

Inhaltsverzeichnis

SCHLÜSSEL 1: AUFNAHMEGRUND.....	2
SCHLÜSSEL 2: DURCHGEFÜHRTE REHABILITATIONSMAßNAHMEN	2
SCHLÜSSEL 3: EINZELVERGÜTUNG AMBULANTE OPERATION, ERLÄUTERUNG.....	3
SCHLÜSSEL 4: ENTGELTARTEN	4
SCHLÜSSEL 5: ENTLASSUNGS-/VERLEGUNGSGRUND.....	20
SCHLÜSSEL 6: FACHABTEILUNGEN.....	22
SCHLÜSSEL 7: INTERNATIONALES LÄNDERKENNZEICHEN	28
SCHLÜSSEL 8: MERKMAL KOSTENÜBERNAHME	30
SCHLÜSSEL 9: VERARBEITUNGSKENNZEICHEN.....	32
SCHLÜSSEL 10: PRÜFUNGSVERMERK	32
SCHLÜSSEL 11: RECHNUNGSART	33
SCHLÜSSEL 12: VERSICHERTENSTATUS.....	33
SCHLÜSSEL 13: VORSCHLÄGE FÜR DIE WEITERE BEHANDLUNG.....	35
SCHLÜSSEL 14: VORSCHLÄGE FÜR GEEIGNETE EINRICHTUNGEN	35
SCHLÜSSEL 15: ZUZÄHLUNGSKENNZEICHEN	35
SCHLÜSSEL 16: LOKALISATION	35
SCHLÜSSEL 18: WÄHRUNGSKENNZEICHEN.....	36
SCHLÜSSEL 19: ZUSATZKENNZEICHEN EBM.....	36
SCHLÜSSEL 20: EBM-ZIFFERN.....	37
SCHLÜSSEL 21: GESCHLECHT	37
ANHANG A: DURCHGEFÜHRTE REHABILITATIONSMAßNAHMEN.....	37
ANHANG B: ENTGELTARTEN.....	37
ANHANG C: FEHLERCODES	37
ANHANG D: EBM-ZIFFERN.....	37

Nachtrag vom 27.03.2009

mit Wirkung zum 01.04.2009

Schlüssel 1: Aufnahmegrund

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

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

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

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

Schlüssel 2: Durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen

siehe Anhang A zu Anlage 2

Schlüssel 3: Einzelvergütung Ambulante Operation, Erläuterung

1. u. 2. Stelle
- 01 Im Körper verbleibende Implantate in Summe (siehe Hinweis)
 - 02 Röntgenkontrastmittel (siehe Hinweis)
 - 03 Pauschalvergütung Qualitätssicherung
 - 04 Pauschalvergütung Sachmittel
 - 05 honorarsummenrelevante Pauschalvergütung
 - 06 teilweise honorarsummenrelevante Pauschalvergütung
 - 07 Diagnostische und interventionelle Katheter einschl. Führungsdraht, Gefäßschleuse, Einführungsbesteck und Verschlussysteme im Zusammenhang mit angiologisch-diagnostischen und –therapeutischen, gefäßchirurgischen und phlebologischen Leistungen (siehe Hinweis)
 - 08 Iris-Retraktoren, Kapselspannringe und Injektionshalterungen bei ophthalmochirurgischen Eingriffen (siehe Hinweis)
 - 09 Ophthalmica (Viskoelastika, Perfluordecaline, Silikonöl, C3F8-Gas) bei ophthalmochirurgischen Leistungen (siehe Hinweis)
 - 10 Narkosegase, Sauerstoff (siehe Hinweis)
 - 12 Erstattung für Arzneimittel (75 % des Apotheken-Einkaufspreises nach Lauertaxe zuzüglich Mehrwertsteuer)
 - 13 Erstattung für Photonensensibilisatoren bei der Photodynamischen Therapie und Hormonpräparate bei Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung (80% des Apotheken-Einkaufspreises nach Lauertaxe zuzüglich Mehrwertsteuer)
 - 14 Nahtmaterial (siehe Hinweis)
 - 15 Diagnostische und interventionelle Katheter einschl. Führungsdraht im Zusammenhang mit gastrokopischen Leistungen (inkl. Leistungen an den Gallenwegen) (siehe Hinweis)
 - 16 Trokare, Endoclips und Einmalapplikatoren für Clips im Zusammenhang mit laparoskopischen Leistungen (siehe Hinweis)
 - 17 Diagnostische und interventionelle Katheter einschl. Führungsdraht im Zusammenhang mit Leistungen zur In-Vitro-Fertilisation abzüglich des Patienteneigenanteils (siehe Hinweis)
 - 18 Schienen, Kompressionsstrümpfe (nicht Anti-Thrombosestrümpfe) (siehe Hinweis)
 - 50 Sprechstundenbedarf (nur für 116b)
(Hinweis: bis zum Wirksamwerden dieser Ausprägung ist der Sprechstundenbedarf mit „04“ (Pauschalvergütung Sachmittel) zu verschlüsseln)

Hinweis:

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

Schlüssel 4: Entgeltarten

Hinweis:

Der Entgeltartenschlüssel wird fortgeschrieben (siehe Anhang B und Anlage 5).

