

Nachtrag vom 24.09.2026

mit Wirkung zum 01.10.2026 bzw. 01.01.2027

zur Fortschreibung der § 301-Vereinbarung

Erläuterungen zu einzelnen Nachträgen

Nachträge 1, 8, 12, 23, 24 (zum 01.01.2027):

Die Vereinbarung nach § 118b SGB V für die Pädiatrischen Institutsambulanzen (PädiA) regelt die Abrechnung und Dokumentation dieser Einrichtungen. Es werden neue Verarbeitungskennzeichen und Einrichtungsarten im Entgeltschlüssel eingeführt. In ENA hat das Krankenhaus die Krankenhausarzt Nummer des jeweils behandelnden Arztes der PädiA anzugeben.

Nachtrag 2, 3, 6b, 9, 10 und 19 (zum 01.01.2027):

Die Vergütungsvereinbarung süV regelt die Abrechnung von Fällen in süV-Einrichtungen. Diese Fälle werden beschrieben. Neue Entgelte sind abrechenbar und neue Aufnahme-, Entlassungs- und Verlegungsgründe werden vereinbart.

Nachtrag 3 (zum 01.01.2027):

Mit dem KHVVG sind neue Datenlieferungen nach § 17b Abs. 3a KHG an das InEK gesetzlich geregelt und bei Nichtlieferung Sanktionen. Mit diesem Entgelt kann die Sanktion über die vereinbarte Fallzahl umgelegt und dies entsprechend in der Budgetverhandlung vereinbart und in der Abrechnung ausgewiesen werden.

Nachtrag 4 und 13 (zum 01.01.2027):

Es werden weitere Differenzierungen der DMP-Entgeltschlüssel und im Versichertenstatus notwendig.

Nachtrag 5 und 18 (zum 01.01.2027):

Gemäß Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 9. Sitzung am 3. Juli 2025 Teil A Beauftragung der Zuarbeit der Institute an den ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss gemäß § 115f Absatz 4 Satz 3 SGB V zur Bildung der Datengrundlage für die Festlegung der Hybrid-DRG-Vergütung für das Jahr 2026 gemäß § 115f Absatz 1 Satz 9 SGB V mit Wirkung zum 3. Juli 2025 ist in den Abrechnungsdaten das Datum der postoperativen Nachbehandlung anzugeben. Eine Umsetzung dieses Beschlussinhaltes erfolgt zum 01.01.2027 infolge der Neuvereinbarung der Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung. Erfolgt bei Hybridfällen die Nachbehandlung in den 21 Tagen nach Entlassung durch das die Leistung durchführende Krankenhaus, kann für Fälle ab dem 01.01.2027 ein separates Entgelt in Höhe von 30 EURO abgerechnet werden. In den Abrechnungsdaten ist das Datum der Nachbehandlung anzugeben, bei mehr als einer Behandlung ist der erste Tag anzugeben (siehe Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung für das Jahr 2027).

Nachträge 6a und 7 (zum 01.10.2026):

Mit dem Inkrafttreten des KHAG und damit für aufgenommene Patienten ab dem 15.04.2026 sind die Zusatzentgelte für Coronatestungen nicht mehr abrechenbar. Die betroffenen Entgelte wurden bereits durch eine Schlüssel Fortschreibung beendet und sind nun noch aus der jeweiligen Entgeltart zu streichen. Redaktioneller Hinweis: die grafische Darstellung der Entgelte in Anlage 2 der §301-Vereinbarung wird im Rahmen der Einarbeitung dieser Nachträge entsprechend angepasst.

Gemäß der sich derzeit in der finalen Abstimmung befindlichen Ergänzungsvereinbarung zur FPV 2026 wird das Zusatzentgelt ZE191 unterjährig ab dem 01.10.2026 abrechnungsfähig gemacht.

Nachträge 8, 12 und 22 (Tag des Zugangs ab 01.01.2027):

Ambulanzen an Einrichtungen gemäß § 117 Abs. 3b SGB V, die nach Landesrecht für die Weiterbildung von Psychotherapeuten oder Ärzten in psychotherapeutischen Fachgebieten zugelassen sind (Weiterbildungsambulanzen), sind vom Zulassungsausschuss auf Antrag zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung der Versicherten und der in § 75 Absatz 3 genannten Personen in Behandlungsverfahren, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Absatz 6a anerkannt sind, zu ermächtigen. Für die Vergütung gilt § 120 SGB V entsprechend. Es werden die technischen Voraussetzungen zur Abrechnung geschaffen.

Nachtrag 9 (zum 01.01.2027):

Es wird klargestellt, dass der Schlüssel nur bei beatmeten Patienten zu verwenden ist, die unter die B-BEP-Regelungen fallen.

Nachtrag 11 (zum 01.01.2027):

Es gab Anpassungen bei den KfZ Kürzeln. Es wird auf die im Datenaustausch zu referenzierende Liste verwiesen (Anlage 8 DEÜV).

Nachtrag 14 und 21 (zum 01.01.2027):

Die Kodierung einer beidseitigen Lokalisation ist für Aufnahmen ab dem 01.01.2026 nur noch bei Diagnoseangaben zu verwenden. Im Rahmen der redaktionellen Pflege der § 301-Vereinbarung werden Bezüge zur beidseitigen Lokalisation von OPS Codes korrigiert (z.B. Anlage 5 Durchführungshinweise).

Nachtrag 15 (zum 01.10.2026) für Zugang ab 01.07.2026:

Die ASV-Leistungsbereiche sind um die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Kurzdarmsyndrom und die Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit angeborenen Skelettsystemfehlbildungen zu ergänzen.

Nachtrag 16 (zum 01.10.2026):

Einige Studien können gestrichen werden, da die Voraussetzungen nicht erfüllt wurden und weitere sind zu ergänzen. Die Ausprägung S21 und S22 sind rückwirkend für Fälle ab dem 01.07.2026 möglich.

Nachtrag 17 (zum 01.10.2026):

Es gab Anpassungen bei den Datenannahmestellen der Kostenträger. Diese sind umzusetzen.

Nachtrag 20 (zum 01.01.2027):

Es wird redaktionell der Verweis auf die Vereinbarung zum DSO-Budget nach § 7 des Koordinierungsstellenvertrages gemäß § 11 TPG angepasst.

Nachtrag 25 (zum 01.01.2027):

In den Fällen, in denen das Krankenhaus die vor- oder nachstationäre Behandlung in den Räumen einer Arztpraxis erbringt, wird die entsprechende BSNR der Arztpraxis angegeben.

Nachtrag 26 (zum 01.01.2027):

Es erfolgt eine Korrektur des Berechnungsschemas für die Entgelte A|B7200048 vom Nachtrag vom 09.04.2024. Die darin enthaltenen Teilzahlungsentgeltkorrekturen sind zu streichen. Die Abschlagssumme hat sich auf die Entgelte in der Schlussrechnung zu beziehen.

Nachträge zu Anlage 1

Nachtrag 1

Rechnungssatz Ambulante Operation (AMBO)

...	...			
ENA	Segment Entgelt Ambulante OP	M	an3	'ENA' (999x möglich)
1	Entgeltart	M	an8	Schlüssel 4 Teil II
2	Zusatzkennzeichen EBM	K	an3	Schlüssel 19
3	Abrechnungsbegründung	K	an..70	Text
4	in Honorarsumme für Pauschale enthalten	K	a1	„J“ wenn in Honorarsumme für die Berechnung der Pauschale nach AOP-Vertrag enthalten, nur für § 115b, sonst leer
5	Tag der Behandlung	M	an8	JJJJMMTT
6	Punktzahl	K	n..6	999999
7	Punktwert	K	n..8	99,999999 Cent
8	Entgeltbetrag	M	n..10	99999999,99 (Einzelbetrag)
9	Entgeltanzahl	M	n..3	
10	Doppeluntersuchung	K	an1	„J“ bei Doppeluntersuchung, sonst leer
11	Teammitgliedsidentifikation	K	an9	Muss angegeben werden bei § 116b (neu) Fachgruppennummer und §118b PädIA KHANR, bei KH: Fachgruppennummer
12	Teamebene	K	an2	Muss angegeben werden bei § 116b (neu), Schlüssel 25

