

Inhaltsverzeichnis

HISTORIE.....	2
SCHLÜSSEL 1: AUFNAHMEGRUND	4
SCHLÜSSEL 2: DURCHGEFÜHRTE REHABILITATIONSMAßNAHMEN.....	4
SCHLÜSSEL 3: EINZELVERGÜTUNG AMBULANTE OPERATION, ERLÄUTERUNG	5
SCHLÜSSEL 4 TEIL I: ENTGELTART STATIONÄR.....	7
SCHLÜSSEL 4 TEIL II: ENTGELTART AMBULANT.....	23
SCHLÜSSEL 4 TEIL III: ENTGELTARTEN BPFLV (BEI ANWENDUNG §17D KHG)	28
SCHLÜSSEL 5: ENTLASSUNGS-/VERLEGUNGSGRUND	35
SCHLÜSSEL 6: FACHABTEILUNGEN	36
SCHLÜSSEL 7: INTERNATIONALES LÄNDERKENNZEICHEN	42
SCHLÜSSEL 8: MERKMAL KOSTENÜBERNAHME.....	45
SCHLÜSSEL 9: VERARBEITUNGSKENNZEICHEN	47
SCHLÜSSEL 10: PRÜFUNGSVERMERK	48
SCHLÜSSEL 11: RECHNUNGSART	50
SCHLÜSSEL 12: VERSICHERTENSTATUS.....	50
SCHLÜSSEL 13: VORSCHLÄGE FÜR DIE WEITERE BEHANDLUNG	52
SCHLÜSSEL 14: VORSCHLÄGE FÜR GEEIGNETE EINRICHTUNGEN.....	52
SCHLÜSSEL 15: ZUZAHLUNGSKENNZEICHEN.....	52
SCHLÜSSEL 16: LOKALISATION	53
SCHLÜSSEL 17: DIAGNOSENSICHERHEIT	53
SCHLÜSSEL 18: WÄHRUNGSKENNZEICHEN	53
SCHLÜSSEL 19: ZUSATZKENNZEICHEN EBM	53
SCHLÜSSEL 20: EBM-ZIFFERN	55
SCHLÜSSEL 21: GESCHLECHT	55
SCHLÜSSEL 22: LEISTUNGSBEREICH (116B).....	55
SCHLÜSSEL 23: PIA-LEISTUNG.....	56
SCHLÜSSEL 24: LEISTUNGSART	57
ANHANG A: DURCHGEFÜHRTE REHABILITATIONSMAßNAHMEN	57
ANHANG B: ENTGELTARTEN.....	58
ANHANG C: FEHLERCODES	58
ANHANG D: EBM-ZIFFERN	58

Version: 68
Vertragsstand: 01.12.1994
Stand der Anlage 27.11.2012
Stand der letzten Anlage 01.01.2013
Anzuwenden ab 01.07.2013

Historie

Version	Status	Datum	Autor/ Redaktion	Abschnitt	Erläuterung
59	abgestimmt	31.03.2011		Schlüssel 3 Einzelvergütung, Schlüssel 4 Teil II Entgeltarten ambulant, Schlüssel 9 Verarbeitungskennzeichen	Anpassung an die 10. Fortschreibung vom 31.03.2011 mit Wirkung zum 01.01.2012
60	abgestimmt	30.06.2011		Schlüssel 4 Teil II: Entgeltart ambulant	Anpassung an den Nachtrag vom 30.06.2011 mit Wirkung zum 01.01.2012
61	abgestimmt	01.12.2011		Schlüssel 4 Teil II: Entgeltart ambulant	Anpassung an den Nachtrag vom 01.12.2011 mit Wirkung zum 01.01.2012
62	abgestimmt	29.02.2012		Schlüssel 6	Anpassung an die Schlüsselfortschreibung vom 29.02.2012
63	abgestimmt	22.06.2012		Schlüssel 3,4,20	Anpassung an den Nachtrag vom 22.06.2012 mit Wirkung zum 01.07.2012
64	abgestimmt	31.03.2012		Schlüssel 23, 24	Auswirkung der 11. Fortschreibung vom 31.03.2012 mit Wirkung zum 01.01.2013
65	abgestimmt	01.08.2012		Schlüssel 4, Schlüssel 24	Anpassung an den Nachtrag vom 01.08.2012 mit Wirkung zum 01.01.2013

