

DATENÜBERMITTLUNG

NACH

§ 301 ABS. 3 SGB V

ERGÄNZT UM DIE FESTLEGUNGEN DER
VEREINBARUNG NACH § 120 ABS. 3 SGB V

STAND: 5. JULI 2013

Deutsche Krankenhausgesellschaft
(Dezernat III)
Wegelystraße 3
10623 Berlin
<http://www.dkgev.de>

Bei aller Sorgfalt bei der Zusammenstellung dieser Dokumentation kann nicht ausgeschlossen werden, dass Fehler enthalten sind. Verbindlich sind die veröffentlichten Dokumente der vereinbarten Fortschreibungen und Nachträge.

Vorbemerkung	9
Datenübermittlungsvereinbarung § 301	15
Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (Auszug §§ 301, 303)	
Datenübermittlungsvereinbarung § 120	21
Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (Auszug §§ 120, 295)	
Anlage 1	
Nachrichten	29
Datensätze für die Datenübermittlung	29
Erläuterung der Datenstrukturen	30
Standardsegmente (FKT, INV, NAD, CUX)	35
Aufnahmesatz (AUFN)	37
Verlängerungsanzeige (VERL)	39
Medizinische Begründung (MBEG)	41
Rechnungssatz (RECH)	43
Entlassungsanzeige (ENTL)	45
Rechnungssatz Ambulante Operation (AMBO)	47
Zuzahlungsgutschrift/-rückforderung (ZGUT)	49
Kostenübernahmesatz (KOUB)	51
Anforderungssatz Medizinische Begründung (ANFM)	53
Zahlungssatz (ZAHL)	55
Zahlungssatz Ambulante Operation (ZAAO)	57
Sammelüberweisung (SAMU)	59
Fehlernachricht (FEHL)	61
Verwendung der Segmente	62
Anlage 2	
Schlüsselverzeichnis	69
Schlüssel 1 Aufnahmegrund	71
Schlüssel 2 Durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen	71
Schlüssel 3 Einzelvergütung, Erläuterung	72
Schlüssel 4 Entgeltarten	73
Schlüssel 5 Entlassungs-/Verlegungsgrund	100
Schlüssel 6 Fachabteilungen	102
Schlüssel 7 Internationales Länderkennzeichen	108
Schlüssel 8 Merkmal Kostenübernahme	112
Schlüssel 9 Verarbeitungskennzeichen	114
Schlüssel 10 Prüfungsvermerk	115
Schlüssel 11 Rechnungsart	117
Schlüssel 12 Versichertenstatus	118
Schlüssel 13 Vorschläge für die weitere Behandlung	119
Schlüssel 14 Vorschläge für geeignete Einrichtungen	119
Schlüssel 15 Zuzahlungskennzeichen	120
Schlüssel 16 Lokalisation	120
Schlüssel 17 Diagnosensicherheit	120
Schlüssel 18 Währungskennzeichen	120
Schlüssel 19 Zusatzkennzeichen EBM	121

Schlüssel 20	EBM-Ziffern	121
Schlüssel 21	Geschlecht	121
Schlüssel 22	Leistungsbereich (116b)	122
Schlüssel 23	PIA-Leistung	124
Schlüssel 24	Leistungsart	124
Anlage 3		
Vordrucke		127
Inhalt der Vordrucke		127
Anlage 4		
Technische Anlage		129
1	Allgemeines	130
2	Teilnahme	130
3	Abwicklung der Datenübermittlung	130
4	Übermittlungsarten	131
4.1	Zeichenvorrat	131
4.1.1	Komprimierung	132
4.1.2	Verschlüsselung (siehe Anhang)	132
4.1.3	Dateiname	132
4.2	Datenfernübertragung	132
4.2.1	Anwendungsorientierte Funktionen	132
4.2.2	Transportorientierte Funktionen	133
4.2.3	Transportsicherung	133
4.2.4	Dokumentation	133
4.3	Datenträgeraustausch	134
4.3.1	Magnetbänder oder Magnetbandkassetten	134
4.3.2	Disketten	134
4.3.3	Transportsicherung	134
4.3.4	Dokumentation	134
5	Austauschformate	136
5.1	Dateibeschreibung	136
5.2	Struktur der Datei	137
6	Fehlerverfahren	140
6.1	Stufe 1 - Prüfung von Datei und Dateistruktur	140
6.2	Stufe 2 - Prüfung der Syntax	140
6.3	Stufe 3 - Formale Prüfung auf Inhalte	141
6.4	Stufe 4 - Prüfung in den Fachverfahren der Krankenkassen	141
6.5	Festlegungen zum Fehlerverfahren nach § 120 Abs. 3 SGB V	141
7	Korrekturverfahren	143
7.1	Funktionalität	143
7.2	Technische Umsetzung	143
7.3	Allgemeine Verfahrensregeln	144
7.4	Änderung von Versichertendaten	148
8	Informationsstrukturdaten	149
8.1	Daten über stationäre Einrichtungen	149
8.2	Kostenträgerdaten	149
9	Datenflüsse	149
9.1	Annahmestellen bei den Krankenkassen	150
10	Testverfahren	153