Nachträge zu Anlage 2

Nachtrag 2

Schlüssel 1: Aufnahmegrund

1. u. 2. Stelle	01	Krankenhausbehandlung, vollstationär
	02	Krankenhausbehandlung vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung
	03	Krankenhausbehandlung, teilstationär
	04	Vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung
	05	Stationäre Entbindung
	06	Geburt
	07	Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003
	08	Stationäre Aufnahme zur Organentnahme
	09	- frei -
	10	Stationsäquivalente Behandlung
	11	Übergangspflege
	12	Krankenhausbehandlung nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG)
	13	reserviert
	14	Krankenhausbehandlung nach § 115g SGB V (süV), vollstationär
	15	Krankenhausbehandlung nach § 115g SGB V (süV), teilstationär
3. u. 4. Stelle	01	Normalfall
	02	Arbeitsunfall / Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V)
	03	Verkehrsunfall / Sportunfall / Sonstiger Unfall (z. B. § 116 SGB X)
	04	Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt
	05	- frei -
	06	Kriegsbeschädigten-Leiden / BVG-Leiden
	07	Notfall
	08	Erprobungsleistungen nach § 137e SGB V
	Bei Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers: 21 bis 27 anstelle 01 bis 07	

Hinweis:

...

Im Rahmen der süV ist der Aufnahmegrund 14 bzw. 15 (1.-2. Stelle) und 01 (3.-4. Stelle) zu verwenden.

Nachtrag 3

Schlüssel 4 Teil I: Entgeltart stationär

47* - Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG bzw. § 7 Satz 1 Nr. 3 und Satz 2 BPflV und sonstiger Zu- und Abschlag

1. und 2. Stelle		Entgeltschlüssel	
	47	Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG bzw. § 7 Satz 1 Nr. 3 und Satz 2 BPfIV und sonstiger Zu- und Abschlag	
	47XXXXXX	reserviert (extern)	
		...	...
		20004	Gerichtskosten
		3. Stelle	
		2	Abschlag
		4. -8. Stelle	
		00000	intern reserviert
		...	...
		00052	Digitalisierungsabschlag bei Nichtbereitstellung digitaler Dienste (§ 5 Absatz 3h KHEntgG und § 5 Absatz 7 BPfIV)
		00054	Abschlag bei Nichtlieferung an das InEK (§ 17b Abs. 3a KHG, fester Eurobetrag)

Nachtrag 4

Schlüssel 4 Teil I: Entgeltart stationär

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	65	Zusatzentgelt für DMP
		3. -4. Stelle
	01-98	KV-Bezirk (siehe Schlüssel 26)
		5.-6. Stelle
	01	Erstdokumentation
	...	...
	20	Strukturiertes Hypertonie Therapie- und Schulungsprogramm (HBSP)
	21	Schulungsprogramm für Kinder
	22	Schulungsprogramm für Jugendliche
	23	Schulungsmaterial inkl. Diabetes-/Hypertonie-Pass
	24	Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen
	25	Nationales ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker (NASA)
	26	Schulungs- und Verbrauchsmaterial
	27	Schulungsprogramm für chronisch obstruktive Bronchitis und Lungenemphysem (COBRA)
	28	Schulungsprogramm MEDIAS 2
	29	Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen
	30	Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die Insulin spritzen
	31	Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen
	32	Schulungsprogramm Diabetes und Verhalten
	33	Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung (SPOG)
	34	<u>Schulungsprogramm Kardio-Fit</u>
	35	<u>Schulungs- und Verbrauchsmaterial für Schulung Kardio-Fit</u>
	36	<u>Schulungsprogramm PRIMAS</u>
	37	<u>Schulungsprogramm HyPOS (Hypoglykämie - Positives Selbstmanagement)</u>
	38	<u>Schulungsprogramm Jugendliche mit Diabetes (Gruppenschulung)</u>
	39	<u>Schulungsmaterial für die PRIMAS-Schulung</u>
		7.-8.Stelle
	...	...
	11	Osteoporose
	12	Adipositas <u>Erwachsene</u>
	13	<u>Adipositas Kinder und Jugendliche</u>
	...	...

Nachtrag 5

Schlüssel 4 Teil I: Entgeltart stationär

70* - DRG-Fallpauschale nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG bzw. Hybrid-DRG

71* - Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD nach § 1 Abs. 2 Satz 1 FPV oder tagesbezogene teilstationäre DRG-Fallpauschale ab 2. Tag

72* - Abschlag bei Verlegungen nach § 1 Abs. 1 Satz 3 FPV

73* - Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD nach § 1 Abs. 3 Satz 1 FPV

74* - Entgelt für Pflegeerlös/Tag

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	70	DRG-Fallpauschale nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG bzw. Hybrid-DRG nach Anlage 2 Hybrid-DRG-Verordnung
	71	Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD nach § 1 Abs. 2 Satz 1 FPV oder tagesbezogene teilstationäre DRG-Fallpauschale ab 2. Tag
	72	Abschlag bei Verlegung nach § 1 Abs. 1 Satz 3 FPV
	73	Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD nach § 1 Abs. 3 Satz 1 FPV
	74	Entgelt für Pflegeerlös/Tag
		1.-8. Stelle-Sonderfälle für die Bereiche 70 und 74
	70000000	intern reserviert
	70910001	Nachbehandlung Hybrid
	70888888	Teilzahlung nach § 11 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG
	74000000	Intern reserviert (Pflegeentgeltwert)
		3. Stelle
		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 (§18 Abs. 3 KHEntgG)
		9 Hybrid DRG (§115f SGB V)
		4.Stelle
		0 keine weitere Differenzierung bei Hybrid-DRG: ohne postoperative Nachbehandlung
		4 bei Hybrid-DRG: zuzüglich postoperativer Nachbehandlung
		5.-8. Stelle
	A01Aff.	DRG, alphanumerisch

Nachtrag 6a

Schlüssel 4 Teil I: Entgeltart stationär

...

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

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel		
	76	Zusatzentgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2, 3, 5 oder 6 KHEntgG	
		3. Stelle	
		0	Zusatzentgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 oder 5 KHEntgG
		1	Zusatzentgelt nach § 6 Abs. 2 KHEntgG (NUB)
		2	Zusatzentgelt nach § 6 Abs. 2a KHEntgG
			4.-5. Stelle
		00	bundesweit
		01ff.	Länderschlüssel
		9X	bundesweit
			6.-8. Stelle
			000ff. Zusatzentgelt bundesweit nach Anlage 2 KFPV 2004
		3.-4. Stelle	
		ZE	bundesweit nach Anlage 5 FPV
			5.-8. Stelle
		0101ff.	Hämodialyse..., siehe Anhang B
		3.-4. Stelle	
		CT	Zusatzentgelt für Testung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG) und sonstige bundeseinheitliche Zusatzentgelte
			5-8. Stelle
		9990	ZE176 Gabe von Nirsevimab, parenteral, 50 mg oder 100 mg, Alter <1 Jahr
		9991	ZE191 Gabe von Clesrovimab, parenteral, 105mg, Alter < 1 Jahr
		9994	Testungen im Pool mit insgesamt mehr als vier Proben und höchstens 10 Proben
		9995	Testungen im Pool mit insgesamt mehr als zehn Proben und höchstens 20 Proben
		9996	Testungen im Pool mit insgesamt mehr als 20 Proben
		9997	Testung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG) – zur patientennahen Anwendung durch Dritte als PoC Antigentest
		9998	Testung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG) – mittels Labordiagnostik als Antigentest
		9999	Testung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG)

Nachtrag 6b

Schlüssel 4 Teil I: Entgeltart stationär

92* - Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen

1. und 2. Stelle	Entgeltschlüssel	
	92	Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen
		3. Stelle
	0	Vergütung je Tag
		4. Stelle
	0	keine weitere Differenzierung
		5.-8. Stelle
	0001	Sachkostenpauschale § 2 Abs. 3 VergütungsVb süV
	1	Vergütung je Fall
		4. Stelle
	0	keine weitere Differenzierung
		5.-8. Stelle
	0001	fallbezogener Zahlbetrag, Strukturpauschale, § 7 Abs. 2 S. 3 VergütungsVb süV
	0002	Kurzliegerpauschale, Faktor 0,5, § 7 Abs. 2 S. 3 VergütungsVb süV
	0003	Vorläufiger Zahlbetrag, § 7 Abs. 5 S. 4 VergütungsVb süV
	2	Zuschlag
		4. Stelle
	0	keine weitere Differenzierung
		5.-8. Stelle
	0001	Ausgleich für tatsächlich abgerechnete Zahlbeträge, § 7 Abs. 5 S. 2 VergütungsVb süV
	3	Abschlag
		4. Stelle
	0	keine weitere Differenzierung
		5.-8. Stelle
	0001	Ausgleich für tatsächlich abgerechnete Zahlbeträge, § 7 Abs. 5 S. 2 VergütungsVb süV

Nachtrag 7

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

...

Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 5 [Zusatzentgelt nach Katalog]				
	Entgeltbezug			
	3. Stelle	Z	reserviert	
		4.-7. Stelle	0000ff.	Orientierung bei der Entgeltvergabe an Bezeichnung Katalog, alphanumerisch
	Zusatzinformation			
		8. Stelle	0	reserviert
	3. Stelle	C	Zusatzentgelt für Testung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG)	
		4.-8. Stelle	T9994	Testungen im Pool mit insgesamt mehr als vier Proben und höchstens 10 Proben
		4.-8. Stelle	T9995	Testungen im Pool mit insgesamt mehr als zehn Proben und höchstens 20 Proben
		4.-8. Stelle	T9996	Testungen im Pool mit insgesamt mehr als 20 Proben
		4.-8. Stelle	T9997	Testung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG) – zur patientennahen Anwendung durch Dritte als PoC Antigentest
		4.-8. Stelle	T9998	Testung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG) – mittels Labordiagnostik als Antigentest
		4.-8. Stelle	T9999	Testung des Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 26 KHG)

Nachtrag 8

Schlüssel 4 Teil II: Entgeltart ambulant

...

1. Stelle	Einrichtungsart	
	0	Ambulantes Operieren nach § 115b SGB V, Ambulante Behandlung nach § 116b SGB V
	1	-
	2	Hochschulambulanzen nach § 117 Abs. 1. und Abs. 2 SGB V
	3	Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V
	4	Sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V
	5	Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V
	6	Kinderspezialambulanzen (ergänzende fall- oder einrichtungsbezogene Pauschale) nach § 120 Abs. 1a SGB V
	7	Ambulanzen an Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG - § 117 Abs. 3a SGB V <u>sowie nach § 28 PsychThG - §117 Abs. 3 SGB V</u>
	8	Medizinische Behandlungszentren (MBZ) nach § 119c SGB V
	G	Modellvorhaben Genomsequenzierung § 64e SGB V
	<u>P</u>	<u>PädIA nach §118b SGB V</u>
	...	...
	<u>W</u>	<u>Weiterbildungsambulanzen nach § 117 Abs. 3b SGB V</u>

Nachtrag 9

Schlüssel 5: Entlassungs-/Verlegungsgrund

1.u. 2. Stelle	01	Behandlung regulär beendet
	02	Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
	...	...
	22	Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
	23	Beginn eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht (BPfIV-Bereich – für verlegende Fachabteilung)
	24	Beendigung eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht (BPfIV-Bereich – für Pseudofachabteilung 0003)
	25	Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung – § 4 PEPPV)
	26	Beginn eines Zeitraumes ohne direkten Patientenkontakt (stationsäquivalente Behandlung)
	27	Beendigung eines Zeitraumes ohne direkten Patientenkontakt (stationsäquivalente Behandlung – für Pseudofachabteilung 0004)
	30	Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege
	31	Beginn eines externen Aufenthalts (tagesstationäre Behandlung)
	32	Reguläre Beendigung eines externen Aufenthalts bei tagesstationärer Behandlung
	33	Ungeplante Beendigung eines externen Aufenthalts bei tagesstationärer Behandlung - Notfall
	34	Ungeplante Beendigung eines externen Aufenthalts bei tagesstationärer Behandlung – medizinischer Behandlungsbedarf
	35	Ungeplante Beendigung eines externen Aufenthalts bei tagesstationärer Behandlung – Wunsch des Patienten
	36	Verlegung in eine sektorübergreifende Versorgungseinrichtung (süV)
3. Stelle	1	arbeitsfähig entlassen
	2	arbeitsunfähig entlassen
	3	arbeitsfähig: keine Angabe; invasiv beatmet i.S. B-BEP-Abschlagsvereinbarung; keine Verordnung einer Anschlussversorgung zur Beatmungsentwöhnung
	4	arbeitsfähig: keine Angabe; invasiv beatmet i.S. B-BEP-Abschlagsvereinbarung; Verordnung einer Anschlussversorgung zur Beatmungsentwöhnung
	5	arbeitsfähig: keine Angabe; invasiv beatmet; B-BEP-Abschlagsvereinbarung nicht anwendbar; keine Verordnung
	6	arbeitsfähig: keine Angabe; invasiv beatmet; Anwendung §3 Abs. 6 FPV
	9	keine Angabe

...

Hinweis:

Bei Angabe der Ziffern 01 – 04, 14 – 15, ~~und~~ 21 und 36 in der 1. und 2. Stelle muss für erwerbstätige Versicherte die 3. Stelle mit '1' (arbeitsfähig entlassen) oder '2' (arbeitsunfähig entlassen) gefüllt werden; in allen anderen Fällen – sofern es sich nicht um invasiv beatmet entlassene oder verletzte Patienten gemäß § 3 Abs. 6 FPV handelt – ist die 3. Stelle mit '9' zu füllen. Es handelt sich um eine Einschätzung des behandelnden Arztes und stellt keinen verbindlichen Vorgriff auf die abschließende Beurteilung durch den behandelnden Vertragsarzt (AU-Bescheinigung) dar.

Nachtrag 10

Schlüssel 6: Fachabteilungen

...

	3758	Weaningeinheit	
	3759	Schmerztherapie/Tagesklinik	
	3760	Palliativmedizin Kinder	
	<u>3761</u>	<u>süV-Fachabteilung (PseudoFAB)</u>	

Nachtrag 11

Schlüssel 7: Internationales Länderkennzeichen

Die aus 1995 existierende geführte Kfz-Länderkennzeichen wird in der §301-Vereinbarung nicht mehr geführt, sondern auf das Länderkennzeichen der Anlage 8 DEÜV umgestellt und ist hier verfügbar: https://www.gkv-datenaustausch.de/media/dokumente/arbeitgeber/deuev/rundschreiben_anlagen/2025-09-11_Gem_RS_Anlage_8.pdf

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

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

EC	Ecuador
ES	El Salvador
ER	Eritrea
EST	Estland
FR	Faröer (dän.)
FAL	Falklandinseln
FJI	Fidschi
FIN	Finnland
F	Frankreich
GAB	Gabun
WAG	Gambia
GE	Georgien
GH	Ghana
GBZ	Gibraltar
WG	Grenada
GR	Griechenland
GB	Vereinigtes Königreich (Großbritannien)
GBA	Alderney
GBG	Guernsey
GBJ	Jersey
GBM	Insel Man
GCA	Guatemala
GUI	Guinea
GUY	Guyana
RH	Haiti
HN	Honduras
HK	Hongkong
IND	Indien
RI	Indonesien
IRQ	Irak
IR	Iran
IRL	Irland
IS	Island
IL	Israel
I	Italien
JA	Jamaika
J	Japan
JEM	Jemen
JOR	Jordanien
K	Kambodscha
KAM	Kamerun
CDN	Kanada
KZ	Kasachstan
Q	Katar
EAK	Kenia
KS	Kirgisistan
CO	Kolumbien
RCB	Kongo
CD	Kongo, Demokratische Republik
ROK	Korea (Südkorea)
RKS	Kosovo
HR	Kroatien
C	Kuba
KWT	Kuwait