1. und 2. Stelle: **Entgeltschlüssel**

- 01 Tagesgleicher Pflegesatz
- 02 Ermäßigter Abteilungspflegesatz nach § 14 Abs. 2 Satz 3 oder Abs. 7 Satz 2 BPfIV^{*)}
- 03 Betrag nach § 14 Abs. 5 Satz 4 und 5 BPfIV^{*)}
- 10 Fallpauschale
Zuschläge / Abschläge bei Fallpauschalen:
- 11 Zuschlag nach § 14 Abs. 6 Nr. 3 BPfIV^{*)} (§ 11 Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 BPfIV^{*)})
- 12 Zuschlag nach § 14 Abs. 6 Nr. 3 BPfIV^{*)} (§ 11 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2 BPfIV^{*)})
- 13 Abschlag nach § 14 Abs. 6 Nr. 3 BPfIV^{*)} (§ 11 Abs. 3 Satz 3 Nr. 1 BPfIV^{*)})
oder Sondervereinbarung
- 14 Abschlag nach § 14 Abs. 6 Nr. 3 BPfIV^{*)} (§ 11 Abs. 3 Satz 3 Nr. 2 BPfIV^{*)})
- 16 Zuschlag nach § 14 Abs. 6 Nr. 5 BPfIV^{*)}
- 17 Allgemeiner Zuschlag nach § 14 Abs. 6 Nr. 6 BPfIV^{*)}
- 18 Allgemeiner Abschlag nach § 14 Abs. 6 Nr. 6 BPfIV^{*)}
- 20 Sonderentgelt
Sonderentgelte nach § 14 Abs. 6 BPfIV^{)}*
- 21 Sonderentgelt bei
 - einer Operation an einem anderen Operationstermin oder
 - einer Operation an demselben Operationstermin, wenn der Eingriff in einem anderen Operationsgebiet über einen gesonderten Operationszugang vorgenommen wird oder
 - Leistungen, bei denen dies aus der Leistungsdefinition hervorgeht
- 22 Sonderentgelt bei einer Rezidiv-Operation
(Wiederkehren der ursprünglichen Erkrankung; nicht bei Komplikationen)
während desselben Krankenhausaufenthaltes
- 23 Sonderentgelt für "Diagnostische Maßnahmen" (Kapitel II) oder für "Sonstige therapeutische Maßnahmen" (Kapitel III), wenn diese Leistung mit der Fallpauschale nicht vergütet wird
- 24 Sonderentgelt bei der Behandlung von Blutern (§ 11 Abs. 2 Satz 3 BPfIV^{*)})
Zuschläge / Abschläge bei Sonderentgelten:
- 25 Zuschlag nach § 11 Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 BPfIV^{*)}
- 26 Zuschlag nach § 11 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2 BPfIV^{*)}
- 27 Abschlag nach § 11 Abs. 3 Satz 3 Nr. 1 BPfIV^{*)}
oder Sondervereinbarung
- 28 Abschlag nach § 11 Abs. 3 Satz 3 Nr. 2 BPfIV^{*)}

^{*)} in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

- 40 Zuschlag nach § 14 Abs. 3 BPfIV oder Abs. 8 BPfIV^{*)} bzw. § 8 Abs. 3 KHEntgG (Investitionszuschlag)
- 41 Entgelt für vorstationäre Behandlung
- 42 Entgelt für nachstationäre Behandlung
- 43 Pflegesatz bei Beurlaubung
- 44 Modellvorhaben nach § 24 BPfIV oder § 26 BPfIV^{*)}
- 45 Wahlleistung Unterkunft (nur für Knappschaft)
- 46 Zuschlag für Qualitätssicherung nach § 137 oder § 112 Abs. 1 SGB V
- 47 Zu- und Abschläge nach GMG und sonstige Zu- und Abschläge
- 48 DRG Systemzuschlag

- 50 Berechnung nach BPfIV alt
- 51 Fallpauschalen nach § 28 Abs. 2 BPfIV in der am 31.12.1999 geltenden Fassung
- 52 Sonderentgelte nach § 28 Abs. 2 BPfIV in der am 31.12.1999 geltenden Fassung

- 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

^{*)} in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

- 70 DRG-Fallpauschale nach § 7 Nr. 1 KHEntgG (§ 1 Abs. 1 Satz 1 KFPV/FPV)
- 71 Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD nach § 7 Nr. 3 KHEntgG oder tagesbezogene teilstationäre DRG-Fallpauschale ab 2. Tag
- 72 Abschlag bei Verlegungen nach § 1 Abs. 1 Satz 3 KFPV/FPV
- 73 Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD nach § 1 Abs. 3 Satz 1 KFPV/FPV
- 74 Rückforderung eines Abschlages bei Nichterreichen der unteren GVD nach § 8 Abs. 5 Satz 2 KHEntgG
- 75 Zu- und Abschlag nach § 7 Nr. 4 KHEntgG
- 76 Zusatzentgelt nach § 7 Nr. 2 KHEntgG – Arzneimittel oder nach Anlage 2 oder Anlage 4 KFPV 2004 bzw. nach Anlage 5 oder Anlage 6 FPV oder nach § 6 Abs. 2 oder Abs. 2a KHEntgG
- 77 Zusatzentgelt nach § 7 Nr. 2 KHEntgG – Dialyse (KFPV 2003)
- 78 Teilstationärer Pflegesatz nach § 9 Abs. 2 KFPV 2004 bzw. § 10 Abs. 2 FPV
- 79 Ausnahmeentgelt für teilstationäre DRG-Fallpauschalen aus 2003 nach § 9 Abs. 2 KFPV 2004 bzw. § 10 Abs. 2 FPV
- 80 Entgelt für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Abs. 2 KHEntgG (fallbezogen)
- 81 Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG
- 82 Abschlag bei Verlegung für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG
- 83 Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG
- 85 Tagesbezogenes Entgelt nach § 7 Nr. 5 KHEntgG (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)
- 86 Fallbezogenes Entgelt nach § 7 Nr. 5 KHEntgG (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)
- 87 Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG
- 88 Abschlag bei Verlegung für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG
- 89 Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG
- 90 Rückforderung eines Abschlages bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG nach § 8 Abs. 5 Satz 2 KHEntgG
- 91 Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD für teilstationäre DRG-Fallpauschalen aus 2003 nach § 9 Abs. 2 KFPV 2004 bzw. § 10 Abs. 2 FPV
- 92 Abschlag bei Verlegungen für teilstationäre DRG-Fallpauschalen aus 2003 nach § 9 Abs. 2 KFPV 2004 bzw. § 10 Abs. 2 FPV
- 93 Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für teilstationäre DRG-Fallpauschalen aus 2003 nach § 9 Abs. 2 KFPV 2004 bzw. § 10 Abs. 2 FPV
- 94 Rückforderung eines Abschlages bei Nichterreichen der unteren GVD für teilstationäre DRG-Fallpauschalen aus 2003 nach § 9 Abs. 2 KFPV 2004 bzw. § 10 Abs. 2 FPV