Anlage 5

Durchführungshinweise 155

1. Hinweise zur Datenübermittlung 157

1.1 Übermittlungsfristen 158

1.2 Übermittlung von Krankenhaus an Krankenkasse 159

1.2.1 Aufnahmesatz 159

1.2.2 Verlängerungsanzeige 161

1.2.3 Medizinische Begründung 161

1.2.4 Rechnungssatz 161

1.2.5 Zahlungserinnerung, Mahnung 168

1.2.6 Zuzahlungsgutschrift/-rückforderung 168

1.2.7 Entlassungsanzeige 169

1.2.8 Rechnungssatz Ambulante Operation 171

1.2.8.1 Ambulante Operationen (§ 115b SGB V), Behandlungen nach § 116b SGB V 171

1.2.8.2 Ambulante Behandlung nach §§ 117 bis 119 SGB V 174

1.2.8.3 Ambulante Behandlungen im Rahmen von Verträgen nach § 140a SGB V 175

1.2.8.4 Pauschalen für Kinderspezialambulanzen § 120 Abs. 1a SGB V 175

1.2.8.5 Bundeseinheitliche Dokumentation der PIA-Leistungen 175

1.2.9 Fehlerbehandlung 176

1.3 Übermittlung von Krankenkasse an Krankenhaus 177

1.3.1 Kostenübernahmesatz 177

1.3.2 Anforderungssatz medizinische Begründung 178

1.3.3 Sammelüberweisung 178

1.3.4 Zahlungssatz 179

1.3.5 Zahlungssatz Ambulante Operation 179

1.3.6 Fehlerbehandlung 179

1.4 Vorgaben für besondere Fallkonstellationen 180

1.4.1 Versorgung von Neugeborenen im G-DRG-System 180

1.4.1.1 Gesundes Neugeborenes 180

1.4.1.2 Krankheitsbedingt behandlungsbedürftiges Neugeborenes 180

1.4.2 Teilstationäre Leistungen 181

1.4.3 Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen 182

1.4.4 Rückverlegung/Wiederaufnahme (Entgeltbereich der DRG-Fallpauschalen) 183

1.4.4.1 Keine Neueinstufung 183

1.4.4.2 Neueinstufung 184

1.4.5 Rückverlegung in einen Entgeltbereich nach der BpflV 185

1.4.6 Abschlüsse bei Verlegung oder Nichterreichen der unteren GVD 185

1.4.7 Transplantationen 185

1.4.8 Zuzahlungseinzugsverfahren bei vollstationären Patienten 186

1.4.9 Beispiele für Verlegungsfälle 190

1.4.10 Externe Aufenthalte mit Abwesenheiten über Mitternacht (BpflV) 198

1.4.11 Abrechnung psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen 199

1.4.11.1 Rückverlegung oder Wiederaufnahme (Entgeltbereich nach der BpflV) 199

1.4.11.1.1 Keine Neueinstufung 200

1.4.11.1.2 Neueinstufung 200

1.4.11.2 Entlassungen zum Jahresende für Zwecke der Abrechnung 202

1.4.11.3 Dialyse in eigener Dialyseeinrichtung 202

Teil 2

Anhänge zu den Anlagen 257

Anhang A zu Anlage 2	
Rehabilitationsmaßnahmen	259
Anhang B zu Anlage 2	
Entgeltarten (stationär)	277
Entgelte nach BpflV	277
Entgelte für vorstationäre Behandlung	281
Entgelte für nachstationäre Behandlung	285
