

**2. Fortschreibung gemäß § 7 Abs. 4 der  
Vereinbarung nach § 120 Abs. 3 SGB V  
über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen  
für die Einrichtungen nach §§ 117 bis 119 SGB V zum 30.04.2012**  
(in Verbindung mit der 11. Fortschreibung der Vereinbarung nach § 301 SGB V)

zwischen  
dem GKV-Spitzenverband, Berlin  
und  
der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Berlin

## **Präambel**

Der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren als Vertragsparteien nach § 301 Abs. 3 SGB V gemäß § 120 Abs. 3 SGB V das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für die Einrichtungen gemäß §§ 117 bis 119 SGB V.

## **§ 1**

### **Geltungsbereich**

- (1) Diese Vereinbarung gilt für die Hochschulambulanzen, einschließlich der Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG (§ 117 Abs. 1 und 2 SGB V), die psychiatrischen Institutsambulanzen (§ 118 SGB V) und die sozialpädiatrischen Zentren (§ 119 SGB V), im Folgenden als „Einrichtungen“ bezeichnet.
- (2) Für die Hochschulambulanzen gilt diese Vereinbarung ausschließlich für den Bereich der Humanmedizin; der Bereich der Zahnmedizin ist von dieser Vereinbarung ausgenommen. Hierzu nehmen die Vereinbarungsparteien eine gesonderte Fortschreibung dieser Vereinbarung vor.

## **§ 2**

### **Form der Abrechnungsunterlagen**

Die Abrechnungsunterlagen werden von den Einrichtungen im Wege elektronischer Datenübermittlung an die Annahmestellen der Krankenkassen entsprechend § 4 Abs. 4 übermittelt.

## **§ 3**

### **Inhalt der Abrechnungsunterlagen**

- (1) Die Einrichtungen übermitteln für jeden Behandlungsfall im Abrechnungsquartal mit der Nachricht gemäß § 4 Abs. 1 (AMBO) folgende Inhalte:
  1. Institutionskennzeichen des Krankenhauses (der Einrichtung)
  2. Institutionskennzeichen der Krankenkasse
  3. Krankenversicherten-Nr., sofern vorhanden
  4. Versichertenstatus, sofern vorhanden
  5. Gültigkeit der Versichertenkarte, sofern vorhanden
  6. krankenhausinternes Kennzeichen des Versicherten

7. Vertragskennzeichen, sofern vorhanden
8. Name, Vorname, Geschlecht und Geburtsdatum des Versicherten
9. Anschrift des Versicherten, sofern keine Krankenversicherten-Nr. angegeben wird
10. Rechnungsnummer
11. Rechnungsdatum
12. Rechnungsart
13. Tag des Zugangs (im Abrechnungsquartal)
14. Rechnungsbetrag
15. Zuzahlungsbetrag und Zuzahlungskennzeichen
16. behandelnde Fachabteilung
17. Arztnummer und Betriebsstättennummer des überweisenden Arztes oder Zahnarztnummer des überweisenden Zahnarztes gemäß § 295 Abs. 1 SGB V bei Überweisungsfällen
18. Behandlungsdiagnosen, ggf. mit Sekundärdiagnose, gemäß § 295 Abs. 1 SGB V
19. Prozeduren gemäß § 295 Abs. 1 SGB V, soweit als Abrechnungunterlage gemäß § 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V erforderlich
20. Entgeltschlüssel für die mit dem Rechnungsbetrag in Rechnung gestellte Entgeltart
21. Tag der Behandlung (erster Tag der Behandlung im Quartal bei Quartalspauschalen)
22. Punktzahl und Punktwert, sofern vereinbart
23. Entgeltbetrag (Einzelbetrag)
24. Entgeltanzahl
25. Einzelvergütung mit (Schlüssel-)Erläuterung und Texterläuterung, sofern vereinbart
26. Verarbeitungskennzeichen, laufende Nummer des Geschäftsvorfalles, Währungskennzeichen, Diagnosen-/Prozedurenversion
27. Debitoren-Konto-Nr. und Referenznummer des Krankenhauses sowie Institutionskennzeichen des Krankenhauses für Zahlungsweg, sofern vorhanden
28. ein Datenelement („Honorarsumme“) mit dem Vorgabewert „0,00“
29. Betriebsstättennummer (ergänzend zur Unterscheidung mehrerer, gleichartiger Einrichtungsarten)
30. Prozedurentag