66	abgestimmt	01.08.2012		Schlüssel 4 Teil III	Anpassung an den Nachtrag vom 01.08.2012 Entgeltarten BPfIV (Anwendung §17d KHG)
67	abgestimmt	27.11.2012		Schlüssel 4 Teil I, Schlüssel 4 Teil II, Schlüssel 4 Teil III, Schlüssel 5, Schlüssel 24	Anpassung an den Nachtrag vom 27.11.2012 mit Wirkung zum 01.01.2013
68	abgestimmt	27.11.2012		Schlüssel 4 Teil II Entgeltart ambulant, Schlüssel 5, Schlüssel 6, Schlüssel 9 Schlüssel 3	Anpassung an den Nachtrag vom 01.08.2012 mit Wirkung zum 01.07.2013 Anpassung an den Nachtrag vom 27.11.2012 mit Wirkung zum 01.07.2013 bzw. 01.01.2014

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

Hinweis:

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

Schlüssel 4 Teil I: Entgeltart stationär

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 BpflV oder Abs. 8 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 oder § 26 BpflV^{*)}
- 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
- 49 Abrechnungsergänzungen
- 50 Berechnung nach BpflV alt
- 51 Fallpauschalen nach § 28 Abs. 2 BpflV in der am 31.12.1999 geltenden Fassung
- 52 Sonderentgelte nach § 28 Abs. 2 BpflV 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 Abrechnungsergänzungen**

- 1 Zuschläge für Zentren und Schwerpunkte
- 2 Abschläge für Zentren und Schwerpunkte (für Korrekturen)

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 Abschlags 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)
- 8 Belegarzt mit Honorarvertrag

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
8. 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.

*) 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 BPfIV in der am
31.12.1997 geltenden Fassung oder
§ 13 Abs. 2 Satz 2 2. Halbsatz BPfIV)

Fallpauschalen

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

02010 Struma, ...
bis ...

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

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 desDKG-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

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

Wahlleistung Unterkunft (gilt nur für Knappschaft)*

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

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

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

<i>Hinweis:</i>	4. - 5. Stelle: 00 (bundesweit)
	01 ff. (Länderschlüssel)
<i>Hinweis:</i>	6. Stelle: 0 allgemeiner Zuschlag ab 2004
	1 ff. (Leistungsstufe nach Stufenkonzept bis 2003; Herz nur eine Stufe)
<i>Hinweis:</i>	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

<i>Hinweis:</i>	4. – 8. Stelle:	'00000'	Zuschlag für gemeinsamen Bundesausschuss (§ 91 Abs. 3 SGB V), teilstationär
		'00001'	Zuschlag für gemeinsamen Bundesausschuss (§ 91 Abs. 3 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
‘20001’	Kostenpauschale für Verwaltungsverfahren
‘20002’	Portokosten für erneute Zustellung zwecks Beweissicherung
‘20003’	Vollstreckungskosten
‘20004’	Gerichtskosten

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 4 KHEntgG
	‘00013’	Abschlag zu Tarifierhöhung nach § 4 Abs. 2a Satz 2 KHEntgG
	‘00014’	Abschlag wegen Konvergenzver- längerung nach § 5 Abs. 6 KHEntgG
	‘00015’	Abschlag für besondere Einricht- ungen 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 krankenhausindividuelle Basisfallwert 2008 noch nicht fest, wird im Rahmen der Weitergeltung der Entgelte ersatzweise der krankenhausindividuelle Basisfallwert 2007 verwendet. Der Abweichungsbetrag wird gemäß § 5 Abs. 6 Satz 4 KHEntgG ausgeglichen.

DRG Systemzuschlag

<i>Hinweis:</i> 4. – 8. Stelle:	‘00001’	vollstationärer Fall
	‘00002’	teilstationärer Fall

Zu- und Abschläge für Zentren und Schwerpunkte

<i>Hinweis:</i>	4. Stelle: '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 hämatonkologisches Zentrum
	'0002'	Herzzentrum
	'0003'	Tumorzentrum
	'0004'	onkologische und neurologische Schwerpunktaufgaben
	'0005'	Kinderonkologisches Zentrum

Hinweis:

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 Berechnungs-schemas 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.

