

**Nachtrag
vom 19.04.2018**

zur Fortschreibung der § 301-Vereinbarung
vom 22.05.2017

mit Wirkung zum 01.07.2018

Erläuterungen zu einzelnen Nachträgen

Nachtrag 1:

Infolge eines neuen Rahmenvertrages (Niedersachsen) ist es möglich, auch im DMP koronare Herzkrankheit, DMP Patientenschulungen abzurechnen. Es ist entsprechend der Entgeltbereich zu erweitern.

Nachtrag 2, 8 (Anwendung bei Fällen: `Tag der Behandlung` > 01.07.2018):

Die DKG und der GKV-Spitzenverband haben in der Vereinbarung des bundeseinheitlichen Kataloges für die Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) nach § 295 Abs. 1b Satz 4 SGB V (PIA-Doku-Vereinbarung) vom 02.02.2018 geänderte Leistungsdokumentationen vereinbart. Diese sind in den Technischen Anlagen nachzuvollziehen. Die nun erweiterte Dokumentation im „Rechnungssatz Ambulante Operation“ (AMBO) ist anzuwenden für alle Behandlungen ab dem 1.7.2018. Übergangsweise werden bisherige Schlüsselausprägungen bis zum 31.12.2018 krankenkassenseitig akzeptiert.

Nachtrag 3 (01.07.2018):

Zur Abrechnung der Leistungen von Belegärzten mit Honorarvertrag nach § 121 Abs. 5 SGB V sind nach § 18 Abs. 3 KHEntgG die mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte für Hauptabteilungen in Höhe von 80 Prozent abzurechnen. Dies gilt auch für abgesenkte Bewertungsrelationen nach Teil d des Fallpauschalenkataloges. Der Entgeltschlüsselbereich wird hierfür entsprechend ergänzt (3.Stelle = `H`).

Nachtrag 4 (01.07.2018):

Es wird klargestellt, dass ergänzende Tagesentgelte (`C4*`) im stationsäquivalenten Behandlungsbereich (D) keine Anwendung finden.

Nachtrag 5 (01.07.2018):

Der Leistungsbereichsschlüssel für §116b (neu) wird um zwei zusätzliche Bereiche erweitert. Dies betrifft die Urologischen Tumore und Morbus Wilson.

Nachtrag 6 (01.07.2018):

Die bereits im Nachtrag vom 08.12.2017 beschriebenen Teilzahlungsentgelte für die stationsäquivalente Behandlung werden hier im Anhang B Teil III nochmals als Entgelte identifiziert und genannt.

Nachtrag 7 (01.07.2018):

Das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik hat die Anforderungen an die einzusetzenden kryptografischen Verfahren bei der Übermittlung elektronischer Informationen überarbeitet und dabei insbesondere erhöhte Schlüssellängen vorgeschrieben. Diese Vorgaben wurden in der für Sozialversicherungsträger maßgeblichen „Security-Schnittstelle im

Gesundheitswesen“ bereits umgesetzt. Diese Schnittstellendefinition entfaltet keine Gültigkeit für den Regelungsbereich der Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, wird jedoch inhaltlich von den Vereinbarungspartnern DKG und GKV–Spitzenverband anerkannt. Die bisherigen Regelungen der Technischen Anlage 4 der Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V zur kryptografischen Verfahren werden aufgehoben und durch einen Verweis auf die Security–Schnittstelle in der Fassung vom 26.10.2017 ersetzt.

Nachtrag 9 (01.07.2018):

Es erfolgen Klarstellungen infolge der Regelungen zur stationsäquivalenten Behandlung. Es wird die Nutzung der neuen Entlassungs–/Verlegungsgründe in Kombination mit der Pseudofachabteilung `0004` beschrieben und klargestellt, wie mit der Angabe der Diagnosen umzugehen ist.

Nachtrag 10 (01.07.2018):

Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung infolge der zuvor erfolgten Erhöhung der Segmentwiederholbarkeit von Nebendiagnosen (Segment NDG).

