

Inhaltsverzeichnis

HISTORIE	3
SCHLÜSSEL 1: AUFNAHMEGRUND	4
SCHLÜSSEL 2: DURCHGEFÜHRTE REHABILITATIONSMAßNAHMEN	4
SCHLÜSSEL 3: EINZELVERGÜTUNG AMBULANTE OPERATION, ERLÄUTERUNG.....	5
SCHLÜSSEL 4 TEIL I: ENTGELTART STATIONÄR	6
SCHLÜSSEL 4 TEIL II: ENTGELTART AMBULANT	25
SCHLÜSSEL 4 TEIL III: ENTGELTARTEN BPFLV (BEI ANWENDUNG §17D KHG)	30
SCHLÜSSEL 5: ENTLASSUNGS-/VERLEGUNGSGRUND.....	39
SCHLÜSSEL 6: FACHABTEILUNGEN.....	40
SCHLÜSSEL 7: INTERNATIONALES LÄNDERKENNZEICHEN.....	46
SCHLÜSSEL 8: MERKMAL KOSTENÜBERNAHME.....	49
SCHLÜSSEL 9: VERARBEITUNGSKENNZEICHEN	51
SCHLÜSSEL 10: PRÜFUNGSVERMERK	52
SCHLÜSSEL 11: RECHNUNGSART	54
SCHLÜSSEL 12: VERSICHERTENSTATUS.....	54
SCHLÜSSEL 13: VORSCHLÄGE FÜR DIE WEITERE BEHANDLUNG.....	55
SCHLÜSSEL 14: VORSCHLÄGE FÜR GEEIGNETE EINRICHTUNGEN	55
SCHLÜSSEL 15: ZUZAHLUNGSKENNZEICHEN	55
SCHLÜSSEL 16: LOKALISATION	56
SCHLÜSSEL 17: DIAGNOSENSICHERHEIT	56
SCHLÜSSEL 18: WÄHRUNGSKENNZEICHEN	56
SCHLÜSSEL 19: ZUSATZKENNZEICHEN EBM	56
SCHLÜSSEL 20: EBM-ZIFFERN	58
SCHLÜSSEL 21: GESCHLECHT	58
SCHLÜSSEL 22: LEISTUNGSBEREICH (116B)	58
SCHLÜSSEL 23: PIA-LEISTUNG.....	60
SCHLÜSSEL 24: LEISTUNGSART	60
SCHLÜSSEL 25: TEAMEBENE (§116B).....	61
SCHLÜSSEL 26: KV-BEZIRK	61
SCHLÜSSEL 27: FACHGRUPPENCODE (§116B)	62
SCHLÜSSEL 28: DOKUMENTATION SCHWERER VERLAUFSFORMEN – TNM – NACH § 116B (NEU).....	69
SCHLÜSSEL 29: DOKUMENTATION SCHWERER VERLAUFSFORMEN-PROGRESSION – NACH § 116B (NEU)	71
ANHANG A: DURCHGEFÜHRTE REHABILITATIONSMAßNAHMEN	71

ANHANG B: ENTGELTARTEN	71
ANHANG C: FEHLERCODES	71
ANHANG D: EBM-ZIFFERN	71

Version:	82
Vertragsstand:	01.12.1994
Stand der Anlage	06.06.2016
Stand der letzten Anlage	22.12.2015
Anzuwenden ab	01.10.2016

Historie

Version	Status	Datum	Autor/ Redaktion	Abschnitt	Erläuterung
77	abgestimmt	20.05.2015		Schlüssel 4 Teil III, Schlüssel 22: Leistungsbereich, Schlüssel 27: Fachgruppencode	Anpassung an den Nachtrag vom 20.05.2015 mit Wirkung zum <u>01.07.2015</u> bzw. 01.01.2016
78	abgestimmt	20.05.2015		Schlüssel 4 Teil III, Schlüssel 21: Geschlecht	Anpassung an den Nachtrag vom 20.05.2015 mit Wirkung zum 01.07.2015 bzw. <u>01.01.2016</u>
79	abgestimmt	17.11.2015		Schlüssel 12: Versichertenstatus	Anpassung an den Nachtrag vom 17.11.2015 mit Wirkung zum 01.01.2016
80	abgestimmt	22.12.2015		Schlüssel 4 Teil I und Teil II, Schlüssel 9: Verarbeitungskennzeich nen	Anpassung an den Nachtrag vom 22.12.2015 mit Wirkung zum <u>01.01.2016</u> bzw. 01.04.2016
81	abgestimmt	22.12.2015		Schlüssel 4 Teil I	Anpassung an den Nachtrag vom 22.12.2015 mit Wirkung zum 01.01.2016 bzw. <u>01.04.2016</u>
82	abgestimmt	06.06.2016		Schlüssel 4 Teil III, Schlüssel 6: Fachabteilungen, Schlüssel 22: Leistungsbereich (§ 116b)	Anpassung an den Nachtrag vom 06.06.2016 mit Wirkung zum <u>01.10.2016</u> bzw. 01.04.2017

Schlüssel 1: Aufnahmegrund

- | | | |
|-----------------|----|--|
| 1. u. 2. Stelle | 01 | Krankenhausbehandlung, vollstationär |
| | 02 | Krankenhausbehandlung vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung |
| | 03 | Krankenhausbehandlung, teilstationär |
| | 04 | Vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung |
| | 05 | Stationäre Entbindung |
| | 06 | Geburt |
| | 07 | Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003 |
| | 08 | Stationäre Aufnahme zur Organentnahme |
| | 09 | - frei - |
| 3. u. 4. Stelle | 01 | Normalfall |
| | 02 | Arbeitsunfall / Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V) |
| | 03 | Verkehrsunfall / Sportunfall / Sonstiger Unfall (z. B. § 116 SGB X) |
| | 04 | Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt |
| | 05 | - frei - |
| | 06 | Kriegsbeschädigten-Leiden / BVG-Leiden |
| | 07 | Notfall |

Bei Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers:
21 bis 27 anstelle 01 bis 07

Bei Behandlungen im Rahmen von Verträgen zur integrierten Versorgung:
41 bis 47 anstelle 01 bis 07

Im Falle eines Zuständigkeitswechsels des Kostenträgers während einer Behandlung im Rahmen von Verträgen zur integrierten Versorgung ist die Behandlung im Rahmen von Verträgen zur integrierten Versorgung vorrangig anzugeben, wenn der Versicherte seine Teilnahme auch gegenüber der neu zuständigen Krankenkasse erklärt hat.

Bei Aufnahme von Patienten in Verbindung mit einem Arbeitsunfall (einschließlich „Wegeunfall“) ist der Aufnahmegrund 3.-4. Stelle „02“ zu verwenden. Wird stattdessen „07“ (Notfall) verwendet, ist eine Ablehnung der Leistungspflicht über den Kostenübernahmesatz mit dem Merkmal Kostenübernahme „05“ (Ablehnung, Unfallversicherung zuständig) möglich.

Schlüssel 2: Durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen

siehe Anhang A zu Anlage 2

Schlüssel 3: Einzelvergütung Ambulante Operation, Erläuterung

1. u. 2. Stelle
- 01 Im Körper verbleibende Implantate in Summe (siehe Hinweis)
 - 02 Röntgenkontrastmittel (siehe Hinweis)
 - 03 Pauschalvergütung Qualitätssicherung
 - 04 Pauschalvergütung Sachmittel (auch für §§ 117, 118, 119 SGB V)
 - 05 honorarsummenrelevante Pauschalvergütung
 - 06 teilweise honorarsummenrelevante Pauschalvergütung
 - 07 Diagnostische und interventionelle Katheter einschl. Führungsdraht, Gefäßschleuse, Einführungsbesteck und Verschlussysteme im Zusammenhang mit angiologisch-diagnostischen und –therapeutischen, gefäßchirurgischen und phlebologischen Leistungen (siehe Hinweis)
 - 08 Iris-Retraktoren, Kapselspannringe und Injektionshalterungen bei ophthalmochirurgischen Eingriffen (siehe Hinweis)
 - 09 Ophthalmica (Viskoelastika, Perfluordecaline, Silikonöl, C3F8-Gas) bei ophthalmochirurgischen Leistungen (siehe Hinweis)
 - 10 Narkosegase, Sauerstoff (siehe Hinweis)
 - 12 Erstattung für Arzneimittel (75 % des Apotheken-Einkaufspreises nach Lauertaxe zuzüglich Mehrwertsteuer)
 - 13 Erstattung für Photonensensibilisatoren bei der Photodynamischen Therapie und Hormonpräparate bei Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung (80% des Apotheken-Einkaufspreises nach Lauertaxe zuzüglich Mehrwertsteuer)
 - 14 Nahtmaterial (siehe Hinweis)
 - 15 Diagnostische und interventionelle Katheter einschl. Führungsdraht im Zusammenhang mit gastrokopischen Leistungen (inkl. Leistungen an den Gallenwegen) (siehe Hinweis)
 - 16 Trokare, Endoclips und Einmalapplikatoren für Clips im Zusammenhang mit laparoskopischen Leistungen (siehe Hinweis)
 - 17 Diagnostische und interventionelle Katheter einschl. Führungsdraht im Zusammenhang mit Leistungen zur In-Vitro-Fertilisation abzüglich des Patienteneigenanteils (siehe Hinweis)
 - 18 Schienen, Kompressionsstrümpfe (nicht Anti-Thrombosestrümpfe) (siehe Hinweis)
 - 50 Pauschale für Sprechstundenbedarf (nur für §§ 116b, 117, 118 und 119 SGB V)
 - 51 Pauschale für Sprechstundenbedarf inklusive Kontrastmittel (nur für §§ 116b, 117, 118 und 119 SGB V)
 - 52 Kontrastmittelpauschale (nur für §§ 116b, 117, 118 und 119 SGB V)
 - 53 Aufwandspauschale bei erfolgloser MDK-Prüfung - nur für Ambulantes Operieren im Krankenhaus §115b SGB V

Hinweis:

Materialien, soweit sie 12,50 € je aufgeführter Sachmittelposition übersteigen (§ 9 Abs. 5 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V)

Schlüssel 4 Teil I: Entgeltart stationär

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel
01	Tagesgleicher Pflegesatz für Allgemeine Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, und Psychosomatik/Psychotherapie
02	Ermäßigter Abteilungspflegesatz für Allgemeine Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, und Psychosomatik/Psychotherapie nach § 14 Abs. 2 Satz 3 oder Abs. 7 Satz 2 BPfIV ¹
03- 28	reserviert
40	Zuschlag nach § 8 Abs. 3 BPfIV bzw. § 8 Abs. 3 KHEntgG (Investitionszuschlag)
41	Entgelt für vorstationäre Behandlung
42	Entgelt für nachstationäre Behandlung
43	Pflegesatz bei Beurlaubung
44	Modellvorhaben nach § 24 BPfIV bzw. § 26 BPfIV (Altvorhaben)
45	Wahlleistung Unterkunft (nur für Knappschaft)
46	Zuschlag für Qualitätssicherung nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 7 KHEntgG oder § 7 Satz 1 Nr. 3 BPfIV
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
48	DRG Systemzuschlag
49	Abrechnungsergänzungen
50- 51	reserviert
60	Sonderfall
61	Entgelt für integrierte Versorgung nach § 140c SGB V
62	Abschlag bei Entgelten für integrierte Versorgung nach § 140c SGB V
63	Entgelt für Modellvorhaben nach § 63 SGB V
65	Zusatzentgelt für DMP
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
74	reserviert

¹ BPfIV in seiner bis 31.12.2013 gültigen Fassung

	75	Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG
	76	Zusatzentgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2, 3, 5 oder 6 KHEntgG
	77	reserviert
	78	Teilstationäre Leistung nach § 6 Abs. 2 FPV
	79	reserviert
	80	Entgelt für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Abs. 2 KHEntgG (fallbezogen)
	81	Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG
	82	Abschlag bei Verlegung für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG
	83	Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG
	85	Tagesbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
	86	Fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs.1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
	87	Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD für fallbezogen Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
	88	Abschlag bei Verlegung für fallbezogene Entgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
	89	Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
	90- 94	reserviert

01*- Tagesgleicher Pflegesatz für Allgemeine Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, und Psychosomatik/Psychotherapie

02*- Ermäßigter Abteilungspflegesatz für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Allgemeine Psychiatrie und Psychosomatik/Psychotherapie

1. und 2. Stelle		Entgeltsschlüssel	
	01	Tagesgleicher Pflegesatz für Allgemeine Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, und Psychosomatik/Psychotherapie	
	02	Ermäßigter Abteilungspflegesatz für Allgemeine Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, und Psychosomatik/Psychotherapie	
		3. Stelle	
	0	keine weitere Differenzierung	
		4. Stelle	
	0	keine weitere Differenzierung	
		5.-8. Stelle	
	0001	Basispflegesatz, vollstationär	
	0002	Basispflegesatz, teilstationär	
		4. Stelle	
	1	Abteilungspflegesätze	
		5.-8. Stelle	
	XXXX	Fachabteilungsschlüssel der Allgemeinen Psychiatrie (29*), der Kinder- und Jugendpsychiatrie (30*) und der Psychosomatik/Psychotherapie (31*) (siehe Schlüssel 6) ohne somatische Fachabteilungen	
		4. Stelle	
	3	Teilstationäre Pflegesätze	
		5.-8. Stelle	
	XXXX	Fachabteilungsschlüssel der Allgemeinen Psychiatrie (29*), der Kinder- und Jugendpsychiatrie (30*) und der Psychosomatik/Psychotherapie (31*) (siehe Schlüssel 6) ohne somatische Fachabteilungen	
		4. Stelle	
	4	Pflegesätze für Belegpatienten	
		5.-8. Stelle	
	XXXX	Fachabteilungsschlüssel der Allgemeinen Psychiatrie (29*), der	

				Kinder- und Jugendpsychiatrie (30*) und der Psychosomatik/Psychotherapie (31*) (siehe Schlüssel 6) ohne somatische Fachabteilungen
			4. Stelle	
		5		Teilstationäre Pflegesätze für Belegpatienten
			5.-8. Stelle	
			XXXX	Fachabteilungsschlüssel der Allgemeinen Psychiatrie (29*), der Kinder- und Jugendpsychiatrie (30*) und der Psychosomatik/Psychotherapie (31*) (siehe Schlüssel 6) ohne somatische Fachabteilungen