Berechnung nach BPfIV alt

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

Hinweis: 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**

Hinweis: 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	Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen
		25	Nationales ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker (NASA)
		26	Schulungs- und Verbrauchsmaterial
		27	Schulungsprogramm für chronisch obstruktive Bronchitis und Lungenemphysem (COBRA)
	7. - 8. Stelle:	01	Brustkrebs
		02	Diabetes mellitus Typ 2
		03	Koronare Herzkrankheiten
		04	Diabetes mellitus Typ 1
		05	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 3 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	Sicherstellungszuschlag nach § 17 b Abs. 1 Satz 7 KHG (Festbetrag)
Sonderfall:	4. - 8. Stelle:	00002	Sicherstellungszuschlag auf den Basisfallwert nach § 17 b Abs. 1 Satz 7 KHG
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) i.V.m. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3, 1. HS KHEntgG
Sonderfall:	4. - 8. Stelle	00004	Zuschlag Mitaufnahme Pflegekraft nach § 17 b Abs. 1 Satz 4 KHG i.V.m. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3, 2. HS KHEntgG

Hinweis:

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.

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
bundesweit nach Anlage 2 KFPV 2004
Z01 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 BPfIV in der am 31.12.1997 geltenden Fassung oder § 13 Abs. 2 Satz 2, 2. Halbsatz BPfIV)
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 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 Satz 1 1.HS 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. 2 Satz 1 2. HS SGB V

2. Stelle Abrechnungsart

0 EBM

3. Stelle	0	ohne Differenzierung
	B	Einbeziehung von Bezugsperson(en) des Patienten gemäß § 14 Abs. 5 Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage zum BMV-Ä bzw. EKV)
4. – 8. Stelle	01100 ff.	EBM-Ziffern, Schlüssel 20

1 Quartalspauschale

3. Stelle	0	ohne Differenzierung
	1	Einmalkontakt
	2	Mehrfachkontakt
	3	Mitbehandlung
	4	Konsiliarleistung
4. – 7. Stelle	0000	keine Differenzierung
	0001	Sprechstundenbedarf
	0002 -	Leistungsart (noch zu definieren)
	0099	
	0100 ff.	Fachabteilung
	4000 ff.	Leistungsart Erwachsene
	5000 ff.	Leistungsart Kinder und Jugendliche
8. Stelle	0	keine Differenzierung
	1	ärztliche Leistung
	2	nichtärztliche Leistung

2 Behandlungspauschale

3. Stelle	0	ohne Differenzierung
	1	Einmalkontakt
	2	Mehrfachkontakt
	3	Mitbehandlung

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

	0001 - 0999	Konkretisierungen
3. Stelle	3	je Behandlungseinheit
4. Stelle	0 1 2	keine Differenzierung Leistungsart Erwachsene Leistungsart Kinder und Jugendliche
5. – 8. Stelle	2000 2001 - 2999	keine Differenzierung Konkretisierungen
5	Pauschale nach Katalog	
3. Stelle	1	krankenhausindividueller Katalog
4. – 8. Stelle	00001 ff.	Katalogwerte
3. Stelle	2	Landeskatalog
4. Stelle	1	Erwachsenenpsychiatrie
5. – 8. Stelle	0001 ff.	Katalogwerte Erwachsenenpsychiatrie
4. Stelle	2	Kinder- und Jugendpsychiatrie
5. – 8. Stelle	0001 ff.	Katalogwerte Kinder- und Jugendpsychiatrie
6	sonstige Pauschale	
3. – 4.	00	keine Differenzierung
5. Stelle	0 1	keine Differenzierung Impfpauschale
6. - 8. Stelle	000 001 002 003 004 005 006 ... 100-199 200-299 300-399 400-499 500-599 600-699	keine Differenzierung Notfallpauschale Abklärungsuntersuchung Kinderpauschale ab 60 Behandlungstage medizinisch-therapeutische Leistungen Einsatzpauschale für Notfälle außerhalb des Krankenhauses Notfallbehandlung in der Zentralen Notfallaufnahme ... Einfachimpfung Zweifachimpfung Dreifachimpfung Vierfachimpfung Fünffachimpfung Sechsfachimpfung