Nachträge zur Anlage 2

Nachtrag 1 (01.07.2018):

Schlüssel 4 Teil 1 Entgeltart stationär

wird wie folgt ergänzt:

65* – Zusatzentgelt für DMP

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	65	Zusatzentgelt für DMP
	3. –4. Stelle	
	01-98	KV-Bezirk (siehe Schlüssel 26)
	5.-6. Stelle	
	01	Erstdokumentation
	02	Folgedokumentation
	03	Beratungspauschale

	32	Schulungsprogramm Diabetes und Verhalten
	33	Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung (SPOG)

Nachtrag 2 (Anwendung bei Fällen: `Tag der Behandlung` > 01.07.2018):**Schlüssel 23 PIA–Leistung***wird wie folgt geändert:*Bisherige Ausprägungen gültig bis 31.12.2018:

Bundeseinheitlicher Katalog für die Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) nach § 295 Abs. 1b Satz 4 SGB V

PIA-001	PIA-Leistung ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung
PIA-002	PIA-Leistung mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung
PIA-003	PIA-Leistung mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung
PIA-004	PIA-Leistung ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung

Neu ab 01.07.2018:Leistungen von Ärzten:

PIA-11A	<u>Leistungen von Ärzten, Einzelbehandlung, bis 20 Min.</u>
PIA-11B	<u>Leistungen von Ärzten, Einzelbehandlung, > 20 bis 60 Min.</u>
PIA-11C	<u>Leistungen von Ärzten, Einzelbehandlung, > 60 Min.</u>
PIA-14A	<u>Leistungen von Ärzten, Kleingruppe, bis 60 Min.</u>
PIA-14B	<u>Leistungen von Ärzten, Kleingruppe, > 60 bis 90 Min.</u>
PIA-14C	<u>Leistungen von Ärzten, Kleingruppe, > 90 Min.</u>
PIA-15A	<u>Leistungen von Ärzten, Großgruppe, bis 60 Min.</u>
PIA-15B	<u>Leistungen von Ärzten, Großgruppe, > 60 bis 90 Min.</u>
PIA-15C	<u>Leistungen von Ärzten, Großgruppe, > 90 Min.</u>
PIA-16A	<u>Leistungen von Ärzten, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, bis 20 Min.</u>
PIA-16B	<u>Leistungen von Ärzten, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, > 20 bis 60 Min.</u>
PIA-16C	<u>Leistungen von Ärzten, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, > 60 Min.</u>

Leistungen von Psychologen

PIA-21A	<u>Leistungen von Psychologen, Einzelbehandlung, bis 20 Min.</u>
PIA-21B	<u>Leistungen von Psychologen, Einzelbehandlung, > 20 bis 60 Min.</u>
PIA-21C	<u>Leistungen von Psychologen, Einzelbehandlung, > 60 Min.</u>
PIA-24A	<u>Leistungen von Psychologen, Kleingruppe, bis 60 Min.</u>
PIA-24B	<u>Leistungen von Psychologen, Kleingruppe, > 60 bis 90 Min.</u>
PIA-24C	<u>Leistungen von Psychologen, Kleingruppe, > 90 Min.</u>
PIA-25A	<u>Leistungen von Psychologen, Großgruppe, bis 60 Min.</u>
PIA-25B	<u>Leistungen von Psychologen, Großgruppe, > 60 bis 90 Min.</u>
PIA-25C	<u>Leistungen von Psychologen, Großgruppe, > 90 Min.</u>
PIA-26A	<u>Leistungen von Psychologen, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, bis 20 Min.</u>
PIA-26B	<u>Leistungen von Psychologen, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, > 20 bis 60 Min.</u>
PIA-26C	<u>Leistungen von Psychologen, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, > 60 Min.</u>