40*- Zuschlag nach § 8 Abs. 3 BPfIV bzw. § 8 Abs. 3 KHEntgG (Investitionszuschlag)

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	40	Zuschlag nach § 8 Abs. 3 BPfIV bzw. § 8 Abs. 3 KHEntgG (Investitionszuschlag)
		3. Stelle
	0	keine weitere Differenzierung
		4. -8. Stelle
	00000	keine weitere Differenzierung

41*- Entgelt für vorstationäre Behandlung

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	41	Entgelt für vorstationäre Behandlung
		3. Stelle
	0	keine weitere Differenzierung
		4. -8. Stelle
	10901	Schlafbezogene Atmungsstörungen bei Erwachsenen, Bayern, erster Behandlungstag
	10902	Schlafbezogene Atmungsstörungen bei Erwachsenen, Bayern, zweiter und jeder weitere Behandlungstag
	90000	Durchschnittspauschale neue Länder
	90100	Fallbezogene Pauschale Innere Medizin

		90200	Fallbezogene Pauschale Innere Geriatrie
		...	
		93600	Fallbezogene Pauschale Intensivmedizin
		93700	Fallbezogene Pauschale Sonstige Fachabteilung
		XXXXX	Einzelleistungsvergütung med.-tech. Großgeräte (nach DKG-NT I / BG-T-Ziffern), siehe Anhang B
		80010	Vergütung für Leistungen nach Maßgabe des § 5 der Allgemeinen Tarifbestimmungen des DKG-NT/BG-T (z. B. Kontrastmittel) nach Einstandspreis, siehe Anhang B

42*- Entgelt für nachstationäre Behandlung

1. und 2. Stelle		Entgeltschlüssel	
	42	Entgelt für nachstationäre Behandlung	
		3. Stelle	
	0	keine weitere Differenzierung	
		4. -8. Stelle	
		90000	Durchschnittspauschale neue Länder
		90100	Tagesbezogene Pauschale Innere Medizin
		90200	Tagesbezogene Pauschale Innere Geriatrie
		...	
		93600	Tagesbezogene Pauschale Intensivmedizin
		93700	Tagesbezogene Pauschale Sonstige Fachabteilung
		XXXXX	Einzelleistungsvergütung med.-tech. Großgeräte (nach DKG-NT I / BG-T-Ziffern), siehe Anhang B
		80010	Vergütung für Leistungen nach Maßgabe des § 5 der Allgemeinen Tarifbestimmungen des DKG-NT/BG-T (z. B. Kontrastmittel) nach Einstandspreis, siehe Anhang B

43*- Pflegesatz bei Beurlaubung

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	43	Pflegesatz bei Beurlaubung
	3. Stelle	
	0	keine weitere Differenzierung
	4. -8. Stelle	
	00001- 00009	reserviert
	4. Stelle	
	1	Abteilung (vollstationär)
	2	Besondere Einrichtung
	3	Abteilung (teilstationär)
	4	Belegabteilung (vollstationär)
	5	Belegabteilung (teilstationär)
	5.-8. Stelle	
	XXXX	Fachabteilungsschlüssel (siehe Schlüssel 6, wenn 4. Stelle = 1, 3, 4 oder 5 bzw. Schlüssel für besondere Einrichtungen wenn 4. Stelle=2: 0010-0091, siehe Anhang B)

44*- Modellvorhaben nach § 24 BPfIV bzw. § 26 BPfIV (Altvorhaben)

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	44	Modellvorhaben nach § 24 BPfIV bzw. § 26 BPfIV (Altvorhaben)
	3. Stelle	
	0	keine weitere Differenzierung
	1-6	auch möglich wenn explizit vereinbart
	4. -5. Stelle	
	01ff.	Länderschlüssel
	6. -8. Stelle	
	001ff.	fortlaufend je Länderschlüssel, siehe Anhang B

45*- Walleistung Unterkunft (gilt nur für Knappschaft)²

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	45	Walleistung Unterkunft (gilt nur für Knappschaft)
	3. Stelle	
	0	keine weitere Differenzierung
	4. -8. Stelle	
	00001	Einbettzimmer-Zuschlag (wird bei Zahlung durch übernahmefähigen Zweibettzimmer-Zuschlag ersetzt)
	00002- 00009	Zweibettzimmer-Zuschlag, krankenhausindividuelle Staffelung

46*- Zuschlag für Qualitätssicherung nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 7 KHEntgG oder § 7 Satz 1 Nr. 3 BPflV

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	46	Zuschlag für Qualitätssicherung nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 7 KHEntgG oder § 7 Satz 1 Nr. 3 BPflV
	3. Stelle	
	0	keine weitere Differenzierung
	4. -5. Stelle	
	00	bundesweit
	01ff.	Länderschlüssel
	6. Stelle	
	0	Allgemeiner Zuschlag ab 2004
	7.-8. Stelle	
	00	allgemeiner Zuschlag ab 2004
	02	Behandlung von Schlaganfallpatienten

² Gilt nur für Knappschaft: Auch zur Verwendung in psychiatrischen/psychosomatischen Behandlungsfällen gemäß BPflV bei Anwendung des §17d KHG neben Teilzahlungsentgelten oder ggf. nach Gutschrift in der Schlussrechnung/Nachtragsrechnung zu übermitteln.

**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	Entgeltsschlüssel	
	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
		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
	00001	Systemzuschlag Gemeinsamer Bundesausschuss [§ 91 Abs. 3 Satz 1 SGB V i.V.m. § 139c Satz 1 SGB V], vollstationär
	00005	Zuschlag für Vorhaltekosten von besonderen Einrichtungen (§3 Abs. 2 Satz 2 VBE)
	00007	Zuschlag für Zentren und Schwerpunkte (§ 5 Abs. 3 KHEntgG)
	00008	Aufwandspauschale bei erfolgloser MDK-Prüfung (§ 275 Abs.1c SGB V)
	00009	Telematikzuschlag, vollstationär (§ 291a Abs. 7a i.V. mit Abs. 7 Satz 4 SGB V)
	00010	Zuschlag nach § 15 Abs. 2 KHEntgG
	00011	Zuschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG
	00012	Pflegezuschlag nach § 4 Abs. 10 KHEntgG bzw. § 4 Abs. 8 KHEntgG (Neu) ³
	00013	Telematikzuschlag, teilstationär (§ 291a Abs. 7a i.V. mit Abs. 7 Satz 4 SGB V)
	00015	Zuschlag für besondere Einrichtungen nach § 4 Abs. 7 KHEntgG
	00018	Versorgungszuschlag nach § 8 Abs. 10 Satz 1 KHEntgG
	00019	erhöhter Versorgungszuschlag nach § 8 Abs. 10 Satz 2 KHEntgG
	00020	Zuschlag Hygiene-Förderprogramm nach § 4 Abs. 11 KHEntgG
	00021	Zuschlag Mehrkosten G-BA nach § 5 Abs. 3c KHEntgG (fester Eurowert je stationären Fall)
	00022	Zuschlag Mehrkosten G-BA nach § 5 Abs. 3c KHEntgG (prozentual)
	20001	Kostenpauschale für Verwaltungsverfahren
	20004	Gerichtskosten

³ Nur an Stellen, die mit „Neu“ gekennzeichnet sind, wird auf Fassungen infolge der Änderungen durch das KHSG verwiesen

		3. Stelle	
	2	Abschlag	
		4. -8. Stelle	
	00000	intern reserviert	
	00010	Abschlag nach § 15 Abs. 2 KHEntgG	
	00011	Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG	
	00012	Abschlag für Mehrleistungen nach § 4 Abs. 2a Satz 4 KHEntgG	
	00015	Abschlag für besondere Einrichtungen nach § 4 Abs. 7 KHEntgG	
	00020	Abschlag Hygiene-Förderprogramm nach § 4 Abs. 11 KHEntgG (für Korrekturen)	

48*- DRG-Systemzuschlag

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel		
	48	DRG-Systemzuschlag	
		3. Stelle	
	0	keine weitere Differenzierung	
		4. -8. Stelle	
	00001	vollstationärer Fall	
	00002	teilstationärer Fall	

49*- Abrechnungsergänzungen

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel		
	49	Abrechnungsergänzungen	
		3. Stelle	
	1	Zuschlag für Zentren und Schwerpunkte (§ 5 Abs. 3 KHEntgG)	
	2	Abschlag für Zentren und Schwerpunkte (§ 5 Abs. 3 KHEntgG)	
		4. Stelle⁴	

⁴ Die variablen Beträge der Ausprägungen „1“ und „3“ in der 4. Stelle ergeben sich aus einem auf die Rechnungssumme vereinbarten Prozentsatz. Die Berechnung erfolgt analog des Berechnungsschemas für die prozentualen Zuschläge zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen und der Abschaffung des Arztes im Praktikum im Hinweis der Schlüsselfortschreibung vom 11.02.2005. Die Zu- und Abschläge auf den Basisfallwert der Ausprägungen „5“ und „6“ in der 4. Stelle berechnen sich analog des Abrechnungsschemas für den Abschlag vom Landesbasisfallwert für Mehrleistungen nach § 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG im Hinweis des Nachtrages vom 27.03.2009. Zur übersichtlichen Darstellung der Ermittlung der Zu- oder Abschläge verständigen sich GKV-Spitzenverband und DKG noch gesondert.

		1	variabler Betrag je stationärem Fall
		2	Festbetrag je stationärem Fall
		3	variabler Betrag bei Inanspruchnahme des Zentrums
		4	Festbetrag bei Inanspruchnahme des Zentrums
		5	Festbetrag auf Basisfallwert je stationärem Fall
		6	Festbetrag auf Basisfallwert bei Inanspruchnahme des Zentrums
			5.-8. Stelle
		0001	Pädiatrisch hämatoonkologisches Zentrum
		0002	Herzzentrum
		0003	Tumorzentrum
		0004	onkologische und neurologische Schwerpunktaufgaben
		0005	Kinderonkologisches Zentrum
		0006	telemedizinische Versorgung von Schlaganfällen in krankenhausplanerisch

60*- Sonderfall

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	60	Sonderfall
		3. Stelle
	0	keine weitere Differenzierung
		4. -8. Stelle
		00001 Entgelt für Aufnahmeuntersuchung
		00002 Weihnachtsgeld
		00003 Taschengeld
		00004 Bekleidungsgeld
		00005 Früherkennungsuntersuchungen für Neugeborene (Brandenburg)
		00006 Entgelt für gutachterliche Stellungnahme bei Transplantationen § 7 Abs.1 Satz 2 Nr. 2 BpflV oder § 4 Abs. 1 Nr. 4 FPV
		00007 Entgelt für Transport von Knochenmark oder hämatopoetischer Stammzellen Stammzellen nach § 4 Abs. 1 Nr. 6 FPV
		00008- 00009 reserviert
		4. Stelle

			1	Abteilung (vollstationär)
			2	Besondere Einrichtung
			3	Abteilung (teilstationär)
			4	Belegabteilung (vollstationär)
			5	Belegabteilung (teilstationär)
			5.-8.Stelle	
			XXXX	Fachabteilungsschlüssel (siehe Schlüssel 6, wenn 4. Stelle = 1, 3, 4 oder 5 bzw. Schlüssel für besondere Einrichtungen, wenn 4. Stelle = 2)

61*- Entgelt für Integrierte Versorgung nach §140c SGB V

62* - Abschlag für Integrierte Versorgung nach §140c SGB V

63* - Entgelt für Modellvorhaben nach § 63 SGB V

1. und 2. Stelle		Entgeltschlüssel	
	61	Entgelt für Integrierte Versorgung nach §140c SGB V	
	62	Abschlag für Integrierte Versorgung nach §140c SGB V	
	63	Entgelt für Modellvorhaben nach § 63 SGB V	
		3. Stelle	
	1	Ortskrankenkassen	
	2	Angestellten-Krankenkassen	
	3	Arbeiter-Ersatzkassen	
	4	Betriebskrankenkassen	
	5	Innungskrankenkassen	
	6	Knappschaft	
	7	Landwirtschaftliche Krankenkassen	
	8	Seekrankenkasse	
		4. -5. Stelle	
	01ff.	individuelle Krankenkassenaufteilung der Verbände (z.B. 01 Barmer, 02 DAK, ... und 01 AOK Nordost, 02 AOK Hamburg, ...)	
		6.-8. Stelle	
	000ff.	zur freien Verfügung der in Stelle 4.-5. bezeichneten Krankenkasse	

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
	04	Begleitgespräch vor Eingriff
	05	Begleitgespräch nach Eingriff
	06	Begleitgespräch Nachsorge
	07	Schulung Diabetes je Einheit
	08	Schulung Hypertonie je Einheit
	09	Schulung INR je Einheit
	10	Sonstige Schulung
	11	Zusatzvergütung für elektronische Übermittlung
	12	Präoperative Erstdokumentation
	13	Postoperative Erstdokumentation
	14	Koordinierungspauschale
	15	Schulung für intensivierete Insulintherapie
	16	Schulungsprogramm LINDA für Typ 1 Diabetes
	17	Diabetesbuch für Kinder
	18	Schulungsprogramm für Jugendliche mit Diabetes
	19	Strukturiertes Hypertonie Behandlungs- und Schulungsprogramm
	20	Strukturiertes Hypertonie Therapie- und Schulungsprogramm (HBSP)
	21	Schulungsprogramm für Kinder
	22	Schulungsprogramm für Jugendliche
	23	Schulungsmaterial inkl. Diabetes-/Hypertonie-Pass
	24	Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen
	25	Nationales ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker (NASA)
	26	Schulungs- und Verbrauchsmaterial

			27	Schulungsprogramm für chronisch obstruktive Bronchitis und Lungenemphysem (COBRA)
				7.-8. Stelle
			01	Brustkrebs
			02	Diabetes mellitus Typ 2
			03	Koronare Herzkrankheiten
			04	Diabetes mellitus Typ 1
			05	Asthma bronchiale
			06	COPD

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	Entgeltsschlüssel	
	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
	1.-8. Stelle-Sonderfälle für die Bereiche 70 und 71	
	70000000	intern reserviert
	70888888	Teilzahlung nach § 11 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG
	3. Stelle	
	1	Hauptabteilung
	2	Hauptabteilung und Beleghebamme
	3	Belegoperateur
	4	Belegoperateur und Beleganästhesist
	5	Belegoperateur und Beleghebamme
	6	Belegoperateur, Beleganästhesist und Beleghebamme
	7	Teilstationäre Versorgung (für teilstationäre DRG-Fallpauschalen)
	8	Belegarzt mit Honorarvertrag (§18 Abs. 3 KHEntgG) ⁵
	4.Stelle	
	0	keine weitere Differenzierung
	5.-8. Stelle	
	A01Aff.	DRG, alphanumerisch

⁵ Zur Berechnung des Entgeltbetrages sind aus Teil a (Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen) und Teil c (Bewertungsrelationen bei teilstationärer Versorgung) des bundeseinheitlichen Fallpauschalenkatalogs 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.

75* - Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	75	Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntG
		3. Stelle
	1	Zuschlag
		4.-8. Stelle
	00001	Sicherstellungszuschlag nach § 17b Abs. 1 Satz 7 KHG (Festbetrag)
	00002	Sicherstellungszuschlag auf den Basisfallwert § 17b Abs. 1 Satz 7 KHG ⁶
	00003	Zuschlag für Begleitperson nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG i.V.m. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3, 1. HS KHEntgG
	00004	Zuschlag Mitaufnahme Pflegekraft nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG i.V.m. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3, 2. HS KHEntgG
		4.-5. Stelle
	01ff.	Länderschlüssel
		6.-8. Stelle
	002	Ausbildungszuschlag nach § 17 a Abs. 6 bzw. 9 KHG
		3. Stelle
	2	Abschlag
		4.-8. Stelle
	00001	Abschlag für Nichtbeteiligung an der Notfallversorgung nach § 17 b Abs. 1 Satz 4 KHG
	05002	Ausbildungsabschlag (für Korrekturen)

⁶ Der Sicherstellungszuschlag auf den Basisfallwert berechnet sich analog des Abrechnungsschemas für den Abschlag vom Landesbasisfallwert für Mehrleistungen nach § 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG im Hinweis des Nachtrages vom 27.03.2009.

76* - Zusatzentgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2, 3, 5 oder 6 KHEntgG

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	76	Zusatzentgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2, 3, 5 oder 6 KHEntgG
	3. Stelle	
	0	Zusatzentgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 oder 5 KHEntgG
	1	Zusatzentgelt nach § 6 Abs. 2 KHEntgG (NUB)
	2	Zusatzentgelt nach § 6 Abs. 2a KHEntgG
	4.-5. Stelle	
	00	bundesweit
	01ff.	Länderschlüssel
	9X	bundesweit
	6.-8. Stelle	
	000ff.	Zusatzentgelt
	3.-4. Stelle	
	ZE	bundesweit nach Anlage 5 FPV
	5.-8. Stelle	
	0101ff.	Hämodialyse..., siehe Anhang B

78* - Teilstationäre Leistung nach § 6 Abs. 2 FPV

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	78	Teilstationäre Leistung nach § 6 Abs. 2 FPV
	1.-8. Stelle	
	78999999	teilstationäre Behandlung innerhalb des Zeitraumes bis einschließlich drei Tage nach Überschreiten der abgerundeten mittleren Verweildauer nach § 6 Abs. 2 FPV (0,00 EUR)

**80* - Entgelt für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Abs. 2 KHEntgG
(fallbezogen)**

81* - Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD für fallbezogenes Entgelt nach § 6 Abs. 2 KHEntgG

82* - Abschlag bei Verlegung für fallbezogenes Entgelt nach § 6 Abs. 2 KHEntgG

**83* - Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogenes Entgelt nach § 6 Abs. 2
KHEntgG**

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	80	Entgelt für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Abs. 2 KHEntgG (fallbezogen)
	81	Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG
	82	Abschlag bei Verlegung für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG
	83	Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG
	3.-4. Stelle	
	01 ff.	Länderschlüssel
	5.-8. Stelle	
	fortlaufend, siehe Anhang B Teil 1	

85* - Tagesbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG

86* - Fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs.1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	85	Tagesbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
	86	Fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
	3.-8. Stelle	
	00000	Tagespauschale nach § 7 Abs. 4 FPV, bundesweit
	3.-4. Stelle	
	00	bundesweit
	01ff.	Länderschlüssel
	30	Belegabteilung
	5.-8. Stelle	
	0001ff.	fortlaufend je Länderschlüssel, teilstationär
	3001ff.	fortlaufend je Länderschlüssel, teilstationär in besonderen Einrichtungen
	4001ff.	fortlaufend je Länderschlüssel, vollstationär in besonderen Einrichtungen
	A01Zff.	bundesweit, alphanumerisch für nicht kalkulierte DRG
	Siehe Anhang B	

87* - Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD für fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG

88* - Abschlag bei Verlegung für fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG

89* - Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG

1. und 2. Stelle	Entgeltsschlüssel	
	87	Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD für fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
	88	Abschlag bei Verlegung für fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
	89	Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
	3.-4. Stelle	
	00	bundesweit
	01ff.	Länderschlüssel
	30	Belegabteilung
	5.-8. Stelle	
	0001ff.	fortlaufend je Länderschlüssel, teilstationär
	3001ff.	fortlaufend je Länderschlüssel, teilstationär in besonderen Einrichtungen
	4001ff.	fortlaufend je Länderschlüssel, vollstationär in besonderen Einrichtungen
	A01Zff.	DRG alphanumerisch
	Siehe Anhang B	

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	
2. Stelle	Abrechnungsart		
	0 EBM*		
	3. Stelle	0	ohne Differenzierung
		A-Z	regionale Buchstabenkennung (regionale Eurogebührenordnung)
	4. – 8. Stelle	01100 ff.	EBM-Ziffern, Schlüssel 20, bzw. für § 116b (neu) Leistungen: regionale Eurogebührenordnungen bzw. Pseudoziffern*
	1 Quartalspauschale		
	3. Stelle	0	ohne Differenzierung
		1	Einmalkontakt
		2	Mehrfachkontakt
		3	Mitbehandlung
		4	Konsiliarleistung
	4. – 7. Stelle	0000	keine Differenzierung
		0001	Sprechstundenbedarf
		0002 -	Leistungsart (noch zu definieren)
		0099	
		0100 ff.	Fachabteilung
		4000 ff.	Leistungsart Erwachsene
		5000 ff.	Leistungsart Kinder und Jugendliche
	8. Stelle	0	keine Differenzierung
		1	ärztliche Leistung
		2	nichtärztliche Leistung
	2 Behandlungspauschale		
	3. Stelle	0	ohne Differenzierung
		1	Einmalkontakt
		2	Mehrfachkontakt

	3	Mitbehandlung
	4	Konsiliarleistung
4. – 7. Stelle	0000	keine Differenzierung
	0001	Sprechstundenbedarf
	0002 -	Leistungsart (noch zu definieren)
	0099	
	0100 ff.	Fachabteilung
	4000 ff.	Leistungsart Erwachsene
	5000 ff.	Leistungsart Kinder und Jugendliche
8. Stelle	0	keine Differenzierung
	1	ärztliche Leistung
	2	nichtärztliche Leistung
3		Tagespauschale
3. Stelle	0	ohne Differenzierung
	1	Einmalkontakt
	2	Mehrfachkontakt
	3	Mitbehandlung
	4	Konsiliarleistung
4. – 7. Stelle	0000	keine Differenzierung
	0001	Sprechstundenbedarf
	0002 -	Leistungsart (noch zu definieren)
	0099	
	0100 ff.	Fachabteilung
	4000 ff.	Leistungsart Erwachsene
	5000 ff	Leistungsart Kinder und Jugendliche
8. Stelle	0	keine Differenzierung
	1	ärztliche Leistung
	2	nichtärztliche Leistung
4		Pauschale je Behandlungseinheit
3. Stelle	1	je Stunde
4. Stelle	0	keine Differenzierung
	1	Leistungsart Erwachsene
	2	Leistungsart Kinder und Jugendliche
5. – 8. Stelle	1000	keine Differenzierung
	1001 -	Konkretisierungen
	1999	
3. Stelle	2	je Behandlungstage
4. Stelle	0	keine Differenzierung
	1	Leistungsart Erwachsene
	2	Leistungsart Kinder und Jugendliche

5. – 8. Stelle	0000 0001 - 0999	keine Differenzierung Konkretisierungen
3. Stelle	3	je Behandlungseinheit
4. Stelle	0 1 2	keine Differenzierung Leistungsart Erwachsene Leistungsart Kinder und Jugendliche
5. – 8. Stelle	2000 2001 - 2999	keine Differenzierung Konkretisierungen
5	Pauschale nach Katalog	
3. Stelle	1	krankenhausindividueller Katalog
4. – 8. Stelle	00001 ff.	Katalogwerte
3. Stelle	2	Landeskatalog
4. Stelle	1	Erwachsenenpsychiatrie
5. – 8. Stelle	0001 ff.	Katalogwerte Erwachsenenpsychiatrie
4. Stelle	2	Kinder- und Jugendpsychiatrie
5. – 8. Stelle	0001 ff.	Katalogwerte Kinder- und Jugendpsychiatrie
6	sonstige Pauschale	
3. – 4.	00	keine Differenzierung
5. Stelle	0 1	keine Differenzierung Impfpauschale
6. - 8. Stelle	000 001 002 003 004 005 006 ... 100-199 200-299 300-399 400-499 500-599	keine Differenzierung Notfallpauschale Abklärungsuntersuchung Kinderpauschale ab 60 Behandlungstage medizinisch-therapeutische Leistungen Einsatzpauschale für Notfälle außerhalb des Krankenhauses Notfallbehandlung in der Zentralen Notfallaufnahme ... Einfachimpfung Zweifachimpfung Dreifachimpfung Vierfachimpfung Fünffachimpfung

	600-699	Sechsfachimpfung
3. - 4.	01	Entgelte für Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)
5. – 8. Stelle	0000ff	fortlaufende Nummerierung
5. – 8. Stelle	8000-8499	Variabler Zuschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)
	8500-8999	Fester Zuschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)
5. – 8. Stelle	9000-9499	Variabler Abschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)
	9500-9999	Fester Abschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)
7		Integrierte Versorgung (ambulante Entgelte)
3. Stelle	1	Ortskrankenkassen
	2	Ersatzkassen
	4	Betriebskrankenkassen
	5	Innungskrankenkassen
	6	Knappschaft
	7	Landwirtschaftliche Krankenkassen
4. - 5. Stelle	01 ff.	individuelle Krankenkassenaufteilung der „Verbände“ (z.B. 01 Barmer-GEK, 02 DAK..., 01 AOK Nordost, 02 AOK Bayern...)
6. – 8. Stelle	000 ff.	zur freien Verfügung der in den Stellen 4.-5. bezeichneten Krankenkasse
8		Zuschlag
3. – 4. Stelle	00	allgemeiner Zuschlag
	01	Laborpauschale
	02	Heilmittelpauschale
	03	bildgebende Verfahren
	04	Verbrauchsmaterial
	05	besondere Krankheiten
5. – 8. Stelle	0000	keine Differenzierung
	0001 ff.	Konkretisierungen
	0100 ff.	Fachabteilung
9		Abschlag
3. Stelle	0	allgemeiner Abschlag
	1	Abschlag bei Mehrleistungen

4. Stelle	0	keine Differenzierung
5. – 8. Stelle	0000 0100 ff.	keine Differenzierung Fachabteilung

Hinweise:

Für die Unterscheidung, welchem Abrechnungsbereich (Einrichtungsart) die jeweilige Nachricht AMBO zuzuordnen ist, wird das Verarbeitungskennzeichen im FKT-Segment der Nachricht AMBO verwendet.

Für Quartals-, Behandlungs- oder Tagespauschalen (2. Stelle "1", "2" oder "3") gilt grundsätzlich die gleiche Systematik in der 3., 4.-7. und 8. Stelle; innerhalb einer Abrechnungsart (2.Stelle), werden an der 4. – 7. Stelle die Entgeltschlüssel abweichend hiervon so vergeben, dass die 4. – 7. Stelle überschneidungsfreie, unterschiedliche Ziffernblöcke enthält. Die weitere Differenzierung von Leistungsarten, z.B. den auch über das Segment EZV abbildbaren Röntgenkontrastmitteln, wird über Schlüsselfortschreibung geregelt. In der 8. Stelle werden die Ausprägungen "1" (ärztliche Leistung) und "2" (nichtärztliche Leistung) nur dann verwendet, wenn diese Unterscheidung in der Vergütungsvereinbarung geregelt ist, ansonsten wird "0" (keine Differenzierung) verwendet.

Für die Abrechnungsarten „1“, „2“, „3“ und „8“ (Quartals-, Behandlungs- und Tagespauschale, Zuschlag) werden zu den für Fachabteilungen reservierten Stellen der jeweils benötigte „Fachabteilungsschlüssel“ (4.-7. bzw. 5.-8. Stelle) zur Angabe nicht bettenführender Abteilungen unabhängig und ergänzend zu Schlüssel 6 im Entgeltartenschlüssel festgelegt.

*§ 116b (neu) Leistungen: Gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V erfolgt bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach § 116b Abs. 6 Satz 2 SGB V die Vergütung auf der Grundlage der vom ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss bestimmten abrechnungsfähigen spezialfachärztlichen Leistungen. In seiner Sitzung am 20. Juni 2014 wurde festgelegt, dass u.a. für die Vergütung der im EBM abgebildeten ASV-Leistungen des Abschnittes 1 die Preise der jeweiligen regionalen EURO-Gebührenordnungen zu Grunde gelegt werden. Insofern Leistungen zu regional geltenden Preisen vergütet werden, müssen diese durch die Abbildung an der 3.–8. Stelle des Entgeltartenschlüssels (Abrechnungsart 2. Stelle – EBM, 3. Stelle regionale Buchstabenkennung, 4.-8. Stelle regionale Eurogebührenordnung) übermittelt werden, Schlüssel 20 – EBM findet insofern keine Anwendung.

*Für Leistungen, die im Abschnitt 2 des Appendix der jeweiligen Konkretisierung aufgeführt und noch nicht im EBM abgebildet sind, finden gemäß Anlage 5 der ASV-AV bundeseinheitliche Pseudoziffern ihre Anwendung. Hierzu werden diese an den ersten drei Stellen mit `000` und an der 4.-8. Stelle mit der 5stelligen Pseudoziffer gemäß Anlage 5 ASV-AV übermittelt.

