

Anlage 2 – Schlüsselverzeichnis

Version: 125

Vertragsstand: 01.12.1994

Stand der Anlage: 06.06.2024

Stand der letzten Anlage: 09.04.2024

Anzuwenden ab: 01.07.2024

Inhaltsverzeichnis

Anlage 2 – Schlüsselverzeichnis	1
Historie	4
Schlüssel 1: Aufnahmegrund	5
Schlüssel 2: reserviert	6
Schlüssel 3: Einzelvergütung, Erläuterung	6
Schlüssel 4 Teil I: Entgeltart stationär	7
Schlüssel 4 Teil II: Entgeltart ambulant	29
Schlüssel 4 Teil III: Entgeltarten BPfIV (bei Anwendung § 17d KHG).....	34
Schlüssel 5: Entlassungs-/Verlegungsgrund.....	50
Schlüssel 6: Fachabteilungen.....	52
Schlüssel 7: Internationales Länderkennzeichen	58
Schlüssel 8: Merkmal Kostenübernahme.....	61
Schlüssel 9: Verarbeitungskennzeichen	63
Schlüssel 10: Prüfungsvermerk.....	65
Schlüssel 11: Rechnungsart.....	67
Schlüssel 12: Versichertenstatus	68
Schlüssel 13: reserviert	69
Schlüssel 14: reserviert	69
Schlüssel 15: Zuzahlungskennzeichen.....	70
Schlüssel 16: Lokalisation.....	70
Schlüssel 17: Diagnosensicherheit.....	70
Schlüssel 18: Währungskennzeichen	70
Schlüssel 19: Zusatzkennzeichen EBM	71
Schlüssel 20: EBM-Ziffern.....	72
Schlüssel 21: Geschlecht	73
Schlüssel 22: Leistungsbereich (§ 116b).....	74
Schlüssel 23: PIA-Leistung	76
Schlüssel 24: Leistungsart	79
Schlüssel 25: Teamebene (§ 116b)	80
Schlüssel 26: KV-Bezirk.....	80
Schlüssel 27: Fachgruppencode (§ 116b).....	81
Schlüssel 28: Dokumentation schwerer Verlaufsformen – TNM – nach § 116b (neu)	87
Schlüssel 29: Dokumentation schwerer Verlaufsformen-Progression – nach § 116b (neu) ...	89
Schlüssel 30: Information PrüfvV	90
Schlüssel 31: Art der Information (Entlassmanagement)	93

Schlüssel 32: Studientitel nach § 137e SGB V.....	95
Anhang A: reserviert	96
Anhang B: Entgeltarten – nicht dargestellt, s. www.gkv-clavisdb.de	97
Anhang C: Fehlercodes	98
Anhang D: EBM-Ziffern – nicht dargestellt, s. www.gkv-clavisdb.de	99

Historie

Version	Status	Datum	Abschnitt	Erläuterung
119	abgestimmt	29.03.2023	Schlüssel 4 Teil 2, Schlüssel 11, Schlüssel 22 Schlüssel 30	Anpassung an den Nachtrag vom 29.03.2023 mit Wirkung zum 01.07.2023
120	abgestimmt	16.05.2023	Schlüssel 30 und Schlüssel 32	Anpassung an den Nachtrag vom 16.05.2023 mit Wirkung zum 01.07.2023
121	abgestimmt	16.05.2023	Schlüssel 4 Teil I, Schlüssel 5, Schlüssel 6	Anpassung an den Nachtrag vom 16.05.2023 mit Wirkung zum 01.08.2023
122	abgestimmt	20.12.2023	Schlüssel 3 und Schlüssel 4, Anpassung an den AOP- Vertrag	Anpassung an den Nachtrag vom 20.12.2023 mit Wirkung zum 01.01.2024
123	abgestimmt	09.02.2024	Schlüssel 1, Schlüssel 4	Anpassung an den Nachtrag vom 09.02.2024 mit Wirkung zum 01.05.2024
124	abgestimmt	09.04.2024	Schlüssel 3, Schlüssel 4, Schlüssel 6, Schlüssel 32	Anpassung an den Nachtrag vom 09.04.2024 mit Wirkung zum 01.05.2024
125	abgestimmt	06.06.2024	Schlüssel 6, Schlüssel 22	Anpassung an den Nachtrag vom 06.06.2024 mit Wirkung zum 01.07.2024

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 –
	10	Stationsäquivalente Behandlung
	11	Übergangspflege
	12	Krankenhausbehandlung nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG)
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
	08	Erprobungsleistungen nach § 137e SGB V
		Bei Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers: 21 bis 27 anstelle 01 bis 07

Hinweis:

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. Die Angabe, ob es sich im Aufnahmesatz um den Aufnahmegrund „Notfall“ (3.-4. Stelle „07“) handelt, erfolgt durch das Krankenhaus. Die Angabe kann in diesem Fall von der des einweisenden Vertragsarztes auf dem Einweisungsschein abweichen.

Der Aufnahmegrund `05` (Stationäre Entbindung) ist ebenfalls bei Totgeburten (totgeborenes Kind) zu verwenden.

Im Rahmen der Übergangspflege ist der Aufnahmegrund `11` (1.-2. Stelle) und `01` (3.-4. Stelle) zu verwenden.

Bei voll- und teilstationären Krankenhausleistungen wird im Rahmen von Erprobungsleistungen an der Stelle 3.-4. die Ausprägung `08` verwendet.

Schlüssel 2: reserviert**Schlüssel 3: Einzelvergütung, Erläuterung**

1. u. 2. Stelle	Entgeltschlüssel
01	Im Körper verbleibende Implantate in Summe (siehe Hinweis)
02	Röntgenkontrastmittel (siehe Hinweis)
03	Pauschalvergütung Qualitätssicherung
04	Pauschalvergütung Sachmittel (auch für §§ 116b, 117, 118, 119, § 137e Abs. 4 Satz 4 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)
19	Diagnostische und interventionelle Katheter einschl. Führungsdraht, Ureterschleusen (Führungshülsen) im Zusammenhang mit urologischen Leistungen
50	Pauschale für Sprechstundenbedarf (nur für §§ 116b, 117, 118 und 119 SGB V)
51	Pauschale für Sprechstundenbedarf inklusive Kontrastmittel (nur für §§ 116b (alt), 117, 118 und 119 SGB V)
52	Kontrastmittelpauschale (nur für §§ 116b, 117, 118 und 119 SGB V)

Hinweis:

Materialien, soweit sie 6,25 € je aufgeführter Sachmittelposition übersteigen (§ 11 Abs. 5 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V) §116b neu: EZV-Schlüssel `04` (Pauschalvergütung Sachmittel) ohne Kosten für Kontrastmittel, Kosten für Kontrastmittel sind mit `52` in Rechnung zu stellen.

Bei der Abrechnung nach § 137e SGB V werden mit den Ausprägungen „04“ die gesondert berechnungsfähigen Sachkosten gemäß Bereich VIII EBM, Nr.60.1.2.2 in Rechnung gestellt. Die Abrechnung erfolgt in diesem Fall nicht pauschal; es werden die tatsächlich realisierten Preise in Rechnung gestellt.

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 BpflV ¹
03-28	reserviert
40	Zuschlag nach § 8 Abs. 3 BpflV bzw. § 8 Abs. 3 KHEntgG (Investitionszuschlag)
41	Entgelt für vorstationäre Behandlung
42	Entgelt für nachstationäre Behandlung
43	Pflegesatz bei Beurlaubung
44	Modellvorhaben nach § 24 BpflV bzw. § 26 BpflV (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 BpflV
47	Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG bzw. § 7 Satz 1 Nr. 3 und Satz 2 BpflV 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	Entgelt für Pflegeerlös/Tag
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

¹ BpflV in seiner bis 31.12.2013 gültigen Fassung
Stand: 06.06.2024

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel
	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
	84 Pflegeanteil für tages- oder fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 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 fallbezogenes 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 Qualitätsverträge nach § 110a SGB V
	91 Übergangspflege
	92-94 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	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
	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 BpflV bzw. § 8 Abs. 3 KHEntgG (Investitionszuschlag)

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	40	Zuschlag nach § 8 Abs. 3 BpflV 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
	20001	Anwendung von Arzneimitteln mit monoklonalen Antikörpern gemäß § 2 Abs. 2 Punkt 1 MAKV (450 bzw. 360 Euro)
	20002	Anwendung von Arzneimitteln mit monoklonalen Antikörpern gemäß § 4 Abs. 2 MAKV (40 Euro)
	20003	Anwendung von Arzneimitteln mit monoklonalen Antikörpern gemäß § 2 Abs. 2 Punkt 2 MAKV bei nicht mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen oder Patienten, die einem erhöhten Risiko eines schweren Verlaufs bei einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 ausgesetzt sind (150 Euro)
	20004	Anwendung von Arzneimitteln mit monoklonalen Antikörpern gemäß § 4 Abs. 2a MAKV bei Abholung (40 Euro)
	20005	Zuschlag gemäß § 2 Absatz 2 Punkt 2 MAKV bei Besuch der Patientin oder des Patienten in der eigenen Häuslichkeit oder in beschützenden Wohnheimen, Einrichtungen oder Pflege- oder Altenheimen (60 Euro, nur in Verbindung mit Entgeltart 41020003)
	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 (nach DKG-NT I / BG-T-Ziffern)
	80010	Vergütung für Leistungen nach Maßgabe des § 5 der Allgemeinen Tarifbestimmungen des DKG-NT/BG-T (z. B. Kontrastmittel) nach Einstandspreis, siehe Anhang B (nach DKG-NT I / BG-T-Ziffern)

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 BpflV bzw. § 26 BpflV (Altvorhaben)

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	44	Modellvorhaben nach § 24 BpflV bzw. § 26 BpflV (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* – Wahlleistung Unterkunft (gilt nur für Knappschaft)²

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	45	Wahlleistung 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 BPflV und sonstiger Zu- und Abschlag

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	47	Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG bzw. § 7 Satz 1 Nr. 3 und Satz 2 BPflV und sonstiger Zu- und Abschlag
	47XXXXXX	reserviert (extern)
		3. Stelle
	1	Zuschlag
		4. –8. Stelle
		00000 Systemzuschlag Gemeinsamer Bundesausschuss [§ 91 Abs. 3 Satz 1 SGB V i.V.m. § 139c Satz 1 SGB V], teilstationär
		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 (§377 Abs. 1 und 2 SGB V)
		00010 Zuschlag nach § 15 Abs. 2 KHEntgG
		00011 Zuschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG
		00012 Zuschlag Pflegestellen-Förderprogramm nach § 4 Abs. 10 KHEntgG bzw. § 4 Abs. 8 KHEntgG (Neu) ³
		00013 Telematikzuschlag, teilstationär (§377 Abs. 1 und 2 SGB V)
		00015 Zuschlag für besondere Einrichtungen nach § 4 Abs. 7 KHEntgG
		00020 Zuschlag Hygiene-Förderprogramm nach § 4 Abs. 11 KHEntgG bzw. § 4 Abs. 9 KHEntgG (Neu)
		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)
		00023 Zuschlag klinische Sektionen (Obduktionen) nach § 5 Abs. 3b KHEntgG
		00024 reserviert
		00025 reserviert
		00026 Zuschlag für die Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen [§ 17b Absatz 1a Nummer 4 KHG]
		00027 Zuschlag für Teilnahme am Notfallstufensystem nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG
		00028 Zuschlag zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf nach § 4 Abs. 8a KHEntgG
		00030 Zuschlag Mehrkosten G-BA nach § 5 Abs. 3c KHEntgG (prozentual) – ohne Pflegekosten
		00031 Zuschlag für nachträglichen pauschalen und abschließenden Ausgleich etwaiger nicht refinanzierter Tarifsteigerungen im Bereich des Pflegepersonals