Leistungen von Pflegepersonal

PIA-31A	<u>Leistungen von Pflegepersonal, Einzelbehandlung, bis 20 Min.</u>
PIA-31B	<u>Leistungen von Pflegepersonal, Einzelbehandlung, > 20 bis 60 Min.</u>
PIA-31C	<u>Leistungen von Pflegepersonal, Einzelbehandlung, > 60 Min.</u>
PIA-34A	<u>Leistungen von Pflegepersonal, Kleingruppe, bis 60 Min.</u>
PIA-34B	<u>Leistungen von Pflegepersonal, Kleingruppe, > 60 bis 90 Min.</u>
PIA-34C	<u>Leistungen von Pflegepersonal, Kleingruppe, > 90 Min.</u>

PIA-35A	Leistungen von Pflegepersonal, Großgruppe, bis 60 Min.
PIA-35B	Leistungen von Pflegepersonal, Großgruppe, > 60 bis 90 Min.
PIA-35C	Leistungen von Pflegepersonal, Großgruppe, > 90 Min.
PIA-36A	Leistungen von Pflegepersonal, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, bis 20 Min.
PIA-36B	Leistungen von Pflegepersonal, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, > 20 bis 60 Min.
PIA-36C	Leistungen von Pflegepersonal, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, > 60 Min.

Leistungen von Sozialpädagogen

PIA-41A	Leistungen von Sozialpädagogen, Einzelbehandlung, bis 20 Min.
PIA-41B	Leistungen von Sozialpädagogen, Einzelbehandlung, > 20 bis 60 Min.
PIA-41C	Leistungen von Sozialpädagogen, Einzelbehandlung, > 60 Min.
PIA-44A	Leistungen von Sozialpädagogen, Kleingruppe, bis 60 Min.
PIA-44B	Leistungen von Sozialpädagogen, Kleingruppe, > 60 bis 90 Min.
PIA-44C	Leistungen von Sozialpädagogen, Kleingruppe, > 90 Min.
PIA-45A	Leistungen von Sozialpädagogen, Großgruppe, bis 60 Min.
PIA-45B	Leistungen von Sozialpädagogen, Großgruppe, > 60 bis 90 Min.
PIA-45C	Leistungen von Sozialpädagogen, Großgruppe, > 90 Min.
PIA-46A	Leistungen von Sozialpädagogen, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, bis 20 Min.
PIA-46B	Leistungen von Sozialpädagogen, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, > 20 bis 60 Min.
PIA-46C	Leistungen von Sozialpädagogen, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, > 60 Min.

Leistungen von Sozialtherapeuten

PIA-51A	Leistungen von Spezialtherapeuten, Einzelbehandlung, bis 20 Min.
PIA-51B	Leistungen von Spezialtherapeuten, Einzelbehandlung, > 20 bis 60 Min.
PIA-51C	Leistungen von Spezialtherapeuten, Einzelbehandlung, > 60 Min.
PIA-54A	Leistungen von Spezialtherapeuten, Kleingruppe, bis 60 Min.
PIA-54B	Leistungen von Spezialtherapeuten, Kleingruppe, > 60 bis 90 Min.
PIA-54C	Leistungen von Spezialtherapeuten, Kleingruppe, > 90 Min.
PIA-55A	Leistungen von Spezialtherapeuten, Großgruppe, bis 60 Min.
PIA-55B	Leistungen von Spezialtherapeuten, Großgruppe, > 60 bis 90 Min.
PIA-55C	Leistungen von Spezialtherapeuten, Großgruppe, > 90 Min.
PIA-56A	Leistungen von Spezialtherapeuten, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, bis 20 Min.
PIA-56B	Leistungen von Spezialtherapeuten, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, > 20 bis 60 Min.
PIA-56C	Leistungen von Spezialtherapeuten, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, > 60 Min.

