

**Nachtrag vom 1.12.2011  
zur Fortschreibung der § 301-Vereinbarung vom 31.3.2011**

**mit Wirkung zum 1.1.2012  
und 1.7.2012 (Nachtrag 4 Ziffer 4)**

## Nachträge zur Anlage 2

### Nachtrag 1

#### Schlüssel 4 Teil II: Entgeltart ambulant

wird wie folgt geändert:

#### 1. Stelle: Einrichtungsart

- 0 Ambulantes Operieren nach §115b SGB V, Ambulante Behandlung nach §116b SGB V
- 2 Hochschulambulanzen nach § 117 [Abs. 1](#) 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 SGB V](#)

#### 2. Stelle: Abrechnungsart

##### 0 EBM

- 3. Stelle 0
- 4. – 8. Stelle 01100 ff. EBM-Ziffern, Schlüssel 20

##### 1 Quartalspauschale

- 3. Stelle 0 ohne Differenzierung
  - ~~1~~ Erwachsene
  - ~~2~~ Kinder
  - ~~3~~1 Einmalkontakt
  - ~~4~~2 Mehrfachkontakt
  - ~~5~~3 Mitbehandlung
  - ~~6~~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
	<del>1</del>	<del>Erwachsene</del>
	<del>2</del>	<del>Kinder</del>
	<del>3</del> <u>1</u>	Einmalkontakt
	<del>4</del> <u>2</u>	Mehrfachkontakt
	<del>5</del> <u>3</u>	Mitbehandlung
	<u>4</u>	<u>Konsiliarleistung</u>
4. – 7. Stelle	0000	keine Differenzierung
	0001	Sprechstundenbedarf
	0002 –	Leistungsart (noch zu definieren)
	0099	
	0100 ff.	Fachabteilung
	<u>4000 ff.</u>	<u>Leistungsart Erwachsene</u>
	<u>5000 ff.</u>	<u>Leistungsart Kinder und Jugendliche</u>
8. Stelle	0	keine Differenzierung
	1	ärztliche Leistung
	2	nichtärztliche Leistung

**3 Tagespauschale**

3. Stelle	0	ohne Differenzierung
	<del>1</del>	<del>Erwachsene</del>
	<del>2</del>	<del>Kinder</del>
	<del>3</del> <u>1</u>	Einmalkontakt
	<del>4</del> <u>2</u>	Mehrfachkontakt
	<del>5</del> <u>3</u>	Mitbehandlung
	<u>4</u>	<u>Konsiliarleistung</u>
4. – 7. Stelle	0000	keine Differenzierung
	0001	Sprechstundenbedarf
	0002 –	Leistungsart (noch zu definieren)
	0099	
	0100 ff.	Fachabteilung
	<u>4000 ff.</u>	<u>Leistungsart Erwachsene</u>
	<u>5000 ff.</u>	<u>Leistungsart Kinder und Jugendliche</u>
8. Stelle	0	keine Differenzierung
	1	ärztliche Leistung
	2	nichtärztliche Leistung

**4 Pauschale je Behandlungseinheit**

3. Stelle	1	je Stunde
<a href="#">4. Stelle</a>		<a href="#">0</a> <a href="#">keine Differenzierung</a>
		<a href="#">1</a> <a href="#">Leistungsart Erwachsene</a>
		<a href="#">2</a> <a href="#">Leistungsart Kinder und Jugendliche</a>
<del>4</del> 5. - 8. Stelle		1000 keine Differenzierung
		<a href="#">1001 -</a> <a href="#">Konkretisierungen</a>
		<a href="#">1999</a>
3. Stelle	2	je Behandlungstage
<a href="#">4. Stelle</a>		<a href="#">0</a> <a href="#">keine Differenzierung</a>
		<a href="#">1</a> <a href="#">Leistungsart Erwachsene</a>
		<a href="#">2</a> <a href="#">Leistungsart Kinder und Jugendliche</a>
<del>4</del> 5. - 8. Stelle		<del>0000</del> keine Differenzierung
		<del>0001 -</del> <del>1 bis 2 Tage</del> <a href="#">Konkretisierungen</a>
		<a href="#">0999</a>
		<del>0002</del> <del>3 bis 4 Tage</del>
		<del>0003</del> <del>mehr als 4 Tage</del>
<a href="#">3. Stelle</a>	<a href="#">3</a>	<a href="#">je Behandlungseinheit</a>
<a href="#">4. Stelle</a>		<a href="#">0</a> <a href="#">keine Differenzierung</a>
		<a href="#">1</a> <a href="#">Leistungsart Erwachsene</a>
		<a href="#">2</a> <a href="#">Leistungsart Kinder und Jugendliche</a>
<a href="#">5. - 8. Stelle</a>		<a href="#">2000</a> <a href="#">keine Differenzierung</a>
		<a href="#">2001 -</a> <a href="#">Konkretisierungen</a>
		<a href="#">2999</a>