LAO	Laos, Demokratische Volksrepublik
LS	Lesotho
LV	Lettland
RL	Libanon
LBA	<i>Liberia</i>
LBV	<i>Libyen</i>
FL	Liechtenstein
LT	Litauen
L	Luxemburg
RM	Madagaskar
MK	Mazedonien (ehemalige jugoslawische Republik)
MW	Malawi
MAL	Malaysia
MDI	<i>Malediven</i>
RMM	Mali
M	Malta
MA	Marokko
RIM	Mauretanien
MS	Mauritius
MEX	Mexiko
MIK	<i>Mikronesien, Föderierte Staaten von</i>
MD	Moldau
MC	Monaco
MNG	<i>Mongolei</i>
MNE	<i>Montenegro</i>
MOC	Mosambik
MYA	Myanmar (Birma)
NAM	Namibia
NAU	<i>Nauru</i>
NEP	<i>Nepal</i>
NZ	Neuseeland
NIC	Nicaragua
NA	Niederl. Antillen (Curacao)
NL	Niederlande
RN	Niger
WAN	Nigeria
N	Norwegen
A	Österreich
OM	Oman
PK	Pakistan
PA	Panama
PAP	<i>Papua-Neuguinea</i>
PY	Paraguay
PE	Peru
RP	Philippinen
PL	Polen
P	Portugal
RWA	Ruanda
RO	Rumänien
RUS	Russische Föderation
SAL	<i>Salomonen</i>
WL	Santa Lucia

WV	St. Vincent u. die Grenadinen
Z	Sambia
WS	Samoa (Westsamoa)
RSM	San Marino
SAN	Sansibar
STO	Sao Tome und Principe
KSA	Saudi Arabien, Königreich
S	Schweden
CH	Schweiz
SN	Senegal
SRB	Serbien
SY	Seychellen
WAL	Sierra Leone
ZW	Simbabwe
SGP	Singapur
SK	Slowakische Republik
SLO	Slowenien
SP	Somalia
E	Spanien
SRL	Sri Lanka (Ceylon)
STK	St. Kitts und Nevis
SUD	Sudan
ZA	Südafrika
SME	Suriname
SD	Swasiland
SYR	Syrien
TJ	Tadschikistan
EAT	Tansania
THA	Thailand
RT	Togo
TT	Trinidad und Tobago
TSD	Tschad
CZ	Tschechische Republik
TN	Tunesien
TR	Türkei
TM	Turkmenistan
EAU	Uganda
UA	Ukraine
H	Ungarn
ROU	Uruguay
UZ	Usbekistan
V	Vatikanstadt
YV	Venezuela
UAE	Vereinigte Arabische Emirate
USA	Vereinigte Staaten von Amerika
VN	Vietnam
RCA	Zentralafrikanische Republik
CY	Zypern

Nachtrag 12

Schlüssel 9: Verarbeitungskennzeichen

	01	reserviert
	03	reserviert
		<u>Normalfall für Leistungen nach § 64e, § 140a, § 120 Abs. 1a und § 117 Abs. 2 u. 3 SGB V</u>
	05	Leistungen nach § 140a SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO)
	A5	Leistungen nach § 64e SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO)
	06	Leistungen nach § 120 Abs. 1a SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO)
		<u>A6 Leistungen nach § 118b SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO)</u>
	07	Leistungen nach § 117 Abs. 3 <u>und 3a</u> SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO)
		<u>W7 Leistungen nach § 117 Abs. 3b SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO)</u>
	08	Leistungen nach § 117 Abs. 2 SGB V (nur für AMBO und optional für ZAAO)
	09	ambulante Leistungen nach § 137e Abs. 4 Satz 4 SGB V (nur für AMBO)
	10	Normalfall
		11 Ambulante Abrechnung nach § 115b SGBV statt stationäre Abrechnung (nur für AMBO und optional für ZAAO nach Fallstorno „35“)
		12 Ambulante Abrechnung nach § 116b SGBV (alt) statt stationäre Abrechnung (nur für AMBO und optional für ZAAO nach Fallstorno „35“)
	...	...
	41	Storno einer Entlassungsanzeige wegen Rückverlegung oder Wiederaufnahme
		<u>Fallstorno für Leistungen nach § 64e, § 140a, § 116b, § 119c SGB V, § 120 Abs. 1a, § 117 Abs. 2 u. 3 SGB V und § 137e Abs. 4 Satz 4 SGB V</u>
		43 Stornierung Abrechnung spezialfachärztliche Leistungen § 116b SGB V (nur für AMBO)
		44 Stornierung Abrechnung nach § 119c SGB V (nur für AMBO)
		45 Stornierung Abrechnung nach § 140a SGB V (nur für AMBO)
		S5 Stornierung Abrechnung nach § 64e SGB V (nur für AMBO)
		46 Stornierung Abrechnung nach § 120 Abs.1a SGB V (nur für AMBO)
		<u>S6 Stornierung Abrechnung nach § 118b SGB V (nur für AMBO)</u>
		47 Stornierung Abrechnung nach § 117 Abs.3 <u>und 3a</u> SGB V (nur für AMBO)
		<u>S7 Stornierung Abrechnung nach § 117 Abs.3b SGB V (nur für AMBO)</u>
		48 Stornierung Abrechnung nach § 117 Abs. 2 SGB V (nur für AMBO)
		49 Stornierung Abrechnung nach § 137e Abs. 4 Satz 4 SGB V (nur für AMBO)
	75	Information gemäß PrüfvV (nur KAIN und INKA)
	76	Stornierung einer Information gemäß PrüfvV (nur KAIN und INKA)

Nachtrag 13

Schlüssel 12: Versichertenstatus

Teil 3	DMP-Teilnahme
	00 keine DMP- Teilnahme
	01 Diabetes mellitus Typ 2
	02 Brustkrebs
	03 koronare Herzkrankheit
	04 Diabetes mellitus Typ 1
	05 Asthma bronchiale
	06 COPD
	07 Chronische Herzinsuffizienz
	08 Depression
	09 Rückenschmerz
	10 Rheuma
	11 Osteoporose
	12 Adipositas <u>Erwachsene</u>
	<u>13 Adipositas Kinder und Jugendliche</u>
	30 Diabetes Typ 2 und KHK
	31 Asthma und Diabetes Typ 2
	32 COPD und Diabetes Typ 2
	33 COPD und KHK
	34 COPD, Diabetes Typ 2 und KHK
	35 Asthma und KHK
	36 Asthma, Diabetes Typ 2 und KHK
	37 Brustkrebs und Diabetes Typ 2
	38 Diabetes Typ 1 und KHK
	39 Asthma und Diabetes Typ 1
	40 Asthma und Brustkrebs

Nachtrag 14

Schlüssel 16: Lokalisation

	R	rechts
	L	links
	B	Beidseitig*

* Beidseitige Lokalisation ist für Aufnahmen ab dem 01.01.2026 nur bei Diagnoseschlüsseln zu verwenden.

Nachtrag 15

Schlüssel 22: Leistungsbereich (§116b)

...

Leistungen nach §116b SGB V in seiner ab 01.01.2012 geltenden Fassung (wird entsprechend fortgeschrieben -§ 116b (neu))	
1[A-I]0100ff	Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen
...	
1J0100	Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
...	
2[A-O]0100ff	Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen
...	...
2K0100	Marfan-Syndrom
2L0100	pulmonale Hypertonie
<u>2M0100</u>	<u>Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Kurzdarmsyndrom</u>
2N0100	Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation
2O0100	ausgewählte seltene Lebererkrankungen
<u>2P0100</u>	<u>Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit angeborenen Skelettsystemfehlbildungen</u>
...	
3[A-B]0100ff	Hochspezialisierte Leistungen
....	