Ohne Zuordnung zu Berufsgruppen

PIA-60Z	Fallbesprechung
PIA-17Z	Aufwändige Laboruntersuchungen
PIA-18Z	Aufwändige apparative Diagnostik

Zusatzleistungsschlüssel

PIA-81Z	Medikamentöse Ein- und Umstellung
PIA-82Z	Krisenintervention
PIA-83Z	Psychotherapie
PIA-86Z	Aufsuchende Behandlung ohne Fahrzeit

Nachtrag 3 (01.07.2018):**Anhang B Teil I:***wird wie folgt geändert:*

- 70* – DRG–Fallpauschale nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG
- 71* – Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD nach § 1 Abs. 2 Satz 1 FPV oder tagesbezogene teilstationäre DRG–Fallpauschale ab 2. Tag
- 72* – Abschlag bei Verlegungen nach § 1 Abs. 1 Satz 3 FPV
- 73* – Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD nach § 1 Abs. 3 Satz 1 FPV

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	70	DRG–Fallpauschale nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG
	71	Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD nach § 1 Abs. 2 Satz 1 FPV oder tagesbezogene teilstationäre DRG–Fallpauschale ab 2. Tag
	72	Abschlag bei Verlegung nach § 1 Abs. 1 Satz 3 FPV
	73	Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD nach § 1 Abs. 3 Satz 1 FPV

		3. Stelle Fallpauschalen–Katalog Anlage 1 Teil d) und e)
	A	Hauptabteilung
	B	reserviert
	C	Belegoperator
	D	reserviert
	E	reserviert
	F	reserviert
	G	reserviert
	H	reserviert Belegarzt mit Honorarvertrag (§18 Abs. 3 KHEntgG) ¹
		4.Stelle
	0	keine weitere Differenzierung
		5.–8. Stelle
	I68Dff.	DRG der Anlagen 1 Teil d und e des Fallpauschalen–Kataloges

¹ [Zur Berechnung des Entgeltbetrages sind aus Teil d \(Bewertungsrelationen mit gezielter Absenkung in Abhängigkeit der Median–Fallzahl bei Versorgung durch Hauptabteilungen\) des bundeseinheitlichen Fallpauschalenkataloges für die Ermittlung der DRG–Fallpauschale die Bewertungsrelation der Hauptabteilung und, soweit anwendbar, für die Ermittlung des Entgelts bei Überschreiten der oberen GVD die Bewertungsrelation/Tag bei Überschreiten der oberen GVD oder für die Ermittlung des Abschlags bei Verlegung die Bewertungsrelation je Tag bei externer Verlegung oder für die Ermittlung des Abschlags bei Nichterreichen der unteren GVD die Bewertungsrelation/Tag bei Nichterreichen der unteren GVD jeweils vor der Multiplikation mit dem Landesbasisfallwert mit 0,8 zu multiplizieren und auf drei Nachkommastellen kaufmännisch zu runden.](#)

Nachtrag 4 (01.07.2018):**Schlüssel 4 Teil III: Entgeltarten BPfIV (bei Anwendung §17d KHG):**

wird wie folgt klargestellt:

...

1. Stelle Behandlungsbereich

A vollstationärer Behandlungsbereich

B teilstationärer Behandlungsbereich

C stationärer Behandlungsbereich (gilt für Entgeltbereiche 4, 5, 9, A, F, V und N)*

D stationsäquivalenter Behandlungsbereich*

* Die Entgeltbereiche A und F sind somit in den Behandlungsbereichen A, B und C möglich.

** Die Entgeltbereiche 6, 7, D, G und H sind im Behandlungsbereich D möglich. [Weiterhin sind im Behandlungsbereich D auch Entgelte des Behandlungsbereiches C \(stationär\) möglich. Ausgenommen hiervon sind die Entgeltbereiche 4 \(Ergänzende Tagesentgelte\).](#)

...

Nachtrag 5 (01.07.2018):**Schlüssel 22: Leistungsbereich (§116b)***wird**wie folgt ergänzt:*

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
...	
1B0100	Rheumatologische Erkrankungen; Erwachsene
1B0101	Rheumatologische Erkrankungen; Kinder
...	
2[A-N]0100ff	Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen
2A0100	Tuberkulose; Tuberkulose und atypische Mykobakteriose
2B0100	Mukoviszidose
...	
2H0100	Morbus Wilson
2K0100	Marfan-Syndrom
2L0100	pulmonale Hypertonie
...	
3[A-B]0100ff	Hochspezialisierte Leistungen
....	