**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		<del>00001</del> ff. Katalogwerte Erwachsenenpsychiatrie
4. Stelle	2	Kinder- und Jugendpsychiatrie
5. - 8. Stelle		<del>00001</del> ff. Katalogwerte Kinder- und Jugendpsychiatrie

**6 sonstige Pauschale**

3. <del>4.</del> Stelle	<u>00</u>	keine Differenzierung
<del>4.</del> 5. Stelle	<del>00</del>	keine Differenzierung
	<del>10</del>	Impfpauschale
	<del>11</del>	<b>Einfachimpfung</b>
	<del>12</del>	<b>Zweifachimpfung</b>
	<del>13</del>	<b>Dreifachimpfung</b>
	<del>14</del>	<b>Vierfachimpfung</b>
	<del>15</del>	<b>Fünffachimpfung</b>
	<del>16</del>	<b>Sechsfachimpfung</b>
6. - 8. Stelle	<u>000</u>	<u>keine Differenzierung</u>
	001	Notfallpauschale
	002	Abklärungsuntersuchung
	003	Kinderpauschale ab 60 Behandlungstage
	<u>004</u>	<u>medizinisch-therapeutische Leistungen</u>
	<u>005</u>	<u>Einsatzpauschale für Notfälle außerhalb des Krankenhauses</u>
	...	
	<del>100ff</del>	<del>Konkretisierungen zu Impfpauschalen</del>
	<u>100-199</u>	<u>Einfachimpfung</u>
	<u>200-299</u>	<u>Zweifachimpfung</u>
	<u>300-399</u>	<u>Dreifachimpfung</u>
	<u>400-499</u>	<u>Vierfachimpfung</u>
	<u>500-599</u>	<u>Fünffachimpfung</u>
	<u>600-699</u>	<u>Sechsfachimpfung</u>

**7 Integrierte Versorgung (ambulante Entgelte)**

<u>3. Stelle</u>	<u>1</u>	<u>Ortskrankenkassen</u>
	<u>2</u>	<u>Ersatzkassen</u>
	<u>4</u>	<u>Betriebskrankenkassen</u>
	<u>5</u>	<u>Innungskrankenkassen</u>
	<u>6</u>	<u>Knappschaft</u>
	<u>7</u>	<u>Landwirtschaftliche Krankenkassen</u>
<u>4.-5. Stelle</u>	<u>01 ff.</u>	<u>individuelle Krankenkassenaufteilung der „Verbände“ (z.B. 01 Barmer-GEK, 02 DAK..., 01 AOK Nordost, 02 AOK Bayern...)</u>
<u>6. - 8. Stelle</u>	<u>000 ff.</u>	<u>zur freien Verfügung der in den Stellen 4.-5. bezeichneten Krankenkasse</u>

**8 Zuschlag**

3. - 4. Stelle	00	allgemeiner Zuschlag
	01	Laborpauschale
	02	Heilmittelpauschale
	03	<del>MRT-Leistungen</del> <a href="#">bildgebende Verfahren</a>
	04	Verbrauchsmaterial
	<a href="#">05</a>	<a href="#">besondere Krankheiten</a>
5. - 8. Stelle	0000	keine Differenzierung
	0001	ff. Konkretisierungen
	0100 ff.	Fachabteilungen

**9 Abschlag**

3. Stelle	0	allgemeiner Abschlag
	1	Abschlag bei Mehrleistungen
4. Stelle	0	keine Differenzierung
5. - 8. Stelle	0000	keine Differenzierung
	0100 ff.	Fachabteilung

**Hinweise:**

Für die Unterscheidung, welchem Abrechnungsbereich (Einrichtungstyp) 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 betten führender Abteilungen unabhängig und ergänzend zu Schlüssel 6 im Entgeltartenschlüssel festgelegt.