Nachtrag 16

Schlüssel 32: Studientitel nach § 137e SGB V

S1	AlloRelapseMMStudy: Allogene Stammzelltransplantation bei Multiplen Myelom <u>reserviert</u>
S2	reserviert
S3	LIPLEG: Liposuktion bei Lipödem in den Stadien I, II oder III
S4	MARGI-T: Magnetresonanztomographie-gesteuerte hochfokussierte Ultraschalltherapie beim Uterusmyom
S5	PASSPORT-HF: Überwachung des pulmonalarteriellen Drucks bei Herzinsuffizienz
S6	TES-RP: Transkorneale Elektrostimulation bei Retinopathia Pigmentosa
S7	TOTO: Tonsillektomie versus Tonsillotomie bei rezidivierender akuter Tonsillitis
S8	ENABLE: Patienten- und Versorgungsbezogener Nutzen der Amyloid-PET-Bildgebung
S9	BENTO: Bronchoskopische Lungenvolumenreduktion beim schweren Lungenemphysem mittels Thermoablation
S10	HOT-AAMI: Mikrovaskuläre Reperfusion von Myokardgewebe mittels intrakoronar applizierter, hyperoxämischer Therapie nach primärer perkutaner Koronarintervention bei akutem Vorderwandinfarkt (SSO2-Therapie) <u>reserviert</u>
S11	ISAR-WAVE: Koronare Lithoplastie bei koronarer Herzkrankheit
S12	POSA: Schlafpositionstherapie bei leichter bis mittelgradiger lageabhängiger obstruktiver Schlafapnoe
S13	CAM-P-OS: Selbstanwendung einer aktiven Bewegungsschiene im Rahmen der Behandlung von Sprunggelenkfrakturen
S14	PINGUin: Niedrigdosierter gepulster Ultraschall bei Pseudarthrosen
S15	HIPACO-1: High-Flow-Therapie bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) und chronisch respiratorischer Insuffizienz Typ 1
S16	HIPACO-2: High-Flow-Therapie bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) und chronisch respiratorischer Insuffizienz Typ 2
S17	SMAART: Magnetische Ösophagus-Sphinkter-Augmentation bei Gastroösophagealer Refluxkrankheit
S18	EFeQT: Neuromuskuläre Feedbacktherapie bei Querschnittlähmung
S19	BALDIKA: Medikamentenbeschichteter Ballondilatationskatheter zur transurethralen Behandlung von Harnröhrenstrikturen
S20	TRAVAST: Transkutane Vagusnervstimulation bei pharmakoresistenter Epilepsie
<u>S21</u>	<u>PenTriP: Traktionstherapie bei Induratio Penis Plastica (IPP)</u>
<u>S22</u>	<u>CLEAR-MI: CRP-Apherese bei akutem Herzinfarkt</u>
<u>S23</u>	<u>KAPLAN: Kaltplasmabehandlung bei chronischen Wunden</u>

Nachträge zu Anlage 4

Nachtrag 17

9.1 Annahmestellen bei den Krankenkassen

Die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene haben kassenartenbezogene Stellen zur Datenannahme und -verteilung eingerichtet. Die übermittelten/empfangenen Dateien werden je nach der für die einzelne Kassenart geltenden Konzeption in der Annahmestelle unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Anforderungen entschlüsselt und einer Vorprüfung unterzogen oder an die zur Entschlüsselung berechnigte Vorprüfstelle weitergeleitet.

Die zu übermittelnden Dateien sind je entschlüsselnder Stelle zu erstellen.

Für die einzelnen Kassenarten bestehen folgende Annahme- und Vorprüfstellen:

AOK:

13 Annahmestellen

Jedes Krankenhaus kann die Daten für **alle** Patienten an **eine** Annahmestelle übermitteln. Die Daten sind für jede AOK entsprechend ihrem Zuständigkeitsbereich getrennt zu verschlüsseln (je Landes-AOK, in Nordrhein-Westfalen: Rheinland und Westfalen-Lippe getrennt).

Die Weiterleitung an die zuständige Annahmestelle (siehe unten) erfolgt dann im internen AOK-Netz.

12 Zuständigkeitsbereiche

Bereich / Annahmestelle	Anschrift / Ansprechpartner	IK
AOK NordOst (Berlin)		
gkv informatik – Unternehmen Synergien Fachbereich Inputmanagement	Lichtscheider Straße 89 42285 Wuppertal Telefon: 0202 695 819 08 Fax: 0202 695 820 1908	100696023
AOK Rheinland/Hamburg (Rheinland)		
gkv informatik – Unternehmen Synergien Fachbereich Inputmanagement	Lichtscheider Straße 89 42285 Wuppertal Telefon: 0202 695 819 08 Fax: 0202 695 820 1908	104212516
AOK Niedersachsen		
ARGE AOK RZ Bremen/Niedersachsen	ARGE AOK-Rechenzentrum Bürgermeister-Smidt-Straße 95 28195 Bremen Telefon: 0421 176 1-432051789- 00180 Fax: 0421 176 1-91426	102110939
AOK NordWest (Schleswig-Holstein)		
gkv informatik – Unternehmen Synergien Fachbereich Inputmanagement	Lichtscheider Straße 89 42285 Wuppertal Telefon: 0202 695 819 08 Fax: 0202 695 820 1908	100295017

Bereich / Annahmestelle	Anschrift / Ansprechpartner	IK
AOK Rheinland-Pfalz/Saarland (Saarland)		
IT S Care IT-Services für den Gesundheitsmarkt	Postfach 2101 34606 Schwalmstadt Telefon: 06691 736 119 Fax: 06691 736 314 oder Telefon: 06691 736 134 Fax: 06691 736 314	109319309
AOK NordOst (Mecklenburg Vorpommern)		
gkv informatik – Unternehmen Synergien Fachbereich Inputmanagement	Lichtscheider Straße 89 42285 Wuppertal Telefon: 0202 695 819 08 Fax: 0202 695 820 1908	100295017
AOK Baden-Württemberg		
IT S Care IT-Services für den Gesundheitsmarkt	Schwarzwaldstraße 39 77933 Lahr Telefon: 07821 937 132 Fax: 07821 937 229	108018007
AOK NordOst (Brandenburg)		
gkv informatik – Unternehmen Synergien Fachbereich Inputmanagement	Lichtscheider Straße 89 42285 Wuppertal Telefon: 0202 695 819 08 Fax: 0202 695 820 1908	100696023
AOK Sachsen/Anhalt		
Mobil ISC GmbH	Mobil ISC Raiffeisenstr. 12 31275 Lehrte Telefon: 05132 8629-589 E-Mail: dav-service@mobil-isc.de	101097008
AOK Bayern		
Kubus-IT DAV für AOK Bayern und AOK PLUS	Karl-Marx-Straße 7a 95444 Bayreuth Telefon: 03681 450 87 658 Fax: 0180 2 471002421	108310400
AOK Plus (Thüringen)		
Kubus-IT-DAV für AOK Bayern und AOK PLUS	Sternplatz 7 01067 Dresden Telefon: 03681-450-87-658 Fax: 0180-2-471002421	106198626
AOK Bremen/Bremerhaven		
ARGE AOK RZ Bremen/Niedersachsen	ARGE AOK-Rechenzentrum Bürgermeister-Smidt-Straße 95 28195 Bremen Telefon: 0421 176-1-432051789- 00180 Fax: 0421 176 1-91426	103119199
AOK NordWest (Westfalen-Lippe)		

Bereich / Annahmestelle	Anschrift / Ansprechpartner	IK
gkv informatik – Unternehmen Synergien Fachbereich Inputmanagement	Lichtscheider Straße 89 42285 Wuppertal Telefon: 0202 695 819 08 Fax: 0202 695 820 1908	103411401
AOK Rheinland/Hamburg (Hamburg)		
gkv informatik – Unternehmen Synergien Fachbereich Inputmanagement	siehe Westfalen-Lippe	100295017
AOK Rheinland-Pfalz/Saarland (Rheinland-Pfalz)		
IT S Care IT-Services für den Gesundheitsmarkt	Postfach 2101 34606 Schwalmstadt Telefon: 06691 736 119 Fax: 06691 736 314 oder Telefon: 06691 736 134 Fax: 06691 736 314	107310373
AOK Hessen		
siehe Rheinland-Pfalz	siehe Rheinland-Pfalz	105810615
AOK Plus (Sachsen und Thüringen)		
Kubus-IT DAV für AOK Bayern und AOK PLUS	Sternplatz 7 01067 Dresden Telefon: 03681 450 87 658 Fax: 0180 2 471002-421	107299005

Ersatzkassen:2 Annahmestellen:

- IT-Systems-International-GmbH (ohne Entschlüsselungsberechtigung)
- BITMARCK Service GmbH GMBH (mit und ohne Entschlüsselungsberechtigung)

Im Bereich des vdek gibt es unterschiedliche Verfahren, wo die übermittelten Daten entschlüsselt werden