Entgelte nach KHEntgG	292
Matrix zu Schlüssel 4 - Entgeltarten	377
Anhang B zu Anlage 2	
Entgeltarten (ambulant)	381
Ambulante Operation/Behandlung nach § 115b und § 116b SGB V	381
Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V	381
Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V	391
Sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V	412
Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V	413
Kinderspezialambulanzen nach § 120 Abs. 1a SGB V	414
Ambulanzen an Ausbildungsstätten (§ 6 PsychThG) § 117 Abs. 2 SGB V	416
Anhang B zu Anlage 2	
Entgeltarten (BpflV)	419
Entgeltarten BpflV bei Anwendung des § 17d KHG	419
Anhang B zu Anlage 2	
Entgeltarten (vereinbart vor 2012)	461
Zusatzentgelte nach § 7 Abs. 1 Nr. [2,] 3, 5 und 6 KHEntgG	461
Anhang C zu Anlage 2	
Fehlercodes	625
Allgemeine Fehler der Prüfstufe 1	625
Spezifische Fehler der Prüfstufe 1	626
Allgemeine Fehler der Prüfstufe 2	626
Spezifische Fehler der Prüfstufe 2	627
Allgemeine Fehler der Prüfstufe 3	629
Spezifische Fehler der Prüfstufe 3	629
Anhang D zu Anlage 2	
EBM-Ziffern	635
Anhang zu Anlage 4	
Verschlüsselung, Übertragungsdateien	693
1. Verschlüsselung	693
1.1 Datenformate	693
1.2 Session-Key	693
1.3 Interchange Key	693

1.4 Hashfunktion/Signaturalgorithmus	693
1.5 RSA Schlüssellänge	694
1.6 Öffentlicher Exponent des RSA Algorithmus	694
1.7 Public Key Format	694
1.8 Zertifikate	694
1.9 Struktur der X.500-Adresse	694
1.10 Zusammenfassende Darstellung der Schnittstelle	695
2. Struktur der Übertragungsdateien	696
2.1 Übertragungsdateien bei FTAM	696
2.2 Festlegung der Transferdateinamen	696
2.2.1 Format der Auftragsdatei	696
2.3 Übertragungsdatei bei MHS	700
 Anhang B zu Anlage 5	
Beispieldatensätze	703
 Anhang C zu Anlage 5	
Formblätter	785
Beantragte Schlüssel für Modellvorhaben	786
Beantragte Fachabteilungsschlüssel	787
Beantragte Schlüssel für Entgelt nach § 6 Abs. 1 KHEntgG	788
Beantragte Schlüssel für Entgelt nach § 6 Abs. 2 KHEntgG	789
 Anhang D zu Anlage 5	
Verwendung von VKZ und lfd.-Nr.	791
1. Aufnahmesatz AUFN	792
2. Verlängerungsanzeige VERL	794
3. Entlassungsanzeige ENTL	796
4. Rechnungssatz RECH	798
5. Rechnungssatz Ambulante Operation AMBO	800
6. Zuzahlungsgutschrift ZGUT	802
 Quelldokumente	

Vorbemerkung

Die Anlagen zur Vereinbarung gemäß § 301 SGB V sind mit dem Nachtrag vom 15.11.2002 auf die Abrechnungsbestimmungen für das DRG-Vergütungssystem (Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser vom 19.9.2002, BGBl. I, Nr. 68) angepasst worden.