³ Nur an Stellen, die mit „Neu“ gekennzeichnet sind, wird auf Fassungen infolge der Änderungen durch das KHSG verwiesen
Stand: 06.06.2024

1. und 2. Stelle	Entgeltsschlüssel		
		00032	Zuschlag für zusätzliche Finanzierung nach § 5 Absatz 2a KHEntgG (Liste der ländlichen Krankenhäuser)
		00033	Zuschlag gem. § 5 Abs.3i KHEntgG zur Vergütung von Mehrkosten aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2
		00034	Zuschlag gem. §5 Abs. 3i KHEntgG zur Vergütung von Mehrkosten aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 bei Nachweis einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2
		00035	Zuschlag für Speicherung von Daten und Erstbefüllung auf der elektronischen Patientenakte gemäß § 5 Abs. 3g Satz 1 und 2 KHEntgG
		00036	Zuschlag Hebammenstellen-Förderprogramm § 4 Abs. 10 KHEntgG
		00037	Zuschlag für den Ausgleich eines aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandenen Erlösrückgang (prozentual, Corona-Ausgleichsvereinbarung)
		00038	Zuschlag zur Konvergenzangleichung des Landesbasisfallwertes zur maßgeblichen Korridorgrenze (je Bundesland)
		00039	Zuschlag zur Durchführung von Abschlagszahlungen vor 2022 (prozentual, COVID-19-Abschlagszahlungsvereinbarung nach § 6 KHWiSichV)
		00043	Zuschlag nach § 5 Absatz 3i KHEntgG zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten als Ausgleich gemäß § 5 Abs. 3 der CoronaMehrkosten-Vereinbarung, prozentual
		00044	Zuschlag zur Durchführung von Abschlagszahlungen 2022 (prozentual, COVID-19-Abschlagszahlungsvereinbarung nach § 6 KHWiSichV)
		00045	Zuschlag gem. § 4a KHEntgG zur Sicherstellung und Förderung der Kinder- und Jugendmedizin (prozentual)
		00046	Zuschlag gem. § 5 Abs. 2c KHEntgG zur Förderung der geburtshilflichen Versorgung in Krankenhäusern (fester Eurowert)
		4. –8. Stelle Sonstige Zuschläge	
		10000	Zuschlag für telemedizinische Versorgung von Schlaganfällen in krankenhausplanerisch abgestimmten Netzwerken, Satelliten-Klinik, Bayern
		10001	Zuschlag für Thrombektomie-Intervention durch "Flying Interventionalist", Satelliten-Kliniken, Schlaganfallnetzwerk, Bayern
		10002	FIT-Zuschlag („Flying Interventionalist“), Bayern
		10003	FIT-Zuschlag 1: Mehrkostendifferenz mit 1 Stentretreiver-System, Schlaganfallnetzwerk, Bayern
		10004	FIT-Zuschlag 2: Mehrkostendifferenz mit 2 Stentretreiver-Systemen, Schlaganfallnetzwerk, Bayern
		10005	FIT-Zuschlag 3: Mehrkostendifferenz mit 3 oder mehr Stentretreiver-Systemen, Schlaganfallnetzwerk, Bayern
		10006	FIT-Zuschlag 4: Mehrkostendifferenz mit 1 Aspirationskatheter, Schlaganfallnetzwerk, Bayern
		10007	FIT-Zuschlag 5: Mehrkostendifferenz mit 2 Aspirationskathetern, Schlaganfallnetzwerk, Bayern
		10008	FIT-Zuschlag 6: Mehrkostendifferenz mit 3 oder mehr Aspirationskathetern, Schlaganfallnetzwerk, Bayern
		20001	Kostenpauschale für Verwaltungsverfahren
		20004	Gerichtskosten

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
		3. Stelle
	2	Abschlag
		4. –8. Stelle
		00000 intern reserviert
		00007 Abschlag für Zentren und Schwerpunkte (§ 5 Abs. 3 KHEntgG) (für Korrekturen)
		00008 Abschlag Fortsetzungspauschale PrüfV (KHEntgG, BPFIV_alt)
		00009 Telematikabschlag, vollstationär (§ 377 Abs. 1 und 2 SGB V) (für Korrekturen)
		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
		00013 Telematikabschlag, teilstationär (§ 377 Abs. 1 und 2 SGB V) (für Korrekturen)
		00015 Abschlag für besondere Einrichtungen nach § 4 Abs. 7 KHEntgG
		00020 Abschlag Hygiene-Förderprogramm nach § 4 Abs. 11 KHEntgG (für Korrekturen)
		00026 Fixkostendegressionsabschlag nach § 4 Abs. 2a KHEntgG
		00027 Abschlag für Nichtteilnahme am Notfallstufensystem nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG
		00029 Abschlag bei Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen (§ 137i Abs. 5 SGB V)
		00037 Abschlag für den Ausgleich eines aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandenen Erlösanstiegs (prozentual, Corona-Ausgleichsvereinbarung)
		00038 Abschlag zur Konvergenzangleichung des Landesbasisfallwertes zur maßgeblichen Korridorgrenze (je Bundesland)
		00040 Abschlag gemäß § 2 Abs. 8 und 9 B-BEP-Abschlagsvereinbarung (pro Fall)
		00041 Abschlag bei Unterlassen der Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung gemäß § 3 Abs. 4 B-BEP-Abschlagsvereinbarung)
		00042 Abschlag bei Nichtteilnahme an der Telematikinfrastruktur
		00043 Abschlag nach § 5 Absatz 3i KHEntgG zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten als Ausgleich gemäß § 5 Abs. 4 der Corona-Mehrkosten-Vereinbarung, prozentual
		00047 Abschlag bei nicht anfallender Übernachtung im Rahmen tagesstationärer Behandlung (§ 115e Abs. 3 SGB V – fallbezogen)
		00048 Abschlag bei Nichtlieferung von Unterlagen und Daten für die Budgetverhandlungen (§ 11 Abs. 4 Satz 6 KHEntgG – fallbezogen)

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
	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 abgestimmten Netzwerken (Bayern)

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.

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	Bekleidungs geld
	00005	Früherkennungsuntersuchungen für Neugeborene (Brandenburg)
	00006	Entgelt für gutachterliche Stellungnahme bei Transplantationen nach § 7 Abs.1 Satz 2 Nr. 2 BpflV oder § 4 Abs. 1 Nr. 4 FPV
	00007	Entgelt für Transport von Knochenmark oder hämatopoetischer 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)
	28	Schulungsprogramm MEDIAS 2
	29	Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen
	30	Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die Insulin spritzen
	31	Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen
	32	Schulungsprogramm Diabetes und Verhalten
	33	Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung (SPOG)
		7.–8. Stelle
	01	Brustkrebs
	02	Diabetes mellitus Typ 2
	03	Koronare Herzkrankheiten
	04	Diabetes mellitus Typ 1

1. und 2. Stelle	Entgeltsschlüssel			
			05	Asthma bronchiale
			06	COPD
			07	Chronische Herzinsuffizienz
			08	Depression
			09	Rückenschmerz

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* – Entgelt für Pflegeerlös/Tag

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	70	DRG–Fallpauschale nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG bzw. Hybrid–DRG nach Anlage 2 Hybrid–DRG–Verordnung
	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
	74	Entgelt für Pflegeerlös/Tag
		1.–8. Stelle–Sonderfälle für die Bereiche 70 und 74
	70000000	intern reserviert
	70888888	Teilzahlung nach § 11 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG
	74000000	Intern reserviert (Pflegeentgeltwert)
		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
	9	Hybrid DRG (§115f SGB V)
		4.Stelle
	0	keine weitere Differenzierung
		5.–8. Stelle
	A01Aff.	DRG, alphanumerisch
		3. Stelle Fallpauschalen–Katalog Anlage 1 Teil d) und e)
	A	Hauptabteilung
	B	reserviert
	C	Belegoperateur

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.

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel			
			D	Belegoperateur und Beleganästhesist
			E	reserviert
			F	reserviert
			G	reserviert
			H	Belegarzt mit Honorarvertrag (§18 Abs. 3 KHEntgG) ⁶
				4.Stelle
			0	keine weitere Differenzierung
				5.-8. Stelle
			I68Dff.	DRG der Anlagen 1 Teil d und e des Fallpauschalen-Kataloges

⁶Zur Berechnung des Entgeltbetrages sind aus Teil d (Bewertungsrelationen mit gezielter Absenkung in Abhängigkeit der Median-Fallzahl bei Versorgung durch Hauptabteilungen) des bundeseinheitlichen Fallpauschalenkataloges für die Ermittlung der DRG-Fallpauschale die Bewertungsrelation der Hauptabteilung und, soweit anwendbar, für die Ermittlung des Entgelts bei Überschreiten der oberen GVD die Bewertungsrelation/Tag bei Überschreiten der oberen GVD oder für die Ermittlung des Abschlags bei Verlegung die Bewertungsrelation je Tag bei externer Verlegung oder für die Ermittlung des Abschlags bei Nichterreichen der unteren GVD die Bewertungsrelation/Tag bei Nichterreichen der unteren GVD jeweils vor der Multiplikation mit dem Landesbasisfallwert mit 0,8 zu multiplizieren und auf drei Nachkommastellen kaufmännisch zu runden.

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 KHEntgG
		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 ⁷
	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
	00005	Zuschlag Mitaufnahme je neugeborenem Geschwisterkind (§ 1 Abs. 5 Satz 9 FPV)
	00006	Zuschlag für Begleitpersonen nach § 11 Abs. 3 Satz 2 SGB V (Unterbringung außerhalb des Krankenhauses)
		4.–5. Stelle
	01ff.	Länderschlüssel
		6.–8. Stelle
	001	Sicherstellungszuschlag nach § 5 Abs. 2 Satz 2 (KHEntgG (landesspezifische Regelung))
	002	Ausbildungszuschlag nach § 17 a Abs. 6 bzw. 9 KHG
	003	Ausbildungszuschlag nach § 33 Abs. 3 Satz 1 PflBG
	004	Kombinierter Ausbildungszuschlag nach §§ 17a Abs. 6 bzw. 9 KHG und §§ 33 Abs. 3 PflBG
		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)

⁷ 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 bundesweit nach Anlage 2 KFPV 2004
		3.–4. Stelle
	ZE	bundesweit nach Anlage 5 FPV
		5.–8. Stelle
		0101ff. Hämodialyse..., siehe Anhang B
		3.–4. Stelle
	CT	Zusatzentgelt für Testung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG)
		5–8. Stelle
		9994 Testungen im Pool mit insgesamt mehr als vier Proben und höchstens 10 Proben
		9995 Testungen im Pool mit insgesamt mehr als zehn Proben und höchstens 20 Proben
		9996 Testungen im Pool mit insgesamt mehr als 20 Proben
		9997 Testung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG) – zur patientennahen Anwendung durch Dritte als PoC Antigentest
		9998 Testung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG) – mittels Labordiagnostik als Antigentest
		9999 Testung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG)

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	

84* – Pflegeanteil für tages- oder fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 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