**Nachtrag 2**

**Anhang D Anlage 2**

wird wie folgt geändert:

| 01426 Folgeverordnung zur Fortführung der spezialisierten [ambulant](#)en Palliativversorgung

...

| 01754 Abklärungsdiagnostik II einschl. ultraschallgest. Biopsie im Rahmen des Mammographie-

| Screening ... 20090101 2010~~2~~[12](#)31

**Nachtrag 3****Anhang B Teil II Anlage 2**

wird durch die Schlüssel Fortschreibung vom 1.12.2011 ergänzt (ergänzende Entgeltschlüssel) und wie folgt geändert:

<del>21040000</del> <del>21100000</del>	Erwachsene	01.01.2012	31.12.9999
<del>21050000</del> <del>21200000</del>	Kinder <u>und Jugendliche</u>	01.01.2012	31.12.9999
28030000	<del>MRT-Leistungen</del> <u>bildgebende Verfahren</u>	01.01.2012	31.12.9999
220000 <del>4</del> <u>40</u>	Phoniatrie	01.01.2012	31.12.9999
220000 <del>4</del> <u>10</u>	Sprechstundenbedarf	01.01.2012	31.12.9999
<del>28040001</del> <u>28045001</u>	Anästhesiemittel	01.01.2012	31.12.9999
<del>28040002</del> <u>28045002</u>	Inseminationskatheder	01.01.2012	31.12.9999
<del>26001000</del> <del>26010100</del>	Impfpauschale	01.01.2012	31.12.9999
<del>26001100</del> <del>26011100</del>	Einfachimpfung	01.01.2012	31.12.9999
<del>26001101</del> <del>26011101</del>	Diphtherie	01.01.2012	31.12.9999
<del>26001102</del> <del>26011102</del>	Hepatitis B	01.01.2012	31.12.9999
<del>26001103</del> <del>26011103</del>	Virusgrippe	01.01.2012	31.12.9999
<del>26001104</del> <del>26011104</del>	Pertussis	01.01.2012	31.12.9999
<del>26001105</del> <del>26011105</del>	Polio IPV	01.01.2012	31.12.9999
<del>26001106</del> <del>26011106</del>	Masern	01.01.2012	31.12.9999
<del>26001107</del> <del>26011107</del>	Mumps	01.01.2012	31.12.9999
<del>26001108</del> <del>26011108</del>	Röteln	01.01.2012	31.12.9999
<del>26001109</del> <del>26011109</del>	Varizellen	01.01.2012	31.12.9999
<del>26001110</del> <del>26011110</del>	Tetanus oder Tetanusdiphtherie	01.01.2012	31.12.9999
<del>26001111</del> <del>26011111</del>	Tollwut	01.01.2012	31.12.9999
<del>26001112</del> <del>26011112</del>	Frühsommermeningoenzephalitis	01.01.2012	31.12.9999
<del>26001113</del> <del>26011113</del>	Haemophilus influenzae b – Infektion	01.01.2012	31.12.9999
<del>26001114</del> <del>26011114</del>	Pneumokokken-Infektion	01.01.2012	31.12.9999
<del>26001115</del> <del>26011115</del>	Hepatitis A	01.01.2012	31.12.9999
<del>26001116</del> <del>26011116</del>	Meningokokken	01.01.2012	31.12.9999
<del>26001200</del> <del>26012100</del>	Zweifachimpfung	01.01.2012	31.12.9999
<del>26001201</del> <del>26012101</del>	Diphtherie, Tetanus	01.01.2012	31.12.9999
<del>26001202</del> <del>26012102</del>	Masern, Mumps	01.01.2012	31.12.9999
<del>26001203</del> <del>26012103</del>	Haemophilus influenzae b/Hepatitis B	01.01.2012	31.12.9999
<del>26001300</del> <del>26013100</del>	Dreifachimpfung	01.01.2012	31.12.9999
<del>26001301</del> <del>26013101</del>	Masern, Mumps, Röteln	01.01.2012	31.12.9999
<del>26001302</del> <del>26013102</del>	Diphtherie/Haemophilus influenzae b/Tetanus	01.01.2012	31.12.9999
<del>26001303</del> <del>26013103</del>	Diphtherie/Pertussis/Tetanus	01.01.2012	31.12.9999
<del>26001304</del> <del>26013104</del>	Diphtherie/IPV/Tetanus	01.01.2012	31.12.9999
<del>26001400</del> <del>26014100</del>	Vierfachimpfung	01.01.2012	31.12.9999
<del>26001401</del> <del>26014101</del>	Diphtherie/Tetanus/Pertussis/IPV	01.01.2012	31.12.9999
<del>26001402</del> <del>26014102</del>	Diphtherie/Tetanus/Pertussis/Haemophilus influenzae b	01.01.2012	31.12.9999



