“ den Inhalt „MDK01“ (Leistungsrechtliche Entscheidung hat keine Beanstandung der Abrechnung als Ergebnis (nur KAIN) hat.

Wenn gem. § 8 Satz 2 PrüfV die Leistung aus Sicht der Krankenkasse nicht in vollem Umfang wirtschaftlich oder die Abrechnung nicht korrekt war, teilt sie dies dem Krankenhaus mit, wobei die „Information“ den Inhalt „MDK02“ (Leistungsrechtliche Entscheidung hat Beanstandung der Abrechnung als Ergebnis (nur KAIN) hat. Die wesentlichen Gründe sind im Segment PVT mitzuteilen.

Die Krankenkasse teilt dem Krankenhaus das Datum der leistungsrechtlichen Entscheidung mit dem Schlüssel `MDK20` mit. Das zugehörige PVT Segment enthält dann nur dieses Datum im Format JJJJMMTT. Diese Mitteilung kann in einer Nachricht zusammen mit z.B. der leistungsrechtlichen Entscheidung (MDK02) übermittelt werden.

Mit „BEK20“ informiert die Krankenkasse das Krankenhaus darüber, dass im Vorverfahren ein Falldialog durchgeführt wurde, jedoch keine Einigung erzielt wurde, eine Prüfanzeige aber nicht mehr möglich ist, weil die maximal zulässige Prüfquote bereits erreicht ist.

~~Die Information „MDK 03“ erhält ein Krankenhaus immer dann, wenn das MD–Verfahren vollständig durchlaufen wurde (inklusive Erstellung eines MD–Gutachtens) und die MD–Prüfung aufgrund einer im laufenden MD–Verfahren übermittelten Datenkorrektur des Krankenhauses nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führte.~~

Nachtrag 2.12 Zuzahlungspflicht Übergangspflege (für Übermittlungen ab dem 01.07.2023):**1.4.8 Zuzahlungseinzugsverfahren bei vollstationären Patienten***wird wie folgt aktualisiert:*

...

Zuzahlungspflicht bei Verlegung/Entlassung mit anschließender Aufnahme

Wird der Versicherte in ein anderes Krankenhaus verlegt (Entlassungs-/Verlegungsgrund „06“ Verlegung in ein anderes Krankenhaus), ~~oder~~ in eine Rehabilitationseinrichtung entlassen (Entlassungs-/Verlegungsgrund „09“ Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung) oder findet eine Entlassung in die Übergangspflege statt (Entlassungs-/Verlegungsgrund „30“), wird für den zuzahlungspflichtigen Kalendertag der Verlegung/Entlassung, der zugleich zuzahlungspflichtiger Aufnahmetag bei der aufnehmenden Einrichtung ist, keine Zuzahlung berechnet (siehe DRG-Beispiel 1). Die Zuzahlung für diesen Kalendertag wird durch die aufnehmende Einrichtung eingezogen.

...

Nachtrag 2.13 Anpassung Punktzahl (für Übermittlungen ab dem 01.05.2023):

2.8 ENA Segment Entgelt Ambulante Operation (999 x möglich)

wird wie folgt geändert:

...

6. Punktzahl

Für EBM-Ziffern ist die Punktzahl 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).~~

...

Nachtrag 2.14 Anpassung Einzelvergütung (für Übermittlungen ab dem 01.05.2023):**2.11 EZV Segment Einzelvergütung (99 x möglich) *wird wie folgt geändert:*****1. Einzelvergütung**

Nach § 911 Abs. 5 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V werden spezielle Materialien (siehe Schlüssel 3 der Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung) nach Einzelaufwand erstattet, soweit sie +2,506,25 Euro je aufgeführter Sachmittelposition (Schlüssel 3) übersteigen. Zur Rechnungslegung ist für die angefallenen Sachkosten der um den Selbstbehalt von 6,25 ~~+2,50~~-Euro reduzierte Betrag anzugeben.

Nachtrag 2.15 Vertragskennzeichen („Tag des Zugangs“ ab 01.07.2023):**2.18 INV Segment Information Versicherter**

wird wie folgt geändert:

...

10. Vertragskennzeichen

Erfolgt die Behandlung und/oder Abrechnung auf Basis individueller Verträge (z. B. Modellvorhaben nach § 64b Abs. 1 SGB V, Qualitätsverträge nach § 110a SGB V oder DMP) ist das Vertragskennzeichen des zu Grunde liegenden Vertrages anzugeben. Die Angabe des Vertragskennzeichens des Qualitätsvertrages entfällt, sofern ein Vertragskennzeichen aus einem der anderen individuellen Verträge anzugeben ist.

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-Serviceestelle 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.

Bei der Abrechnung von Leistungen nach §92 Abs. 6b ist die Nummer des Netzverbundvertrages anzugeben.

Zur Kennzeichnung von Auslandsversicherten, die nach § 219a Abs. 6 SGB V zum Zwecke der Behandlung einer COVID-19-Erkrankung vollstationär aufgenommen werden, wird zukünftig durch das Krankenhaus „COVID-19_Ausland“ mindestens im Aufnahmesatz, in der Entlassungsanzeige und im Rechnungssatz im Datenfeld „Vertragskennzeichen“ übermittelt. Im Rechnungssatz „Ambulante Operation“ erfolgt keine Angabe. In allen anderen Nachrichtentypen muss keine gesonderte Kennzeichnung erfolgen.