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	84	Pflegeanteil für tages- oder fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 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
	3.–8. Stelle	
	00000	Tagespauschale nach § 7 Abs. 4 FPV, bundesweit
	3.–4. Stelle	
	00	Bundesweit, bei 84* Verwendung für Pflegeanteil tagesbezogener Entgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
	01ff.	Länderschlüssel, nicht bei 84*
	30	Belegabteilung, nicht bei 84*
	50	Pflegeanteil nur fallbezogene Entgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG, (nur für 84*)
	5.–8. Stelle	
	0001ff.	fortlaufend je Länderschlüssel, teilstationär
	3001ff.	fortlaufend je Länderschlüssel, teilstationär in besonderen Einrichtungen
	4001ff.	fortlaufend je Länderschlüssel, vollstationär in besonderen Einrichtungen
	A01Aff.	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	Entgeltschlüssel	
	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	

90* – Qualitätsverträge nach § 110a SGB V

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	90	Qualitätsverträge nach § 110a SGB V
	3. Stelle	
	1	Ortskrankenkassen
	2 und 3	Ersatzkassen
	4	Betriebskrankenkassen
	5	Innungskrankenkassen
	6	Knappschaft
	7	Landwirtschaftliche Krankenkassen
	4.–5. Stelle	
	01ff.	individuelle Krankenkassenaufteilung der Verbände (z.B. 01 Barmer, 02 DAK, ... und 01 AOK Nordost, 02 AOK Rheinland/Hamburg, ...)
	6. Stelle	
	1	Endoprothetische Gelenkversorgung
	2	Prävention des postoperativen Delirs bei der Versorgung von älteren Patientinnen und Patienten
	3	Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten
	4	Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus
	5	Diagnostik, Therapie und Prävention von Mangelernährung
	6	Multimodale Schmerztherapie
	7	Geburten/Entbindung
	8	Stationäre Behandlung der Tabakabhängigkeit
	7.–8. Stelle	
	zur freien Verfügung der in Stelle 4.–5. bezeichneten Krankenkasse (alphanumerisch)	

91* – Übergangspflege Somatik⁸

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	91	Übergangspflege
	3. Stelle	
	0	Vergütung je Tag
	4. Stelle	
	0	keine weitere Differenzierung
	5.–8. Stelle	
	0001	Vergütung je Tag, undifferenziert
	0002	Vergütung je Tag, inklusive Leistungen der medizinischen Rehabilitation

⁸ Zusätzlich zu diesen Entgeltschlüsseln sind Entgelte beginnend mit 76* im Rahmen der Abrechnung möglich
Stand: 06.06.2024

Schlüssel 4 Teil II: Entgeltart ambulant

1. Stelle	Einrichtungsart			
	0	Ambulantes Operieren nach § 115b SGB V, Ambulante Behandlung nach § 116b SGB V		
	1	–		
	2	Hochschulambulanzen nach § 117 Abs. 1. und Abs. 2 SGB V		
	3	Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V		
	4	Sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V		
	5	Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V		
	6	Kinderspezialambulanzen (ergänzende fall- oder einrichtungsbezogene Pauschale) nach § 120 Abs. 1a SGB V		
	7	Ambulanzen an Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG – § 117 Abs. 3 SGB V		
	8	Medizinische Behandlungszentren (MBZ) nach § 119c SGB V		
2. Stelle	Abrechnungsart			
	0	EBM*		
		3. Stelle	0	ohne Differenzierung
			2	Abschlag
			A–Z	regionale Buchstabenkennung (regionale Eurogebührenordnung)
		4. – 8. Stelle	01100 ff.	EBM-Ziffern, Schlüssel 20, bzw. für § 116b (neu) Leistungen: regionale Eurogebührenordnungen bzw. Pseudo-/Zusatzziffern*, für § 92 Abs. 6b SGB V Leistungen aus Abschnitt 37.5 EBM
	1	Quartalspauschale		
		3. Stelle	0	ohne Differenzierung
			1	Einmalkontakt
			2	Mehrfachkontakt
			3	Mitbehandlung
			4	Konsiliarleistung
		4. – 7. Stelle	0000	keine Differenzierung
			0001	Sprechstundenbedarf
			0002 – 0099	Leistungsart (noch zu definieren)
			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 – 0099	Leistungsart
			0100 ff.	Fachabteilung
			4000 ff.	Leistungsart Erwachsene
			5000 ff.	Leistungsart Kinder und Jugendliche
			6000 ff	Leistungsart (Fortsetzung)
		8. Stelle	0	keine Differenzierung
			1	ärztliche Leistung
			2	nichtärztliche Leistung
			3	Komplexbehandlung
	3	Tagespauschale		
		3. Stelle	0	ohne Differenzierung
			1	Einmalkontakt
			2	Mehrfachkontakt
			3	Mitbehandlung
			4	Konsiliarleistung
		4. – 7. Stelle	0000	keine Differenzierung
			0001	Sprechstundenbedarf
			0002 – 0099	Leistungsart (noch zu definieren)
			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 – 1999	Konkretisierungen
		3. Stelle	2	je Behandlungstage
		4. Stelle	0	keine Differenzierung
			1	Leistungsart Erwachsene
			2	Leistungsart Kinder und Jugendliche
		5. – 8. Stelle	0000	keine Differenzierung
			0001 – 0999	Konkretisierungen
		3. Stelle	3	je Behandlungseinheit
		4. Stelle	0	keine Differenzierung
			1	Leistungsart Erwachsene
			2	Leistungsart Kinder und Jugendliche
		5. – 8. Stelle	2000	keine Differenzierung

			2001 – 2999	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
		4. Stelle	3	Psychotherapie
		5. – 8. Stelle	0001 ff.	Katalogwerte Psychotherapie
		4. Stelle	4	Psychosomatik
		5. – 8. Stelle	0001 ff.	Katalogwerte Psychosomatik
	6	sonstige Pauschale		
		3. – 4.	00	keine Differenzierung
		5. Stelle	0	keine Differenzierung
			1	Impfpauschale
		6. – 8. Stelle	000	keine Differenzierung
			001	Notfallpauschale
			002	Abklärungsuntersuchung
			003	Kinderpauschale ab 60 Behandlungstage
			004	medizinisch-therapeutische Leistungen
			005	Einsatzpauschale für Notfälle außerhalb des Krankenhauses
			006	Notfallbehandlung in der Zentralen Notfallaufnahme
		
			100–199	Einfachimpfung
			200–299	Zweifachimpfung
			300–399	Dreifachimpfung
			400–499	Vierfachimpfung
			500–599	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)
		3. – 4. Stelle	02	Entgelte für Modellvorhaben PSIA (§ 64b Abs. 1 SGB V)
		5. – 8. Stelle	0000ff	Fortlaufende Nummerierung

			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
		3.Stelle	3	prozentualer Zuschlag ⁹
		4.Stelle	0	keine Differenzierung
		5.–8.Stelle	0001 ff.	Konkretisierungen
	9	Abschlag		
		3. Stelle	0	allgemeiner Abschlag
			1	Abschlag bei Mehrleistungen
			2	Prozentualer Abschlag bei Nichtumsetzung der Telematikinfrastruktur gemäß §291 Abs. 2b SGB V ¹⁰
		4. Stelle	0	keine Differenzierung
		5. – 8. Stelle	0000	keine Differenzierung
			0100 ff.	Fachabteilung

⁹ Zur Ermittlung des Zahlbetrages wird der Prozentsatz gegen die Summe aller Entgelte innerhalb der Rechnung ohne andere Zu- und Abschläge (2.Stelle = 8 oder 9) gebildet und kaufmännisch auf 2 Nachkommastellen gerundet.

¹⁰ Die Entgeltschlüssel werden entsprechend [0–8]9200000 gebildet.

		3.Stelle	3	prozentualer Abschlag ¹¹
		4.Stelle	0	keine Differenzierung
		5.–8.Stelle	0001 ff.	Konkretisierungen

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 Entgeltsschlüssel 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 Schlüssel fortbeschreibung 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.

*Für Leistungen, die in Anlage 3 des AOP-Vertrages als Frakturzuschlag aufgeführt sind, finden die dort aufgeführten zu kodierenden Zusatzziffern ihre Anwendung. Hierzu werden diese an den ersten drei Stellen mit `000` und an der 4.–8. Stelle mit der 5stelligen Zusatzziffer gemäß Anlage 3 AOP-Vertrag übermittelt.

¹¹ Zur Ermittlung des Zahlbetrages wird der Prozentsatz gegen die Summe aller Entgelte innerhalb der Rechnung ohne andere Zu- und Abschläge (2. Stelle = 8 oder 9) gebildet und kaufmännisch auf 2 Nachkommastellen gerundet
Stand: 06.06.2024

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) und Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 7 Satz 1 Nr. 5 BPfIV (2. Stelle des Entgeltartenschlüssels = C) 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, B, C, F, U, V und N)*
	D	stationsäquivalenter Behandlungsbereich**
		* Die Entgeltbereiche A und F sind somit in den Behandlungsbereichen A, B und C möglich.
		** Die Entgeltbereiche 6, 7, D, G und H sind im Behandlungsbereich D möglich. Weiterhin sind im Behandlungsbereich D auch Entgelte des Behandlungsbereiches C (stationär) möglich. Ausgenommen hiervon sind die Entgeltbereiche 4 (Ergänzende Tagesentgelte).
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 BpflV [E2]
		6	Zuschläge [u.a. gemäß KHG]
		7	Abschläge [u.a. gemäß KHG]
		8	krankenhausindividuell vereinbarte Entgelte [E3.1 E3.3.]
		9	krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte [E3.2]
		A	Entgelte für Modellvorhaben § 64b Abs. 1 SGB V
		B	Entgelte für regionale und strukturelle Besonderheiten (RSB) nach § 7 Satz 1 Nr. 4 2. HS 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
		G	Bewertete PEPP-Entgelte bei stationsäquivalenter Behandlung (reserviert für Anlage 6a PEPPV)
		H	Unbewertete PEPP-Entgelte bei stationsäquivalenter Behandlung (Anlage 6b PEPPV)
		U	Übergangspflege nach § 39e SGB V
		V	vorstationäre Behandlung
		N	nachstationäre Behandlung
Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 1 [PEPP – Entgelte lt. Katalog]			
	Entgeltbezug		
	3.–7. Stelle	PEPP-Entgelt	Bezeichnung aus gültigem Entgeltkatalog, alphanumerisch
	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-Entgelt	Bezeichnung aus gültigem Entgeltkatalog, alphanumerisch
	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
	3. Stelle	C	Zusatzentgelt für Testung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG)	
		4. – 8. Stelle	T9994	Testungen im Pool mit insgesamt mehr als vier Proben und höchstens 10 Proben
		4. – 8. Stelle	T9995	Testungen im Pool mit insgesamt mehr als zehn Proben und höchstens 20 Proben
		4. – 8. Stelle	T9996	Testungen im Pool mit insgesamt mehr als 20 Proben
		4. – 8. Stelle	T9997	Testung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG) – zur patientennahen Anwendung durch Dritte als PoC Antigentest
		4. – 8. Stelle	T9998	Testung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG) – mittels Labordiagnostik als Antigentest
		4. – 8.Stelle	T9999	Testung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG)
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 BpflV]
			00001	Zuschlag Mitaufnahme Pflegekraft [§ 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 2. HS BpflV]
			00002	Investitionszuschlag bis 2014 [§ 8 Abs. 3 BpflV]
	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]
			00009	Zuschlag für die Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen [§ 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG]
			00010	Ausbildungszuschlag nach § 33 Abs. 3 Satz 1 PflBG