Im Jahr 2003 wurden die Anlagen acht regulären Schlüsselfortschreibungen (31.1., 24.3., 26.4., 20.6., 28.7., 19.9., 21.11. und 28.11.2003), zwei besonderen Schlüsselfortschreibungen (21.11. und 19.12.2003) und zwei Nachträgen (30.6. und 7.11.2003) unterzogen. Im Jahr 2004 wurden die Anlagen sechs Schlüsselfortschreibungen (26.1., 19.3., 21.5., 23.7., 17.9. und 19.11.2004), drei Nachträgen (23.7., 1.10. und 3.12.2004) und einer (5.) Fortschreibung (28.5.2004) unterzogen. Im Jahr 2005 wurden die Anlagen fünf Schlüsselfortschreibungen (11.2., 24.3., 24.6., 23.9. und 25.11.2005), fünf Nachträgen (12.1., 4.7., 30.9., 25.10., und 9.12.2005) und einer (6.) Fortschreibung (4.7.2005) unterzogen. Im Jahr 2006 wurden die Anlagen sechs Schlüsselfortschreibungen (27.1., 6.3., 31.5., 16.8., 17.11., und 22.11.2006), vier Nachträgen (23.1., 22.6., 21.7. und 18.9.2006) und einer (7.) Fortschreibung (8.12.2006) unterzogen. Im Jahr 2007 wurden die Anlagen vier Schlüsselfortschreibungen (23.2., 20.4., 3.8. und 26.10.2007) und einem Nachtrag (13.4.2007) unterzogen. Für das Jahr 2008 wurden für die Anlagen vier Schlüsselfortschreibungen (14.12.2007, 2.4., 25.7. und 24.10.2008), vier Nachträge (21.9. und 18.12.2007, 13.3. und 20.6.2008) und eine Fortschreibung (1.2.2008) verabschiedet und eine Fortschreibung der Beispieldatensätze durchgeführt.

Nachträge und Fortschreibungen für 2009:

Nachtrag vom 27.11.2008 mit Wirkung zum 1.1.2009
 Schlüsselfortschreibung vom 10.12.2008 mit Wirkung zum 1.1.2009
 Nachtrag vom 27.2.2009 mit Wirkung zum 1.10.2009
 Schlüsselfortschreibung vom 20.3.2009 mit Wirkung zum 1.4.2009
 Nachtrag vom 27.3.2009 mit Wirkung zum 1.4.2009
 Schlüsselfortschreibung vom 15.6.2009 mit Wirkung zum 1.7.2009
 Schlüsselfortschreibung vom 25.9.2009 mit Wirkung zum 1.10.2009

Nachträge und Fortschreibungen für 2010:

Nachtrag vom 3.7.2009 mit Wirkung zum 1.1.2010
 Schlüsselfortschreibung vom 16.12.2009 mit Wirkung zum 1.1.2010
 Schlüsselfortschreibung vom 19.3.2010 mit Wirkung zum 1.4.2010
 9. Fortschreibung vom 23.10.2009 mit Wirkung zum 1.7.2010
 Nachtrag vom 11.6.2010 mit Wirkung zum 1.7.2010
 Schlüsselfortschreibung vom 25.6.2010 mit Wirkung zum 1.7.2010
 Schlüsselfortschreibung vom 24.9.2010 mit Wirkung zum 1.10.2010

Nachträge und Fortschreibungen für 2011:

Nachtrag vom 22.9.2010 mit Wirkung zum 1.1.2011
 Nachtrag vom 3.12.2010 mit Wirkung zum 1.1.2011
 Schlüsselfortschreibung vom 17.12.2010 mit Wirkung zum 1.10.2011
 Schlüsselfortschreibung vom 25.3.2011 mit Wirkung zum 1.4.2011
 Schlüsselfortschreibung vom 30.6.2011 mit Wirkung zum 1.7.2011
 Schlüsselfortschreibung vom 5.9.2011 mit Wirkung zum 5.9.2011

Nachträge und Fortschreibungen für 2012:

- 10. Fortschreibung vom 31.3.2011 mit Wirkung zum 1.1.2012
- Schlüsselfortschreibung vom 25.3.2011 mit Wirkung zum 1.1.2012
- Schlüsselfortschreibung vom 30.6.2011 mit Wirkung zum 1.7.2011
- Nachtrag vom 30.6.2011 mit Wirkung zum 1.1.2012
- Schlüsselfortschreibung vom 5.9.2011 mit Wirkung zum 5.9.2011 bzw. 1.1.2012
- Nachtrag vom 1.12.2011 mit Wirkung zum 1.1.2012 (und 1.7.2012 für Nachtrag 4)
- Schlüsselfortschreibung vom 1.12.2011 mit Wirkung zum 1.1.2012
- Schlüsselfortschreibung vom 20.12.2011 mit Wirkung zum 1.1.2012
- Schlüsselfortschreibung vom 29.2.2012 mit Wirkung zum 1.1.2012
- Schlüsselfortschreibung vom 2.5.2012 mit Wirkung zum 1.1.2012
- 2. Fortschreibung der Vereinbarung nach § 120 Abs. 3 SGB V zum 30.4.2012
- Nachtrag vom 22.6.2012 mit Wirkung zum 1.7.2012
- Schlüsselfortschreibung vom 1.7.2012 mit Wirkung zum 1.1.2012