3. Stelle: **Zusatzschlüssel für Fallpauschalen / Sonderentgelte** (§ 11 Abs. 1 und 2 BpflV^{*)},
DRG-Fallpauschalen / Entgelte bei Überschreiten der oberen GVD (§ 7 Nr. 3
KHEntgG),
Abschläge bei Nichterreichen der unteren GVD (§ 1 Abs. 3 Satz 1 KFPV/FPV),
Abschläge bei Verlegung (§ 1 Abs. 1 Satz 3 KFPV/FPV),
Rückforderung eines Abschlages bei Nichterreichen der unteren GVD
(§ 8 Abs. 5 Satz 2 KHEntgG)

- 0 keine Fallpauschale / kein Sonderentgelt
- 1 Hauptabteilung
- 2 Hauptabteilung und Beleghebamme
- 3 Belegoperator
- 4 Belegoperator und Beleganästhesist
- 5 Belegoperator und Beleghebamme
- 6 Belegoperator, Beleganästhesist und Beleghebamme
- 7 Teilstationäre Versorgung (für teilstationäre DRG-Fallpauschalen)

Hinweis:

- 0 grundsätzlich bei Modellvorhaben nach § 24 BpflV oder § 26 BpflV^{*)} und
Fallpauschalen oder Sonderentgelten nach § 28 Abs. 2 BpflV in der am
31.12.1999 geltenden Fassung sowie bei Zusatzentgelten nach
§ 17 b Abs. 1 Satz 12 KHG
- 1 - 6 dabei auch möglich, wenn explizit vereinbart

^{*)} in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

**Zusatzschlüssel für Entgelte/Abschläge für integrierte Versorgung nach
§ 140c SGB V / Modellvorhaben nach § 63 SGB V**

- 1 Ortskrankenkassen
- 2 Angestellten-Krankenkassen
- 3 Arbeiter-Ersatzkassen
- 4 Betriebskrankenkassen
- 5 Innungskrankenkassen
- 6 Knappschaft
- 7 Landwirtschaftliche Krankenkassen
- 8 Seekrankenkasse

**Zusatzschlüssel für Zu- und Abschläge nach GMG und sonstige Zu- und Abschläge
oder nach § 7 Nr. 4 KHEntgG**

- 1 Zuschlag
- 2 Abschlag

3. bis 4. Stelle: **Zusatzschlüssel für Entgelte nach § 6 KHEntgG**

- 00 bundesweit
- 01 ff. Länderschlüssel

30 Belegabteilung

4. bis 8. Stelle: **Entgelte**

bei 1. und 2. Stelle = 03 oder 40: '00000'

Basispflegesatz

0XXXX
Hinweis:

4. Stelle: 0
5. - 8. Stelle: 0001: Basispflegesatz, vollstationär
0002: Basispflegesatz, teilstationär

Abteilungspflegesätze

1XXXX
Hinweis:

4. Stelle: 1
5. - 8. Stelle: XXXX Fachabteilungsschlüssel (siehe Schlüssel 6)
0000 Krankenhaus (§ 28 Abs. 10 BPfIV in der am
31.12.1997 geltenden Fassung)

Pflegesätze für besondere Einrichtungen (§ 13 Abs. 2 Satz 3 BPfIV in der am
31.12.2003 geltenden Fassung)

2XXXX
Hinweis:

4. Stelle: 2
5. - 8. Stelle: XXXX Besondere Einrichtung
siehe Anhang B

Teilstationäre Pflegesätze (§ 13 Abs. 4 BPfIV)

3XXXX
Hinweis:

4. Stelle: 3
5. - 8. Stelle: XXXX Fachabteilungsschlüssel (siehe Schlüssel 6)
bei besonderen Einrichtungen: 0010 - 0091
siehe: Pflegesätze für besondere
Einrichtungen (5. - 8. Stelle)

Pflegesätze für Belegpatienten (§ 13 Abs. 2 Satz 2 BPfIV)

4XXXX
Hinweis:

4. Stelle: 4
5. - 8. Stelle: XXXX Fachabteilungsschlüssel (siehe Schlüssel 6)
0000 Krankenhaus (§ 28 Abs. 10 BPfIV in der am
31.12.1997 geltenden Fassung oder
§ 13 Abs. 2 Satz 2 2. Halbsatz BPfIV)

Teilstationäre Pflegesätze für Belegpatienten

5XXXX
Hinweis:

4. Stelle: 5
5. - 8. Stelle: XXXX Fachabteilungsschlüssel (siehe Schlüssel 6)
0000 Krankenhaus (§ 28 Abs. 10 BpflV in der am
31.12.1997 geltenden Fassung oder
§ 13 Abs. 2 Satz 2 2. Halbsatz BpflV)

Fallpauschalen

Fallpauschalen nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 BpflV^{*)} in der jeweils geltenden Fassung des Kataloges

02010 Struma, ...
bis ...

Fallpauschalen nach § 16 Abs. 2 BpflV^{*)} (Landesvereinbarung)

XXXXX Vergabe der Schlüssel durch die Bundesebene

Hinweis: 4. - 5. Stelle: 31 ff. (Länderschlüssel)
6. - 8. Stelle: 001 ff. je Länderschlüssel
siehe Anhang B

Sonderfall: 1. - 8. Stelle: 10999999
Wiederaufnahme innerhalb GVD (§ 14 Abs. 2 Satz 5 BpflV^{*)})

Sonderentgelte

Sonderentgelte nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 BpflV^{*)} in der jeweils geltenden Fassung des Kataloges

01010 Dekompression peripherer Nerven
bis ...

Sonderentgelte nach § 16 Abs. 2 BpflV^{*)} (Landesvereinbarung)

XXXXX Vergabe der Schlüssel durch die Bundesebene

Hinweis: 4. - 5. Stelle: 31 ff. (Länderschlüssel)
6. - 8. Stelle: 001 ff. je Länderschlüssel
siehe Anhang B