6 Vorprüfstellen (BITMARCK SERVICE GMBH und selbstprüfende Kassen):

Kürzel	Ersatzkasse	Vorprüfung
BARMER	BARMER	selbst
TK	Techniker-Krankenkasse	selbst
DAK-Gesundheit	-DAK-Gesundheit	Selbst bei BITMARCK GMBH
KKH	KKH-Kaufmännische Krankenkasse	selbst bei BITMARCK GMBH
HEK	Hanseatische Krankenkasse	selbst
hkk	Handelskrankenkasse	bei BITMARCK SERVICE GMBH

Annahmestelle der selbstprüfenden Ersatzkassen TK und HEK mit Ausnahme der DAK-Gesundheit:

T-Systems-International-GmbH

- * ~~für Datenträgerannahme DTV – Datenträgerannahme und Verteilstelle:~~
Business-Connect Services (BCS), Nauheimer Straße 98, 70372 Stuttgart
- * ~~für DFÜ: 0800/3324785 (DAV-Hotline) – dort wird die aktuelle DFÜ-Telefonnummer bekanntgegeben~~

~~Annahmestelle der BARMER, DAK-Gesundheit, der KKH und der hkk (ohne Entschlüsselungsbefugnis):~~

BITMARCK SERVICE GMBH
Lindenallee 6–8
45127 Essen

Name	Anschrift/Ansprechpartner	IK
DAK-Gesundheit	BITMARCK GMBH, Kruppstr. 64, 45145 Essen	104593971
KKH	BITMARCK GMBH, Kruppstr. 64, 45145 Essen	104593971
hkk	BITMARCK GMBH, Kruppstr. 64, 45145 Essen	104027544

Ersatzkasse	Entschlüsselung	Annahmestelle
Techniker Krankenkasse (TK)	selbst	T-Systems International GmbH DAV-Datenträgerannahmestelle Fasanenweg 5 70771 Leinfelden-Echterdingen Tel.: 0800/3324785
BARMER	selbst	IK 104593993 BITMARCK GmbH Kruppstr. 64, 45145 Essen
DAK-Gesundheit	bei BITMARCK GmbH	IK 104593971 BITMARCK GmbH Kruppstr. 64, 45145 Essen
KKH - Kaufmännische Krankenkasse	bei BITMARCK GmbH	IK 104593971 BITMARCK GmbH Kruppstr. 64, 45145 Essen
Handelskrankenkasse (hkk)	bei BITMARCK GmbH	IK 104027544 BITMARCK GmbH Kruppstr. 64, 45145 Essen
HEK - Hanseatische Krankenkasse	selbst	T-Systems International GmbH DAV-Datenträgerannahmestelle Fasanenweg 5 70771 Leinfelden-Echterdingen Tel.: 0800/3324785

Betriebskrankenkassen

2 Annahme und Vorprüfstellen (mit Entschlüsselungsberechtigung)

Name	Anschrift/Ansprechpartner	IK
Betriebskrankenkassen (ohne BKK Mobil Oil und VIACTIV Krankenkasse)	BITMARCK SERVICE GMBH, Lindenallee 6–8, 45127 Essen	ohne 102193212 ohne 102193234104027544

Name	Anschrift/Ansprechpartner	IK
BKK Mobil Oil	Mobil ISC GmbH, Raiffeisenstr. 12, 31275 Lehrte, Telefon 05132 83051-41	102193212
VIActiv Krankenkasse	Mobil ISC GmbH, Raiffeisenstr. 12, 31275 Lehrte, Telefon 05132 83051-41	102193234

Innungskrankenkassen:

1 Annahme- und Vorprüfstelle (mit Entschlüsselungsberechtigung)

Name	Anschrift/Ansprechpartner	IK
Innungskrankenkassen	BITMARCK GMBH, Kruppstr. 64, 45145 Essen	109900019

Knappschaft:

1 Annahme- und Vorprüfstelle der Knappschaft (mit-ohne Entschlüsselungsberechtigung)

Name	Anschrift/Ansprechpartner	IK
Knappschaft	Knappschaft Hauptverwaltung Postfach 100453 45004 Essen	109905003

2 Vorprüfstellen:

(BITMARCK und Knappschaft)

Annahmestelle der Knappschaft:

BITMARCK-SERVICE-GMBH
Lindenallee 6–8
45127 Essen

Landwirtschaftliche Krankenkassen:

1 Annahme- und Vorprüfstelle der landwirtschaftlichen Krankenkassen (mit Entschlüsselungsberechtigung)

Name	Anschrift/Ansprechpartner	IK
Landwirtschaftliche Krankenkassen	BITMARCK GMBH, Kruppstr. 64, 45145 Essen	102109128

BITMARCK-SERVICE-GMBH
Lindenallee 6–8
45127 Essen

Annahme- und Vorprüfstelle der Innungskrankenkassen und der hkk:

BITMARCK-SERVICE-GMBH
Lindenallee 6–8
45127 Essen

Nachträge zu Anlage 5

Nachtrag 18

1.4.16 Abrechnung Spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG) nach § 115f SGB V

Teil 1 Abrechnungen für Übermittlungen ab dem 01.05.2024 für Aufnahmen ab dem 01.01.2024

Die Abrechnung der speziellen sektorengleichen Vergütung erfolgt als eigenständiger Fall sofern der betreffende Fall bei Anwendung des jeweils gültigen aG-DRG-Groupierungsalgorithmus in die betreffende Hybrid-DRG eingruppiert wird. Es gelten die Regelungen der Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung (in seiner jeweils gültigen Fassung) vom 06.02.2024. Maßgeblich für die Abrechnung sind Fälle mit einem Aufnahmezeitpunkt ab dem 01.01.2024.

...

Rechnungssatz:

Als Rechnungsarten finden die gleichen Vorgaben wie im stationären Bereich Anwendung, es gibt keine gesonderten Rechnungsarten. Das Segment ZLG entfällt.

Im `ENT` Segment finden im Feld `Entgeltart` die Entgeltschlüssel aus dem Bereich der Hybrid-DRGs `709#####` Anwendung. An den Stellen 5.-8. wird die Hybrid-DRG (~~Spalte 1 der~~ Anlage 2 Hybrid-DRG-Vereinbarung in seiner jeweils geltenden Fassung) mit der dort angegebenen Bewertung in Euro angegeben. Eine Abrechnung von weiteren Entgelten ist in Verbindung mit der Abrechnung der Hybrid-DRG gemäß Anlage 2 der Hybrid DRG ~~Verordnung Vergütungsvereinbarung insofern~~ ausgeschlossen, als nur für die Nachbehandlung ein separates Entgelt abgerechnet werden darf. Erfolgt eine Nachbehandlung in den 21 Tagen nach Entlassung durchgeführt wird, kann ein separates Entgelt mit dem Entgeltschlüssel 70910001 in Höhe von 30 Euro abgerechnet werden.

Nachtragsrechnungen sind nicht nur für den Fall, das ein Krankenhaus bereits die Hybrid DRG abgerechnet hat, zur Abrechnung dieser Nachbehandlung, zulässig. Im Feld „Entgelt von“ und „Entgelt bis“ ist das Datum der Nachbehandlung anzugeben, bei mehr als einer Behandlung ist der erste Tag anzugeben.

Hinweis: Bei den bestehenden prozentualen Zu- und Abschlägen, bei denen im jeweiligen Berechnungsschema Bezug auf die Entgelte 70xxxxxx bis 74xxxxxx gemäß KHEntgG und FPV genommen wird, sind die Entgelte für Hybrid-DRG (709xxxxx) bei der Ermittlung des Zu-/Abschlagsbetrages nicht zu berücksichtigen.

...

Nachtrag 19

1.4.17 Abrechnung sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen § 115g SGB V

Die Abrechnung der sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen (süV) erfolgt als eigenständiger Fall. Es gelten die Regelungen der Vergütungsvereinbarung süV vom 20.08.2026. Maßgeblich für die Abrechnung sind Fälle mit einem Aufnahmetag ab dem 01.01.2027.

Wird eine Patientin oder ein Patient innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Aufenthalts wieder in dieselbe sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung aufgenommen, so ist eine Zusammenfassung aller in diesen Zeitraum fallenden Falldaten zu einem Fall vorzunehmen.