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

Hinweis: Der Entgeltartenschlüssel wird fortgeschrieben (siehe Anhang B Teil III und Anlage 5). Diese Entgeltartenschlüssel gelten für Krankenhäuser, die das Vergütungssystem nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes anwenden.

Der Entgeltartenbereich „Zusatzentgelte nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog § 7 Satz 1 Nr. 2 BPfIV“ bzw. „krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte“ (2. Stelle des Entgeltartenschlüssels = 5 bzw. 9) wird dem Behandlungsbereich „stationär“ (1. Stelle des Entgeltartenschlüssels = C) zugeordnet. Der Entgeltartenbereich „ergänzende Tagesentgelte“ (2. Stelle – 4) wird ebenfalls dem Behandlungsbereich „stationär“ (1. Stelle des Entgeltartenschlüssels – C) zugeordnet. Für die Abrechnung bei Zusatzentgelten im voll- bzw. teilstationären Entgeltbereich und von ergänzenden Tagesentgelten finden bis auf weiteres die Entgeltarten C5*, C9* und C4* Anwendung.

Zur internen Verwendung wird, abweichend von der Systematik, der Entgeltartenschlüssel `C1000000` reserviert.

Bei der Abrechnung von Wahlleistungen für Versicherte der Knappschaft sind weiterhin die Entgeltschlüssel 45XXXXXX („Wahlleistung Unterkunft nur für Knappschaft“) zu verwenden. (siehe Anlage 2, Schlüssel 4 Teil I: Entgeltart stationär)

1. Stelle Behandlungsbereich

- A vollstationärer Behandlungsbereich
- B teilstationärer Behandlungsbereich
- C stationärer Behandlungsbereich (gilt für Entgeltbereiche 4, 5, 9, A, F, V und N)*
* Die Entgeltbereiche A und F sind somit in den Behandlungsbereichen A, B und C möglich.

Hinweis:

Die Entgeltschlüssel können an der 4. - 8. Stelle je Entgeltbereich (differenziert an der 2. Stelle) jeweils neu, beginnend mit „00000“ ff., nummeriert werden. Es werden keine „bereichsübergreifenden“ Blöcke reserviert. Nur dort wo die 4. – 8. Stelle mit z. B. „00000“ eine gleiche Ausprägung für die 1. Stelle hat (z.B. 00000 – Kostenpauschale für Verwaltungsverfahren) ist diese in Anlage 2 explizit als Ausprägung aufgeführt und gilt für die 1. Stelle A und B ebenso.

2. Stelle Entgeltbereich

- 1 Bewertete Entgelte nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog § 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV [E1]
- 2 Zuschlag nach Überschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten § 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV [E1]
- 3 Abschlag nach Unterschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten § 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV [E1]
- 4 Ergänzende Tagesentgelte nach bundesweit vereinbarten Entgeltkatalog § 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV
- 5 Zusatzentgelte nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog § 7 Satz 1 Nr. 2 BPfIV [E2]

- 6 Zuschläge [u.a. gemäß KHG]
- 7 Abschläge [u.a. gemäß KHG]
- 8 krankenhausindividuell vereinbarte Entgelte [E.1|E3.3.]
- 9 krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte [E3.2]
- A Entgelte für Modellvorhaben § 64b Abs. 1 SGB V
- B Entgelte für besondere Einrichtungen [ab 2017]
§ 7 Satz 1 Nr. 4 BpflV
- C Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden [ab 2017]
§ 7 Satz 1 Nr. 5 BpflV
- D Teilzahlungsentgelte § 11 Abs. 1 Satz 3 BpflV
- E gesonderte Entgelte für Patientinnen/Patienten von Belegärzten
§ 8 Abs. 2 BpflV
- F Entgelte für Integrierte Versorgung
- V vorstationäre Behandlung
- N nachstationäre Behandlung

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 1 [PEPP - Entgelte lt. Katalog]

Entgeltbezug

3.-7. Stelle PEPP- Bezeichnung aus gültigem Entgeltkatalog, alphanumerisch
Entgelt

Zusatzinformation

8. Stelle	1	Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 1
	2	Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 2
	3-8	Entgelte nach Entgeltkatalog gemäß der Vergütungsklassen 3-8
	9	Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 9
	A	Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 10
	B	Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 11
	...	fortlaufend durch Nutzung aller Buchstaben
	Z	Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 35

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 2-3 [Zu- oder Abschläge PEPP - Entgelte lt. Katalog]

Entgeltbezug

3.-7. Stelle PEPP- Bezeichnung aus gültigem Entgeltkatalog, alphanumerisch
Entgelt

Zusatzinformation

8. Stelle 0 reserviert

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 4 [Ergänzende Tagesentgelte]

Entgeltbezug

3.-8. Stelle Orientierung bei der Entgeltvergabe an Bezeichnung Katalog, alphanumerisch
(z.B. ET0101)

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 5 [Zusatzentgelt nach Katalog]

Entgeltbezug

3. Stelle Z reserviert

4.-7. Stelle 0000ff. Orientierung bei der Entgeltvergabe an Bezeichnung
Katalog, alphanumerisch

Zusatzinformation

8. Stelle 0 reserviert

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 6 [Zuschläge u.a. gemäß KHG]

Entgeltbezug

3. Stelle 1 Tagesbezogene Zuschläge

4.-8. Stelle 00000 Zuschlag Begleitperson
[§ 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 1. HS BPfIV]
00001 Zuschlag Mitaufnahme Pflegekraft
[§ 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 2. HS BPfIV]
00002 Investitionszuschlag bis 2014
[§8 Abs. 3 BPfIV]

3. Stelle 2 Fallbezogene Zuschläge

4.-8. Stelle 00000 Ausbildungszuschlag
[§17a Abs. 6 KHG]
00001 Zuschlag Teilnahme an der regionalen
Versorgungsverpflichtung
00002 reserviert
00003 Zuschlag Qualitätssicherung
[§17b Abs. 1 Satz 5 KHG]
00004 Zuschlag Sicherstellung
[§17b Abs. 1 Sätze 6-9 KHG]

		00005	DRG-Systemzuschlag [§17b Abs. 5 KHG]
		00006	Systemzuschlag Gemeinsamer Bundesausschuss [§ 91 Abs. 3 Satz 1 SGB V i.V.m. §139 c Satz 1 SGB V]
		00008	Telematikzuschlag [§ 291a Abs. 7a SGB V]
3. Stelle	3	Sonstige Zuschläge	
	4.-8. Stelle	00000	Kostenpauschale für Verwaltungsverfahren
		00001	Aufwandspauschale bei erfolgloser MDK-Prüfung (§ 275 Abs.1c SGB V)

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 7 [Abschläge u.a. gemäß KHG]

Entgeltbezug

3. Stelle	1	Tagesbezogene Abschläge	
	4.-8. Stelle	00000ff.	
3. Stelle	2	Fallbezogene Abschläge	
	4.-8. Stelle	00000	Korrektur Ausbildungszuschlag
		00001	Abschlag Nichtteilnahme Qualitätssicherung [§ 8 Abs. 4 BPfIV]
		00002	Abschlag für Nichtbeteiligung an der Notfallversorgung [§17b Abs. 1 Satz 4 KHG]

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 8 [krankenhausindividuell vereinbarte PEPP-Entgelte]

Entgeltbezug

3. Stelle	0	Tagesbezogene Entgelte, fortlaufende Vergabe	
	4.-8. Stelle	00000ff.	
3.-7. Stelle	PEPP-Entgelt	Bezeichnung aus gültigem Entgeltkatalog, alphanumerisch (Anlage 1b oder 2b)	
	8. Stelle	1	Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 1
		2	Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 2
		3-8	Entgelte nach Entgeltkatalog gemäß der Vergütungsklassen 3-8
		9	Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 9
		A	Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 10
		B	Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 11
		...	fortlaufend durch Nutzung aller Buchstaben
		Z	Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 35

3. Stelle	8	Fallbezogene Entgelte [E3.1.]
	4.-8. Stelle	00000ff. bundesweite Vergabe anhand PEPP-Entgeltkatalog (Anlage 1b oder 2b), ansonsten fortlaufende Vergabe
3. Stelle	9	Zeitraumbezogene Entgelte
	4.-8. Stelle	00000ff. bundesweite Vergabe anhand PEPP-Entgeltkatalog (Anlage 1b oder 2b), ansonsten fortlaufende Vergabe

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 9 [krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte]

Entgeltbezug

3. Stelle	1	Tagesbezogene Zusatzentgelte
	4.-8. Stelle	00000ff.
3. Stelle	2	Fallbezogene Zusatzentgelte
	4.-8. Stelle	00000ff.
3. Stelle	3	Zeitraumbezogene Zusatzentgelte
	4.-8. Stelle	00000ff.

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich A [Entgelte für Modellvorhaben]

Entgeltbezug

3. Stelle	0	reserviert
	4.-8. Stelle	00000ff. ⁷
		99999 intern reserviert (BEW-Modellvorhaben)
		ZZZZT Teilzahlungsentgelt Modellvorhaben
		ZZZZK Teilzahlungskorrektur Modellvorhaben
3.-7. Stelle	PEPP-Entgelt ⁸	Bezeichnung aus gültigem Entgeltkatalog, alphanumerisch (Anlage 1a und 2a PEPP-Entgeltkatalog)
	8. Stelle	1 Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 1 (oder Entgelt ohne Vergütungsstufe)
		2 Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 2
		3-8 Entgelte nach Entgeltkatalog gemäß der Vergütungsklassen 3-8
		9 Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 9

⁷ PEPP-Entgelte der Anlage 1b und 2b (unbewertet) werden hier fortlaufend nummeriert nach Antrag unter www.gkv-clavisdb.de vergeben (Bezeichnung enthält als Klammerwert die jeweilige PEPP)

⁸ nur für den voll- bzw. teilstationären Behandlungsbereich (1. Stelle des Entgeltartenschlüssels = A oder B)

	A	Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 10
	B	Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 11
	...	fortlaufend durch Nutzung aller Buchstaben
	Z	Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 35
3.-8. Stelle ⁹	Ergänzende Tagesentgelte	Orientierung bei der Entgeltvergabe an Bezeichnung Katalog, alphanumerisch (z.B. ET0101)
8 ¹⁰	Zuschläge für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)	
	4. Stelle	0 Variabler Zuschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)
	5.-8. Stelle	0000ff.
		1 Fester Zuschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)
	5.-8. Stelle	0000ff.
9 ¹¹	Abschläge für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)	
	4. Stelle	0 Variabler Abschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)
	5.-8. Stelle	0000ff.
	4. Stelle	1 Fester Abschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)
	5.-8. Stelle	0000ff.

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich B [Entgelte für Besondere Einrichtungen]

Entgeltbezug

3. Stelle	1	Tagesbezogenes Entgelt
	4.-8. Stelle	00000ff.
3. Stelle	2	Fallbezogenes Entgelt
	4.-8. Stelle	00000ff.
3. Stelle	3	Zeitraumbezogenes Entgelt

⁹ nur für den stationären Behandlungsbereich (1. Stelle des Entgeltartenschlüssels = C)

¹⁰ nur für den stationären Behandlungsbereich (1. Stelle des Entgeltartenschlüssels = C)

¹¹ nur für den stationären Behandlungsbereich (1. Stelle des Entgeltartenschlüssels =C)

4.-8. Stelle 00000ff.

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich C [NUB-Entgelte]

Entgeltbezug

3. Stelle 0 reserviert

4.-8. Stelle 00000ff.

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich D [Teilzahlungsentgelte]

Entgeltbezug

3. Stelle 1 Tagesbezogenes Entgelt

4.-8. Stelle 00001 Teilzahlungsentgelt

00002 Teilzahlungskorrektur

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich E [Belegpatienten]

Entgeltbezug

3. Stelle 1 Tagesbezogenes Entgelt

4.-8. Stelle 00000ff.

3. Stelle 2 Fallbezogenes Entgelt

4.-8. Stelle 00000ff.

3. Stelle 3 Zeitraumbezogenes Entgelt

4.-8. Stelle 00000ff.

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich F [Integrierte Versorgung]

Entgeltbezug

3. Stelle 1 Entgelte für Integrierte Versorgung

2 Abschläge für Entgelte Integrierte Versorgung

4. Stelle 1 Ortskrankenkassen

2 Ersatzkrankenkassen

4 Betriebskrankenkassen

5 Innungskrankenkassen

6 Knappschaft

5. Stelle 1-Z individuelle Krankenkassenaufteilung der
Verbände (z.B. 1 Barmer GEK, 2 DAK, ... und
1 AOK Nordost, 2 AOK Bayern, ...)

6.-8. Stelle 000ff. zur freien Verfügung der in
Stellen 4. – 5. bezeichneten
Krankenkasse

Für den Behandlungsbereich C finden derzeit die Entgeltbereiche V und N wie folgt Anwendung:

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich V [vorstationär]

Entgeltbezug

3. Stelle 0 reserviert

4.-8. Stelle	92900	Fallbezogene Pauschale Allgemeine Psychiatrie
	93000	Fallbezogene Pauschale Kinder- und Jugendpsychiatrie
	93100	Fallbezogene Pauschale Psychosomatik/Psychotherapie
	0XXXX	Einzelleistungsvergütung med.-tech. Großgeräte (nach DKG-NT / BG-T-Ziffern), siehe Anhang B Teil III

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich N [nachstationär]

Entgeltbezug

3. Stelle 0 reserviert

4.-8. Stelle	92900	Tagesbezogene Pauschale Allgemeine Psychiatrie
	93000	Tagesbezogene Pauschale Kinder- und Jugendpsychiatrie
	93100	Tagesbezogene Pauschale Psychosomatik/Psychotherapie
	0XXXX	Einzelleistungsvergütung med.-tech. Großgeräte (nach DKG-NT / BG-T-Ziffern), siehe Anhang B Teil III

Hinweis:

Der Entgeltbereich A (§ 64b Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen) ist mit der Maßgabe anzuwenden, dass dieser Entgeltbereich für Krankenhäuser gilt, die Modellvorhaben gemäß § 64b SGB V neu vereinbaren, unabhängig davon, ob sie bereits das neue Vergütungssystem nach §17d KHG anwenden. Bereits vereinbarte Modellvorhaben gemäß § 63 SGB V bzw. § 24 BPflV (alt) sind hiervon nicht betroffen.