7	Integrierte Versorgung (ambulante Entgelte)		
	3. Stelle	1 2 4 5 6 7	Ortskrankenkassen Ersatzkassen Betriebskrankenkassen Innungskrankenkassen Knappschaft 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 01 02 03 04 05	allgemeiner Zuschlag Laborpauschale Heilmittelpauschale bildgebende Verfahren Verbrauchsmaterial besondere Krankheiten
	5. – 8. Stelle	0000 0001 ff. 0100 ff.	keine Differenzierung Konkretisierungen Fachabteilung
9	Abschlag		
	3. Stelle	0 1	allgemeiner Abschlag Abschlag bei Mehrleistungen
	4. Stelle	0	keine Differenzierung
	5. – 8. Stelle	0000 0100 ff.	keine Differenzierung Fachabteilung

Hinweise:

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

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

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

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

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

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

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 reserviert
- 5 Zusatzentgelte nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog § 7 Satz 1 Nr. 2 BPfIV [E2]
- 6 Zuschläge [u.a. gemäß KHG]
- 7 Abschläge [u.a. gemäß KHG]
- 8 krankenhausindividuell vereinbarte Entgelte [E.1|E3.3.]
- 9 krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte [E3.2]
- A Entgelte für Modellvorhaben § 64b Abs. 1 SGB V

- B Entgelte für besondere Einrichtungen [ab 2017]
§ 7 Satz 1 Nr. 4 BpflV
- C Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden [ab 2017]
§ 7 Satz 1 Nr. 5 BpflV
- D Teilzahlungsentgelte § 11 Abs. 1 Satz 3 BpflV
- E gesonderte Entgelte für Patientinnen/Patienten von Belegärzten
§ 8 Abs. 2 BpflV
- F Entgelte für Integrierte Versorgung
- V vorstationäre Behandlung
- N nachstationäre Behandlung

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

Entgeltbezug

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

Zusatzinformation

8. Stelle 1 Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsstufe 1
2 Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsstufe 2
3 Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsstufe 3
4 Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsstufe 4
5 Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsstufe 5

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

Entgeltbezug

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

Zusatzinformation

8. Stelle 0 reserviert

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 5 [Zusatzentgelt nach Katalog]

Entgeltbezug

3. Stelle Z reserviert

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

Zusatzinformation

8. Stelle 0 reserviert

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

Entgeltbezug

3. Stelle	1	Tagesbezogene Zuschläge	
	4.-8. Stelle	00000	Zuschlag Begleitperson [§ 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 1. HS BPfIV]
		00001	Zuschlag Mitaufnahme Pflegekraft [§ 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 2. HS BPfIV]
		00002	Investitionszuschlag bis 2014 [§8 Abs. 3 BPfIV]
3. Stelle	2	Fallbezogene Zuschläge	
	4.-8. Stelle	00000	Ausbildungszuschlag [§17a Abs. 6 KHG]
		00001	Zuschlag Teilnahme an der regionalen Versorgungsverpflichtung
		00002	reserviert
		00003	Zuschlag Qualitätssicherung [§17b Abs. 1 Satz 5 KHG]
		00004	Zuschlag Sicherstellung [§17b Abs. 1 Sätze 6-9 KHG]
		00005	DRG-Systemzuschlag [§17b Abs. 5 KHG]
		00006	Zuschlag Gemeinsamer Bundesausschuss [§ 91 Abs. 3 Satz 1 SGB V]
		00007	Zuschlag Institut § 139c SGB V [§139 c Satz 1 SGB V]
		00008	Telematikzuschlag [§ 291a Abs. 7a SGB V]
3. Stelle	3	Sonstige Zuschläge	
	4.-8. Stelle	00000	Kostenpauschale für Verwaltungsverfahren
		00001	Aufwandspauschale bei erfolgloser MDK-Prüfung (§ 275 Abs.1c SGB V)