Die Zusammenfassung von Falldaten erfolgt durch den zuständigen Kostenträger. Für zusammengefasste Fälle wird der fallbezogene Zahlbetrag (Entgelte 92100001 und 92100002) nur einmal abgerechnet.

Im Rahmen der Abrechnung verwendet die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung ihre jeweilige Standortnummer mit der Kennzeichnung „17“ an der Stelle acht und neun.

Bei Verlegung in eine sektorübergreifende Versorgungseinrichtung ist dies durch den Entlassungs- und Verlegungsgrund `36` zu kennzeichnen.

Zusätzlich zu den Vergütungsbestandteilen nach § 2 sind der DRG-Systemzuschlag nach § 17b Absatz 5 KHG und der G-BA-Systemzuschlag nach §§ 91 Absatz 3, 139a und 137a SGB V in Verbindung mit § 139c SGB V sowie der Ausbildungszuschlag nach § 33 Pflegeberufegesetz oder § 17a KHG gesondert abrechenbar.

Für die Abrechnung finden die Nachrichtentypen `Aufnahmesatz`, `Rechnungssatz`, `Entlassungsanzeige`, `Zahlungssatz`, `Krankenhausinformation`, `Krankenkassenantwort`, `Kostenübernahmesatz`, `Sammelüberweisung` und Zuzahlungsgutschrift- /Rückforderung` Anwendung.

Umsetzung in ausgewählten Nachrichtentypen:

Aufnahmedatensatz:

Für die Aufnahme eines Patienten ist ein Aufnahmesatz mit dem Aufnahmegrund `14` oder `15` (Stelle 1-2: Krankenhausbehandlung nach § 115g SGB V (süV)), vom Krankenhaus an die Krankenkasse zu übermitteln.

Entlassungsanzeige:

Es gelten keine gesonderten Vorgaben für die Entlassungsanzeige. Es gelten die Regelungen der Deutschen Kodierrichtlinien in der jeweils aktuellen Fassung. Maßgeblich ist der Tag der Aufnahme in das Krankenhaus. Bei der Entlassung aus einer süV werden die bestehenden Entlassungsgründe genutzt, wobei an Stelle 4 nur die Angaben 1, 2 oder 9 zur Anwendung kommen.

Rechnungssatz:

Als Rechnungsarten finden die gleichen Vorgaben wie im stationären Bereich Anwendung, es gibt keine gesonderten Rechnungsarten.

Im `ENT` Segment finden im Feld `Entgeltart` die entsprechenden Entgeltschlüssel 92* Anwendung. Nachtragsrechnungen sind nicht zulässig.

Nachtrag 20

1.2.7 Entlassungsanzeige

Mit der Entlassungsanzeige meldet das Krankenhaus der Krankenkasse die Entlassung oder externe Verlegung des Versicherten aus der voll- oder teilstationären Behandlung sowie die interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG oder den Wechsel von voll- und teilstationärer Behandlung. Der Entlassungs-/Verlegungsgrund ist nach Schlüssel 5 anzugeben. In Entlassungsmeldungen (Entlassungs-/Verlegungsgrund '01' bis '04', '14' bis '15' und '21') ist mitzuteilen, ob der Versicherte arbeitsfähig oder nicht arbeitsfähig entlassen wurde.

Bei teilstationärer Fortführung einer zunächst vollstationär begonnenen Behandlung (oder umgekehrt) wird als Entlassungs-/Verlegungsgrund des vollstationären (bzw. des teilstationären) Falles der Schlüssel '22' („Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung“) angegeben.

Bei Wiederaufnahme (mindestens 24 Stunden Aufenthalt außerhalb eines Krankenhauses) eines zunächst extern oder in einen anderen Entgeltbereich verlegten Patienten ist als Entlassungs-/Verlegungsgrund des ersten Aufenthaltes in der Entlassungsanzeige des zusammengeführten Falles der Schlüssel '21' („Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme“) anzugeben.

Bei postmortalen Organspenden ist für den Organspender das Datum des Todes als Entlassungsdatum zu melden (siehe [„Vereinbarung über die Durchführungsbestimmungen zur Aufwandserstattung nach § 8 Abs. 2 des Vertrages nach § 11 TPG“](#) ["Vereinbarung zum DSO-Budget nach § 7 des Koordinierungsstellenvertrages gemäß § 11 TPG"](#)). Hiermit wird der Fall für die Direktabrechnung mit der Krankenkasse abgeschlossen.

Nachtrag 21

1.2.8.1 Ambulante Operationen nach § 115b und Behandlungen nach § 116b SGB V

§ 115b SGB V – Ambulante Operationen im Krankenhaus

...

Bei Durchführung von Leistungen des Kapitels 31 des EBM sind die Bestimmungen der Präambel des Anhangs 2 zum EBM zu beachten. Bei Simultaneingriffen ~~ist sind~~ bei beidseitigen Eingriffen an paarigen Organen oder Körperteilen als Prozeduren-Lokalisationsangabe ~~"B"~~ beide Seiten (L und R) immer separat anzugeben. Bei OPS-Kodes mit dem Kennzeichen „P“ für „Paarig“ ist die im Anhang 2 des EBM unter der Rubrik „OP-Leistung“ ausgewiesene Gebührenordnungsposition abzurechnen. Bei der Abrechnung ~~dieser von SimultanE~~ingriffen kommt für diejenigen EBM-Positionen, für die im AOP-Katalog nicht bereits ausdrücklich eine beidseitige Prozedur angegeben, sondern der OPS-Kode mit einem Doppelrichtungspfeil gekennzeichnet ist, bei gesonderten operativen Zugangswegen die zusätzliche Abrechnung einer entsprechenden Zuschlagsposition für eine Überschreitung der Schnitt-Naht-Zeit in Betracht.

...

Nachtrag 22

1.2.8.2 Ambulante Behandlungen nach §§ 117, 118, 119 und 119c SGB V

Die Abrechnung von Leistungserbringern nach §§ 117, 118, 119 und 119c SGB V erfolgt ebenso wie ambulante Operationen mit dem Nachrichtentyp „Rechnungssatz Ambulante Operation“. Das Verarbeitungskennzeichen im FKT-Segment ist hierbei mit „17“, „~~W~~7“, „18“, „19“, „14“, „07“ oder „08“ (Normalfall) anzugeben (Verarbeitungskennzeichen „37“, „~~S~~7“, „38“, „39“, „44“, „47“ oder „48“ für Fallstorno). Das Segment ZLG entfällt bei ambulanten Krankenhausbehandlungen. Die Diagnoseangaben werden durch die Angabe eines Kennzeichens für die Diagnosesicherheit ergänzt. Die Übermittlung von Zwischen- oder Nachtragsrechnungen ist nicht zulässig. Die Abrechnungen erfolgen quartalsweise entsprechend der Vereinbarung nach § 120 Abs. 3 SGB V über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für die Einrichtungen nach §§ 117 bis 119 SGB V.

Bei Abrechnung von vor- bzw. nachstationären Behandlungen in der BpflV (bei Anwendung §17d KHG) ist die gleichzeitige Abrechnung von Entgelten nach §118 SGB V (AMBO) nicht zulässig.

Im BDG-Segment erfolgt die Zuordnung der Behandlung des Versicherten zum jeweiligen Standort anhand der Standortnummer. Es ist der erste Tag der Behandlung am jeweiligen Standort anzugeben. Bei Wechsel des behandelnden Standortes ist ein neues BDG-Segment mit dem ersten Tag der Behandlung am neuen Standort zu übermitteln.

Nachtrag 23

1.2.8.4 Pauschalen für Kinderspezialambulanzen nach § 120 Abs. 1a SGB V und ambulante Behandlung von PädIA nach § 118b SGB V

Die Abrechnung von vereinbarten Pauschalen für Kinderspezialambulanzen nach § 120 Abs. 1a SGB V erfolgt ebenso wie ambulante Operationen mit dem Nachrichtentyp „Rechnungssatz Ambulante Operation“. Der Rechnungssatz enthält in diesem Falle nur ein einziges Entgelt. Das Verarbeitungskennzeichen im FKT-Segment ist hierbei mit „06“ (Normalfall) anzugeben (Verarbeitungskennzeichen „46“ für Fallstorno). Die Übermittlung von Zwischen- oder Nachtragsrechnungen ist nicht zulässig. Im BDG-Segment erfolgt die Zuordnung der Behandlung des Versicherten zum jeweiligen Standort anhand der Standortnummer. Es ist der erste Tag der Behandlung am jeweiligen Standort anzugeben. Bei Wechsel des behandelnden Standortes ist ein neues BDG-Segment mit dem ersten Tag der Behandlung am neuen Standort zu übermitteln.