^{*)} in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

Entgelte für vorstationäre Behandlung

90000	Durchschnittspauschale neue Länder
90100	Fallbezogene Pauschale Innere Medizin
90200	Fallbezogene Pauschale 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

Entgelte für nachstationäre Behandlung

90000	Durchschnittspauschale neue Länder
90100	Tagesbezogene Pauschale Innere Medizin
90200	Tagesbezogene Pauschale Geriatrie
...	
93600	Tagesbezogene Pauschale Intensivmedizin
93700	Tagesbezogene Pauschale Sonstige Fachabteilung
XXXXX	Einzelleistungsvergütung med.-tech. Großgeräte (nach DKG-NT I / BG-T-Ziffern) siehe Anhang B
80010	Vergütung für Leistungen nach Maßgabe des § 5 der Allgemeinen Tarifbestimmungen des DKG-NT/BG-T (z. B. Kontrastmittel) nach Einstandspreis siehe Anhang B

Pflegesätze bei Beurlaubung

00000	(krankenhausindividuelle Festlegung)
00001	
bis	
00009	reserviert für spätere Verwendung
XXXXX
<i>Hinweis:</i>	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

Modellvorhaben nach § 24 BPfIV bzw. § 26 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

Hinweis: 4. - 5. Stelle: 01 ff. (Länderschlüssel)
6. - 8. Stelle: 001 ff. fortlaufend je Länderschlüssel
siehe Anhang B

Wahleistung Unterkunft (gilt nur für Knappschaft)

00001 Einbettzimmer-Zuschlag (wird bei Zahlung durch übernahmefähigen
Zweibettzimmer-Zuschlag ersetzt)
00002
bis
00009 Zweibettzimmer-Zuschlag, krankenhausindividuelle Staffelung

Zuschlag für Qualitätssicherung nach § 137 oder § 112 Abs. 1 SGB V

Hinweis: 4. - 5. Stelle: 00 (bundesweit)
01 ff. (Länderschlüssel)
Hinweis: 6. Stelle: 0 allgemeiner Zuschlag ab 2004
1 ff. (Leistungsstufe nach Stufenkonzept bis
2003; Herz nur eine Stufe)
Hinweis: 7. – 8. Stelle: 00 Fallpauschalen und Sonderentgelte
(entsprechend der "Vereinbarung nach
§ 137 SGB V über Maßnahmen der
Qualitätssicherung bei Fallpauschalen
und Sonderentgelten für nach § 108
SGB V zugelassene Krankenhäuser")
oder allgemeiner Zuschlag ab 2004
01 Herz bis 2003
(entsprechend der "Vereinbarung nach
§ 137 SGB V über Maßnahmen der
Qualitätssicherung Herz für nach § 108
SGB V zugelassene Krankenhäuser")
02 Behandlung von Schlaganfallpatienten

Zuschläge nach GMG und sonstige Zuschläge

Hinweis: 4. – 8. Stelle: '00000' Zuschlag für gemeinsamen
Bundesausschuss (§ 91 Abs. 2
Satz 6 SGB V), teilstationär
'00001' Zuschlag für gemeinsamen
Bundesausschuss (§ 91 Abs. 2
Satz 6 SGB V), vollstationär
'00002' Zuschlag für Institut nach
§ 139c SGB V
'00003' Zuschlag für Verbesserung der
Arbeitszeitbedingungen (§ 4
Abs. 13 KHentgG, ab 2005)

'00004'	Zuschlag für Arzt im Praktikum (§ 4 Abs. 14 KHEntgG)
'00005'	Zuschlag für Vorhaltekosten von besonderen Einrichtungen
'00006'	Zusammengefasster Zuschlag für Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen und für Arzt im Praktikum
'00007'	Zuschlag für Zentren und Schwerpunkte (§ 5 Abs. 3 KHEntgG)
'00008'	Aufwandspauschale bei erfolgloser MDK-Prüfung (§ 275 Abs. 1c SGB V)
'00009'	Telematikzuschlag, vollstationär (§ 291a Abs. 7a i.V. mit Abs. 7 Satz 4 SGB V)
'00010'	Zuschlag nach § 15 Abs. 2 KHEntgG
'00011'	Zuschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG
'00012'	Pflegezuschlag nach § 4 Abs. 10 KHEntgG
'00013'	Telematikzuschlag, teilstationär (§ 291a Abs. 7a i.V. mit Abs. 7 Satz 4 SGB V)
'00014'	Zuschlag wegen Konvergenzverlängerung nach § 5 Abs. 6 KHEntgG
'00015'	Zuschlag für besondere Einrichtungen nach § 4 Abs. 7 KHEntgG
'00016'	Zuschlag für Kappungshaus nach § 4 Abs. 9 KHEntgG

Abschläge nach GMG und sonstige Abschläge

<i>Hinweis:</i> 4. – 8. Stelle:	'00000'	intern reserviert
	'00001'	Abzug nach § 140d SGB V für Anschubfinanzierung integrierte Versorgung
	'00002'	Abschlag nach § 8 Abs. 9 KHEntgG
	'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 1 KHEntgG
	'00013'	Abschlag zu Tarifierhöhung nach § 4 Abs. 2a Satz 2 KHEntgG
	'00014'	Abschlag wegen Konvergenzverlängerung nach § 5 Abs. 6 KHEntgG
	'00015'	Abschlag für besondere Einrichtungen nach § 4 Abs. 7 KHEntgG

Hinweis:

Der Zu- oder Abschlag wegen Konvergenzverlängerung wird anhand der Vorgaben des § 5 Abs. 6 Satz 2 KHEntgG ermittelt. Er kann **nur und erst für Rechnungen, die auf Grundlage des genehmigten Landesbasisfallwerts 2009 erstellt werden**, in Rechnung gestellt werden. Zu- oder Abschläge wegen Konvergenzverlängerung für Patienten, die vor Beginn der Abrechnung auf Grundlage des genehmigten Landesbasisfallwertes 2009 im Jahr 2009 entlassen wurden, werden gemäß § 5 Abs. 6 Satz 4 KHEntgG ausgeglichen.