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

Entgeltbezug

3. Stelle	1	Tagesbezogene Abschläge	
	4.-8. Stelle	00000ff.	
3. Stelle	2	Fallbezogene Abschläge	
	4.-8. Stelle	00000	Korrektur Ausbildungszuschlag
		00001	Abschlag Nichtteilnahme Qualitätssicherung [§ 8 Abs. 4 BPfIV]

00002 Abschlag für Nichtbeteiligung an der
Notfallversorgung [§17b Abs. 1 Satz 4 KHG]

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 8 [krankenhausindividuell vereinbarte PEPP-Entgelte]

Entgeltbezug

- | | | |
|--------------|---|--|
| 3. Stelle | 1 | Tagesbezogene Entgelte [E3.3] Vergütungsstufe 1 |
| | 2 | Tagesbezogene Entgelte [E3.3], Vergütungsstufe 2 |
| | 3 | Tagesbezogene Entgelte [E3.3], Vergütungsstufe 3 |
| | 4 | Tagesbezogene Entgelte [E3.3], Vergütungsstufe 4 |
| | 5 | Tagesbezogene Entgelte [E3.3], Vergütungsstufe 5 |
| 4.-8. Stelle | | 00000ff. |
| 3. Stelle | 8 | Fallbezogene Entgelte [E3.1.] |
| 4.-8. Stelle | | 00000ff. |
| 3. Stelle | 9 | Zeitraumbezogene Entgelte |
| 4.-8. Stelle | | 00000ff. |

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. |

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich B [Entgelte für Besondere Einrichtungen]

Entgeltbezug

- | | | |
|--------------|---|------------------------|
| 3. Stelle | 1 | Tagesbezogenes Entgelt |
| 4.-8. Stelle | | 00000ff. |

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

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich C [NUB-Entgelte]

Entgeltbezug

3. Stelle	0	reserviert
	4.-8. Stelle	00000ff.

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich D [Teilzahlungsentgelte]

Entgeltbezug

3. Stelle	1	Tagesbezogenes Entgelt
	4.-8. Stelle	00001 Teilzahlungsentgelt
		00002 Teilzahlungskorrektur

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich E [Belegpatienten]

Entgeltbezug

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

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich F [Integrierte Versorgung]

Entgeltbezug

3. Stelle	1	Entgelte für Integrierte Versorgung
	2	Abschläge für Entgelte Integrierte Versorgung
4. Stelle	1	Ortskrankenkassen
	2	Ersatzkrankenkassen
	4	Betriebskrankenkassen
	5	Innungskrankenkassen
	6	Knappschaft

5. Stelle	1-Z	individuelle Krankenkassenaufteilung der Verbände (z.B. 1 Barmer GEK, 2 DAK, ... und 1 AOK Nordost, 2 AOK Bayern, ...)
6.-8. Stelle	000ff.	zur freien Verfügung der in Stellen 4. – 5. bezeichneten Krankenkasse

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

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich V [vorstationär]

Entgeltbezug

3. Stelle	0	reserviert			
4.-8. Stelle	92900	Fallbezogene Pauschale	Allgemeine Psychiatrie		
	93000	Fallbezogene Pauschale	Kinder- und Jugendpsychiatrie		
	93100	Fallbezogene Psychosomatik/Psychotherapie		Pauschale	

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 Psychosomatik/Psychotherapie		Pauschale	

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 BPfIV (alt) sind hiervon nicht betroffen.