Die Abrechnung von PädIA nach § 118b SGB V erfolgt ebenso wie ambulante Operationen mit dem Nachrichtentyp „Rechnungssatz Ambulante Operation“. Das Verarbeitungskennzeichen im FKT-Segment ist hierbei mit „A6“ anzugeben (Verarbeitungskennzeichen „S6“ für Fallstorno). Das Segment ZLG entfällt bei ambulanten Krankenhausbehandlungen. Die Diagnoseangaben werden durch die Angabe eines Kennzeichens für die Diagnosesicherheit ergänzt. Die Übermittlung von Zwischen- oder Nachtragsrechnungen ist nicht zulässig.

Bei der Abrechnung der fall- oder einrichtungsbezogenen Pauschalen gemäß § 120 Absatz 1a SGB V sind vom Träger der PädIA in jedem Abrechnungs- und Leistungsfall die KHANR gemäß § 293 Absatz 7 Satz 3 Nummer 1 SGB V des Arztes oder der Ärztin sowie die Angaben gemäß § 295 Absatz 1 SGB V mit den Abrechnungsdaten an die Krankenkassen zu übermitteln. Dies erfolgt in ENA im Feld „Teammitgliedsinformation“. Als Einrichtungsart wird an der 1. Stelle `P` für diese Einrichtungen genutzt.

Innerhalb eines Quartals können in anderen ermächtigten Einrichtungen und Bereichen des gleichen Krankenhauses keine inhaltlich gleichen Leistungen erbracht werden (insb. HSA, SPZ, PIA, AOP, ASV, Leistungen von Kinderspezialambulanzen, auf Basis einer Ermächtigung gemäß § 116 SGB V, teilstationär, vor- und nachstationär), wenn der oder die Versicherte aufgrund derselben Krankheit mit derselben Gesamtzielrichtung behandelt wird und somit ein sachlicher Behandlungszusammenhang besteht.

Im BDG-Segment erfolgt die Zuordnung der Behandlung des Versicherten zum jeweiligen Standort anhand der Standortnummer. Es ist der erste Tag der Behandlung am jeweiligen Standort anzugeben. Bei Wechsel des behandelnden Standortes ist ein neues BDG-Segment mit dem ersten Tag der Behandlung am neuen Standort zu übermitteln.

...

Nachtrag 24

2.8 ENA Segment Entgelt Ambulante Operation (999 x möglich)

...

11. Teammitgliedsidentifikation:

Bei der Abrechnung nach § 116b (neu) übermitteln Krankenhäuser für die behandelnden Krankenhausärzte die 9stellige Fachgruppennummer (vergeben bzw. bestätigt durch die ASV-Servicestelle) je Entgeltart. Die Fachgruppennummer setzt sich wie folgt zusammen: Stellen 1 bis 6: Pseudo-Arztnummer „555555“, Stelle 7 Ordnungsnummer entsprechend der Reihenfolge in der Anzeige an die ASV-Servicestelle (KH-Zähler), Stellen 8 und 9: Fachgruppencode gemäß Schlüssel 27. Sonst bleibt das Feld leer.

Bei der Abrechnung der fall- oder einrichtungsbezogenen Pauschalen der PädIA nach §118b SGB V sind in jedem Abrechnungs- und Leistungsfall die KHANR gemäß § 293 Absatz 7 Satz 3 Nummer 1 SGB V zu übermitteln.

...

Nachtrag 25

2.30 STA Segment Standort

...

1. Standortnummer

Das Feld enthält den Standort des Krankenhauses im jeweiligen Behandlungsfall. Zur Anwendung dürfen nur gültige Standortnummern aus dem Verzeichnis nach § 293 Absatz 6 SGB V kommen. Bei der Abrechnung stationsäquivalenter Behandlungsfälle (Aufnahmegrund `10`) enthält das Feld in den Fällen, in denen das Personal von einem Standort entsendet wird, diesen Standort. In Fällen, in denen mehrere Standorte entsenden und nur in Fällen im Rahmen der Integrierten Versorgung, in denen keine Standortnummer vorhanden ist, ist der Vorgabewert `779999999` zu verwenden. Bei reinen Tageskliniken (teilstationäre Fälle) ist bei der Standortnummer an den letzten 3 Stellen nicht nur die `000` sondern die Angabe von `001` möglich.

Hinweis:

Bei unterbrochenen Behandlungen (z. B. Tage mit vollständiger Abwesenheit, Fallzusammenführungen) am selben Standort innerhalb eines Falles ist nur ein STA-Segment für den gesamten Zeitraum anzugeben.

Bei einer nachstationären Behandlung wird der Krankenkasse in einem STA Segment eine vom Entlassungsstandort abweichende Angabe übermittelt. Diese Übermittlung kann entfallen, wenn der Standort der nachstationären Behandlung dem entlassenden Standort entspricht. Dies gilt für vorstationäre Behandlung analog. In diesen Fällen kann die Standortnummer an den letzten 2 Stellen auch andere Einrichtungstypen enthalten.

In Fällen, in denen das Krankenhaus die vor- oder nachstationäre Behandlung gemäß § 115a Abs.1 Satz 2 SGB V in den Räumen der Arztpraxis erbringt, enthält das Feld die entsprechende BSNR der Arztpraxis.

...

Nachtrag 26

Korrektur Berechnungsschema Abschlag bei Nichtlieferung von Unterlagen und Daten für die Budgetverhandlungen Nachtrag vom 09.04.2024

Für die Berechnung des Abschlages nach (§ 11 Abs. 4 Satz 6 KHEntgG wird der vom Krankenhaus in Rechnung gestellte Abschlagsbetrag wie folgt ermittelt:

[A,B]7200048 ⇒ 01.05.2024 – 31.12.9999 (abrechenbar ab 01.05.2024 für Fälle mit Aufnahmedatum ab 01.05.2024)

1. Für den Abschlag wurde der Entgeltartenschlüssel „A7200048“ und B7200048 „festgelegt“. Dieser wird als Abschlag auf die u.g. Entgeltarten in der Rechnung separat ausgewiesen.
2. Der vom Krankenhaus in Rechnung gestellte Abschlagsbetrag wird wie folgt ermittelt:
 - a. Von dem Brutto-Rechnungsbetrag des Krankenhauses werden, sofern darin enthalten, folgende Entgeltarten für die Bildung des vom Abschlag betroffenen Rechnungsbetrages herangezogen:

[A,B]1* -	Bewertete Entgelte nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog, § 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV [E1]
[A,B]2* -	Zuschlag nach Überschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten, § 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV [E1]
[A,B]3*	Abschlag nach Unterschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten, § 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV [E1]
C4*	Ergänzende Tagesentgelte nach bundesweit vereinbarten Entgeltkatalog, § 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV
C5*	Zusatzentgelte nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog, § 7 Satz 1 Nr. 2 BPfIV [E2]
[A,B]6*	Zuschläge [u.a. gemäß KHG] ohne [A,B]620000[5-8], ohne [A,B]6300001
[A,B]7*	Abschläge [u.a. gemäß KHG] ohne [A,B]7200008, ohne [A,B]7200048, ohne [A,B]730000[8-9]
[A,B]8*	krankenhausindividuell vereinbarte Entgelte [E3.1 E3.3.]
C9*	krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte [E3.2]
CB*	Entgelte für regionale und strukturelle Besonderheiten (RSB) nach § 7 Satz 1 Nr. 4 2. HS BPfIV
CC*	Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden [ab 2017], § 7 Satz 1 Nr. 5 BPfIV
[A,B]D*	Teilzahlungsentgelte § 11 Abs. 1 Satz 3 BPfIV
[A,B]E*	gesonderte Entgelte für Patientinnen/Patienten von Belegärzten, § 8 Abs. 2 BPfIV
...	...