Nachtrag 6 (01.07.2018):**Anhang B Teil III:***wird wie folgt ergänzt:*

Entgeltschlüssel	Entgeltbezeichnung	gueltigab	gueltigbis
DD100001	Teilzahlungsentgelt (stationsäquivalente Behandlungsfälle)	01.01.2018	31.12.9999
DD100002	Teilzahlungskorrektur (stationsäquivalente Behandlungsfälle)	01.01.2018	31.12.9999

Nachträge zur Anlage 4

Nachtrag 7 (01.07.2018):

11 Anhang zur Anlage 4 (Verschlüsselung und Signatur, Übertragungsdateien)

11.1 Verschlüsselung und Signatur

Als Basis für die Verschlüsselung wird ein asymmetrisches Verfahren für die Kommunikation eingesetzt, das folgenden Anforderungen genügt:

- * Das Verschlüsselungsverfahren beruht auf RSA/AES.
- * Die Schlüsselerzeugung erfolgt dezentral.
- * Das Schlüsselmanagement erfolgt zentral über Zertifizierungs- bzw. Schlüsselverwaltungsstellen.

Die Nutzendateien werden vor der Verschlüsselung elektronisch signiert, um sie einerseits gegen unbefugte Veränderung zu schützen (Integrität) und andererseits deren Herkunft nachzuweisen (Authentizität). Der Signaturalgorithmus stellt eine Kombination aus einer Einweg-Hashfunktion und einem Public-Key-Verfahren dar.

[Für die einzusetzenden kryptografischen Verfahren \(einschließlich der erforderlichen PKI\) sowie die Parameter für deren Verwendung gelten die Vorgaben der Security Schnittstelle für den Datenaustausch im Gesundheits- und Sozialwesen \(Anlage 16 Gemeinsame Grundsätze Technik nach § 95 SGB IV\) in der Fassung vom 26.10.2017, gültig ab 01.01.2018.](#)

~~11.1.1 Datenformate~~

~~Die Datenformate sind entsprechend PKCS#7 zu strukturieren.~~

~~11.2.2 Session-Key~~

~~Als Session-Key ist AES (RFC 3565 mit einer Schlüssellänge von 256 Bit und CBC-Betriebsmodus (id-aes256-cbc) vorzusehen.~~

~~11.2.3 Interchange Key~~

~~Als Interchange Key ist RSA mit den unter 11.1.10 beschriebenen Parametern einzusetzen.~~

~~11.1.4 Hashfunktion/Signaturalgorithmus~~

~~Als Signaturalgorithmus ist RSA (Rives-Shamir-Adleman) gemäß PKCS#1 mit SHA-256 als Hashfunktion vorgesehen. Dabei wird als öffentlicher Exponent „e“ die 4. Fermatsche Zahl ($0x10001$ bzw. $216 + 1 = 65537$ dezimal) verwendet. Die Hashfunktion wird zum Erzeugen eines so genannten Message Digest verwendet, aus dem die elektronische Unterschrift gebildet wird.~~

~~11.1.5 RSA Schlüssellänge~~

~~Die RSA Schlüssellänge beträgt 2048 Bit (Standard).~~

~~11.1.6 Öffentlicher Exponent des RSA Algorithmus~~

~~Als RSA Exponent soll die 4. Fermat-Zahl ($216+1$) gewählt werden (siehe X.509).~~

~~11.1.7 Public Key Format~~

~~Hier ist die ASN.1 Syntax³⁾ sowie X.509⁴⁾ einzuhalten.~~

~~11.1.8 Zertifikate~~

~~Zertifikate sind in ASN.1 entsprechend X.509 zu implementieren. Bei der Codierung der Zertifikate sind die Distinguished Encoding Rules (DER) entsprechend X.509, Kapitel 8.7, einzuhalten.~~