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

BPflV (§ 17d KHG) Entgeltsystematik

→ tagesbezogen
 ↘ fallbezogen
 ○ zeitraumbezogen

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	Stelle			
A Vollstationärer Behandlungs- bereich oder B Teilstationärer Behandlungs- bereich	1	PEPP					1 – 5 ¹⁾ Vergütungsstufen	Bewertete Entgelte nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog (§ 7 Satz 1 Nr. 1 BPflV)	E1		
	2						6	Zuschlag nach Überschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten (§ 7 Satz 1 Nr. 1 BPflV)			
	3						6	Abschlag nach Unterschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten (§ 7 Satz 1 Nr. 1 BPflV)			
	(leer)										
	A Vollstationärer Behandlungs- bereich oder B Teilstationärer Behandlungs- bereich	1	00000					→	Zuschlag für Begleitperson (§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 1.Hs. BPflV) nur vollstationär		
				00001	1: tagesbezogen				→		Zuschlag Mitaufnahme Pflegekraft (§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 2.Hs. BPflV) nur vollstat.
				00002					→		Investitionszuschlag (bis 31.12.2014)
		6	2	00000					↘	Ausbildungszuschlag nach § 17a Abs. 6 KHG	
				00001					↘	Zuschlag Teilnahme an der regionalen Versorgungsverpflichtung	
				00002					↘	reserviert	
				00003					↘	Zuschlag für Maßnahmen zur Qualitätssicherung	
				00004					↘	Zuschlag für Sicherstellung	
				00005	2: fallbezogen				↘	DRG-Systemzuschlag	
				00006					↘	Zuschlag für Gemeinsamen Bundesausschuss	
				00007					↘	Zuschlag für Institut nach § 139c SGB V	
		3	00000					↘	Kostenpauschale für Verwaltungsverfahren nur vollstationär		
			00001					↘	Aufwandspauschale bei erfolgloser MDK-Prüfung (§ 275 Abs. 1c SGB V)		
		7	2	00000					↘	Korrektur Ausbildungszuschlag	
				00001					↘	Abschlag wegen Nichtteilnahme an der Qualitätssicherung	
				00002					↘	Abschlag wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung	
		8	1 – 5 ¹⁾ Vergütungsstufen	00000ff.					→	Entgelt für krankenhausindividuell vereinbarte Leistungen, <u>tagesbezogen</u> (§ 6 Abs. 1 BPflV)	E3.3
			8	00000ff.					↘	Entgelt für krankenhausindividuell vereinbarte Leistungen, <u>fallbezogen</u> (§ 6 Abs. 1 BPflV)	E3.1
			9	00000ff.					○	Entgelt für krankenhausindividuell vereinbarte Leistungen, <u>zeitraumbezogen</u> (§ 6 Abs. 1 BPflV)	
A			0	00000ff.					→	Entgelt für Modellvorhaben nach § 64b Abs. 1 SGB V	
B			1	00000ff.					→	Entgelt für besondere Einrichtung (§ 17d Abs. 2 Satz 3 BPflV), <u>tagesbezogen</u> (§ 6 Abs. 1 BPflV, ab 2017)	E3.3
			2	00000ff.	3: zeitraumbezogen				↘	Entgelt für besondere Einrichtung (§ 17d Abs. 2 Satz 3 BPflV), <u>fallbezogen</u> (§ 6 Abs. 1 BPflV, ab 2017)	E3.1
			3	00000ff.					○	Entgelt für besondere Einrichtung (§ 17d Abs. 2 Satz 3 BPflV), <u>zeitraumbezogen</u> (§ 6 Abs. 1 BPflV, ab 2017)	
C	0		00000ff.					→	Entgelt für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, ab 2017 (§ 7 Satz 1 Nr. 5 BPflV)		
D	1		00001					→	Teilzahlung (§ 11 Abs. 1 Satz 3 BPflV)		
			00002					→	Teilzahlungskorrektur (§ 11 Abs. 1 Satz 3 BPflV)		
E	1	00000ff.					→	Entgelt für Belegpatienten, <u>tagesbezogen</u> (§ 8 Abs. 3 Satz 6 BPflV)			
	2	00000ff.					↘	Entgelt für Belegpatienten, <u>fallbezogen</u> (§ 8 Abs. 3 Satz 6 BPflV)			
	3	00000ff.					○	Entgelt für Belegpatienten, <u>zeitraumbezogen</u> (§ 8 Abs. 3 Satz 6 BPflV)			
F	1	1-6	1-Z	000ff.				→	Entgelt für Integrierte Versorgung		
	2	1-6	1-Z	000ff.				→	Abschlag für Integrierte Versorgung		
C Stationärer Behandlungs- bereich	V (vor- stationär) oder N (nach- stationär)	0	00000ff.						Entgelte für vor- bzw. nachstationäre Behandlung		
	5	Z	0000ff.			0		Zusatzentgelte nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog (§ 7 Satz 1 Nr. 2 BPflV)	E2		
	9	1	00000ff.					→	krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte, <u>tagesbezogen</u> (§ 6 Abs. 1 BPflV)	E3.2	
		2	00000ff.					↘	krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte, <u>fallbezogen</u> (§ 6 Abs. 1 BPflV)		
3		00000ff.					○	krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte, <u>zeitraumbezogen</u> (§ 6 Abs. 1 BPflV)			