Bei den Entgeltschlüsseln im Entgeltbereich 1, in denen der Katalog keine weitere Unterscheidung anhand von Vergütungsklassen vorsieht, ist immer die Zusatzinformation 1 an der 8. Stelle zu verwenden.

BPfIV (§ 17d KHG) Entgeltsystematik

Behandlung		Entgeltbereich		Ausprägung				T tagesbezogen F fallbezogen Z zeitraumbezogen					
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8. Stelle						
A Vollstationärer Behandlungs- bereich oder B Teilstationärer Behandlungs- bereich	1	PEPP				1-Z ¹			Bewertetes Entgelt nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog (§ 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV)	Zuschläge			
	2	PEPP				0			Zuschlag nach Überschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten (§ 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV)				
	3	PEPP				0			Abschlag nach Unterschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten (§ 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV)				
	6	1	00000						T		Zuschlag für Begleitperson ¹ (§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 1.Hs. BPfIV) <i>nur vollstationär</i>		
			00001								T	Zuschlag Mitaufnahme Pflegekraft (§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 2.Hs. BPfIV) <i>nur vollstationär</i>	
			00002								T	Investitionszuschlag (bis 31.12.2014)	
		2	00000								F	Ausbildungszuschlag nach § 17a Abs. 6 KHG	
			00001								F	Zuschlag Teilnahme an der regionalen Versorgungsverpflichtung	
			00002								F	reserviert	
			00003								F	Zuschlag für Maßnahmen zur Qualitätssicherung	
			00004								F	Zuschlag für Sicherstellung	
			00005								F	DRG-Systemzuschlag	
			00006								F	Systemzuschlag Gemeinsamer Bundesausschuss [§ 91 Abs. 3 Satz 1 SGB V i.V.m. § 139c Satz 1 SGB V]	
	00007							F	reserviert				
	00008							F	Telematikzuschlag				
	3	00000							F		Kostenpauschale für Verwaltungsverfahren, <i>nur vollstationär</i>		
		00001							F		Aufwandspauschale bei erfolgloser MDK-Prüfung (§ 275 Abs. 1 SGB V)		
		00000ff							T		tagesbezogener Abschlag		
	7	2	00000						F		Korrektur Ausbildungszuschlag		
			00001						F		Abschlag wegen Nichtteilnahme an der Qualitätssicherung		
			00002						F		Abschlag wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung		
	8	0	00000ff						T		Entgelt für krankenhausindividuell vereinbarte Leistungen, tagesbezogen (§ 6 Abs. 1 BPfIV)		
		PEPP Entgelt					1-Z ¹				Krankenhausindividuell vereinbarte PEPP-Entgelte		
		8	00000ff						F		Entgelt für krankenhausindividuell vereinbarte Leistungen, fallbezogen (§ 6 Abs. 1 BPfIV)		
		9	00000ff						Z		Entgelt für krankenhausindividuell vereinbarte Leistungen, zeitraumbezogen (§ 6 Abs. 1 BPfIV)		
	A	0	00000ff								Individuelle Modellentgelte		
			99999								intern reserviert (BEW-Modellvorhaben)		
			ZZZZT								Teilzahlungsentgelt Modellvorhaben		
			ZZZZK								Teilzahlungskorrektur Modellvorhaben		
	PEPP Entgelt						1-Z ¹		Entgelt nach PEPP-Entgeltkatalog in Modellvorhaben				
PEPP Entgelt								Entgelt nach PEPP-Entgeltkatalog, alphanumerisch (z.B. ET0101)					
B	1	00000ff						T	Entgelt für besondere Einrichtung (§ 17d Abs. 2 Satz 3 BPfIV), tagesbezogen (§ 6 Abs. 1 BPfIV, ab 2017)				
	2	00000ff						F	Entgelt für besondere Einrichtung (§ 17d Abs. 2 Satz 3 BPfIV), fallbezogen (§ 6 Abs. 1 BPfIV, ab 2017)				
	3	00000ff						Z	Entgelt für besondere Einrichtung (§ 17d Abs. 2 Satz 3 BPfIV), zeitraumbezogen (§ 6 Abs. 1 BPfIV, ab 2017)				
C	0	00000ff						Entgelt für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, ab 2017 (§ 7 Satz 1 Nr. 5 BPfIV)					
D	1	00001						T	Teilzahlung (§ 11 Abs. 1 Satz 3 BPfIV)				
		00002						T	Teilzahlungskorrektur (§ 11 Abs. 1 Satz 3 BPfIV)				
	2	00000ff						T	Entgelt für Belegpatienten, tagesbezogen (§ 8 Abs. 3 Satz 6 BPfIV)				
E	2	00000ff						F	Entgelt für Belegpatienten, fallbezogen (§ 8 Abs. 3 Satz 6 BPfIV)				
	3	00000ff						Z	Entgelt Belegpatienten, zeitraumbezogen (§ 8 Abs. 3 Satz 6 BPfIV)				
	1	1-6	1-Z	000ff					Entgelt für integrierte Versorgung				
F	2	1-6	1-Z	000ff					Abschlag für integrierte Versorgung				
C Stationärer Behandlungs- bereich	4	ET0101ff							ergänzende Tagesentgelte	Modellvorhaben			
	5	Z	0000ff				0		Zusatzentgelte nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog (§ 7 Satz 1 Nr. 2 BPfIV)				
	9	1	00000ff						T		krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte, tagesbezogen (§ 6 Abs. 1 BPfIV)		
		2	00000ff						F		krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte, fallbezogen (§ 6 Abs. 1 BPfIV)		
		3	00000ff						Z		krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte, zeitraumbezogen (§ 6 Abs. 1 BPfIV)		
	A	0	00000ff								Individuelle Modellentgelte		
			99999								intern reserviert (BEW-Modellvorhaben)		
		8	0	0000ff							Variabler Zuschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (64b Abs. 1 SGB V)		
			1	0000ff							Fester Zuschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (64b Abs. 1 SGB V)		
			0	0000ff							Variabler Abschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (64b Abs. 1 SGB V)		
	1	0000ff						Fester Abschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (64b Abs. 1 SGB V)					
	F	1	1-6	1-Z	000ff						Entgelt für integrierte Versorgung		
		2	1-6	1-Z	000ff						Abschlag für integrierte Versorgung		
	N	0	92900								T	Entgelte für vorstationäre Behandlung, tagesbezogen	
			93000										
			93100										
			0XXXX										EinzelLeistungsvergütung med.-techn. Großgeräte
			92900									F	Entgelte für vorstationäre Behandlung, fallbezogen
	V	0	93000										
			93100										
0XXXX										EinzelLeistungsvergütung med.-techn. Großgeräte			
0XXXX													

¹ bei fehlender Unterscheidung von Vergütungsklassen immer „1“
² intern reserviert: [A-C] A099999 (BEW – Modellvorhaben)
³ intern reserviert: C1000000

Schlüssel 5: Entlassungs-/Verlegungsgrund

1.u. 2. Stelle	01	Behandlung regulär beendet
	02	Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
	03	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
	04	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
	05	Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
	06	Verlegung in ein anderes Krankenhaus
	07	Tod
	08	Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
	09	Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
	10	Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
	11	Entlassung in ein Hospiz
	12	interne Verlegung
	13	externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung
	14	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
	15	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
	16	externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs.1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung
	17	interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs.1 Satz 15 KHG
	18	Rückverlegung
	19	Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung
	20	Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation
	21	Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme
	22	Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung
	23	Beginn eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht (BpflV-Bereich – für verlegende Fachabteilung)
	24	Beendigung eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht (BpflV-Bereich – für Pseudofachabteilung 0003)
	25	Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung – PEPP*)
3. Stelle	1	arbeitsfähig entlassen
	2	arbeitsunfähig entlassen
	9	keine Angabe

* § 4 PEPPV 2013

Hinweis:

Bei Angabe der Ziffern 01 – 04, 14 – 15 und 21 in der 1. und 2. Stelle muss für erwerbstätige Versicherte die 3. Stelle mit ‘1’ (arbeitsfähig entlassen) oder ‘2’ (arbeitsunfähig entlassen) gefüllt werden; in allen anderen Fällen ist die 3. Stelle mit ‘9’ zu füllen.

Es handelt sich um eine Einschätzung des behandelnden Arztes und stellt keinen verbindlichen Vorgriff auf die abschließende Beurteilung durch den behandelnden Vertragsarzt (AU-Bescheinigung) dar.

Die Angabe der Ziffer 13 bezieht sich auf eine Untermenge der ehemals unter Ziffer 06 zusammengefassten Krankenhäuser. Die Ziffer 06 bezieht sich nunmehr nur noch auf externe Verlegungen in Krankenhäuser, sofern nicht in eine psychiatrische oder psychosomatische Abteilung verlegt wird.

Die Angaben ‘16’ und ‘18’ bis ‘21’ in der 1. und 2. Stelle sind nur bei Neueinstufung in Verbindung mit Rückverlegung oder Wiederaufnahme zu verwenden (siehe Anlage 5, Abschnitt 1.4.4) oder ‘16’ und ‘18’ in Verbindung mit Rückverlegung bei Fortführung im BPfIV-Bereich (siehe Anlage 5, Abschnitt 1.4.5)!

Schlüssel 6: Fachabteilungen

Fachabteilungen gemäß Anhang 1 der BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

1. bis 4. Stelle	0100	Innere Medizin
	0200	Geriatrie
	0300	Kardiologie
	0400	Nephrologie
	0500	Hämatologie und internistische Onkologie
	0600	Endokrinologie
	0700	Gastroenterologie
	0800	Pneumologie
	0900	Rheumatologie
	1000	Pädiatrie
	1100	Kinderkardiologie
	1200	Neonatologie
	1300	Kinderchirurgie
	1400	Lungen- und Bronchialheilkunde
	1500	Allgemeine Chirurgie
	1600	Unfallchirurgie
	1700	Neurochirurgie
	1800	Gefäßchirurgie
	1900	Plastische Chirurgie
	2000	Thoraxchirurgie
	2100	Herzchirurgie
	2200	Urologie
	2300	Orthopädie
	2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
	2500	davon Geburtshilfe
	2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
	2700	Augenheilkunde

2800	Neurologie
2900	Allgemeine Psychiatrie
3000	Kinder- und Jugendpsychiatrie
3100	Psychosomatik/Psychotherapie
3200	Nuklearmedizin
3300	Strahlenheilkunde
3400	Dermatologie
3500	Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
3600	Intensivmedizin
	<u>Ergänzung</u>
2316	Orthopädie und Unfallchirurgie
2425	Frauenheilkunde
3700	Sonstige Fachabteilung

Hinweis:

Der Fachabteilungsschlüssel wird bei Bedarf fortgeschrieben (siehe Anlage 5).

Fachabteilungen mit Differenzierung nach Schwerpunkten

Sofern der Krankenhausplan des jeweiligen Landes eine Differenzierung von/nach Schwerpunkten vorsieht und ein entsprechender Schwerpunkt für das Krankenhaus ausgewiesen ist oder eine Differenzierung im Rahmen eines Vertrages nach § 109 SGB V zwischen den Vertragsparteien vereinbart wurde, können die Fachabteilungen wie folgt verschlüsselt werden:

1. bis 4. Stelle	Fachabteilungen
0102	Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie
0103	Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie
0104	Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie
0105	Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
0106	Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie
0107	Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie
0108	Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie
0109	Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie
0114	Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
0150	Innere Medizin/Tumorforschung
0151	Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie
0152	Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten
0153	Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes
0154	Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde
0156	Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten
0224	Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde
0260	Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
0261	Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
0410	Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0436	Nephrologie/Intensivmedizin
0510	Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0524	Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde
0533	Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
0607	Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie
0610	Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie

- 0706 Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie
- 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 0910 Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 1004 Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie
- 1005 Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
- 1006 Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie
- 1007 Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie
- 1009 Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie
- 1011 Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie
- 1012 Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie
- 1014 Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
- 1028 Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie
- 1050 Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin
- 1051 Langzeitbereich Kinder
- 1136 Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin
- 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
- 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
- 1516 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
- 1518 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
- 1519 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie
- 1520 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
- 1523 Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie
- 1536 Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
- 1550 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie
- 1551 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie
- 2021 Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
- 2036 Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
- 2050 Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
- 2118 Herzchirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
- 2120 Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
- 2136 Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
- 2150 Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
- 2309 Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie
- 2315 Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie
- 2402 Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie
- 2405 Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
- 2406 Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie
- 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 2856 Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten
- 2928 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie
- 2930 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 2931 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie
- 2950 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung
- 2951 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie
- 2952 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung
- 2953 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik
- 2954 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtambulanz
- 2955 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesambulanz

- 2956 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtambulanz
- 2960 Allgemeine Psychiatrie/Tagesambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)
- 2961 Allgemeine Psychiatrie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)
- 3060 Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)
- 3061 Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)
- 3110 Psychosomatik/Psychotherapie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychosomatik
- 3160 Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)
- 3161 Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)
- 3233 Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlentherapie
- 3305 Strahlentherapie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
- 3350 Strahlentherapie/Schwerpunkt Radiologie
- 3460 Dermatologie/Tagesambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)
- 3601 Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin
- 3603 Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie
- 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
- 3617 Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie
- 3618 Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
- 3621 Intensivmedizin/Schwerpunkt Herzchirurgie
- 3622 Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie
- 3624 Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 3626 Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
- 3628 Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie
- 3650 Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
- 3651 Intensivmedizin/Thorax-Chirurgie
- 3652 Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie
- 3750 Angiologie
- 3751 Radiologie
- 3752 Palliativmedizin
- 3753 Schmerztherapie
- 3754 Heiltherapeutische Abteilung
- 3755 Wirbelsäulenchirurgie
- 3756 Suchtmedizin
- 3757 Visceralchirurgie

Fachabteilungen ohne Differenzierung nach Schwerpunkten oder mit sonstigen Spezialisierungen

- 1. und 2. Stelle = 1. und 2. Stelle des Fachabteilungsschlüssels (01 bis 37)
- 3. und 4. Stelle
 - a) '00'
 - b) '90'
 - c) '91'
 - d) '92'
 - e)-j) '93'-'98'

Beispiele:

- 0100 Innere Medizin A
- 0190 Innere Medizin B
- (0191 Innere Medizin C)
- (0192 Innere Medizin D)
- (0195 Innere Medizin G)

1500	Chirurgie I
1590	Chirurgie II
(1591	Chirurgie III)
(1592	Chirurgie IV)
(1597	Chirurgie IX)
3700	Sonstige Fachabteilung I
3790	Sonstige Fachabteilung II
(3791	Sonstige Fachabteilung III)
(3792	Sonstige Fachabteilung IV)
(3797	Sonstige Fachabteilungen IX)

Hinweis:

Zusätzlich zu '00' kann in der 3. und 4. Stelle '90' bis '98' individuell genutzt werden, um spezialisierte Fachabteilungen zu verschlüsseln, für die kein bundeseinheitlicher Fachabteilungsschlüssel vorgesehen ist.