~~Für die Schlüsselverwaltung wird eine Lösung entsprechend X.500-5) vorgesehen.~~

~~Die Vereinbarungspartner sehen jeweils für ihre Zuständigkeitsbereiche ein oder mehrere Trust-Center/Schlüsselvergabestellen vor. Sie sorgen dafür, dass das/die Trust-Center bzw. die Schlüsselvergabestelle(n) der Spitzenverbände der Krankenkassen für die Krankenkassen und das/die Trust-Center bzw. die Schlüsselvergabestelle(n) der DKG für die Krankenhäuser ihre Schlüssel-Management-Politik abstimmen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die DKG geben die jeweils von ihnen eingerichteten/bestellten Trust-Center/Schlüsselvergabestellen allen am Verfahren Beteiligten spätestens im 4. Quartal 1996 bekannt.~~

~~11.1.9 Struktur der X.500-Adresse~~

~~Die X.500-Adresse hat den Empfehlungen/Standards nach X.500 ff. zu entsprechen.~~

- C Country _____ DE
- O Organization _____ (Name des Trust Centers)
- OU Organization Unit _____ (Name der Institution)
- OU Organization Unit _____ (IK der Institution)
- CN Common Name (Allgemeiner Name) _____ (Name des Ansprechpartners)

11.1.10 Zusammenfassende Darstellung der Schnittstelle

Datenformate:	PKCS#7
Hash:	SHA-256
RSA Schlüssellänge:	2048-bit
RSA Exponent:	4. Fermat-Zahl: $(2^{16} + 1)$
Public Key Format:	ASN.1 / X.509
Private Key Format:	nicht definiert
Zertifikate:	ASN.1 / X.509

11.1.11 Literaturhinweise

- 1) ~~RFC 1421 J. Linn. RFC 1421: Privacy Enhancement for Internet Electronic Mail: Part I: Message Encryption and Authentication Procedures. February 1993~~
- ~~RFC 1422 S. Kent. RFC 1422: Privacy Enhancement for Internet Electronic Mail: Part II: Certificate-Based Key Management, February 1993.~~
- ~~RFC 1423 D. Balenson. RFC 1423: Privacy Enhancement for Internet Electronic Mail: Part III: Algorithms, Modes and Identifiers February 1993.~~
- ~~RFC 1424 B. Kaliski. RFC 1424: Privacy Enhancement for Internet Electronic Mail: Part IV: Key Certification and Related Services. February 1993.~~
- 2) ~~RFC1321 R. Rivest. RFC 1321; The MD5 Message Digest Algorithm~~
- 3) ~~ASN.1 X.208 CCITT Recommendation X.208: Specification of Abstract Syntax Notation One (ASN.1), 1988~~
- ~~X.209 CCITT Recommendation X.209: Specification of basic encoding rules for Abstract Syntax~~

~~Notation One (ASN.1), 1988~~

~~4) X.509 CCITT. Recommendation X.509: The Directory Authentication
Frame work. 1988.~~

~~5) X.500 CCITT. Recommendation X.500: The Directory Overview of
Concepts, Models and Services. 1988.~~

...

Nachträge zur Anlage 5

Nachtrag 8 (Anwendung bei Fällen: `Tag der Behandlung` > 01.07.2018):

1.2.8.5 bundeseinheitliche Dokumentation der Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 295 Abs. 1b Satz 4 SGB V

wird wie folgt aktualisiert:

Für die Umsetzung des Prüfauftrags nach § 17d Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes übermitteln die Psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V ~~ab dem seit dem~~ 01.01.2013 mit den Abrechnungsdaten gemäß Punkt 1.2.8.2 eine Dokumentation der erbrachten Leistungen entsprechend der „Vereinbarung einer bundeseinheitlichen Leistungsdokumentation der psychiatrischen Institutsambulanzen entsprechend § 295 Abs. 1b Satz 4 SGB V“ (PIA-Doku-Vereinbarung) gemäß Schlüssel 23 mit dem Nachrichtentyp „Rechnungssatz Ambulante Operation“.