Steht zur Ermittlung des Zu- bzw. Abschlages wegen Konvergenzverlängerung der krankenhausesindividuelle Basisfallwert 2008 noch nicht fest, wird im Rahmen der Weitergeltung der Entgelte ersatzweise der krankenhausesindividuelle Basisfallwert 2007 verwendet. Der Abweichungsbetrag wird gemäß § 5 Abs. 6 Satz 4 KHEntgG ausgeglichen.

DRG Systemzuschlag

Hinweis: 4. – 8. Stelle: '00001' vollstationärer Fall
'00002' teilstationärer Fall

Berechnung nach BPfIV alt

	Allgemeiner Pflegesatz
00001	Normalfall
00002	Belegarzt
00003	Entbindung
00004	Dialyse
	Teilstationärer Pflegesatz
10001	Tagesklinik
10002	Nachtklinik
10003 ff.	krankenhausesindividuelle Festlegung
	Besonderer Pflegesatz
20001 ff.	krankenhausesindividuelle Festlegung
	Sonderentgelte
30001 ff.	krankenhausesindividuelle Festlegung
	Abweichende Vereinbarungen nach § 21 BPfIV
40001 ff.	krankenhausesindividuelle Festlegung

Fallpauschalen nach § 28 Abs. 2 BPfIV in der am 31.12.1999 geltenden Fassung

Hinweis: 4. - 5. Stelle: 01 ff. (Länderschlüssel)
6. - 8. Stelle: 001 ff. fortlaufend je Länderschlüssel
siehe Anhang B

Sonderentgelte nach § 28 Abs. 2 BPfIV in der am 31.12.1999 geltenden Fassung

Hinweis: 4. - 5. Stelle: 01 ff. (Länderschlüssel)
6. - 8. Stelle: 001 ff. fortlaufend je Länderschlüssel
siehe Anhang B

Sonderfall

00001	Entgelt für Aufnahmeuntersuchung
00002	Weihnachtsgeld
00003	Taschengeld
00004	Bekleidungsgeld
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 KFPV 2004 / FPV
00008 bis 00009	reserviert für spätere Verwendung
XXXXX
<i>Hinweis:</i>	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

Sonderregelung bei genehmigter Entgeltart, für die ein Schlüssel noch zu vergeben ist

95000 bis 99999 (siehe Anlage 5)

Entgelte und Abschläge für integrierte Versorgung nach § 140c SGB V und Modellvorhaben nach § 63 SGB V

<i>Hinweis:</i>	4. - 5. Stelle: 01 ff. individuelle Krankenkassenaufteilung der Verbände (z.B. 01 Barmer, 02 DAK, ... und 01 AOK Schleswig-Holstein, 02 AOK Hamburg, ...)
	6. - 8. Stelle: 000 ff. zur freien Verfügung der in Stellen 4. – 5. bezeichneten Krankenkasse

Zusatzentgelte für DMP

<i>Hinweis:</i>	3. - 4. Stelle:	KV-Nummer	
	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	Koordinationspauschale
		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 (HBSP)
		20	Strukturiertes Hypertonie Therapie- und Schulungsprogramm
		21	Schulungsmaterial für Kinder
		22	Schulungsmaterial für Jugendliche
		23	Schulungsmaterial inkl. Diabetes- /Hypertonie-Pass
		24	Asthaschulung von Kindern und Jugendlichen
		25	Nationales ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker (NASA)
		26	Schulungs- und Verbrauchsmaterial
		27	Schulungsprogramm für chronisch obstruktive Bronchitis und Lungenemphysem (COBRA)
	7. - 8. Stelle:	01	Brustkrebs
		02	Diabetes mellitus Typ 2
		03	Koronare Herzkrankheiten
		04	Diabetes mellitus Typ 1
		05	Astma bronchiale
		06	COPD

DRG-Fallpauschalen nach § 7 Nr. 1 KHEntgG

Sonderfall:	1. – 8. Stelle	70000000	intern reserviert
Hinweis:	4. Stelle:	0	
	5. – 7. Stelle:	000 ff.	DRG, alphanumerisch
	8. Stelle:	A ff.	Schweregrad, alphanumerisch
Sonderfall:	1. – 8. Stelle	70888888	Teilzahlung nach § 11 Abs. 1 Satz 4 KHEntgG
		70999999	im Rahmen der Zusammenarbeit nach § 3 Abs. 2 der KFPV (0,00 €) oder bei Wiederaufnahme wegen Komplikationen innerhalb der oberen GVD nach § 8 Abs. 5 KHEntgG (0,00 €)

Entgelte bei Überschreiten der oberen GVD nach § 7 Nr. 3 KHEntgG oder tagesbezogene teilstationäre DRG-Fallpauschale ab 2. Tag

Hinweis:	4. Stelle:	0	
	5. – 7. Stelle:	000 ff.	DRG, alphanumerisch
	8. Stelle:	A ff.	Schweregrad, alphanumerisch
Sonderfall:	1. – 8. Stelle	71999999	Entgelt bei Überschreiten der GVD im Rahmen der Zusammenarbeit nach § 3 Abs. 2 der KFPV (150,00 €)

Abschläge bei Verlegungen nach § 1 Abs. 1 Satz 3 KFPV/FPV oder bei Nichterreichen der unteren GVD nach § 1 Abs. 3 Satz 1 KFPV/FPV und Rückforderungen von Abschlägen bei Nichterreichen der unteren GVD nach § 8 Abs. 5 Satz 2 KHEntgG

Hinweis:	4. Stelle:	0	
	5. – 7. Stelle:	000 ff.	DRG, alphanumerisch
	8. Stelle:	A ff.	Schweregrad, alphanumerisch

Zuschläge nach § 7 Nr. 4 KHEntgG

Sonderfall:	4. - 8. Stelle:	00001	Zuschlag nach § 17 b Abs. 1 Satz 6 KHG (ab 01.01.2005)
Hinweis:	4. - 5. Stelle:	01 ff.	Länderschlüssel
	6. - 8. Stelle:	002	Ausbildungszuschlag nach § 17 a Abs. 6 bzw. 9 KHG (ab 01.01.2005)
Sonderfall:	4. - 8. Stelle:	00003	Zuschlag für Begleitperson nach § 17 b Abs. 1 Satz 4 KHG (ab 01.01.2005)