			00011	Kombinierter Ausbildungszuschlag nach §§ 33 17a Abs. 6 bzw. 9 KHG und Abs. 33 Satz 1 PfIBG
			00012	Zuschlag für nachträglichen pauschalen und abschließenden Ausgleich etwaiger nicht refinanzierter Tarifsteigerungen im Bereich des Pflegepersonals nach § 8 Abs. 7 BPfIV
			00013	Zuschlag gem. § 5 Abs. 3i KHEntgG zur Vergütung von Mehrkosten aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2
			00014	Zuschlag gem. § 5 Abs. 3i KHEntgG zur Vergütung von Mehrkosten aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 bei Nachweis einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2
			00035	Zuschlag für Speicherung von Daten und Erstbefüllung auf der elektronischen Patientenakte gemäß § 5 Abs. 3g Satz 1 und 2 KHEntgG (krankenhausindividuell)
	3. Stelle	3	Sonstige Zuschläge	
		4.–8. Stelle	00000	Kostenpauschale für Verwaltungsverfahren
			00001	Aufwandspauschale bei erfolgloser MDK-Prüfung (§ 275 Abs.1c SGB V)
		4	prozentuale Zuschläge	
		4.–8. Stelle	CORON	Zuschlag für den Ausgleich aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandenen Erlösrückgangs (prozentual, Corona-Ausgleichsvereinbarung)
			AUSGL	Zuschlag zur Durchführung von Abschlagszahlungen vor 2022 (prozentual, COVID-19-Abschlagszahlungsvereinbarung nach § 6 KHWiSichV)
			AUS22	Zuschlag zur Durchführung von Abschlagszahlungen 2022 (prozentual, COVID-19- Abschlagszahlungsvereinbarung nach § 6 KHWiSichV)
	3. Stelle	4	prozentuale Zuschläge – nur Leistungsbereich D* (STÄB) ¹²	
		4.–8. Stelle	EA000	Erwachsene, Arzt
			EP000	Erwachsene, Psychologe
			ES000	Erwachsene, Spezialtherapeut
			KA000	Kinder und Jugendliche, Arzt
			KP000	Kinder und Jugendliche, Psychologe
			KF000	Kinder und Jugendliche, pädagogisch-pflegerische Fachperson
Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 7 [Abschläge u.a. gemäß KHG]				
	Entgeltbezug			
	3. Stelle	1	Tagesbezogene Abschläge	
		4.–8. Stelle	00000ff.	
	3. Stelle	2	Fallbezogene Abschläge	

¹² Diese Zuschläge werden für den Behandlungsbereich „D“ vergeben (D64*). Der prozentuale Wert ist auf alle Entgelte der Rechnung ohne andere Zu- und Abschläge [abzüglich [X[6,7]XXXXXX]) zu beziehen.

		4.–8. Stelle	00000	Korrektur Ausbildungszuschlag
			00001	Abschlag Nichtteilnahme Qualitätssicherung [§ 8 Abs. 4 BpflV]
			00002	Abschlag für Nichtbeteiligung an der Notfallversorgung [§ 17b Abs. 1 Satz 4 KHG]
			00008	Telematikabschlag [§ 377 Abs. 1 und 2 SGB V] (für Korrekturen)
			00048	Abschlag bei Nichtlieferung von Unterlagen und Daten für die Budgetverhandlungen (§ 11 Abs. 4 Satz 5 BpflV – fallbezogen)
	3. Stelle	3	Sonstige Abschläge	
		4.–8. Stelle	00008	Abschlag Fortsetzungspauschale PrüfV (BpflV_neu)
			00009	Abschlag bei Nichtteilnahme an der Telematikinfrastruktur
	3. Stelle	4	prozentuale Abschläge	
		4.–8. Stelle	CORON	Abschlag für den Ausgleich eines aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandenen Erlösanstiegs (prozentual, Corona-Ausgleichsvereinbarung)
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. ¹³	
			99999	intern reserviert (BEW-Modellvorhaben)
			ZZZZT	Teilzahlungsentgelt Modellvorhaben
			ZZZZK	Teilzahlungskorrektur Modellvorhaben
	3.–7. Stelle	PEPP-Entgelt ¹⁴	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
			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 ¹⁵	Ergänzende Tagesentgelte	Orientierung bei der Entgeltvergabe an Bezeichnung Katalog, alphanumerisch (z. B. ET0101)	
	8 ¹⁶	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 ¹⁷	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.

¹³ 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)

¹⁴ nur für den voll- bzw. teilstationären Behandlungsbereich (1. Stelle des Entgeltartenschlüssels = A oder B)

¹⁵ nur für den stationären Behandlungsbereich (1. Stelle des Entgeltartenschlüssels = C)

¹⁶ nur für den stationären Behandlungsbereich (1. Stelle des Entgeltartenschlüssels = C)

¹⁷ nur für den stationären Behandlungsbereich (1. Stelle des Entgeltartenschlüssels = C)

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich B [Entgelte für regionale und strukturelle Besonderheiten (RSB) nach § 7 Satz 1 Nr. 4 2. HS BpflV]			
Entgeltbezug			
3. Stelle	1	Tagesbezogenes Entgelt	
	4. Stelle	1	Therapie
		5.–8. Stelle	0000ff.
		2	Diagnostik
		5.–8. Stelle	0000ff.
		3	Infrastruktur
		5.–8. Stelle	0000ff.
		4	Sonstiges
		5.–8. Stelle	0000ff.
3. Stelle	2	Fallbezogenes Entgelt	
	4. Stelle	1	Therapie
		5.–8. Stelle	0000ff.
		2	Diagnostik
		5.–8. Stelle	0000ff.
		3	Infrastruktur
		5.–8. Stelle	0000ff.
		4	Sonstiges
		5.–8. Stelle	0000ff.
3. Stelle	3	Zeitraumbezogenes Entgelt	
	4.– Stelle	1	Therapie
		5.–8. Stelle	0000ff.
		2	Diagnostik
		5.–8. Stelle	0000ff.
		3	Infrastruktur
		5.–8. Stelle	0000ff.
		4	Sonstiges
		5.–8. Stelle	0000ff.
3. Stelle	4	Zuschläge tagesbezogenes Entgelt	
	4. Stelle	1	Therapie
		5.–8. Stelle	0000ff.
		2	Diagnostik
		5.–8. Stelle	0000ff.
		3	Infrastruktur
		5.–8. Stelle	0000ff.
		4	Sonstiges
		5.–8. Stelle	0000ff.
3. Stelle	5	Zuschläge fallbezogenes Entgelt	
	4. Stelle	1	Therapie
		5.–8. Stelle	0000ff.
		2	Diagnostik
		5.–8. Stelle	0000ff.
		3	Infrastruktur
		5.–8. Stelle	0000ff.
		4	Sonstiges
		5.–8. Stelle	0000ff.

	3. Stelle	6	Zuschläge zeitraumbezogenes Entgelt	
		4. Stelle	1	Therapie
			5.–8. Stelle	0000ff.
			2	Diagnostik
			5.–8. Stelle	0000ff.
			3	Infrastruktur
			5.–8. Stelle	0000ff.
			4	Sonstiges
			5.–8. Stelle	0000ff.
	3. Stelle	7	Sonstige Zuschläge	
		4. Stelle	1	Therapie
			5.–8. Stelle	0000ff.
			2	Diagnostik
			5.–8. Stelle	0000ff.
			3	Infrastruktur
			5.–8. Stelle	0000ff.
			4	Sonstiges
			5.–8. Stelle	0000ff.
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
Zusatzschlüssel für Entgeltbereich H [Stationsäquivalente Behandlung Anlage 6b]					
	Entgeltbezug				
	3. Stelle	1	Tagesbezogenes Entgelt		
		4.-8. Stelle	00000ff., bundesweite Vergabe anhand PEPP-Entgeltkatalog (z. B. `QA80Z`-Anlage 6b) bzw. bei fortlaufender Vergabe: PEPP in Entgeltbezeichnung		
	3. Stelle	2	Fallbezogenes Entgelt		
		4.-8. Stelle	00000ff., bundesweite Vergabe anhand PEPP-Entgeltkatalog (z. B. `QA80Z`-Anlage 6b) bzw. bei fortlaufender Vergabe: PEPP in Entgeltbezeichnung		
	3.Stelle	3	Zeitraumbezogenes Entgelt		
		4.-8. Stelle	00000ff., bundesweite Vergabe anhand PEPP-Entgeltkatalog (z.B. `QA80Z`-Anlage 6b) bzw. bei fortlaufender Vergabe: PEPP in Entgeltbezeichnung		
Zusatzschlüssel für Entgeltbereich U [Übergangspflege nach §39e SGB V]¹⁸					
	Entgeltbezug				
	3. Stelle	1	Tagesbezogenes Entgelt		
		4.-8. Stelle	00001	Vergütung je Tag, undifferenziert	
			00002	Vergütung je Tag, weitere Differenzierung	
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	
			20001	Anwendung von Arzneimitteln mit monoklonalen Antikörpern gemäß § 2 Abs. 2 Punkt 1 MAKV (450 bzw.360 Euro)	
			20002	Anwendung von Arzneimitteln mit monoklonalen Antikörpern gemäß § 4 Abs. 2 MAKV (40 Euro)	
			20003	Anwendung von Arzneimitteln mit monoklonalen Antikörpern gemäß § 2 Abs. 2 Punkt 2 MAKV bei nicht mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen oder	

¹⁸ Zusätzlich zu diesen Entgeltschlüsseln sind Entgelte beginnend mit C5/C9 in der Abrechnung möglich
Stand: 06.06.2024

				Patienten, die einem erhöhten Risiko eines schweren Verlaufs bei einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 ausgesetzt sind (150 Euro)
			20004	Anwendung von Arzneimitteln mit monoklonalen Antikörpern gemäß § 4 Abs. 2a MAKV bei Abholung (40 Euro)
			20005	Zuschlag gemäß § 2 Absatz 2 Punkt 2 MAKV bei Besuch der Patientin oder des Patienten in der eigenen Häuslichkeit oder in beschützenden Wohnheimen, Einrichtungen oder Pflege- oder Altenheimen (60 Euro, nur in Verbindung mit Entgeltart CV020003)
			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

Stand 06.07.2022

1. Stelle	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	T tagesbezogen F fallbezogen Z zeitraumbezogen				
A Vollstationärer Behandlungsbereich	1	PEPP					1-Z ¹ Vergütungs- klasse		Bewertetes Entgelt nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog (§ 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV)	PEPP		
	2						0		Zuschlag nach Überschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten (§ 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV)			
	3								Abschlag nach Unterschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten (§ 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV)			
	6	1	00000ff.						T	Tagesbezogene Zuschläge	Zuschläge	
		2	00000ff.						F	Fallbezogene Zuschläge		
		3	00000ff.						F	Sonstige Zuschläge		
		4	00000ff.							Prozentuale Zuschläge		
	7	1	00000ff.						T	Tagesbezogene Abschläge	Abschläge	
		2	00000ff.						F	Fallbezogene Abschläge		
		3	00000ff.						F	Sonstige Abschläge		
		4	00000ff.						F	Prozentuale Abschläge		
	oder	8	0	00000ff.						T	Entgelt für krankenhausindividuell vereinbarte Leistungen, <u>tagesbezogen</u> (§ 6 Abs. 1 BPfIV)	PEPP unbew. Kh – individuell
			PEPP-Entgelt					1-Z Vergütungs- klasse	F	Krankenhausindividuell vereinbarte PEPP-Entgelte		
8			00000ff.						F	Entgelt für krankenhausindividuell vereinbarte Leistungen, <u>fallbezogen</u> (§ 6 Abs. 1 BPfIV)		
9		00000ff.						Z	Entgelt für krankenhausindividuell vereinbarte Leistungen, <u>zeitraumbezogen</u> (§ 6 Abs. 1 BPfIV)			
0	00000ff.							Individuelle Modellentgelte	Modell- vorhaben			
	99999							intern reserviert (BEW-Modellvorhaben)				
	ZZZZT							Teilzahlungsentgelt Modellvorhaben				
	ZZZZK							Teilzahlungskorrektur Modellvorhaben				