Bei Abrechnung von Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen ist mit dem Segment LEI im Datenelement „Leistungsart“ der Wert „A1“ (Schlüssel 24), im Datenelement „Leistungsschlüssel“ der Schlüssel 23 (PIA-Leistungen) und im Datenelement „Leistungstag“ der Tag ~~des Kontakts der Leistung~~ anzugeben. Dabei sind die Konkretisierungen zum Leistungsinhalt in Anlage 1 der PIA-Dokumentationsvereinbarung (PIA-Dokumentationsschema) zu berücksichtigen. Für den Basisleistungsschlüssel PIA-17Z (Aufwändige Laboruntersuchungen) ist beispielsweise abweichend der Tag der Leistungsbeauftragung anzugeben. Je Tag sind mehrere Leistungsschlüssel anzugeben, wenn die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind. Die Zusatzleistungsschlüssel können nur in Ergänzung zu Basisleistungsschlüsseln angegeben werden. Jeder Zusatzleistungsschlüssel ist maximal 1 Mal je Tag zu kodieren. Dabei ist für jeden Tag mit einem unmittelbaren Patientenkontakt die entsprechende Leistungsziffer zu dokumentieren. Je Leistungstag darf nur ein Leistungsschlüssel angegeben werden. Psychiatrische Institutsambulanzen sind entsprechend § 3 Absatz 2 der PIA-Doku-Vereinbarung ganz oder teilweise von einer Übermittlung der Leistungsdokumentation befreit, wenn die zur Abrechnung zu übermittelnden Einzelleistungen anhand der Entgeltschlüssel eine eindeutige Zuordnung ermöglichen ~~und sie zu einer der in Anlage 2 der PIA-Doku-Vereinbarung aufgeführten Gruppen gehören.~~ Anlage 2 der PIA-Doku-Vereinbarung weist aus, welche Einrichtungen in welchem Umfang von einer Übermittlung freigestellt sind. Diese Einrichtungen sind von der Übermittlung der Basisleistungsschlüssel freigestellt. Da eine Ableitung der Zusatzleistungsschlüssel aus den abgerechneten Entgelten derzeit nicht möglich ist, sind bis auf Weiteres die Zusatzleistungsschlüssel auch von den in Anlage 2 der PIA-Doku-Vereinbarung aufgeführten Gruppen von PIAs zu dokumentieren und an die Krankenkasse zu übermitteln. Abweichend von den allgemeinen Vorgaben in Anlage 1 der PIA-Doku-Vereinbarung ist eine Kodierung auch ohne direkt zugehörigen Basisleistungsschlüssel möglich.

Das Nähere zur Dokumentation des Leistungsschlüssels ist in der PIA-Doku-Vereinbarung geregelt.

Hinweis der Vereinbarungspartner: Die neuen PIA-Dokumentationsschlüssel `PIA-11A` – `PIA86Z` sind gemäß PIA-Dokumentationsvereinbarung ab dem 01.07.2018 zu dokumentieren. Für den Übergangszeitraum vom 01.07.2018 – 31.12.2018 gelten die bisherigen Dokumentationsschlüssel `PIA-001` – `PIA-004` insofern fort, dass PIAs, denen eine Übermittlung nach dem neuen Dokumentationsschema noch nicht möglich ist, die bisherigen Schlüssel für den o.g. Zeitraum weiter verwenden können. Bei einem Umstieg sind die bisherigen Schlüssel nicht mehr zu verwenden. Zum 31.12.2018 entfallen die bisherigen Schlüssel vollständig. Danach ist verpflichtend nach dem neuen Schema zu dokumentieren.