Abschläge nach § 7 Nr. 4 KHEntgG

4. - 8. Stelle:	00001	Abschlag für Nichtbeteiligung an der Notfallversorgung nach § 17 b Abs. 1 Satz 4 KHG (ab 01.01.2005)
-----------------	-------	--

Zusatzentgelte nach § 7 Nr. 2 KHEntgG – Arzneimittel oder nach Anlage 2 oder Anlage 4 KFPV 2004 bzw. nach Anlage 5 oder Anlage 6 FPV oder nach § 6 Abs. 2 oder Abs. 2a KHEntgG

0XXXXX

Hinweis:	3.	Stelle	0	Zusatzentgelte nach § 7 Nr. 2 KHEntgG – Arzneimittel oder nach Anlage 2 oder Anlage 4 KFPV 2004 bzw. nach Anlage 6 FPV
			1	Zusatzentgelt nach § 6 Abs. 2 KHEntgG
			2	Zusatzentgelt nach § 6 Abs. 2a KHEntgG
	3. - 4. Stelle	ZE		Zusatzentgelte nach Anlage 5 FPV
	4. - 5. Stelle:	00		bundesweit
		01 ff.		Länderschlüssel
		9X		bundesweit
	6. - 8. Stelle:	001 ff.		Zusatzentgelt für Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren oder nach Anlage 4 KFPV oder Anlage 6 FPV
			Z01	bundesweit nach Anlage 2 KFPV 2004 Hämodialyse (ZE01)

ZXXXXX

Hinweis:	3.	Stelle	Z	bundesweit nach Anlage 5 FPV
Zusatzentgelte-Katalog nach Anlage 5 FPV				
	4. - 8. Stelle:	E0100		Hämodialyse; OPS 8-854.0
		bis ...		

Siehe Anhang B

Zusatzentgelte nach § 7 Nr. 2 KHEntgG – Dialyse (KFPV 2003)

Hinweis:	4. - 5. Stelle:	01 ff.	Länderschlüssel
	6. - 8. Stelle:	001	
	6. - 8. Stelle:	002	Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis CAPD

Teilstationärer Pflegesatz nach § 9 Abs. 2 KFPV 2004 bzw. § 10 Abs. 2 FPV

Hinweis:	4. Stelle:	
	3	Hauptabteilung (teilstationär)
	5	Belegabteilung (teilstationär)
	5. - 8. Stelle:	Fachabteilungsschlüssel (siehe Schlüssel 6) bei besonderen Einrichtungen: 0010 - 0091
	0000	Krankenhaus (§ 28 Abs. 10 BpflV in der am 31.12.1997 geltenden Fassung oder § 13 Abs. 2 Satz 2, 2. Halbsatz BpflV)
Sonderfall:	1. – 8. Stelle:	
	78999999	teilstationäre Behandlung innerhalb der oberen GVD einer vorherigen vollstationären DRG- Fallpauschale nach § 6 Abs. 2 KFPV 2004 (0,00 EUR) bzw. innerhalb des Zeitraumes bis ein- schließlich drei Tage nach Überschreiten der abgerundeten mittleren Verweildauer nach § 6 Abs. 2 FPV (0,00 EUR)

**Ausnahmeentgelt für teilstationäre DRG-Fallpauschalen aus 2003
nach § 9 Abs. 2 KFPV 2004 bzw. § 10 Abs. 2 FPV**

Hinweis:	4. Stelle:	0	
	5. – 7. Stelle:	000 ff.	DRG 2003, alphanumerisch
	8. Stelle:	A ff.	Schweregrad, alphanumerisch

Entgelte nach § 7 Nr. 5 KHEntgG (§ 6 KHEntgG)

Hinweis:	5. - 8. Stelle:	0001 ff.	fortlaufend je Länderschlüssel, teilstationär
		3001 ff.	fortlaufend je Länderschlüssel, teilstationär in besonderen Einrichtungen
		4001 ff.	fortlaufend je Länderschlüssel, vollstationär in besonderen Einrichtungen
		A01Z ff.	bundesweit, alphanumerisch für nicht kalkulierte DRG

Siehe Anhang B

**Entgelte bei Überschreiten der oberen GVD, Abschläge bei Verlegungen oder bei
Nichterreichen der unteren GVD und Rückforderungen von Abschlägen bei
Nichterreichen der unteren GVD für teilstationäre DRG-Fallpauschalen aus
2003 nach § 9 Abs. 2 KFPV 2004 bzw. § 10 Abs. 2 FPV**

Hinweis:	4. Stelle:	0	
	5. – 7. Stelle:	000 ff.	DRG 2003, alphanumerisch
	8. Stelle:	A ff.	Schweregrad, alphanumerisch

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 BPfIV 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 BPfIV 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 BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs.1 Satz 15 KHG
	18	Rückverlegung
	19	Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung
	20	Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation
	21	Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme
	22	Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung
3. Stelle	1	arbeitsfähig entlassen
	2	arbeitsunfähig entlassen
	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 ist die 3. Stelle mit '9' zu füllen.