Bei dieser Differenzierung von Fachabteilungen kommt es im Rahmen der Datenübermittlung nicht auf die exakte Benennung der Art der Spezialisierung oder des Schwerpunktes der Fachabteilung an. Voraussetzung für das Verfahren ist, daß die Vertragsparteien im Rahmen der Pflegesatzvereinbarung gemeinsam die oben beschriebene Festlegung der Fachabteilungsschlüssel vornehmen.

Sonderregelung für Pseudo-Fachabteilungen im ETL-Segment der Entlassungsanzeige

0000	Pseudo-Fachabteilung für den Krankenhausbezug (relevante "Fachabteilung" für die DRG-Gruppierung) bei internen Verlegungen und/oder Rückverlegungen und/oder Wiederaufnahmen und/oder bei externem Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht, siehe Anlage 5, Kapitel 1.2.7
0001	Pseudo-Fachabteilung für den Aufenthalt bei Rückverlegung, siehe Anlage 5, Kapitel 1.4.4.2
0002	Pseudo-Fachabteilung für den externen Aufenthalt bei Wiederaufnahme
0003	Pseudofachabteilung für den externen Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht im BPfIV-Bereich*

*** Hinweis:**

„0003“ wird als Fachabteilungsschlüssel bei einem externen Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht für Versicherte in Krankenhäusern, die gemäß BPfIV vergütet werden angewendet (unabhängig von der Anwendung des neuen Vergütungssystems nach §17d KHG - siehe Anlage 5 Kapitel 1.4.10)

Fachabteilungsschlüssel, bei denen nach BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung 50 % APS-intensiv abgerechnet werden kann und deren Abteilungspflegesätze bei gleichzeitiger Abrechnung eines Sonderentgeltes nicht um 20 % zu ermäßigen sind:

0436	Nephrologie/Intensivmedizin
1136	Kinderkardiologie/Intensivmedizin
1536	Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
2036	Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
2050	Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
2136	Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
2150	Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin

36xx Intensivmedizin

Der BpflV unterliegende Fachabteilungen werden durch die ersten zwei Stellen identifiziert:

29xx Allgemeine Psychiatrie
30xx Kinder- und Jugendpsychiatrie
31xx Psychosomatik/Psychotherapie

Schlüssel 7: Internationales Länderkennzeichen

Quelle: 'Liste der Nationalitätszeichen im internationalen Kraftfahrzeugverkehr' vom Bundesverkehrsministerium, Stand 1. Dezember 1995

Die kursiv gedruckten Länder haben kein internationales Kfz-Länderkennzeichen, die Kennzeichen dazu sind frei vergeben worden.

ET	Ägypten	DOM	Dominikanische Republik
ETH	Äthiopien		
AFG	Afghanistan	EC	Ecuador
AL	Albanien	ES	El Salvador
DZ	Algerien	ER	Eritrea
AND	Andorra	EST	Estland
ANG	Angola	FR	Faröer (dän.)
<i>AB</i>	<i>Antigua und Barbuda</i>	<i>FAL</i>	<i>Falklandinseln</i>
RA	Argentinien	FJI	Fidschi
AR	Armenien	FIN	Finnland
AZ	Aserbajdschan	F	Frankreich
AUS	Australien	<i>GAB</i>	<i>Gabun</i>
BS	Bahamas	WAG	Gambia
BRN	Bahrain	GE	Georgien
BD	Bangladesch	GH	Ghana
BDS	Barbados	GBZ	Gibraltar
BY	Belarus (Weißrußland)	WG	Grenada
B	Belgien	GR	Griechenland
BH	Belize (brit. Honduras)	GB	Vereinigtes Königreich (Großbritannien)
<i>BEN</i>	<i>Benin (Dahomey)</i>		
<i>BHU</i>	<i>Bhutan</i>	GBA	Alderney
BOL	Bolivien	GBG	Guernsey
BIH	Bosnien-Herzegowina	GBJ	Jersey
RB	Botsuana	GBM	Insel Man
BR	Brasilien	GCA	Guatemala
BRU	Brunei Darussalam	<i>GUI</i>	<i>Guinea</i>
BG	Bulgarien	GUY	Guyana
D	Bundesrepublik Deutschland	RH	Haiti
BF	Burkina Faso	HN	Honduras
<i>RU</i>	<i>Burundi</i>	HK	Hongkong
RCH	Chile	IND	Indien
RC	China (Taiwan)	RI	Indonesien
<i>CHI</i>	<i>China (Volksrepublik)</i>	IRQ	Irak
CR	Costa Rica	IR	Iran
CI	Côte d'Ivoire (Elfenbeinküste)	IRL	Irland
DK	Dänemark	IS	Island
WD	Dominica	IL	Israel
		I	Italien
		JA	Jamaika

J	Japan	MOC	Mosambik
<i>JEM</i>	<i>Jemen</i>	MYA	Myanmar (Birma)
JOR	Jordanien	NAM	Namibia
K	Kambodscha	<i>NAU</i>	<i>Nauru</i>
<i>KAM</i>	<i>Kamerun</i>	<i>NEP</i>	<i>Nepal</i>
CDN	Kanada	NZ	Neuseeland
KZ	Kasachstan	NIC	Nicaragua
Q	Katar	NA	Niederl. Antillen (Curacao)
EAK	Kenia	NL	Niederlande
KS	Kirgisistan	RN	Niger
CO	Kolumbien	WAN	Nigeria
RCB	Kongo	N	Norwegen
CD	Kongo, Demokratische Republik	A	Österreich
ROK	Korea (Südkorea)	OM	Oman
RKS	Kosovo	PK	Pakistan
HR	Kroatien	PA	Panama
C	Kuba	<i>PAP</i>	<i>Papua-Neuguinea</i>
KWT	Kuwait	PY	Paraguay
LAO	Laos, Demokratische Volksrepublik	PE	Peru
LS	Lesotho	RP	Philippinen
LV	Lettland	PL	Polen
RL	Libanon	P	Portugal
<i>LBA</i>	<i>Liberia</i>	RWA	Ruanda
<i>LBY</i>	<i>Libyen</i>	RO	Rumänien
FL	Liechtenstein	RUS	Russische Föderation
LT	Litauen	<i>SAL</i>	<i>Salomonen</i>
L	Luxemburg	WL	Santa Lucia
RM	Madagaskar	WV	St. Vincent u. die Grenadinen
MK	Mazedonien (ehemalige jugoslawische Republik)	Z	Sambia
MW	Malawi	WS	Samoa (Westsamoa)
MAL	Malaysia	RSM	San Marino
<i>MDI</i>	<i>Malediven</i>	<i>SAN</i>	<i>Sansibar</i>
RMM	Mali	<i>STO</i>	<i>Sao Tome und Principe</i>
M	Malta	KSA	Saudi Arabien, Königreich
MA	Marokko	S	Schweden
RIM	Mauretanien	CH	Schweiz
MS	Mauritius	SN	Senegal
MEX	Mexiko	<i>SRB</i>	<i>Serbien</i>
<i>MIK</i>	<i>Mikronesien, Föderierte Staaten von</i>	SY	Seychellen
MD	Moldau	WAL	Sierra Leone
MC	Monaco	ZW	Simbabwe
<i>MNG</i>	<i>Mongolei</i>	SGP	Singapur
<i>MNE</i>	<i>Montenegro</i>	SK	Slowakische Republik

SLO	Slowenien	TR	Türkei
SP	Somalia	TM	Turkmenistan
E	Spanien	EAU	Uganda
<i>SRL</i>	<i>Sri Lanka (Ceylon)</i>	UA	Ukraine
<i>STK</i>	<i>St. Kitts und Nevis</i>	H	Ungarn
<i>SUD</i>	<i>Sudan</i>	ROU	Uruguay
ZA	Südafrika	UZ	Usbekistan
SME	Suriname	V	Vatikanstadt
SD	Swasiland	YV	Venezuela
SYR	Syrien	UAE	Vereinigte Arabische Emirate
TJ	Tadschikistan	USA	Vereinigte Staaten von Amerika
EAT	Tansania	VN	Vietnam
THA	Thailand	RCA	Zentralafrikanische Republik
RT	Togo	CY	Zypern
TT	Trinidad und Tobago		
<i>TSD</i>	<i>Tschad</i>		
CZ	Tschechische Republik		
TN	Tunesien		

Schlüssel 8: Merkmal Kostenübernahme

1. und 2. Stelle 01 Kostenübernahme
- 02 Änderung der Kostenübernahme
- 03 Ablehnung, kein Leistungsanspruch
- 04 Kostenübernahme, Rechnung zusätzlich in Papierform
(Auslands-Versicherter / Auftragsleistung)
- 05 Ablehnung, Unfallversicherungsträger zuständig
- 06 Ablehnung, Rentenversicherungsträger zuständig
- 07 Ablehnung, Krankenversicherungsträger nicht zuständig
- 08 Bestätigung des Versichertenverhältnisses
- 3 u. 4. Stelle **gilt nur für Knappschaft, sonst leer**
- 10 Kostenübernahme in Höhe der allgemeinen Krankenhausleistungen
- 21 Wie 10 sowie Übernahme der Kosten für die Unterbringung in einem Zweibettzimmer (ohne weitere gesondert berechenbare Zusatzleistungen) und für die Behandlung durch die liquidationsberechtigten Chefärzte/leitenden Krankenhausärzte nach dem Vertrag zwischen dem VLK und der Knappschaft in der jeweiligen Fassung auf Grund einer spezifizierten Rechnung
- 24 Wie 10 sowie Übernahme der Kosten für die Unterbringung in einem Zweibettzimmer (ohne weitere gesondert berechenbare Zusatzleistungen) und für die Behandlung durch die liquidationsberechtigten Chefärzte/leitenden Krankenhausärzte nach der GOÄ aufgrund einer spezifizierten Rechnung
- 25 Wie 10 sowie Übernahme der Kosten für die Unterbringung in einem Zweibettzimmer (ohne weitere gesondert berechenbare Zusatzleistungen)
- 26 Wie 10 sowie Übernahme der Kosten für die Behandlung durch die liquidationsberechtigten Chefärzte/leitenden Krankenhausärzte nach dem Vertrag zwischen dem VLK und der Knappschaft in der jeweiligen Fassung auf Grund einer spezifizierten Rechnung
- 27 Wie 10 sowie Übernahme der Kosten für die Behandlung durch die liquidationsberechtigten Chefärzte/leitenden Krankenhausärzte nach der GOÄ aufgrund einer spezifizierten Rechnung
- 31 Übernahme der Kosten für die Unterbringung in einem Zweibettzimmer (ohne weitere gesondert berechenbare Zusatzleistungen) und für die Behandlung durch die liquidationsberechtigten Chefärzte/leitenden Krankenhausärzte nach dem Vertrag zwischen dem VLK und der Knappschaft in der jeweiligen Fassung auf Grund einer spezifizierten Rechnung ohne Kosten der allgemeinen Krankenhausleistung
- 34 Übernahme der Kosten für die Unterbringung in einem Zweibettzimmer (ohne weitere gesondert berechenbare Zusatzleistungen) und für die Behandlung durch die liquidationsberechtigten Chefärzte/leitenden Krankenhausärzte nach der GOÄ aufgrund einer spezifizierten Rechnung ohne Kosten der allgemeinen Krankenhausleistung

- 35 Übernahme der Kosten für die Unterbringung in einem Zweibettzimmer (ohne weitere gesondert berechenbare Zusatzleistungen) ohne Kosten der allgemeinen Krankenhausleistung
- 36 Übernahme der Kosten für die Behandlung durch die liquidationsberechtigten Chefärzte/leitenden Krankenhausärzte nach dem Vertrag zwischen dem VLK und der Knappschaft in der jeweiligen Fassung auf Grund einer spezifizierten Rechnung ohne Kosten der allgemeinen Krankenhausleistung
- 37 Übernahme der Kosten für die Behandlung durch die liquidationsberechtigten Chefärzte/leitenden Krankenhausärzte nach der GOÄ aufgrund einer spezifizierten Rechnung ohne Kosten der allgemeinen Krankenhausleistung

(Das Übermittlungsverfahren bezieht die Liquidation der Chefärzte/leitenden Krankenhausärzte nicht ein!)