Stand: 06.06.2024

1. Stelle	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	T tagesbezogen F fallbezogen Z zeitraumbezogen				
B Teilstationärer Behandlungsbereich	A	PEPP-Entgelt					1-Z ¹ Vergütungs- klasse			Entgelt nach PEPP-Entgeltkatalog in Modellvorhaben		
	D	1	00001						T	Teilzahlung (§ 11 Abs. 1 Satz 3 BpflV)	Teilzahlungsentgelte	
			00002						T	Teilzahlungskorrektur (§ 11 Abs. 1 Satz 3 BpflV)		
	E	1	00000ff.						T	Entgelt für Belegpatienten, <u>tagesbezogen</u> (§ 8 Abs. 3 Satz 6 BpflV)	Beleg- patienten	
			00000ff.						F	Entgelt für Belegpatienten, <u>fallbezogen</u> (§ 8 Abs. 3 Satz 6 BpflV)		
			00000ff.						Z	Entgelt Belegpatienten, <u>zeitraumbezogen</u> (§ 8 Abs. 3 Satz 6 BpflV)		
	F	1	1-6	1- Z	000ff.					Entgelt für integrierte Versorgung	Integrierte Versorgung	
1-6			1- Z	000ff.					Abschlag für integrierte Versorgung			
C Stationärer Behandlungsbereich	10000000									reserviert		
	4	ET0101ff.									Ergänzende Tagesentgelte	
	5	Z	0000ff.					0			Zusatzentgelte nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog (§ 7 Satz 1 Nr. 2 BpflV)	
			T9994								Testungen im Pool mit insgesamt mehr als vier Proben und höchstens 10 Proben	Zusatzentgelt für Testung Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG)
			T9995								Testungen im Pool mit insgesamt mehr als zehn Proben und höchstens 20 Proben	
			T9996								Testungen im Pool mit insgesamt mehr als 20 Proben	
			T9997								Testung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG) - zur patientennahen Anwendung durch Dritte als PoC Antigentest	
T9998								Testung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG) als Antigentest				
T9999								Testung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG)				

1. Stelle	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	T tagesbezogen F fallbezogen Z zeitraumbezogen						
	9	1	00000ff.						T	Krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte, <u>tagesbezogen</u> (§ 6 Abs. 1 BpflV)	KH-ind. vereinbarte Zusatzentgelte			
		2	00000ff.						F	Krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte, <u>fallbezogen</u> (§ 6 Abs. 1 BpflV)				
		3	00000ff.						Z	Krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte, <u>zeitraumbezogen</u> (§ 6 Abs. 1 BpflV)				
	A	0	00000ff.							Individuelle Modellentgelte	Modellvorhaben			
			99999							Intern reserviert (BEW-Modellvorhaben)				
			ZZZZT							Teilzahlungsentgelt Modellvorhaben				
			ZZZZK							Teilzahlungskorrektur Modellvorhaben				
		ET0101ff. (Modelle)								Ergänzende Tagesentgelte (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)				
		9	0	0000ff.						Variabler Abschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§ 64b Abs. SGB V)				
			1	0000ff.						Fester Abschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben, (§ 64b Abs. 1 SGB V)				
		B	1	1	0000ff.							T	Tagesbezogenes Entgelt Therapie	Entgelte für regionale und strukturelle Besonderheiten (RSB) nach § 7 Satz 1 Nr. 4 2. HS BpflV
				2	0000ff.							T	Tagesbezogenes Entgelt Diagnostik	
	3			0000ff.						T	Tagesbezogenes Entgelt Infrastruktur			
	4			0000ff.						T	Tagesbezogenes Entgelt Sonstiges			
	2		1	0000ff.						F	Fallbezogenes Entgelt Therapie			
			2	0000ff.						F	Fallbezogenes Entgelt Diagnostik			
			3	0000ff.						F	Fallbezogenes Entgelt Infrastruktur			
			4	0000ff.						F	Fallbezogenes Entgelt Sonstiges			
	3		1	0000ff.						Z	Zeitraumbezogenes Entgelt Therapie			
			2	0000ff.						Z	Zeitraumbezogenes Entgelt Diagnostik			
			3	0000ff.						Z	Zeitraumbezogenes Entgelt Infrastruktur			

1. Stelle	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	T tagesbezogen F fallbezogen Z zeitraumbezogen		
			4		0000ff.			Z	Zeitraumbezogenes Entgelt Sonstiges	
		4	1		0000ff.			T	Zuschläge tagesbezogenes Entgelt Therapie	
			2		0000ff.			T	Zuschläge tagesbezogenes Entgelt Diagnostik	
			3		0000ff.			T	Zuschläge tagesbezogenes Entgelt Infrastruktur	
			4		0000ff.			T	Zuschläge tagesbezogenes Entgelt Sonstiges	
		5	1		0000ff.			F	Zuschläge fallbezogenes Entgelt Therapie	
			2		0000ff.			F	Zuschläge fallbezogenes Entgelt Diagnostik	
			3		0000ff.			F	Zuschläge fallbezogenes Entgelt Infrastruktur	
			4		0000ff.			F	Zuschläge fallbezogenes Entgelt Sonstiges	
		6	1		0000ff.			Z	Zuschläge zeitraumbezogenes Entgelt Therapie	
			2		0000ff.			Z	Zuschläge zeitraumbezogenes Entgelt Diagnostik	
			3		0000ff.			Z	Zuschläge zeitraumbezogenes Entgelt Infrastruktur	
			4		0000ff.			Z	Zuschläge zeitraumbezogenes Entgelt Sonstiges	
		7	1		0000ff.				Sonstige Zuschläge Therapie	
			2		0000ff.				Sonstige Zuschläge Diagnostik	
			3		0000ff.				Sonstige Zuschläge Infrastruktur	
			4		0000ff.				Sonstige Zuschläge Sonstiges	
	C	0			00000ff.				NUB-Zusatzentgelte	NUB
	F	1	1-6	1-Z	000ff.				Entgelt für integrierte Versorgung	Integrierte Versorgung
		2	1-6	1-Z	000ff.				Abschlag für integrierte Versorgung	
	U	1	00001					T	Vergütung je Tag, undifferenziert	Übergangspflege
			00002						T	
	N	0	92900					T	Entgelte für nachstationäre Behandlung, tagesbezogen	Nachstationär
			93000							
			93100							
			0XXXX							
	V	0	92900					F	Entgelte für vorstationäre Behandlung, fallbezogen	Vorstationär
			93000							
			93100							

1. Stelle	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	T tagesbezogen F fallbezogen Z zeitraumbezogen			
			20001					F	Anwendung von Arzneimitteln mit monoklonalen Antikörpern gemäß § 2 Abs. 1 MAKV (450 bzw 360 Euro)		
			20002					F	Anwendung von Arzneimitteln mit monoklonalen Antikörpern gemäß § 2 Abs. 1 MAKV (40 Euro)		
			20003					F	Anwendung von Arzneimitteln mit monoklonalen Antikörpern gemäß § 2 Abs. 2 Punkt 2 MAKV (150 Euro)		
			20004					F	Anwendung von Arzneimitteln mit monoklonalen Antikörpern gemäß § 4 Abs. 2a MAKV bei Abholung (40 Euro)		
			20005					F	Zuschlag gemäß § 2 Absatz 2 Punkt 2 MAKV bei Besuch der Patientin oder des Patienten in der eigenen Häuslichkeit oder in beschützenden Wohnheimen, Einrichtungen oder Pflege- oder Altenheimen (60 Euro, nur in Verbindung mit Entgeltart CV020003)		
			0XXXX								Einzeilleistungsvergütung med.-techn. Großgeräte
D Stationsäquivalenter Behandlungsbereich	6	1	00000ff.					T	Tagesbezogene Zuschläge	Zuschläge	
			2	00000ff.					F		Fallbezogene Zuschläge
			3	00000ff.					F		Sonstige Zuschläge
		4	00001						F		Zuschlag–Aufwandspauschale bei erfolgloser MDK–Prüfung
			00000ff.						F		Prozentuale Zuschläge
			EA000						F		Zuschlag Erwachsene, Arzt
			EP000						F		Zuschlag Erwachsene, Psychologe
			ES000						F		Zuschlag Erwachsene, Spezialtherapeut
			KA000						F		Zuschlag Kinder und Jugendliche, Arzt
		7	KF000						F		Zuschlag Kinder und Jugendliche, pädagogisch–pflegerische Fachperson
	KP000							F	Zuschlag Kinder und Jugendliche, Psychologe		
	1		00000ff.						T	Tagesbezogene Abschläge	Abschläge
	2		00000ff.						F	Fallbezogene Abschläge	
	3	00000ff.						F	Sonstige Abschläge		
	4	00000ff						F	Prozentuale Abschläge		

1. Stelle	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	T tagesbezogen F fallbezogen Z zeitraumbezogen		
	D	1	00001					T	Teilzahlungsentgelt (stationsäquivalente Behandlungsfälle)	Teilzahlungsentgelte
			00002					T	Teilzahlungskorrektur (stationsäquivalente Behandlungsfälle)	
	G		Reserviert							
	H	1	00000ff					T	Entgelt für krankenhausindividuell vereinbarte Leistungen, <u>tagesbezogen</u>	Anlage 6b
			00000ff.					F	Entgelt für krankenhausindividuell vereinbarte Leistungen, <u>fallbezogen</u>	
			00000ff.					Z	Entgelt für krankenhausindividuell vereinbarte Leistungen <u>zeitraumbezogen</u>	

¹ bei fehlender Unterscheidung von Vergütungsklassen immer „1“

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-, teilstationärer und stationsäquivalenter 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 – § 4 PEPPV)
	26	Beginn eines Zeitraumes ohne direkten Patientenkontakt (stationsäquivalente Behandlung)
	27	Beendigung eines Zeitraumes ohne direkten Patientenkontakt (stationsäquivalente Behandlung – für Pseudofachabteilung 0004)
	30	Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege
	31	Beginn eines externen Aufenthalts (tagesstationäre Behandlung)
	32	Reguläre Beendigung eines externen Aufenthalts bei tagesstationärer Behandlung
	33	Ungeplante Beendigung eines externen Aufenthalts bei tagesstationärer Behandlung – Notfall

	34	Ungeplante Beendigung eines externen Aufenthalts bei tagesstationärer Behandlung – medizinischer Behandlungsbedarf
	35	Ungeplante Beendigung eines externen Aufenthalts bei tagesstationärer Behandlung – Wunsch des Patienten
3. Stelle	1	arbeitsfähig entlassen
	2	arbeitsunfähig entlassen
	3	arbeitsfähig: keine Angabe; invasiv beatmet i.S. B-BEP-Abschlagsvereinbarung; keine Verordnung einer Anschlussversorgung zur Beatmungsentwöhnung
	4	arbeitsfähig: keine Angabe; invasiv beatmet i.S. B-BEP-Abschlagsvereinbarung; Verordnung einer Anschlussversorgung zur Beatmungsentwöhnung
	5	arbeitsfähig: keine Angabe; invasiv beatmet; B-BEP-Abschlagsvereinbarung nicht anwendbar; keine Verordnung
	6	arbeitsfähig: keine Angabe; invasiv beatmet; Anwendung §3 Abs. 6 FPV
	9	keine Angabe

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 – sofern es sich nicht um invasiv beatmet entlassene oder verletzte Patienten handelt – 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 BpflV-Bereich (siehe Anlage 5, Abschnitt 1.4.5)!