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

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

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

Schlüssel 6: Fachabteilungen

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

1. bis 4. Stelle	0100	Innere Medizin
	0200	Geriatrie
	0300	Kardiologie
	0400	Nephrologie
	0500	Hämatologie und internistische Onkologie
	0600	Endokrinologie
	0700	Gastroenterologie
	0800	Pneumologie
	0900	Rheumatologie
	1000	Pädiatrie
	1100	Kinderkardiologie
	1200	Neonatologie
	1300	Kinderchirurgie
	1400	Lungen- und Bronchialheilkunde
	1500	Allgemeine Chirurgie
	1600	Unfallchirurgie
	1700	Neurochirurgie
	1800	Gefäßchirurgie
	1900	Plastische Chirurgie
	2000	Thoraxchirurgie
	2100	Herzchirurgie
	2200	Urologie
	2300	Orthopädie
	2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
	2500	davon Geburtshilfe
	2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
	2700	Augenheilkunde
	2800	Neurologie
	2900	Allgemeine Psychiatrie
	3000	Kinder- und Jugendpsychiatrie
	3100	Psychosomatik/Psychotherapie
	3200	Nuklearmedizin
	3300	Strahlenheilkunde
	3400	Dermatologie
	3500	Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
	3600	Intensivmedizin
		<u>Ergänzung</u>
	2425	Frauenheilkunde
	3700	Sonstige Fachabteilung

Hinweis:

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

Fachabteilungen mit Differenzierung nach Schwerpunkten

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

1. bis 4. Stelle	Fachabteilungen
	0102 Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie
	0103 Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie
	0104 Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie
	0105 Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
	0106 Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie
	0107 Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie
	0108 Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie
	0109 Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie
	0114 Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
	0150 Innere Medizin/Tumorforschung
	0151 Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie
	0152 Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten
	0153 Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes
	0154 Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde
	0156 Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)
	0224 Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde
	0260 Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
	0261 Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
	0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie
	0436 Nephrologie/Intensivmedizin
	0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie
	0524 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde
	0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
	0607 Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie
	0610 Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie
	0706 Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie
	0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie
	0910 Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie
	1004 Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie
	1005 Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
	1006 Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie
	1007 Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie
	1009 Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie
	1011 Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie
	1012 Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie
	1014 Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
	1028 Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie
	1050 Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin
	1051 Langzeitbereich Kinder

- 1136 Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin
- 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
- 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
- 1516 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
- 1518 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
- 1519 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie
- 1520 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
- 1523 Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie
- 1536 Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
- 1550 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie
- 1551 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie
- 2021 Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
- 2036 Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
- 2050 Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
- 2120 Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
- 2136 Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
- 2150 Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
- 2309 Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie
- 2315 Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie
- 2402 Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie
- 2405 Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
- 2406 Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie
- 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 2856 Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)
- 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)
- 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
- 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

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'

Beispiele:

- 0100 Innere Medizin A
- 0190 Innere Medizin B
- (0191 Innere Medizin C)
- (0192 Innere Medizin D)
- 1500 Chirurgie I
- 1590 Chirurgie II
- (1591 Chirurgie III)
- (1592 Chirurgie IV)
- 3700 Sonstige Fachabteilung I
- 3790 Sonstige Fachabteilung II
- (3791 Sonstige Fachabteilung III)
- (3792 Sonstige Fachabteilung IV)

Hinweis:

Zusätzlich zu '00' kann in der 3. und 4. Stelle '90' bis '92' 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, 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

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

- 0436 Nephrologie/Intensivmedizin
- 1136 Kinderkardiologie/Intensivmedizin
- 1536 Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
- 2036 Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
- 2050 Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
- 2136 Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
- 2150 Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
- 36xx Intensivmedizin

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

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

Sonderregelung bei festgelegter Fachabteilung, für die ein Schlüssel noch zu vergeben ist

- 9000 bis 9999 siehe Anlage 5

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

C	Kuba	RO	Rumänien
KWT	Kuwait	RUS	Russische Föderation
LAO	Laos, Demokratische Volksrepublik	SAL	Salomonen
LS	Lesotho	WL	Santa Lucia
LV	Lettland	WV	St. Vincent u. die Grenadinen
RL	Libanon	Z	Sambia
LBA	<i>Liberia</i>	WS	Samoa (Westsamoa)
LBY	<i>Libyen</i>	RSM	San Marino
FL	Liechtenstein	SAN	<i>Sansibar</i>
LT	Litauen	STO	<i>Sao Tome und Principe</i>
L	Luxemburg	KSA	Saudi Arabien, Königreich
RM	Madagaskar	S	Schweden
MK	Mazedonien (ehemalige jugoslawische Republik)	CH	Schweiz
MW	Malawi	SN	Senegal
MAL	Malaysia	SRB	<i>Serbien</i>
MDI	<i>Malediven</i>	SY	Seychellen
RMM	Mali	WAL	Sierra Leone
M	Malta	ZW	Simbabwe
MA	Marokko	SGP	Singapur
RIM	Mauretanien	SK	Slowakische Republik
MS	Mauritius	SLO	Slowenien
MEX	Mexiko	SP	Somalia
MIK	<i>Mikronesien, Föderierte Staaten von</i>	E	Spanien
MD	Moldau	SRL	<i>Sri Lanka (Ceylon)</i>
MC	Monaco	STK	<i>St. Kitts und Nevis</i>
MNG	<i>Mongolei</i>	SUD	<i>Sudan</i>
MNE	<i>Montenegro</i>	ZA	Südafrika
MOC	Mosambik	SME	Suriname
MYA	Myanmar (Birma)	SD	Swasiland
NAM	Namibia	SYR	Syrien
NAU	<i>Nauru</i>	TJ	Tadschikistan
NEP	<i>Nepal</i>	EAT	Tansania
NZ	Neuseeland	THA	Thailand
NIC	Nicaragua	RT	Togo
NA	Niederl. Antillen (Curacao)	TT	Trinidad und Tobago
NL	Niederlande	TSD	<i>Tschad</i>
RN	Niger	CZ	Tschechische Republik
WAN	Nigeria	TN	Tunesien
N	Norwegen	TR	Türkei
A	Österreich	TM	Turkmenistan
OM	Oman	EAU	Uganda
PK	Pakistan	UA	Ukraine
PA	Panama	H	Ungarn
PAP	<i>Papua-Neuguinea</i>	ROU	Uruguay
PY	Paraguay	UZ	Usbekistan
PE	Peru	V	Vatikanstadt
RP	Philippinen	YV	Venezuela
PL	Polen	UAE	Vereinigte Arabische Emirate
P	Portugal	USA	Vereinigte Staaten von Amerika
RWA	Ruanda	VN	Vietnam
		RCA	Zentralafrikanische Republik
		CY	Zypern

Schlüssel 8: Merkmal Kostenübernahme

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

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

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

Schlüssel 9: Verarbeitungskennzeichen

- 10 Normalfall
 - 11 Ambulante statt stationäre Abrechnung (durch Krankenhaus, nur für AMBO nach Fallstorno „35“)
 - 16 Leistungen nach § 116b Abs. 2 SGB V (nur für AMBO)
- 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)
- 40 Storno einer Entlassungsanzeige
- 41 Storno einer Entlassungsanzeige wegen Rückverlegung oder Wiederaufnahme

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
- Hinweise:*
 - 04, 06 Gelangt für Fälle zur Anwendung, bei denen ohne vorhergehenden Aufnahmesatz oder Kostenübernahmesatz eine Rechnung übermittelt wird.
 - 05 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.