Schlüssel 9: Verarbeitungskennzeichen

- 01 reserviert
- 03 reserviert
- Normalfall für Leistungen nach § 140a, § 120 Abs. 1a und § 117 Abs. 2 u. 3 SGB V
- 05 Leistungen nach § 140a SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO)
- 06 Leistungen nach § 120 Abs. 1a SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO)
- 07 Leistungen nach § 117 Abs. 3 SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO)
- 08 Leistungen nach § 117 Abs. 2 SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO)
- 10 Normalfall
- 11 Ambulante Abrechnung nach § 115b SGBV statt stationäre Abrechnung (nur für AMBO und optional für ZAAO nach Fallstorno „35“)
- 12 Ambulante Abrechnung nach § 116b SGBV (alt) statt stationäre Abrechnung (nur für AMBO und optional für ZAAO nach Fallstorno „35“)
- 13 spezialfachärztliche Leistungen nach § 116b SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO)
- 16 Leistungen nach § 116b Abs. 2 SGB V (alt) (nur für AMBO und optional für ZAAO)
- 17 Leistungen nach § 117 Abs. 1 SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO)
- 18 Leistungen nach § 118 SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO)
- 19 Leistungen nach § 119 SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO)
- 20 Änderung
- 30 Fallstorno (durch Krankenhaus, nur über AUFN und AMBO)
- 31 KH-internes Kennzeichen des Versicherten fehlerhaft
- 32 IK des Krankenhauses fehlerhaft
- 33 Kostenträgerzuordnung nicht zutreffend
- 34 Softwarefehler
- 35 Ambulante Abrechnung nach stationärer Aufnahme (nur für AUFN)
- 36 Stornierung Abrechnung nach § 116b Abs. 2 SGB V (nur für AMBO)
- 37 Stornierung Abrechnung nach § 117 Abs. 1 SGB V (nur für AMBO)
- 38 Stornierung Abrechnung nach § 118 SGB V (nur für AMBO)
- 39 Stornierung Abrechnung nach § 119 SGB V (nur für AMBO)
- 40 Storno einer Entlassungsanzeige
- 41 Storno einer Entlassungsanzeige wegen Rückverlegung oder Wiederaufnahme
- Fallstorno für Leistungen nach § 140a, § 116b, § 120 Abs. 1a und § 117 Abs. 2 u. 3 SGB V
- 43 Stornierung Abrechnung spezialfachärztliche Leistungen § 116b SGB V (nur für AMBO)

- 45 Stornierung Abrechnung nach § 140a SGB V (nur für AMBO)
- 46 Stornierung Abrechnung nach § 120 Abs.1a SGB V (nur für AMBO)
- 47 Stornierung Abrechnung nach § 117 Abs.3 SGB V (nur für AMBO)
- 48 Stornierung Abrechnung nach § 117 Abs. 2 SGB V (nur für AMBO)

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
- 12 Rechnung wird zur Zeit geprüft (Zahlung / Abweisung erfolgt unverzüglich)
- 13 Rechnung wurde bereits bezahlt
- 15 Rechnungsbetrag wird teilweise angewiesen
- 21 Rechnungsbetrag wird angewiesen, Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 22 Rechnung wird zur Zeit geprüft (Zahlung / Abweisung erfolgt unverzüglich), Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 23 Rechnung wurde bereits bezahlt, Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 25 Rechnungsbetrag wird teilweise angewiesen, 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.
Die Schlüssel mit der Ausprägung 1 in der ersten Stelle können parallel zu den inhaltsgleichen Schlüsseln mit der Ausprägung 0 in der ersten Stelle und die Schlüssel mit der Ausprägung 2 in der ersten Stelle können parallel zu den inhaltsgleichen Schlüsseln mit der Ausprägung 3 in der ersten Stelle verwendet werden.

Schlüssel 11: Rechnungsart

- | | | |
|-----------|---|---|
| 1. Stelle | 0 | Zahlungssatz wird nicht angefordert |
| | 5 | Zahlungssatz wird angefordert (nicht bei 2. Stelle 4 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 |
| | 6 | Zahlungserinnerung |
| | 7 | 1. Mahnung |
| | 8 | 2. Mahnung |
| | 9 | Vorausberechnung nach § 14 Abs. 4 BPfIV bzw. § 14 Abs. 9 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung |

Schlüssel 12: Versichertenstatus

- | | |
|--------|---|
| Teil 1 | Versichertenart |
| | 1 Mitglied |
| | 3 Familienversicherter |
| | 5 Rentner und deren Familienangehörige |
| | 9 Auslandsversicherte |
| Teil 2 | Besonderer Personenkreis |
| | 4 § 264 SGB V, Nicht Versicherungspflichtige, Sozialhilfeempfänger |
| | 6 BVG inkl. OEG, BSeuchG, SVG, ZHG, HHG, PrVG sowie BEG |
| | 7 besonderer Personenkreis
(in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatlichem Recht und niederl. Grenzgänger, die über eine KV-Karte verfügen; nach Aufwand) |
| | 8 besonderer Personenkreis
(in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatlichem Recht, die über eine KV-Karte verfügen; pauschal) |
| | 9 Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz, wenn Versichertenart nicht „9“ und DMP-Teilnahme entfällt; Auslandsversicherte, wenn Versichertenart „9“ und DMP-Teilnahme „9“ |
| Teil 3 | DMP-Teilnahme |
| | 1 Diabetes mellitus Typ 2 |
| | 2 Brustkrebs |
| | 3 koronare Herzkrankheit |
| | 4 Diabetes mellitus Typ 1 |

- 5 Asthma bronchiale
- 6 COPD
- 9 Auslandsversicherte

Schlüssel 13: Vorschläge für die weitere Behandlung

- 01 Diagnostische Klärung
- 02 Stationäre Behandlung
- 03 Operation
- 04 Psychotherapie
- 05 Rehabilitations-Sport
- 06 Rheumafunktionstraining
- 07 Selbsthilfegruppe
- 08 Ambulante Rehabilitation (Sucht)
- 09 Vorstellung Suchtberatung
- 10 Spezielle Nachsorge
- 11 Stufenweise Wiedereingliederung
- 12 Prüfung berufsfördernde Leistung
- 13 Gewichtsreduktion
- 14 Alkoholkarenz
- 15 Nikotinkarenz
- 16 Heil- und Hilfsmittel
- 17 Wiederholungsheilbehandlung
- 18 Sonstige Anregung

Schlüssel 14: Vorschläge für geeignete Einrichtungen

Hinweis:

Institutionskennzeichen

Schlüssel 15: Zuzahlungskennzeichen

- 1 keine Zuzahlungspflicht
- 2 Zuzahlung verrechnet und vom Versicherten vollständig geleistet
- 4 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

Schlüssel 16: Lokalisation

- R rechts
- L links
- B beidseitig

Schlüssel 17: Diagnosesicherheit

- A ausgeschlossene Diagnose
- V Verdachtsdiagnose
- Z (symptomloser) Zustand nach der betreffenden Diagnose
- G gesicherte Diagnose

Schlüssel 18: Währungskennzeichen

Hinweis: Währungseinheit, codiert nach ISO 4217;

- DEM Deutsche Mark
- EUR Euro

Schlüssel 19: Zusatzkennzeichen EBM

- 001 Allgemeinärzte, Praktische Ärzte, Hausärztliche Internisten
- 002 Anästhesisten
- 003 Chirurgen
- 004 Frauenärzte
- 005 Hautärzte
- 006 HNO-Ärzte
- 007 Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
- 008 Nervenärzte, Neurologen, Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- 009 Notfallärzte
- 010 Orthopäden, Ärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin
- 011 Nuklearmediziner
- 012 Radiologen
- 013 Strahlentherapeuten
- 014 Urologen
- 015 Fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt (Teilgebiet)

Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt (Teilgebiet):

- 016 - Angiologie
- 017 - Endokrinologie
- 018 - Gastroenterologie
- 019 - Hämatologie und Internistische Onkologie
- 020 - Kardiologie
- 021 - Nephrologie
- 022 - Pneumologie
- 023 - Rheumatologie
- 024 - Orthopäden mit Schwerpunkt Rheumatologie

Schlüssel 20: EBM-Ziffern

siehe Anhang D zu Anlage 2

Bei Erweiterungen im Katalog „EBM“ wird der Schlüssel 20 fortgeschrieben. Sollte im Einzelfall ein Krankenhaus eine EBM-Ziffer, zu dessen Rechnungslegung es berechtigt ist, im Schlüsselverzeichnis nicht wiederfinden, stellt es formlos unter Nennung der EBM-Ziffer einen Antrag auf Erweiterung des Kataloges an den GKV-Spitzenverband (datenaustausch301@gkv-spitzenverband.de). Nach Abklärung des Sachverhaltes durch die autorisierte Schlüsselvergabestelle wird der Schlüssel 20 entsprechend des Ergebnisses der Prüfung fortgeschrieben.

Schlüssel 21: Geschlecht

m	männlich
w	weiblich
x	unbestimmt

Schlüssel 22: Leistungsbereich (116b)

- 010100 CT/ MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen
- 010200 Brachytherapie
- 020100 Mukoviszidose
- 020200 Gerinnungsstörungen (Hämophilie)
- 020300 Fehlbildungen, angeborenen Skelettsystemfehlbildungen und neuromuskulären Erkrankungen
- 020301 angeborenen Skelettsystemfehlbildungen
- 020302 Fehlbildungen
- 020400 schwerwiegende Immunologische Erkrankungen
- 020600 biliäre Zirrhose
- 020700 primär sklerosierende Cholangitis
- 020800 Morbus Wilson
- 020900 Transsexualismus
- 021001 angeborene Stoffwechselstörungen: Adrenogenitales Syndrom
- 021002 angeborene Stoffwechselstörungen: Hypothyreose
- 021003 angeborene Stoffwechselstörungen: Phenylketonurie
- 021004 angeborene Stoffwechselstörungen: Medium-chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (MCAD-Mangel)
- 021005 angeborene Stoffwechselstörungen: Galactosaemie
- 021100 Marfan-Syndrom
- 021200 Pulmonale Hypertonie
- 021300 neuromuskuläre Erkrankungen
- 021400 Kurzdarmsyndrom
- 021500 Vor- und Nachbehandlung bei Lebertransplantation

- 030101 onkologische Erkrankungen: Gastrointestinale Tumore, Tumore der Bauchhöhle
- 030102 onkologische Erkrankungen: Tumore der Lunge und des Thorax
- 030103 onkologische Erkrankungen: Knochen- und Weichteil-Tumore
- 030104 onkologische Erkrankungen: Hauttumore
- 030105 onkologische Erkrankungen: Tumore des Gehirns und der peripheren Nerven
- 030106 onkologische Erkrankungen: Kopf- und Halstumore
- 030107 onkologische Erkrankungen: Tumore des Auges
- 030108 onkologische Erkrankungen: Gynäkologische Tumore
- 030109 onkologische Erkrankungen: Urologische Tumore
- 030110 onkologische Erkrankungen: Tumore des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung
- 030111 onkologische Erkrankungen: Tumore bei Kindern und Jugendlichen
- 030200 HIV/ AIDS
- 030300 schwere Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen
- 030301 schwere Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen: Erwachsene
- 030302 schwere Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen: Kinder und Jugendliche
- 030400 schwere Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3 - 4)
- 030500 Tuberkulose
- 030600 Multiple Sklerose
- 030700 Anfallsleiden
- 030800 pädiatrische Kardiologie
- 030900 Frühgeborene mit Folgeschäden
- 031000 Querschnittslähmung bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen

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
- ...
- 2[A-N]0100ff Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen**
- 2A0100 Tuberkulose; Tuberkulose und atypische Mykobakteriose
- ...
- 2K0100 Marfan-Syndrom
- 2L0100 pulmonale Hypertonie
- ...
- 3[A-B]0100ff Hochspezialisierte Leistungen**
-

Schlüssel 23: PIA-Leistung

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

Schlüssel 24: Leistungsart

A1	PIA Leistungsdokumentation gemäß Schlüssel 23
A2	Leistungsbereich der Behandlung nach § 116b SGB V gemäß Schlüssel 22
A3	geplante ambulante Operation ist nicht zustande gekommen
A4	Dokumentation für Einrichtungen nach § 119 SGB V (soweit vereinbart)*
A5	Dokumentation schwerer Verlaufsformen nach § 116b (neu) gemäß Schlüssel 28
A6	Dokumentation schwerer Verlaufsformen nach § 116b (neu) gemäß Schlüssel 29

Hinweis: Wird im Segment LEI der Schlüssel „A4“ angegeben, erfolgt die Angabe des Leistungsschlüssels entsprechend individueller Vereinbarung der Vertragspartner. Der Leistungstag wird, sofern vereinbart, angegeben. Bei der Übermittlung Leistungsart A4 wird im Leistungsschlüssel an den ersten beiden Stellen je Bundesland wie folgt unterschieden:

Stelle 1 und 2 des Leistungsschlüssels	Bundesland
01	Schleswig-Holstein
02	Hamburg
03	Niedersachsen
04	Bremen
05	Nordrhein-Westfalen
06	Hessen
07	Rheinland-Pfalz
08	Baden-Württemberg
09	Bayern
10	Saarland
11	Berlin
12	Brandenburg

13	Mecklenburg-Vorpommern
14	Sachsen
15	Sachsen-Anhalt
16	Thüringen

Schlüssel 25: Teamebene (§116b)

01	Teamleitung
02	Mitglied des Kernteams
03	Hinzugezogener Facharzt

Schlüssel 26: KV-Bezirk

Stelle 1 und 2 des KV-Bezirks	Bundesland
01	Schleswig-Holstein
02	Hamburg
03	Bremen
17	Niedersachsen
20	Westfalen-Lippe
38	Nordrhein
46	Hessen
51	Rheinland-Pfalz
52	Baden-Württemberg
71	Bayern
72	Berlin
73	Saarland
78	Mecklenburg-Vorpommern
83	Brandenburg
88	Sachsen-Anhalt
93	Thüringen
98	Sachsen

Schlüssel 27: Fachgruppencode (§116b)

Bezeichnung	Fachgruppencode
Arzt; obsolet (ohne Facharzt-Weiterbildung ab 1986 bis 1991)	Hausarzt: 02 FA: entsprechend dem Abrechnungsfachgebiet
Praktischer Arzt; obsolet (altes Recht vor 1987 bzw. EWG-Recht ab 86/457/EWG)	Hausarzt: 02, FA: entsprechend dem Abrechnungsfachgebiet
Gebiet Allgemeinmedizin	
FA Allgemeinmedizin (alte (M-)WBO, kammerindividuell, EU-Ärzte)	Hausarzt: 01 FA: entsprechend dem Abrechnungsfachgebiet
FA Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)	Hausarzt: 01 FA: entsprechend dem Abrechnungsfachgebiet
Gebiet Anästhesiologie	
FA Anästhesiologie	04
FA Anästhesiologie und Intensivtherapie; kammerindividuell, obsolet	04
Gebiet Augenheilkunde	
FA Augenheilkunde	05
Gebiet Chirurgie	
FA Allgemeine Chirurgie	06
FA Chirurgie; obsolet	06
FA Gefäßchirurgie	07
TG Herz- und Gefäßchirurgie; neue Bundesländer, obsolet	07
SP Gefäßchirurgie; obsolet	07
FA Visceralchirurgie	08
SP Visceralchirurgie; obsolet	08
FA Kinderchirurgie	09
TG Kinderchirurgie; obsolet	09
FA Orthopädie und Unfallchirurgie	10
FA Orthopädie; obsolet	10
SP Unfallchirurgie; obsolet	11
SP Rheumatologie (der ehemaligen Orthopädie); obsolet	12
FA Plastische Chirurgie	13