<del>26001403</del> <del>26014103</del>	Diphtherie/Tetanus/Pertussis/IPV (Auffrischungsimpfung)	01.01.2012	31.12.9999
<del>26001500</del> <del>26015100</del>	Fünffachimpfung	01.01.2012	31.12.9999
<del>26001501</del> <del>26015101</del>	Diphtherie/Tetanus/Pertussis/IPV/Haemophilus influenzae b	01.01.2012	31.12.9999
<del>26001600</del> <del>26016100</del>	Sechsfachimpfung	01.01.2012	31.12.9999
<del>26001601</del> <del>26016101</del>	Diphtherie/Tetanus/Pertussis/IPV/Haemophilus influenzae b/Hepatitis B	01.01.2012	31.12.9999
<del>28040003</del> <del>28045003</del>	Punktionsnadelsysteme	01.01.2012	31.12.9999
<del>31040000</del> <del>31100000</del>	Erwachsene	01.01.2012	31.12.9999
<del>31100001</del> <del>31040001</del>	Erwachsene, ärztliche Leistung	01.01.2012	31.12.9999
<del>31100002</del> <del>31040002</del>	Erwachsene, nichtärztliche Leistung	01.01.2012	31.12.9999
<del>31200000</del> <del>31050000</del>	Kinder <u>und Jugendliche</u>	01.01.2012	31.12.9999
<del>31200001</del> <del>31050001</del>	Kinder <u>und Jugendliche</u> , ärztliche Leistung	01.01.2012	31.12.9999
<del>31200002</del> <del>31050002</del>	Kinder <u>und Jugendliche</u> , nichtärztliche Leistung	01.01.2012	31.12.9999
<del>31300000</del> <del>31100000</del>	Einmalkontakt	01.01.2012	31.12.9999
<del>31400000</del> <del>31200000</del>	Mehrfachkontakt	01.01.2012	31.12.9999
<del>31200020</del> <del>31200060</del>	Zweifachkontakt	01.01.2012	31.12.9999
<del>31200030</del> <del>31200070</del>	Dreifachkontakt	01.01.2012	31.12.9999
<del>31500000</del> <del>31300000</del>	Mitbehandlung	01.01.2012	31.12.9999
32000000	ohne Differenzierung	01.01.2012	31.12.9999
323500000	Mitbehandlung	01.01.2012	31.12.9999
34200001	je <u>1-2</u> Behandlungstage, <del>1-2</del> <del>Tage</del>	01.01.2012	31.12.9999
34200002	je <u>3-4</u> Behandlungstage, <del>3-4</del> <del>Tage</del>	01.01.2012	31.12.9999
34200003	<u>ab 5</u> je-Behandlungstage, <del>ab 5</del> <del>Tage</del>	01.01.2012	31.12.9999
34210001	je <u>1-2</u> Behandlungstage, <del>1-2</del> <del>Tage</del> , Erwachsene	01.01.2012	31.12.9999
34210002	je <u>3-4</u> Behandlungstage, <del>3-4</del> <del>Tage</del> , Erwachsene	01.01.2012	31.12.9999
34210003	<u>je-ab 5</u> Behandlungstage, <del>ab 5</del> <del>Tage</del> , Erwachsene	01.01.2012	31.12.9999
34220001	je <u>1-2</u> Behandlungstage, <del>1-2</del> <del>Tage</del> , Kinder und Jugendliche	01.01.2012	31.12.9999
34220002	je <u>3-4</u> Behandlungstage, <del>3-4</del> <del>Tage</del> , Kinder und Jugendliche	01.01.2012	31.12.9999
34220003	<u>je-ab 5</u> Behandlungstage, <del>ab 5</del> <del>Tage</del> , Kinder und Jugendliche	01.01.2012	31.12.9999
<del>35100000</del>	<del>krankenhausindividueller Katalog</del>	<del>01.01.2012</del>	<del>31.12.9999</del>
35220564	Fahrtzeit dazu bis <u>120-90</u> Minuten	01.01.2012	31.12.9999
35220565	Fahrtzeit dazu bis <u>90-120</u> Minuten	01.01.2012	31.12.9999
<del>51300000</del> <del>51500000</del>	Mitbehandlung	01.01.2012	31.12.9999
<del>52300000</del> <del>52500000</del>	Mitbehandlung	01.01.2012	31.12.9999
<del>6104000</del> <del>61100000</del>	Erwachsene	01.01.2012	31.12.9999
<del>61050000</del> <del>61200000</del>	Kinder <u>und Jugendliche</u>	01.01.2012	31.12.9999
<del>62040000</del> <del>62100000</del>	Erwachsene	01.01.2012	31.12.9999
<del>62050000</del> <del>62200000</del>	Kinder <u>und Jugendliche</u>	01.01.2012	31.12.9999