Schlüssel 11: Rechnungsart

1. Stelle
- 0 Zahlungssatz wird nicht angefordert
 - 5 Zahlungssatz wird angefordert (nicht bei 2. Stelle 4 bis 8)
 - 8 Zuzahlungsgutschrift (nur für Zuzahlungsgutschrift / -rückforderung)
 - 9 Rückforderung von Zuzahlungen (nur für Zuzahlungsgutschrift / -rückforderung)
2. Stelle
- 0 (nur für Zuzahlungsgutschrift / -rückforderung)
 - 1 Zwischenrechnung
 - 2 Schlussrechnung
 - 3 Nachtragsrechnung
 - 4 Gutschrift / Stornierung
 - 6 Zahlungserinnerung
 - 7 1. Mahnung
 - 8 2. Mahnung
 - 9 Vorausberechnung nach § 14 Abs. 4 BPfIV bzw. § 14 Abs. 9 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

Schlüssel 12: Versichertenstatus

1. Stelle
- Versichertenart
- 1 Mitglied
 - 3 Familienversicherter
 - 5 Rentner und deren Familienangehörige
2. Stelle
- Stichprobenzuordnung - Teilnahme
- 0 Versicherter nimmt nicht an der Stichprobe teil
 - 1 weiblich, ohne Erwerbsunfähigkeits/Berufsunfähigkeits-Rentenbezug
 - 2 männlich, ohne EU/BU-Rentenbezug
 - 3 weiblich, mit EU/BU-Rentenbezug
 - 4 männlich, mit EU/BU-Rentenbezug
 - 5 wie 1, nur vor 1900 geboren
 - 6 wie 2, nur vor 1900 geboren
 - 7 wie 1, nur nach 1999 geboren
 - 8 wie 2, nur nach 1999 geboren
3. u. 4. Stelle
- Stichprobenzuordnung - Geburtsjahr
- 00 und 2. Stelle = 0
Versicherter nimmt nicht an Stichprobe teil
 - 00 - 99 und 2. Stelle > 0
Geburtsjahr JJ

5. Stelle Ost/West -Status oder besonderer Personenkreis
- 1 West
 - 4 Sozialhilfeempfänger, § 264 SGB V
 - 6 BVG inkl. OEG, BSeuchG, SVG, ZHG, HHG, PrVG sowie BEG
 - 7 besonderer Personenkreis
(in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatlichem Recht und niederl. Grenzgänger, die über eine KV-Karte verfügen; nach Aufwand)
 - 8 besonderer Personenkreis
(in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatlichem Recht, die über eine KV-Karte verfügen; pauschal)
 - 9 Ost
 - A eingeschriebene Versicherte in Disease-Management-Programmen für Brustkrebs – RK West
 - C eingeschriebene Versicherte in Disease-Management-Programmen für Brustkrebs – RK Ost
 - M eingeschriebene Versicherte in Disease-Management-Programmen für Diabetes mellitus Typ 2 – RK West
 - X eingeschriebene Versicherte in Disease-Management-Programmen für Diabetes mellitus Typ 2 – RK Ost
 - K eingeschriebene Versicherte in Disease-Management-Programmen für koronare Herzkrankheit – RK West
 - L eingeschriebene Versicherte in Disease-Management-Programmen für koronare Herzkrankheit – RK Ost
 - E eingeschriebene Versicherte in Disease-Management-Programmen für Diabetes mellitus Typ 1 – RK West
 - N eingeschriebene Versicherte in Disease-Management-Programmen für Diabetes mellitus Typ 1 – RK Ost
 - D eingeschriebene Versicherte in Disease-Management-Programmen für Asthma bronchiale – RK West
 - F eingeschriebene Versicherte in Disease-Management-Programmen für Asthma bronchiale – RK Ost
 - S eingeschriebene Versicherte in Disease-Management-Programmen für COPD – RK West
 - P eingeschriebene Versicherte in Disease-Management-Programmen für COPD – RK Ost

Hinweis:

1. - 5. Stelle 99999 (Sonderregelung bei Auslandsversicherten)

Schlüssel 13: Vorschläge für die weitere Behandlung

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

Schlüssel 14: Vorschläge für geeignete Einrichtungen

Hinweis:

Institutionskennzeichen

Schlüssel 15: Zuzahlungskennzeichen

- 1 keine Zuzahlungspflicht
- 2 Zuzahlungsbetrag ist mit Teilabrechnung/Endabrechnung intern verrechnet
- 3 bisher keine/keine vollständige Zuzahlung, gesonderte Information erfolgt schriftlich oder durch Zuzahlungsgutschrift
- 4 Der Versicherte hat trotz schriftlicher Aufforderung keine Zuzahlung geleistet.
Zahlungseinzug durch Krankenkasse (§ 43 b SGB V)

Schlüssel 16: Lokalisation

- R rechts
- L links

B beidseitig

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 „EBM2000 plus“ 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 VdAK/AEV. 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

Anhang A: Durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen

siehe Dokument ANL2A-xx.DOC

Anhang B: Entgeltarten

siehe Dokument ANL2B-xx.DOC

Anhang C: Fehlercodes

siehe Dokument ANL2C-xx.DOC

Anhang D: EBM-Ziffern

siehe Dokument EBM2000-plus-xx.XLS