Nachtrag 9 (01.07.2018):**1.4.9.4 Abrechnung stationsäquivalenter Behandlungsfälle**

wird wie folgt aktualisiert:

Stationsäquivalente Fälle werden in der Aufnahmeanzeige durch den Aufnahmegrund `10` und mit eigenem Krankenhausinternen Kennzeichen als eigenständige Krankenhausfälle gekennzeichnet.

Vollständige Tage ohne direkten Patientenkontakt (00–24 Uhr) sind in der Entlassungsanzeige zu dokumentieren. Hierzu werden Zeiträume, in denen kein direkter Patientenkontakt stattgefunden hat, mit der Pseudofachabteilung `0004` „Pseudofachabteilung für Zeitraum ohne direkten Patientenkontakt (bei stationsäquivalenter Behandlung)“ übermittelt. Datum und Uhrzeit des Beginns eines Zeitraumes ohne direkten Patientenkontakt werden jeweils im Feld `Tag der Entlassung/Verlegung` bzw. `Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit` angegeben. Im Feld `Fachabteilung` ist die zuletzt behandelnde Fachabteilung mit dem Entlassungs-/Verlegungsgrund „269“ (Beginn eines Zeitraumes ohne direkten Patientenkontakt (stationsäquivalente Behandlung)) in einer SG1 Segmentgruppe im ETL Segment anzugeben. Als Hauptdiagnose ist die Hauptdiagnose der zuletzt behandelnden Fachabteilung anzugeben. Die Angabe der Sekundärdiagnose, des IK der aufnehmenden Institution sowie von Nebendiagnosen (NDG-Segment) entfällt.

Die Beendigung eines Zeitraumes ohne direkten Patientenkontakt ist mit Angabe von Datum und Uhrzeit im Feld `Tag der Entlassung/Verlegung` bzw. `Entlassungs-/ Verlegungsuhrzeit` mit der Pseudo-Fachabteilung „0004“ (Pseudofachabteilung für Zeitraum ohne direkten Patientenkontakt (bei stationsäquivalenter Behandlung)) und dem Entlassungs-/Verlegungsgrund „279“ (Beendigung eines Zeitraumes ohne direkten Patientenkontakt) anzugeben.

In der Entlassungsanzeige ist zusätzlich zu den ETL-Segmenten der einzelnen Fachabteilungen die für den gesamten Krankenhausfall maßgebliche Hauptdiagnose (ggf. mit Nebendiagnosen) durch eine weitere (letzte!) Segmentgruppe SG1 zu übermitteln, die im Segment ETL den Pseudo-Code "0000" für den Krankenhausbezug sowie die Daten der Entlassung/Verlegung enthält.

Ergeben sich Zeiträume ohne direkten Patientenkontakt aus einer Fallzusammenführung, sind Zeiten zwischen wiederaufgenommenen Fällen hiervon abweichend mit den Pseudofachabteilungen `0001` bzw. `0002` zu dokumentieren.

Die Tage ohne Berechnung in einem „zusammengeführten Fall setzen sich dann wie folgt zusammen:

- Tage ohne direkten Patientenkontakt, bei denen mindestens 1 Kalendertag ohne direkten Patientenkontakt vorlag (FABT `0004`) und
- Tage des externen Aufenthaltes (FAB `0001` bzw. FAB `0002`) zwischen den zusammengeführten Fällen.

...

Nachtrag 10 (01.07.2018):**2.19 NDG Segment Nebendiagnose (40x möglich)***wird wie folgt aktualisiert:***1. Nebendiagnose**

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement eine zusätzlich zur Hauptdiagnose vom behandelnden Krankenhausarzt festgestellte Nebendiagnose. Sie ist nach dem amtlichen ICD-Schlüssel anzugeben (linksbündig mit Sonderzeichen '.', '-' und '#' (Kreuzdiagnose) ohne Leerzeichen). In dem 2. Datenfeld kann eine Lokalisation der Diagnose entsprechend der Spezifizierungen des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Diagnose relevant ist.

Weitere Nebendiagnosen können durch bis zu [2040](#)-maliges Verwenden des Segmentes NDG angegeben werden.

...