31. Angabe, ob Leistungen im Zusammenhang mit einer Lebendspende abgerechnet werden
  32. Abrechnungsbegründung (wenn nach EBM erforderlich oder vereinbart)
  33. Leistungsdokumentation mit Angaben zur Leistungsart, zum Leistungsschlüssel und Leistungstag in Verbindung mit der PIA-Doku-Vereinbarung
- (2) Die Parteien dieser Vereinbarung können bestimmen, dass für einzelne bestehende Leistungsarten, für die keine Patientenzuordnung möglich ist, bzw. ausschließlich für externe Laboreinsendungen die Übermittlung nach dieser Vereinbarung entfallen kann und eine Rechnung in Papierform an die Krankenkassen erfolgt, sofern keine gesetzlichen Regelungen entgegenstehen. Zukünftige Vergütungsvereinbarungen der Parteien der Vereinbarung nach § 120 Abs. 2 Satz 2 SGB V müssen eine Übermittlung der Abrechnung nach dieser Vereinbarung erlauben.

## § 4

### Übermittlung

- (1) Die Übermittlung erfolgt mit der Nachricht AMBO in Übereinstimmung mit den Festlegungen in der Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V, soweit in § 5 und § 6 keine anderen Festlegungen getroffen sind. Bei der Übermittlung sind die als Bestandteil zu Anhang B (Schlüssel 4 Teil II: Entgeltarten ambulant) der Anlage 2 der Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V festgelegten Entgeltschlüssel zu verwenden. Neben der Nachricht AMBO können die Nachricht ZAAO als Zahlungssatz der Krankenkasse und die Nachricht FEHL (Fehlernachricht) aus Anhang 1 der Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V entsprechend verwendet werden.
- (2) Die Einrichtungen übermitteln in der Regel nach Ablauf des Abrechnungsquartals die Abrechnungsunterlagen nach dieser Vereinbarung, soweit in der Vergütungsvereinbarung nach § 120 Abs. 2 Satz 2 SGB V keine andere Regelung vereinbart ist.
- (3) Eine Übermittlung von Überweisungsscheinen (Muster 6) und anderen Vordrucken an die Krankenkasse erfolgt nur auf gesonderte Anforderung in besonderen Einzelfällen. Für das Ersatzverfahren gelten die von den Parteien der Vereinbarung nach § 120 Abs. 2 Satz 2 SGB V getroffenen Regelungen.
- (4) Die Einrichtungen übermitteln die Daten nach § 3 Abs. 1 an die gemäß Anlage 4 Kapitel 9 der Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V gültigen Annahmestellen der Krankenkassen.
- (5) Die Psychiatrischen Institutsambulanzen übermitteln mit den Abrechnungsdaten gemäß dieser Vereinbarung die nach § 3 der „PIA-Doku Vereinbarung“ (§ 295 Abs. 1b Satz 4 SGB V) definierten Inhalte gemäß § 295 SGB V an die Krankenkassen. Die Übermittlung erfolgt ab dem 01.01.2013 mit der Nachricht AMBO in Übereinstimmung mit den Festlegungen in der Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V.

## § 5

### Besondere Festlegungen

- (1) Soweit diese Vereinbarung nichts Anderweitiges festlegt, gelten die in der Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V getroffenen Regelungen.
- (2) Fortschreibungen (Schlüsselfortschreibungen, Nachträge und Fortschreibungen) der Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V treten, soweit ausschließlich die Einrichtungen davon betroffen sind, jeweils erst mit gesonderter Zustimmung der Partner dieser Vereinbarung gemäß § 7 Abs. 3 in Kraft. Die Gesamtdokumentation für beide Vereinbarungen wird einheitlich in der „Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V, ergänzt um Festlegungen nach § 120 Abs. 3 SGB V“ zusammengeführt.
- (3) Für das Fehlerverfahren legen die Partner dieser Vereinbarung die Bedingungen für die Prüfung der Abrechnung erstmals bis zum 30.09.2011 und danach in einem kontinuierlichen Verfahren fest. Die Überprüfung der Arzt- und der Betriebsstättennummer des überweisenden Arztes (Nr. 17) durch die Krankenkassen löst keine Fehlermeldungen an die Einrichtung aus.