¹⁾ bei fehlender Unterscheidung von Vergütungsstufen: immer „1“

Stand: 20.11.2012

Schlüssel 5: Entlassungs-/Verlegungsgrund

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

* § 4 PEPPV 2013

Hinweis:

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

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

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

Die Angaben '16' und '18' bis '21' in der 1. und 2. Stelle sind nur bei Neueinstufung in Verbindung mit Rückverlegung oder Wiederaufnahme zu verwenden (siehe Anlage 5, Abschnitt 1.4.4) oder '16' und '18' in Verbindung mit Rückverlegung bei Fortführung im BpflV-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	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
	<u>Ergänzung</u>
2316	Orthopädie und Unfallchirurgie
2425	Frauenheilkunde
3700	Sonstige Fachabteilung

Hinweis:

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

Fachabteilungen mit Differenzierung nach Schwerpunkten

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

1. bis 4. Stelle	Fachabteilungen
0102	Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie
0103	Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie
0104	Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie
0105	Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
0106	Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie
0107	Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie
0108	Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie
0109	Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie
0114	Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
0150	Innere Medizin/Tumorforschung
0151	Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie
0152	Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten
0153	Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes
0154	Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde
0156	Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (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
- 2118 Herzchirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
- 2120 Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
- 2136 Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
- 2150 Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
- 2309 Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie
- 2315 Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie
- 2402 Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie
- 2405 Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
- 2406 Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie
- 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 2856 Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (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)
- 3110 Psychosomatik/Psychotherapie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychosomatik
- 3160 Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
- 3161 Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)
- 3233 Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlentherapie
- 3305 Strahlentherapie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
- 3350 Strahlentherapie/Schwerpunkt Radiologie
- 3460 Dermatologie/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 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 BPflV-Bereich*

* Hinweis:

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

Fachabteilungsschlüssel, bei denen nach BPflV 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 BPflV 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

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

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

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

Schlüssel 8: Merkmal Kostenübernahme

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

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

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

Schlüssel 9: Verarbeitungskennzeichen

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

48 Stornierung Abrechnung nach § 117 Abs. 2 Satz 1 1. HS SGB V (nur für AMBO)

Schlüssel 10: Prüfungsvermerk

1. und 2. Stelle 01 Rechnungsbetrag wird angewiesen
02 Rechnung wird zur Zeit geprüft (Zahlung / Abweisung erfolgt unverzüglich)
03 Rechnung wurde bereits bezahlt
04 Krankenkasse ist nicht Kostenträger
05 Rechnungsbetrag wird teilweise angewiesen
06 Es handelt sich bei der Erkrankung um einen Arbeitsunfall bzw. um eine Berufskrankheit. Berufsgenossenschaft ist zuständig
07 Es handelt sich um einen BVG-Fall, einen Grenzgänger oder einen Auslands-Versicherten oder einen sonstigen Regreßfall. Rechnung bitte zusätzlich in Papierform
11 Rechnungsbetrag wird angewiesen
12 Rechnung wird zur Zeit geprüft (Zahlung / Abweisung erfolgt unverzüglich)
13 Rechnung wurde bereits bezahlt
15 Rechnungsbetrag wird teilweise angewiesen
21 Rechnungsbetrag wird angewiesen, Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
22 Rechnung wird zur Zeit geprüft (Zahlung / Abweisung erfolgt unverzüglich), Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
23 Rechnung wurde bereits bezahlt, Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
25 Rechnungsbetrag wird teilweise angewiesen, Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
31 Rechnungsbetrag wird angewiesen, Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
32 Rechnung wird zur Zeit geprüft (Zahlung / Abweisung erfolgt unverzüglich), Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
33 Rechnung wurde bereits bezahlt, Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
35 Rechnungsbetrag wird teilweise angewiesen, Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
41 Rechnungsbetrag wird angewiesen, Belege über entstandene Kosten sind gesondert zur Verfügung zu stellen
42 Rechnung wird zur Zeit geprüft (Zahlung / Abweisung erfolgt unverzüglich), Belege über entstandene Kosten sind gesondert zur Verfügung zu stellen
43 Rechnung wurde bereits bezahlt, Belege über entstandene Kosten sind gesondert zur Verfügung zu stellen
45 Rechnungsbetrag wird teilweise angewiesen, Belege über entstandene Kosten sind gesondert zur Verfügung zu stellen