Für den Bereich der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (Aufnahmegrund `10`) gelten auch die Schlüssel 21x/22x (siehe Anlage 5 die Textziffern 1.4.9.1).

Durch die Angabe eines Entlassungs-/Verlegungsgrundes (1. und 2. Stelle Ausprägung 01 bis 04 oder 09–11) in Verbindung mit der 3. Stelle (Ausprägung 3–5) dokumentiert das Krankenhaus den Status zur Beatmung bei Entlassung und die formlose Verordnung gemäß § 3 Abs. 7 der B-BEP-Abschlagsvereinbarung. Eine Angabe arbeitsfähig/arbeitsunfähig erfolgt nicht.

Im Falle einer Verlegung in eine Weaningeinheit gemäß §3 Abs. 6 FPV ist die Verlegung eines invasiv beatmeten Patienten mit Verlegungsgrund 1.–2.Stelle 06 und an dritter Stelle 6 anzugeben.

Schlüssel 6: Fachabteilungen

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

1. bis 4. Stelle	0100	Innere Medizin
	0200	Geriatric
	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
		Ergänzung
	2316	Orthopädie und Unfallchirurgie
	2425	Frauenheilkunde
	3700	Sonstige Fachabteilung

Hinweis:

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

Stand: 06.06.2024

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 Koloproktologie	
	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 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)	
	1550	Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie	
	1551	Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie	
	1552	Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Koloproktologie	
	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 BPfIV 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	
	2851	Neurologie/Schwerpunkt Gerontologie	
	2852	Neurologie/Schwerpunkt Neurologische Frührehabilitation	
	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, Tagesklinik	
	2956	Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtambulanz	
	2960	Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	
	2961	Allgemeine Psychiatrie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)	
	3060	Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	
	3061	Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)	
	3110	Psychosomatik/Psychotherapie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychosomatik	
	3160	Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	
	3161	Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)	
	3233	Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	

	3305	Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	
	3350	Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie	
	3415	Dermatologie/Schwerpunkt Chirurgie	
	3460	Dermatologie/Tagesklinik (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-Herzchirurgie	
	3652	Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie	
	3750	Angiologie	
	3751	Radiologie	
	3752	Palliativmedizin	
	3753	Schmerztherapie	
	3754	Heiltherapeutische Abteilung	
	3755	Wirbelsäulenchirurgie	
	3756	Suchtmedizin	
	3757	Visceralchirurgie	
	3758	Weaningeinheit	
	3759	Schmerztherapie/Tagesklinik	
	3760	Palliativmedizin Kinder	

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*
0004	Pseudofachabteilung für Zeitraum ohne direkten Patientenkontakt (bei stationsäquivalenter Behandlung)
0005	Reserviert
0006	Pseudo-Fachabteilung für Rückkehr in das Krankenhaus bei tagesstationärer Behandlung

* 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 BpflV 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

Der Ort des häuslichen Umfelds wird gemäß § 12 der Vereinbarung zur Stationsäquivalenten Behandlung nach § 115d Abs. 2 SGB V wie folgt dokumentiert:

2970 Allgemeine Psychiatrie, Stationsäquivalente Behandlung in der Privatwohnung

2971 Allgemeine Psychiatrie, Stationsäquivalente Behandlung im Pflegeheim

2972 Allgemeine Psychiatrie, Stationsäquivalente Behandlung in weiteren Wohnformen

3070 Kinder- und Jugendpsychiatrie, Stationsäquivalente Behandlung in der Privatwohnung

3071 Kinder- und Jugendpsychiatrie, Stationsäquivalente Behandlung im Pflegeheim

3072 Kinder- und Jugendpsychiatrie, Stationsäquivalente Behandlung in weiteren Wohnformen

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
ETH	Äthiopien
AFG	Afghanistan
AL	Albanien
DZ	Algerien
AND	Andorra
ANG	Angola
<i>AB</i>	<i>Antigua und Barbuda</i>
RA	Argentinien
<i>AR</i>	<i>Armenien</i>
AZ	Aserbaidtschan
AUS	Australien
BS	Bahamas
BRN	Bahrain
BD	Bangladesch
BDS	Barbados
BY	Belarus (Weißrußland)
B	Belgien
BH	Belize (brit. Honduras)
<i>BEN</i>	<i>Benin (Dahomey)</i>
<i>BHU</i>	<i>Bhutan</i>
BOL	Bolivien
BIH	Bosnien–Herzegowina
RB	Botsuana
BR	Brasilien
BRU	Brunei Darussalam
BG	Bulgarien
D	Bundesrepublik Deutschland
BF	Burkina Faso
<i>RU</i>	<i>Burundi</i>
RCH	Chile
RC	China (Taiwan)
<i>CHI</i>	<i>China (Volksrepublik)</i>
CR	Costa Rica
CI	Côte d'Ivoire (Elfenbeinküste)
DK	Dänemark
WD	Dominica
DOM	Dominikanische Republik

EC	Ecuador
ES	El Salvador
ER	Eritrea
EST	Estland
FR	Faröer (dän.)
<i>FAL</i>	<i>Falklandinseln</i>
FJI	Fidschi
FIN	Finnland
F	Frankreich
<i>GAB</i>	<i>Gabun</i>
WAG	Gambia
GE	Georgien
GH	Ghana
GBZ	Gibraltar
WG	Grenada
GR	Griechenland
GB	Vereinigtes Königreich (Großbritannien)
GBA	Alderney
GBG	Guernsey
GBJ	Jersey
GBM	Insel Man
GCA	Guatemala
<i>GUI</i>	<i>Guinea</i>
GUY	Guyana
RH	Haiti
HN	Honduras
HK	Hongkong
IND	Indien
RI	Indonesien
IRQ	Irak
IR	Iran
IRL	Irland
IS	Island
IL	Israel
I	Italien
JA	Jamaika
J	Japan
<i>JEM</i>	<i>Jemen</i>
JOR	Jordanien
K	Kambodscha

<i>KAM</i>	<i>Kamerun</i>
CDN	Kanada
KZ	Kasachstan
Q	Katar
EAK	Kenia
KS	Kirgisistan
CO	Kolumbien
RCB	Kongo
CD	Kongo, Demokratische Republik
ROK	Korea (Südkorea)
RKS	Kosovo
HR	Kroatien
C	Kuba
KWT	Kuwait
LAO	Laos, Demokratische Volksrepublik
LS	Lesotho
LV	Lettland
RL	Libanon
<i>LBA</i>	<i>Liberia</i>
<i>LBY</i>	<i>Libyen</i>
FL	Liechtenstein
LT	Litauen
L	Luxemburg
RM	Madagaskar
MK	Mazedonien (ehemalige jugoslawische Republik)
MW	Malawi
MAL	Malaysia
<i>MDI</i>	<i>Malediven</i>
RMM	Mali
M	Malta
MA	Marokko
RIM	Mauretanien
MS	Mauritius
MEX	Mexiko
<i>MIK</i>	<i>Mikronesien, Föderierte Staaten von</i>
MD	Moldau
MC	Monaco
<i>MNG</i>	<i>Mongolei</i>
<i>MNE</i>	<i>Montenegro</i>
MOC	Mosambik
MYA	Myanmar (Birma)
NAM	Namibia
<i>NAU</i>	<i>Nauru</i>
<i>NEP</i>	<i>Nepal</i>
NZ	Neuseeland

NIC	Nicaragua
NA	Niederl. Antillen (Curacao)
NL	Niederlande
RN	Niger
WAN	Nigeria
N	Norwegen
A	Österreich
OM	Oman
PK	Pakistan
PA	Panama
<i>PAP</i>	<i>Papua-Neuguinea</i>
PY	Paraguay
PE	Peru
RP	Philippinen
PL	Polen
P	Portugal
RWA	Ruanda
RO	Rumänien
RUS	Russische Föderation
<i>SAL</i>	<i>Salomonen</i>
WL	Santa Lucia
WV	St. Vincent u. die Grenadinen
Z	Sambia
WS	Samoa (Westsamoa)
RSM	San Marino
<i>SAN</i>	<i>Sansibar</i>
<i>STO</i>	<i>Sao Tome und Principe</i>
KSA	Saudi Arabien, Königreich
S	Schweden
CH	Schweiz
SN	Senegal
<i>SRB</i>	<i>Serbien</i>
SY	Seychellen
WAL	Sierra Leone
ZW	Simbabwe
SGP	Singapur
SK	Slowakische Republik
SLO	Slowenien
SP	Somalia
E	Spanien
<i>SRL</i>	<i>Sri Lanka (Ceylon)</i>
<i>STK</i>	<i>St. Kitts und Nevis</i>
<i>SUD</i>	<i>Sudan</i>
ZA	Südafrika
SME	Suriname
SD	Swasiland
SYR	Syrien
TJ	Tadschikistan

EAT	Tansania
THA	Thailand
RT	Togo
TT	Trinidad und Tobago
<i>TSD</i>	<i>Tschad</i>
CZ	Tschechische Republik
TN	Tunesien
TR	Türkei
TM	Turkmenistan
EAU	Uganda
UA	Ukraine
H	Ungarn
ROU	Uruguay
UZ	Usbekistan
V	Vatikanstadt
YV	Venezuela
UAE	Vereinigte Arabische Emirate
USA	Vereinigte Staaten von Amerika
VN	Vietnam
RCA	Zentralafrikanische Republik
CY	Zypern

Schlüssel 8: Merkmal Kostenübernahme

1. und 2. Stelle	01	Kostenübernahme, kein Pflegegrad vorhanden
	A1	Kostenübernahme, kein Pflegegrad vorhanden, Einstufung beantragt
	B1	Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 1
	C1	Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 1, Antrag auf Neueinstufung
	D1	Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 2
	E1	Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 2, Antrag auf Neueinstufung
	F1	Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 3
	G1	Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 3, Antrag auf Neueinstufung
	H1	Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 4
	K1	Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 4, Antrag auf Neueinstufung
	L1	Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 5
	M1	Kostenübernahme, bestehender Pflegegrad 5, Antrag auf Neueinstufung
	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, kein Pflegegrad vorhanden
	A8	Bestätigung des Versichertenverhältnisses, kein Pflegegrad vorhanden, Einstufung beantragt
	B8	Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 1
	C8	Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 1, Antrag auf Neueinstufung
	D8	Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 2
	E8	Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 2, Antrag auf Neueinstufung
	F8	Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 3
	G8	Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 3, Antrag auf Neueinstufung
	H8	Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 4
	K8	Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 4, Antrag auf Neueinstufung
	L8	Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 5
	M8	Bestätigung des Versichertenverhältnisses, bestehender Pflegegrad 5, Antrag auf Neueinstufung
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
		<u>Normalfall für Leistungen nach § 140a, § 120 Abs. 1a und § 117 Abs. 2 u. 3 SGB V</u>
	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)
	09	ambulante Leistungen nach § 137e Abs. 4 Satz 4 SGB V (nur für AMBO)
	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)
	14	Leistungen nach § 119c SGB V (nur für AMBO und optional 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
		<u>Fallstorno für Leistungen nach § 140a, § 116b, § 119c SGB V, § 120 Abs. 1a, § 117 Abs. 2 u. 3 SGB V und § 137e Abs. 4 Satz 4 SGB V</u>
	43	Stornierung Abrechnung spezialfachärztliche Leistungen § 116b SGB V (nur für AMBO)
	44	Stornierung Abrechnung nach § 119c 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)
	49	Stornierung Abrechnung nach § 137e Abs. 4 Satz 4 SGB V (nur für AMBO)