## § 6

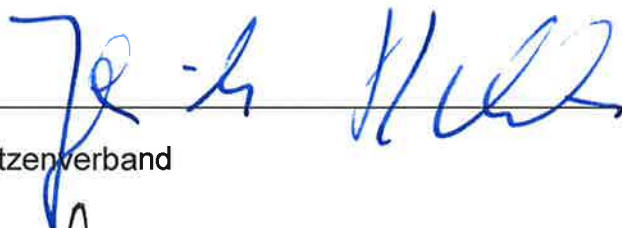
### Beginn der Übermittlung

- (1) Der Beginn der Übermittlung wird für die Einrichtungen nach § 117 Abs. 1 und § 118 SGB V auf den 01.01.2012 festgesetzt (Regelverfahren). Für die Einrichtungen nach § 117 Abs. 2 und § 119 SGB V wird der Beginn auf den 01.07.2012 (Regelverfahren) festgesetzt. Bis zur Umsetzung des Regelverfahrens gelten die Regelungen zum Ersatzverfahren. Dem Beginn der Übermittlung muss ein beiderseitiger Anbindungstest mit erfolgreicher Verarbeitung einer Testübermittlung vorausgehen. Die Verpflichtung zur Datenübermittlung setzt die Umsetzung des Verfahrens voraus. Durch die Teilnahme am Datenaustausch nach § 301 SGB V in anderen Leistungsarten ist die Voraussetzung der Durchführung eines Anbindungstestes bereits erfüllt.
- (2) Bis zum Beginn der Übermittlung entsprechend Abs. 1 werden als Ersatzverfahren von den Einrichtungen mit der Nachricht AMBO die Inhalte nach § 3 ohne die Nrn. 5, 7, 15, 17, 19, 22, 25 und 27, mit den Vorgabewerten „X“ für Nr. 10, „02“ oder „04“ für Nr. 12, „XXXXX“ für Nr. 20, „0,00“ für die Nrn. 14 und 23 und „0“ für Nr. 24, mit dem ersten Tag des Abrechnungsquartals oder dem aktuellen Systemdatum für Nr. 11 sowie mit dem ersten Tag des Abrechnungsquartals für die Nrn. 13 und 21 übermittelt. Das Ersatzverfahren ist in der Anlage zu dieser Vereinbarung dokumentiert. Es dient der nachrichtlichen Übermittlung der Behandlungsdiagnosen in Ergänzung zu der bestehenden, für die Vergütungszahlung verbindlichen Abrechnung.
- (3) Die Übermittlung im Regelverfahren erfolgt erstmals im 2. Quartal 2012 für das 1. Quartal 2012 als Abrechnungsquartal. Die Übermittlung nach den Vorgaben der 2. Fortschreibung vom 30.04.2012 beginnt für Fälle ab dem 1. Januar 2013.

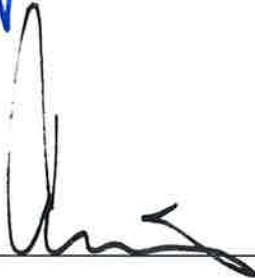
## **§ 7**

### **Inkrafttreten, Kündigung**

- (1) Diese Vereinbarung tritt mit Unterzeichnung in Kraft und kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres mittels eines eingeschriebenen Briefs gekündigt werden.
- (2) Soweit von dieser Vereinbarung auf Grund einer bestehenden Vereinbarung gemäß § 120 Abs. 2 Satz 2 SGB V abgewichen wird, liegt die Voraussetzung des § 303 Abs. 3 Satz 2 SGB V nicht vor, eine Anwendung des § 303 Abs. 3 SGB V ist dann ausgeschlossen.
- (3) Für den Fall der Kündigung erklären die Vereinbarungsparteien ihre Bereitschaft, an dem Abschluss einer neuen Vereinbarung mitzuwirken.
- (4) Für den Fall einer erforderlichen Anpassung sehen die Vereinbarungsparteien eine Fortschreibung in beiderseitigem Einvernehmen vor, ohne dass es einer Kündigung der Vereinbarung bedarf.



GKV-Spitzenverband



Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.