- 51 Rechnungsbetrag wird angewiesen, Belege über entstandene Kosten und Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 52 Rechnung wird zur Zeit geprüft (Zahlung / Abweisung erfolgt unverzüglich), Belege über entstandene Kosten und Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 53 Rechnung wurde bereits bezahlt, Belege über entstandene Kosten und Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 55 Rechnungsbetrag wird teilweise angewiesen, Belege über entstandene Kosten und Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 61 Rechnungsbetrag wird angewiesen, Beleg über Unzustellbarkeit ist gesondert zur Verfügung zu stellen
- 62 Rechnung wird zur Zeit geprüft (Zahlung / Abweisung erfolgt unverzüglich), Beleg über Unzustellbarkeit ist gesondert zur Verfügung zu stellen
- 65 Rechnungsbetrag wird teilweise angewiesen, Beleg über Unzustellbarkeit ist gesondert zur Verfügung zu stellen

Hinweise:

- 04, 06 Gelangt für Fälle zur Anwendung, bei denen ohne vorhergehenden Aufnahmesatz oder Kostenübernahmesatz eine Rechnung übermittelt wird.
- 05, 15, 25, 35, 45, 55, 65 Gelangt für Fälle zur Anwendung, bei denen die Krankenkasse im Rahmen der Gesetzeslage, des Landesvertrages und aktueller Rechtsprechung eine vom Rechnungsbetrag abweichende Zahlung vornimmt, sowie für Fälle, in denen die Rechnung anerkannt wird und eine Kürzung auf Grund eines Abschlages erfolgt.
- 11 - 65 Gelangt nur bei vollstationären Fällen zur Anwendung.
Die Schlüssel mit der Ausprägung 1 in der ersten Stelle können parallel zu den inhaltsgleichen Schlüsseln mit der Ausprägung 0 in der ersten Stelle und die Schlüssel mit der Ausprägung 2 in der ersten Stelle können parallel zu den inhaltsgleichen Schlüsseln mit der Ausprägung 3 in der ersten Stelle verwendet werden.

Schlüssel 11: Rechnungsart

1. Stelle
- 0 Zahlungssatz wird nicht angefordert
 - 5 Zahlungssatz wird angefordert (nicht bei 2. Stelle 4 bis 8)
 - 8 Zuzahlungsgutschrift (nur für Zuzahlungsgutschrift / -rückforderung)
 - 9 Rückforderung von Zuzahlungen (nur für Zuzahlungsgutschrift / -rückforderung)
2. Stelle
- 0 (nur für Zuzahlungsgutschrift / -rückforderung)
 - 1 Zwischenrechnung
 - 2 Schlussrechnung
 - 3 Nachtragsrechnung
 - 4 Gutschrift / Stornierung
 - 6 Zahlungserinnerung
 - 7 1. Mahnung
 - 8 2. Mahnung
 - 9 Vorausberechnung nach § 14 Abs. 4 BpflV bzw. § 14 Abs. 9 BpflV 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 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
- 9 Der Versicherte hat trotz Aufforderung keine/keine vollständige Zuzahlung geleistet; Zuzahlungseinzug durch die Krankenkasse (nur für AMBO und ZAAO)

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

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

Schlüssel 23: PIA-Leistung

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

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

Schlüssel 24: Leistungsart

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

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

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

Anhang A: Durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen

siehe Dokument ANL2A-xx.DOC

Anhang B: Entgeltarten

siehe Dokument ANL2B-xx.DOC

Anhang C: Fehlercodes

siehe Dokument ANL2C-xx.DOC

Anhang D: EBM-Ziffern

siehe Dokument EBMxx.XLS