	75	Information gemäß PrüfvV (nur KAIN und INKA)
	76	Stornierung einer Information gemäß PrüfvV (nur KAIN und INKA)

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
	1	Fortsetzungspauschale PrüfvV (2. Stelle = 4)
	2	Vergütung nach vorstationärer Höhe (Ersatzabrechnung; 2. Stelle = 2)
	5	Zahlungssatz wird angefordert (nicht bei 2. Stelle 4 oder 6 bis 8)
	8	Zuzahlungsgutschrift (nur für Zuzahlungsgutschrift / -rückforderung)
	9	Rückforderung von Zuzahlungen (nur für Zuzahlungsgutschrift / -rückforderung)
2. Stelle	0	(nur für Zuzahlungsgutschrift / -rückforderung)
	1	Zwischenrechnung
	2	Schlussrechnung
	3	Nachtragsrechnung
	4	Gutschrift / Stornierung
	5	Rechnung Übergangspflege
	6	Zahlungserinnerung
	7	1. Mahnung
	8	2. Mahnung
	9	Vorausberechnung nach § 14 Abs. 4 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
	00 kein besonderer Personenkreis
	04 § 264 SGB V, Nicht Versicherungspflichtige, Sozialhilfeempfänger
	06 BVG inkl. OEG, BSeuchG, SVG, ZHG, HHG, PrVG sowie BEG
	07 besonderer Personenkreis (in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatlichem Recht und niederl. Grenzgänger, die über eine KV-Karte verfügen; nach Aufwand)
	08 besonderer Personenkreis (in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatlichem Recht, die über eine KV-Karte verfügen; pauschal)
	09 Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz
	99 Auslandsversicherte
Teil 3	DMP-Teilnahme
	00 keine DMP- Teilnahme
	01 Diabetes mellitus Typ 2
	02 Brustkrebs
	03 koronare Herzkrankheit
	04 Diabetes mellitus Typ 1
	05 Asthma bronchiale
	06 COPD
	07 Chronische Herzinsuffizienz
	08 Depression
	09 Rückenschmerz
	10 Rheuma
	11 Osteoporose
	99 Auslandsversicherte

Schlüssel 13: reserviert

Schlüssel 14: reserviert

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
	d	divers
	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
...	
1A0300	Urologische Tumore
1A0400	Hauttumore
1A0500	Tumore der Lunge und des Thorax
1A0600	Kopf- und Halstumore
1A0700	Tumore des Gehirns und der peripheren Nerven
1A0800	Knochen- und Weichteiltumore
1A0900	Tumore des Auges
1B0100	Rheumatologische Erkrankungen; Erwachsene
1B0101	Rheumatologische Erkrankungen; Kinder
...	
1E0100	Multiple Sklerose
1F0100	Zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)
...	
1J0100	Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
...	
2[A-O]0100ff	Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen
2A0100	Tuberkulose; Tuberkulose und atypische Mykobakteriose
2B0100	Mukoviszidose
2C0100	Hämophilie
2D0100	Neuromuskuläre Erkrankungen
2E0100	Schwerwiegende immunologische Erkrankungen: Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose
...	
2H0100	Morbus - Wilson
2K0100	Marfan-Syndrom
2L0100	pulmonale Hypertonie
2O0100	ausgewählte seltene Lebererkrankungen
...	
3[A-B]0100ff	Hochspezialisierte Leistungen
....	

Schlüssel 23: PIA–Leistung

Bisherige Ausprägungen gültig bis 31.12.2018:

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

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

Neu ab 01.07.2018:

Leistungen von Ärzten

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

Leistungen von Psychologen

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

Leistungen von Pflegepersonal

PIA-31A	Leistungen von Pflegepersonal, Einzelbehandlung, bis 20 Min.
PIA-31B	Leistungen von Pflegepersonal, Einzelbehandlung, > 20 bis 60 Min.
PIA-31C	Leistungen von Pflegepersonal, Einzelbehandlung, > 60 Min.
PIA-34A	Leistungen von Pflegepersonal, Kleingruppe, bis 60 Min.
PIA-34B	Leistungen von Pflegepersonal, Kleingruppe, > 60 bis 90 Min.
PIA-34C	Leistungen von Pflegepersonal, Kleingruppe, > 90 Min.
PIA-35A	Leistungen von Pflegepersonal, Großgruppe, bis 60 Min.
PIA-35B	Leistungen von Pflegepersonal, Großgruppe, > 60 bis 90 Min.
PIA-35C	Leistungen von Pflegepersonal, Großgruppe, > 90 Min.
PIA-36A	Leistungen von Pflegepersonal, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, bis 20 Min.
PIA-36B	Leistungen von Pflegepersonal, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, > 20 bis 60 Min.
PIA-36C	Leistungen von Pflegepersonal, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, > 60 Min.

Leistungen von Sozialpädagogen

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

Leistungen von Spezialtherapeuten

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

Ohne Zuordnung zu Berufsgruppen

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

Zusatzleistungsschlüssel

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

Ergänzende Zusatzleistungsschlüssel (nur für Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 3 SGB V)

PIA-91Z	Behandlungsbeginn mit Überweisung
PIA-92Z	Behandlungsbeginn als Anschlussbehandlung nach stationärer Behandlung
PIA-93Z	Übergang in die vertragsärztliche Versorgung

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, § 119c SGB V (soweit vereinbart)*
A5	Dokumentation schwerer Verlaufsformen nach § 116b (neu) gemäß Schlüssel 28
A6	Dokumentation schwerer Verlaufsformen nach § 116b (neu) gemäß Schlüssel 29
A7	Dokumentation für Einrichtungen nach § 117 SGB V (soweit individuell vereinbart)*
A8	Besondere Leistungsangaben
A9	Studientitel nach § 137e SGB V

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, A7 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

Wird im Segment LEI der Schlüssel „A8“ angegeben, erfolgt die Angabe des Leistungsschlüssels mit 2 Buchstaben unter folgender Vorgabe

- `OR` Information über eine beendete Richtlinien-Psychotherapie ohne rezidiv Prophylaxe
- `MR` Information über eine beendete Richtlinien-Psychotherapie mit rezidiv Prophylaxe
- `VK` Kennzeichnung von ausschließlichen Videokontakten

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
SP Geriatrie, kammerindividuell	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
SP Plastische Chirurgie	13
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
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 (vor 2003 in Muster–WBO der Bundesärztekammer)	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
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 Kindernephrologie; 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

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
SP Geriatrie, kammerindividuell	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	
FA Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie; kammerindividuell, obsolet	51
FA Psychiatrie und Psychotherapie	58
FA Psychiatrie; obsolet	58
SP Geriatrie	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
Psychotherapeuten ohne ärztliche Psychotherapeuten	
Psychologischer Psychotherapeut	68
Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut	69
weitere Fachgruppen:	
Gebiet Anatomie	
FA Anatomie	99
Gebiet Arbeitsmedizin	
FA Arbeitsmedizin	99
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 (§ 6 Abs. 2 BMV)	99
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-Code) 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-Code) 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.

Schlüssel 30: Information PrüfvV

<u>Einleitung des Prüfverfahrens (§ 4 PrüfvV) – nur KAIN</u>	
PF000	primäre Fehlbelegung (KAIN)
SF000	sekundäre Fehlbelegung (KAIN)
KP000	Kodierprüfung (KAIN)
FV000	Fragen zur Voraussetzung bestimmter Maßnahmen (KAIN)
KL000	Klartext bei Nennung anderer/weiterer Prüfgegenstände (KAIN)
<u>Vorverfahren Falldialog (§ 5 PrüfvV)– nur KAIN</u>	
FDK01	Aufforderung zum Falldialog (nur KAIN)
FDK02	Annahme der Aufforderung zum Falldialog (KAIN)
FDK03	Ablehnung eines Falldialoges (nur KAIN)
FDK11	Aufforderung zur Verlängerung des Falldialogs (KAIN)
FDK12	Annahme der Aufforderung zur Verlängerung des Falldialogs (KAIN)
FDK13	Ablehnung der Verlängerung des Falldialoges (KAIN)
BEF00	Beendigung des Prüfverfahrens aufgrund Einigung im Falldialog – ohne Datenkorrektur (§ 5 Abs. 6 PrüfvV – KAIN)
BEK11	Im Vorverfahren wurde kein Falldialog durchgeführt und infolge der maximal zulässigen Prüfquote erfolgt keine Prüfanzeige durch den MD (KAIN)
BEK20	Im Vorverfahren wurde ein Falldialog durchgeführt, jedoch keine Einigung erzielt und infolge der maximal zulässigen Prüfquote erfolgt keine Prüfanzeige durch den MD (nur KAIN)
<u>Vorverfahren (§ 5 PrüfvV)– nur INKA</u>	
FDI01	Aufforderung zum Falldialog (INKA)
FDI02	Annahme der Aufforderung zum Falldialog (INKA)
FDI03	Ablehnung eines Falldialoges (INKA)
FDI11	Aufforderung zur Verlängerung des Falldialogs (INKA)
FDI12	Annahme der Aufforderung zur Verlängerung des Falldialogs (INKA)
FDI13	Ablehnung der Verlängerung des Falldialoges (INKA)
<u>Vorverfahren (§ 5 PrüfvV)– nur KAIN und INKA</u>	
FDK20	Erklärung über die Beendigung des Falldialogs (KAIN)
FDI20	Erklärung über die Beendigung des Falldialogs (INKA)
<u>Durchführung MDK-Prüfung (§ 7 Abs. 2 PrüfvV)– nur KAIN</u>	
MDK30	Keine fristgemäße Übermittlung der Unterlagen. Die Krankenhausabrechnung gilt als erörtert gemäß § 7 abs. 2 Satz 10 PrüfvV (KAIN)
<u>Entscheidung der Krankenkasse nach MD-Gutachten (§ 8 PrüfvV) – nur KAIN</u>	
MDK01	Leistungsrechtliche Entscheidung hat keine Beanstandung der Abrechnung (ohne Minderung des Abrechnungsbetrages) als Ergebnis (nur KAIN)
MDK02	Leistungsrechtliche Entscheidung hat Beanstandung der Abrechnung (mit Minderung des Abrechnungsbetrages) als Ergebnis (nur KAIN)
MDK04	Festlegung des Aufschlages gemäß § 275c Abs. 3 SGB V durch die Krankenkasse (nur KAIN)
MDK06	Reaktion zu evtl. Einwänden des Krankenhauses (KAIN)
MDK07	Mitteilung über einen unveränderten Aufschlagsbetrag (KAIN)
MDK08	Mitteilung über einen veränderten Aufschlagsbetrag (KAIN)
MDK09	Mitteilung des Aufschlages mit Grundlage der Berechnung (KAIN)