Folgende Entgeltschlüssel entfallen:

31100001	Entgeltsschlüssel entfällt
31100002	Entgeltsschlüssel entfällt

---

31200001	Entgeltsschlüssel entfällt
31200002	Entgeltsschlüssel entfällt
31300000	Entgeltsschlüssel entfällt
31400000	Entgeltsschlüssel entfällt
31500000	Entgeltsschlüssel entfällt
32500000	Entgeltsschlüssel entfällt
32600000	Entgeltsschlüssel entfällt
61100000	Entgeltsschlüssel entfällt
61200000	Entgeltsschlüssel entfällt
62100000	Entgeltsschlüssel entfällt
62200000	Entgeltsschlüssel entfällt

---

**Nachtrag 4**

Festlegungen zum Fehlerverfahren im Rahmen der ambulanten Abrechnung gemäß § 5 Abs. 3 der Vereinbarung nach § 120 Abs. 3 SGB V.

1. FKT:Verarbeitungskennzeichen

Das Verarbeitungskennzeichen muss mit der Einrichtungsart in ENA:Entgeltart übereinstimmen.

2. Anhang D (Verwendung von VKZ und lfd. Nr.)

Anhang D zu Anlage 5 (Verwendung von VKZ und lfd. Nr.) wird im Rahmen künftiger Aktualisierungen in Abschnitt 5 „Rechnungssatz Ambulante Operation (AMBO) angepasst.

3. INV:Krankenhausinternes Kennzeichen des Versicherten

In einem Quartal sind für einen Versicherten in Abhängigkeit vom jeweiligen medizinischen Behandlungszusammenhang unterschiedliche Behandlungsfälle mit jeweils eigenem KH-internen Kennzeichen des Versicherten entsprechend der Vergütungsvereinbarung abrechenbar. Die Abrechnung innerhalb eines Quartals ist daher nicht ausschließlich auf einen Behandlungsfall begrenzt.

4. NAD:Name des Versicherten und Vorname des Versicherten (**Wirkung ab 1.7.2012**)

Wenn als Behandlungsdiagnose im Segment BDG der Diagnoseschlüssel Z00.5 (Untersuchung eines potentiellen Organ- oder Gewebespenders) oder aber Z52.01 (Stammzellenspender) mit dem OPS 5-410.01 oder OPS 5-410.11 (jeweils in dem Segment PRZ) angegeben ist, können die Versichertenangaben in INV (Krankenversicherten-Nr.) und in NAD (Namensangaben) unterschiedliche Personen bezeichnen: bei Fremdspenden weist das INV-Segment den Empfänger und das NAD-Segment den Spender aus.

5. REC:Tag des Zugangs

Der Tag des Zugangs kann auch in einem Vorquartal liegen, wenn der Fall innerhalb einer Datenübermittlung als „Vorquartalsfall“ enthalten ist.

Als Tag des Zugangs wird der Tag des Erstkontakts im Quartal ausgewiesen.

6. ZLG:Zuzahlungskennzeichen

Als Zuzahlungskennzeichen sind für die Einrichtungen nach §§ 117 bis 119 SGB V die Werte 1, 2, 4, 5 oder 9 möglich.

## 7. PRZ:Prozedur

Die Prozedur muss anhand eines gültigen OPS-Kodes angegeben werden, sofern diese Angabe als Abrechnungsunterlage gemäß § 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V erforderlich ist. Eine OPS-Angabe, die über die Anforderungen des EBM hinausgeht, ist optional möglich. Ist in der Vergütungsvereinbarung ein OPS-Kode für ein Entgelt festgelegt, ist der OPS-Kode bei Abrechnung des Entgelts anzugeben.

## 8. ENA:Entgeltbetrag

Ist in der Vergütungsvereinbarung für die Abrechnung von künstlichen Befruchtungen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ein Entgeltbetrag vereinbart worden, gelten die Festlegungen zur Punktzahl bei Abrechnung von EBM-Ziffern entsprechend: es ist der um 50% gekürzte, kaufmännisch anhand der 3. Nachkommastelle gerundete Entgeltbetrag abzurechnen.