Bezeichnung	Fachgruppencode
FA Plastische und Ästhetische Chirurgie	13
TG Plastische Chirurgie; obsolet	13
SP Thoraxchirurgie in der Chirurgie; obsolet	14
TG Thorax- und Kardiovascularchirurgie; obsolet	14
Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe	
FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	15
SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	16
SP Gynäkologische Onkologie	17
SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	18
Gebiet Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	
FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	19
FA Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	20
FA Phoniatrie und Pädaudiologie; obsolet	20
SP Phoniatrie und Pädaudiologie; obsolet	20
TG Audiologie; neue Bundesländer, obsolet	20
TG Phoniatrie; neue Bundesländer, obsolet	20
Gebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten	
FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	21
Gebiet Humangenetik	
FA Humangenetik	22
Fachwissenschaftler Genetik	22
Gebiet Innere Medizin	
FA Innere Medizin und SP gesamte Innere Medizin; kammerindividuell	Hausarzt: 03, Internist: 23
FA Innere Medizin; obsolet	Hausarzt: 03, Internist: 23
FA Innere Medizin und SP Angiologie	24
SP Angiologie; obsolet	24
FA Innere Medizin und SP Endokrinologie und Diabetologie	25
SP Endokrinologie; obsolet	25
SP Endokrinologie und Diabetologie; kammerindividuell, obsolet	25
TG Diabetologie; neue Bundesländer, obsolet	25
FA Innere Medizin und SP Gastroenterologie	26
FA Magenarzt; obsolet	26
SP Gastroenterologie; obsolet	26

Bezeichnung	Fachgruppencode
FA Innere Medizin und SP Hämatologie und Onkologie	27
SP Hämatologie und Internistische Onkologie; obsolet	27
TG Hämatologie; obsolet	27
FA Innere Medizin und SP Kardiologie	28
SP Kardiologie; obsolet	28
TG Kardiologie und Angiologie; kammerindividuell, obsolet	28
FA Innere Medizin und SP Nephrologie	29
SP Nephrologie; obsolet	29
TG Nephrologie; obsolet	29
FA Innere Medizin und SP Pneumologie	30
FA Lungenarzt; obsolet	30
SP Pneumologie; obsolet	30
TG Lungen- und Bronchialheilkunde; obsolet	30
FA Innere Medizin und SP Rheumatologie	31
SP Rheumatologie; obsolet	31
SP Geriatrie; obsolet	32
FA Innere Medizin und SP Geriatrie; kammerindividuell	32
SP Infektiologie; kammerindividuell, obsolet	33
TG Infektions- und Tropenmedizin; neue Bundesländer, obsolet	33
Gebiet Kinder- und Jugendmedizin	
FA Kinder- und Jugendmedizin	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
FA Arzt für Kinder- und Jugendmedizin; kammerindividuell, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
FA Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin; kammerindividuell, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
FA Kinderheilkunde; obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
FA Kinder- und Jugendarzt; kammerindividuell, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
FA Kinder- und Jugendmedizin; kammerindividuell, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
SP Infektiologie; kammerindividuell, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40

Bezeichnung	Fachgruppencode
SP Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie; kammerindividuell	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
TG Kinderdiabetologie; neue Bundesländer, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
SP Kinder-Gastroenterologie; kammerindividuell	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
TG Kindergastroenterologie; neue Bundesländer, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
SP Kinder-Nephrologie; kammerindividuell	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
TG Kinderneurologie; neue Bundesländer, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
TG Kinderrheumatologie; neue Bundesländer, obsolet	Hausarzt: 34; Facharzt: 40
SP Kinder-Hämatologie und -Onkologie	Hausarzt: 35; Facharzt: 41
TG Kinderhämatologie; neue Bundesländer, obsolet	Hausarzt: 35; Facharzt: 41
SP Kinder-Kardiologie	Hausarzt: 36; Facharzt: 42
SP Neonatologie	Hausarzt: 37; Facharzt: 43
SP Neuropädiatrie	Hausarzt: 38; Facharzt: 44
TG Kinderneuropsychiatrie; neue Bundesländer, obsolet	Hausarzt: 38; Facharzt: 44
SP Kinder-Pneumologie; kammerindividuell	Hausarzt: 39; Facharzt: 45
TG Kinder-Lungen- und Bronchialheilkunde; neue Bundesländer, obsolet	Hausarzt: 39; Facharzt: 45
Facharztbezeichnung aus dem Gebiet Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunktbezeichnung und Teilnahme an der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung	46
Gebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	
FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	47

Bezeichnung	Fachgruppencode
FA Kinder- und Jugendpsychiatrie; obsolet	47
Gebiet Laboratoriumsmedizin	
FA Laboratoriumsmedizin	48
TG Mikrobiologie; obsolet	48
Fachwissenschaftler Chemie und Labordiagnostik	48
Gebiet Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	
FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	49
FA Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie; obsolet	49
FA Experimentelle und diagnostische Mikrobiologie; neue Bundesländer, obsolet	49
Fachzahnarzt für Mikrobiologie	49
Gebiet Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	
FA Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	50
FA Kieferchirurgie; obsolet	50
Fachzahnarzt für Kieferchirurgie (§ 6 Abs. 1 BMV)	50
FA Nervenheilkunde; obsolet	51
FA Neurologie und Psychiatrie; obsolet	51
TG Kinderneuropsychiatrie; neue Bundesländer, obsolet	44
Gebiet Neurochirurgie	
FA Neurochirurgie	52
Gebiet Neurologie	
FA Neurologie	53
Gebiet Nuklearmedizin	
FA Nuklearmedizin	54
Gebiet Pathologie	
FA Neuropathologie	55
TG Neuropathologie; obsolet	55
FA Pathologische Anatomie; kammerindividuell, obsolet	56
FA Pathologie	56
Fachwissenschaftler Zytologie/Histologie	56
Gebiet Physikalische und Rehabilitative Medizin	
FA Physikalische und Rehabilitative Medizin	57
FA Physiotherapie; neue Bundesländer, obsolet	57
Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie	

Bezeichnung	Fachgruppencode
FA Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie; kammerindividuell, obsolet	51
FA Psychiatrie und Psychotherapie	58
FA Psychiatrie; obsolet	58
SP Forensische Psychiatrie	59
Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	60
FA Psychotherapeutische Medizin; obsolet	60
FA Psychotherapie; neue Bundesländer, obsolet	60
Psychotherapeutisch tätiger Arzt (Zusatzbezeichnung)	61
Gebiet Radiologie	
FA Radiologie (neue (M-)WBO)	62
FA Diagnostische Radiologie; obsolet	62
FA Radiologie (alte (M-)WBO); obsolet	62
FA Radiologische Diagnostik; obsolet	62
FA Strahlentherapie und Radiologische Diagnostik; obsolet	62
SP Kinderradiologie	63
SP Neuroradiologie	64
TG Neuroradiologie; obsolet	64
TG Strahlentherapie; obsolet	65
Gebiet Strahlentherapie	
FA Strahlentherapie	65
Gebiet Transfusionsmedizin	
FA Transfusionsmedizin	66
FA Blutspende- und Transfusionsmedizin; kammerindividuell, obsolet	66
Gebiet Urologie	
FA Urologie	67
Psychologischer Psychotherapeut	68
Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut	69
weitere Fachgruppen:	
Gebiet Anatomie	
FA Anatomie	99
Gebiet Arbeitsmedizin	
FA Arbeitsmedizin	99

Bezeichnung	Fachgruppencode
FA Arbeitshygiene; neue Bundesländer, obsolet	99
Gebiet Biochemie	
FA Biochemie	99
Gebiet Chirurgie	
FA Herzchirurgie	99
FA Thoraxchirurgie	99
SP Thoraxchirurgie in der Herzchirurgie; obsolet	99
SP Echokardiologie herznaher Gefäße; obsolet	
Gebiet Hygiene und Umweltmedizin	
FA Hygiene und Umweltmedizin	99
FA Hygiene; kammerindividuell, obsolet	99
FA Immunologie; neue Bundesländer, obsolet	99
Gebiet Öffentliches Gesundheitswesen	
FA Öffentliches Gesundheitswesen	99
Gebiet Pharmakologie	
FA Klinische Pharmakologie	99
FA Pharmakologie und Toxikologie	99
TG Klinische Pharmakologie; obsolet	99
Gebiet Physiologie	
FA Physiologie	99
Gebiet Rechtsmedizin	
FA Rechtsmedizin	99
FA Sozialhygiene; neue Bundesländer, obsolet	99
FA Sportmedizin; neue Bundesländer, obsolet	99
Fachzahnärzte nach § 10a Abs. 1 BÄO, § 6 BMV (neue Bundesländer)	
Fachzahnarzt für theoretisch-experimentelle Medizin	99
(§ 6 Abs. 2 BMV)	
Fachwissenschaftler der Medizin, § 7 BMV (neue Bundesländer)	
Fachbiologie der Medizin	99
Fachwissenschaftler Immunologie	99

Schlüssel 28: Dokumentation schwerer Verlaufsformen – TNM – nach § 116b (neu)

In ASV-Fällen, in denen die Diagnose der Erkrankung (ICD-Kode) alleine bereits den schweren Verlauf erkennen lässt („Im Regelfall schwere Verlaufsform“), ist keine Übermittlung ergänzender Dokumentationen erforderlich. Für Patienten mit einer „im Regelfall schweren Verlaufsform“ genügt die Übermittlung des ICD-10_GM-Codes.

In ASV-Fällen, in denen sich bei „im Einzelfall schweren Verlaufsformen“ aus den übermittelten Diagnose(n) die schwere Verlaufsform der Erkrankung nicht bereits durch die Angabe der Diagnose(n) ergibt, muss zusätzlich eine die schwere Verlaufsform dokumentierende Angabe nach den folgenden Schlüsseln erfolgen. Diese Angabe ist zu Beginn der Behandlung im Rahmen der ASV im ersten Behandlungsquartal von mindestens einem ASV-Berechtigten des Kernteams zu übermitteln. Sofern gemäß Konkretisierung ein Überweisungserfordernis vorliegt, ist diese Angabe, nach Ablauf der in der jeweiligen Anlage der ASV-RL vorgegebenen Frist, d.h. zu Beginn des neuen „ASV-Überweisungsfalls“, zu melden. Als Grundlage dient die internationale Klassifizierung von Tumorstadien (TNM) der „Union internationale contre le cancer“ (UICC). Die hier abgebildeten Ausprägungen werden in einer einzigen 11-stelligen Ziffern- und Buchstabenkombination abgebildet [z.B.: rT1N2M1G2R1]. Diese 11 Stellen werden wie folgt abgebildet:

1. Stelle: r – Rezidiv

0	kein Rezidiv vorhanden
r	r – Rezidiv vorhanden

2. Stelle: T - Tumorklassifikation

T	Standardwert
---	--------------

3. Stelle: T – Tumorklassifikationen-Ausprägung

0	T0 nach TNM
1	T1 nach TNM
2	T2 nach TNM
3	T3 nach TNM
4	T4 nach TNM
X	Tx oder Tis nach TNM

4. Stelle: N - Lymphknotenmetastasen

N	Standardwert
---	--------------

5. Stelle: N – Lymphknotenmetastasen-Ausprägung

0	N0 nach TNM
---	-------------

1	N1 nach TNM
2	N2 nach TNM
3	N3 nach TNM
X	Nx nach TNM

6. Stelle: M - Fernmetastasen

M	Standardwert
---	--------------

7. Stelle: M - Fernmetastasen-Ausprägung

0	M0 nach TNM
1	M1 nach TNM

8. Stelle: G - Grading

G	Standardwert
---	--------------

9. Stelle: G - Grading-Ausprägung

1	G1 – Gut differenziert
2	G2 – Mäßig differenziert
3	G3 – Schlecht differenziert
4	G4 - Undifferenziert
X	Gx – Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden

10. Stelle: R - Residualtumor

R	Standardwert
---	--------------

11. Stelle: R – Residualtumor-Ausprägung

0	R0 – Kein Residualtumor
1	R1 – Mikroskopischer Residualtumor
2	R2 – Makroskopischer Residualtumor, Mikroskopisch nicht bestätigt
X	Rx – Vorhandensein von Residualtumor kann nicht beurteilt werden

Hinweis:

In den Fällen, in denen der TNM-Status als Nachweis für den schweren Verlauf gefordert ist, wird dieser vollständig übermittelt.

Schlüssel 29: Dokumentation schwerer Verlaufsformen-Progression – nach § 116b (neu)

In ASV-Fällen, in denen die Diagnose der Erkrankung (ICD-Kode) alleine bereits den schweren Verlauf erkennen lässt („Im Regelfall schwere Verlaufsform“), ist keine Übermittlung ergänzender Dokumentationen erforderlich. Für Patienten mit einer „im Regelfall schweren Verlaufsform“ genügt die Übermittlung des ICD-10-GM-Codes.

In ASV-Fällen, in denen sich bei „im Einzelfall schweren Verlaufsformen“ aus den übermittelten Diagnose(n) die schwere Verlaufsform der Erkrankung nicht bereits durch die Angabe der Diagnose(n) ergibt, muss zusätzlich eine die schwere Verlaufsform dokumentierende Angabe nach dem folgenden Schlüssel erfolgen. Diese Angabe ist im ersten Behandlungsquartal zu übermitteln, darüber hinaus bei Beginn eines neuen „ASV-Überweisungsfalls“.

1. Stelle: P – Progression der Tumorerkrankung

0	keine Progression vorhanden
1	Progression vorhanden

In den Fällen, in denen die Progression als Nachweis für den schweren Verlauf gefordert ist, wird diese übermittelt.

Anhang A: Durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen

siehe Dokument ANL2A-xx.DOC

Anhang B: Entgeltarten

siehe Dokument ANL2B-xx.DOC

Anhang C: Fehlercodes

siehe Dokument ANL2C-xx.DOC

Anhang D: EBM-Ziffern

siehe Dokument EBMxx.XLS