MDK11	Rücknahme des Aufschlages, keine weitere Geltendmachung (KAIN)
MDK14	Endgültige Anpassung eines bereits geltend gemachten Aufschlages (KAIN)
MDK20	Datum der leistungsrechtlichen Entscheidung
MDK31	Diese vom MD konkret benannten angeforderten Unterlagen wurden nicht fristgemäß vorgelegt und können nicht im Erörterungsverfahren vorgelegt werden gemäß § 7 Abs. 2 Satz 1 1 PrüfV (KAIN)
<u>Mitteilung des Krankenhauses – nur INKA</u>	
MDI04	Einwände gegen Grund oder Höhe des Aufschlages durch das Krankenhaus (INKA)
<u>Entscheidung der Krankenkasse nach MD–Gutachten (§ 8 Sätze 4 und 5 PrüfV) – nur INKA</u>	
MDI05	Krankenkasse hat sich nicht innerhalb der Frist nach § 8 Satz 3 geäußert und das Verfahren gilt als beendet und die Krankenhausabrechnung als erörtert (INKA)
<u>Erörterungsverfahren nach MD–Prüfung (§ 9 PrüfV) – nur INKA</u>	
EKH01	Inhaltliche begründetes Bestreiten der Entscheidung der Krankenkasse gemäß § 9 Abs. 1 Satz 1 und 2 PrüfV ohne Einleitung des EV (INKA)
EKH02	Inhaltliche begründetes Bestreiten der Entscheidung der Krankenkasse gemäß § 9 Abs. 1 Satz 1 bis 3 PrüfV mit gleichzeitiger Einleitung des EV (INKA)
EKH30	Aufforderung zur Verlängerung des Erörterungsverfahrens (INKA)
EKH31	Annahme der Aufforderung zur Verlängerung des Erörterungsverfahrens (INKA)
EKH32	Ablehnung der Verlängerung des Erörterungsverfahrens (INKA)
EKH33	Aufforderung mündliches Erörterungsverfahren (INKA)
EKH34	Zustimmung mündliches Erörterungsverfahren (INKA)
EKH35	Ablehnung mündliches Erörterungsverfahren (INKA)
EKH41	Anzeige für eine ausnahmsweise Zulassung nicht fristgerecht geltend gemachter Einwendungen oder Tatsachenvortrag unter Angabe der besonderen Gründe gemäß § 9 Abs. 7 PrüfV (INKA)
EKH42	Ablehnung nicht fristgerecht geltend gemachter Einwendungen oder Tatsachenvortrag unter Angabe der besonderen Gründe gemäß § 9 Abs. 7 PrüfV (INKA)
EKH43	Annahme nicht fristgerecht geltend gemachter Einwendungen oder Tatsachenvortrag gemäß § 9 Abs. 7 PrüfV (INKA)
EKH50	Einigung im Erörterungsverfahren und Beendigung gemäß § 9 Abs. 8 PrüfV (INKA)
EKH51	Einvernehmliche Beendigung des Erörterungsverfahrens ohne Einigung gemäß § 9 Abs. 10 PrüfV (INKA)
EKH60	Abrechnungsstreitigkeit gilt infolge fehlender Erörterung oder fehlender Mitwirkung als erörtert gemäß § 9 Abs. 11 PrüfV (INKA)
EKH61	Es wurde keine Einigung erzielt und das Erörterungsverfahren ist gemäß § 9 Abs. 12 PrüfV beendet (INKA)
<u>Erörterungsverfahren nach MD–Prüfung (§ 9 PrüfV) – nur KAIN</u>	
EKK01	Krankenkasse schließt sich gemäß § 9 Abs. 3 Satz 1 PrüfV der Begründung des Krankenhauses an. Es erfolgt kein Erörterungsverfahren. (KAIN)
EKK02	Krankenkasse schließt sich der Begründung des Krankenhauses gemäß § 9 Abs. 3 Satz 1 PrüfV an. Das durch das Krankenhaus bereits eingeleitete EV ist beendet. (KAIN)
EKK03	Krankenkasse schließt sich nicht der Begründung des Krankenhauses gemäß § 9 Abs. 4 PrüfV an, das KH hat das EV bereits eingeleitet. (KAIN)

EKK04	Krankenkasse schließt sich nicht der Begründung des Krankenhauses gemäß §9 Abs. 4 Satz 1 PrüfvV an und leitet das EV ein. (KAIN)
EKK10	Entscheidung der Krankenkasse wurde nicht fristgemäß bestritten und gilt als erörtert gemäß § 9 Abs. 2 PrüfvV mit Folge der Aufrechnung (KAIN)
EKK30	Aufforderung zur Verlängerung des Erörterungsverfahrens (KAIN)
EKK31	Annahme der Aufforderung zur Verlängerung des Erörterungsverfahrens (KAIN)
EKK32	Ablehnung der Verlängerung des Erörterungsverfahrens (KAIN)
EKK33	Aufforderung mündliches Erörterungsverfahren (KAIN)
EKK34	Zustimmung mündliches Erörterungsverfahren (KAIN)
EKK35	Ablehnung mündliches Erörterungsverfahren (KAIN)
EKK41	Anzeige einer Ausnahmsweise Zulassung nicht fristgerecht geltend gemachter Einwände oder Tatsachenvorträge unter Angabe der besonderen Gründe gemäß § 9 Abs. 7 PrüfvV (KAIN)
EKK42	Ablehnung Zulassung nicht fristgerecht geltend gemachter Einwände oder Tatsachenvorträge unter Angabe der besonderen Gründe gemäß § 9 Abs. 7 PrüfvV (KAIN)
EKK43	Annahme Zulassung nicht fristgerecht geltend gemachter Einwände oder Tatsachenvorträge unter Angabe der besonderen Gründe gemäß § 9 Abs. 7 PrüfvV (KAIN)
EKK50	Einigung im Erörterungsverfahren und Beendigung gemäß § 9 Abs. 8 PrüfvV (KAIN)
EKK51	Einvernehmliche Beendigung des Erörterungsverfahrens ohne Einigung gemäß § 9 Abs. 10 PrüfvV (KAIN)
EKK60	Abrechnungsstreitigkeit gilt infolge fehlender Erörterung oder fehlender Mitwirkung als erörtert gemäß § 9 Abs. 11 PrüfvV (KAIN)
EKK61	Es wurde keine Einigung erzielt und das Erörterungsverfahren ist gemäß § 9 Abs. 12 PrüfvV beendet (KAIN)

Schlüssel 31: Art der Information (Entlassmanagement)

<u>Einwilligung zum Entlassmanagement (nur KHIN)</u>	
JA000	Einwilligungserklärung des Patienten liegt vor (zur Unterstützung durch die Krankenkassen Anlage 1b Nr.1 und 2 wurden als „JA“ bestätigt)
JA001	Einwilligungserklärung des Patienten durch einen gesetzlichen Vertreter liegt vor (zur Unterstützung durch die Krankenkassen Anlage 1b Nr.1 und 2 wurden als „JA“ bestätigt)
WIDRU	Widerruf zur Einwilligung des Patienten in die Unterstützung ist erfolgt
WIDRV	Widerruf zur Einwilligung des Patienten durch einen gesetzlichen Vertreter in die Unterstützung ist erfolgt
<u>Kontaktdaten</u>	
KONTA	Angabe des für das Entlassmanagement im konkreten Fall zu nutzenden Kontaktes (Telefonnummer) (nur KHIN)
KONKK	Angabe des für das Entlassmanagement zuständigen Ansprechpartners der Krankenkasse (nur KANT)
<u>Informationen zum Entlassmanagement (nur KHIN)</u>	
HIMIO	Unterstützungsbedarf zum Thema Hilfsmittelversorgung
HKP00	Unterstützungsbedarf zum Thema Häusliche Krankenpflege
HEIM0	Unterstützungsbedarf zum Thema Heilmittel
BEAT0	Information über Beatmungspatienten (u.a. Angabe zum Weaningpotential)
REHA0	Unterstützungsbedarf zum Thema Rehabilitation
AHB00	Unterstützungsbedarf zum Thema Anschlussheilbehandlung
PFLEG	Unterstützungsbedarf zum Thema Leistungen der Pflegeversicherung (allgemein)
KURZP	Unterstützungsbedarf zum Thema Kurzzeitpflege
HAHIO	Unterstützungsbedarf zum Thema Haushaltshilfe/hauswirtschaftliche Versorgung
PFBER	Unterstützungsbedarf durch Einbeziehung eines Pflegeberaters
PSYUN	Psychosoziale Unterstützung
SOZIL	Unterstützungsbedarf durch soziale/sozialrechtliche Beratung
BERUF	Unterstützungsbedarf zum Thema berufliche Wiedereingliederung
SAPVU	Unterstützungsbedarf zum Thema SAPV
HOSPZ	Unterstützungsbedarf zum Thema Hospiz
SONTO	Unterstützungsbedarf zu sonstigen Bereichen (anderweitig nicht zuordenbar)
UEPFL	Feststellung der Erforderlichkeit der Übergangspflege
<u>Vorschläge für weitere Behandlung (nur KHIN)</u>	
EMA01	Diagnostische Klärung
EMA02	Stationäre Behandlung
EMA03	Operation
EMA04	Psychotherapie
EMA05	Rehabilitations-Sport
EMA06	Rheumafunktionstraining
EMA07	Selbsthilfegruppe
EMA08	Ambulante Rehabilitation (Sucht)
EMA09	Vorstellung Suchtberatung
EMA10	Spezielle Nachsorge
EMA11	Stufenweise Wiedereingliederung
EMA12	Prüfung berufsfördernde Leistung
EMA13	Gewichtsreduktion

EMA14	Alkoholkarenz
EMA15	Nikotinkarenz
EMA16	Wiederholungsheilbehandlung
EMA17	Sonstige Anregung
EMAGE	Angabe geeigneter Einrichtungen

Schlüssel 32: Studientitel nach § 137e SGB V

S1	AlloRelapseMMStudy: Allogene Stammzelltransplantation bei Multiplen Myelom
S2	reserviert
S3	LIPLEG: Liposuktion bei Lipödem in den Stadien I, II oder III
S4	MARGI-T: Magnetresonanztomographie-gesteuerte hochfokussierte Ultraschalltherapie beim Uterusmyom
S5	PASSPORT-HF: Überwachung des pulmonalarteriellen Drucks bei Herzinsuffizienz
S6	TES-RP: Transkorneale Elektrostimulation bei Retinopathia Pigmentosa
S7	TOTO: Tonsillektomie versus Tonsillotomie bei rezidivierender akuter Tonsillitis
S8	ENABLE: Patienten- und Versorgungsbezogener Nutzen der Amyloid-PET-Bildgebung
S9	BENTO: Bronchoskopische Lungenvolumenreduktion beim schweren Lungenemphysem mittels Thermoablation
S10	HOT-AAMI: Mikrovaskuläre Reperfusion von Myokardgewebe mittels intrakoronar applizierter, hyperoxämischer Therapie nach primärer perkutaner Koronarintervention bei akutem Vorderwandinfarkt (SSO2-Therapie)
S11	SAR-WAVE: Koronare Lithoplastie bei koronarer Herzkrankheit
S12	POSA: Schlafpositionstherapie bei leichter bis mittelgradiger lageabhängiger obstruktiver Schlafapnoe
S13	CAM-P-OS: Selbstanwendung einer aktiven Bewegungsschiene im Rahmen der Behandlung von Sprunggelenkfrakturen

Anhang A: reserviert

Anhang B: Entgeltarten – nicht dargestellt, s. www.gkv-clavisdb.de

Anhang C: Fehlercodes

Siehe Dokument 2c_anl2c-x.docx

Anhang D: EBM-Ziffern – nicht dargestellt, s. www.gkv-clavisdb.de