Nachträge und Fortschreibungen für 2013:

- 11. Fortschreibung vom 31.3.2012 mit Wirkung zum 1.1.2013
- Nachtrag vom 1.8.2012 mit Wirkung zum 1.1.2013 und 1.7.2013
- Nachtrag vom 1.8.2012 mit Wirkung zum 1.1.2013 (PsychEntgG)
- Schlüsselfortschreibung vom 10.9.2012 mit Wirkung zum 1.1.2012
- Schlüsselfortschreibung vom 30.10.2012 mit Wirkung zum 5.11.2012
- Nachtrag vom 27.11.2012 mit Wirkung zum 1.1.2013 (PEPPV 2013)
- Schlüsselfortschreibung vom 27.11.2012 mit Wirkung zum 1.1.2013 (PEPPV 2013)
- Schlüsselfortschreibung vom 3.12.2012 mit Wirkung zum 1.1.2013 (FPV 2013)
- Schlüsselfortschreibung vom 8.3.2013 mit Wirkung zum 1.1.2013
- Schlüsselfortschreibung vom 16.4.2013 mit Wirkung zum 29.4.2013
- Nachtrag vom 18.6.2013 mit Wirkung zum 1.7.2013 und 1.1.2014
- Schlüsselfortschreibung vom 28.6.2013 mit Wirkung zum 5.7.2013
- Nachtrag vom 5.7.2013 mit Wirkung zum 1.8.2013

Nachträge und Fortschreibungen für 2014:

- Nachtrag vom 18.6.2013 mit Wirkung zum 1.7.2013 und 1.1.2014

		A1					A2				A4	A5		
		AUFN	RECH	ENTL	AMBO	sonst.	A	B	C	D		B	C	D
2004-05-28	F5													
2004-07-23	N													
2004-07-23	S													
2004-09-17	S													
2004-10-01	N													
2004-11-19	S													
2004-12-03	N													
2005-01-12	N													
2005-02-11	S													
2005-03-24	S													
2005-06-24	S													
2005-07-04	N													
2005-07-04	F6													
2005-09-23	S													
2005-09-30	N													
2005-10-25	N													
2005-11-25	S													
2005-12-09	N													
2006-01-23	N													
2006-01-27	S													
2006-03-06	S													
2006-05-31	S													
2006-06-22	N													
2006-07-21	N													
2006-08-16	S													
2006-09-18	N													
2006-11-17	S													
2006-11-22	S													
2006-12-08	F7													
2007-02-23	S													
2007-04-13	N													
2007-04-20	S													
2007-08-03	S													
2007-09-21	N													
2007-10-26	S													
2007-12-14	S													
2007-12-18	N													

		A1					A2				A4	A5		
		AUFN	RECH	ENTL	AMBO	sonst.	A	B	C	D		B	C	D
2008-02-01	F8	■			■							■	■	
2008-03-13	N						■		■					
2008-04-02	S							■						
2008-05-05	B												■	
2008-06-20	N				■							■		
2008-07-25	S							■		■				
2008-10-24	S								■					
2008-11-27	N				■		■				■	■		■
2008-12-10	S							■		■				
2009-02-27	N				■		■					■		
2009-03-20	S						■							
2009-03-27	N						■							
2009-06-15	S									■				
2009-07-03	N				■		■				■	■		
2009-09-25	S									■			■	
2009-10-23	F9				■		■				■	■		
2009-12-16	S						■					■		
2010-03-19	S							■						
2010-06-11	N				■		■		■		■	■		
2010-06-25	S									■				
2010-09-22	N						■				■	■		
2010-09-24	S									■				
2010-12-03	N						■					■		
2010-12-17	S						■			■				
2011-03-25	S						■			■				
2011-03-31	F10				■		■				■	■		
2011-03-31	S									■				
2011-06-30	N						■				■	■		
2011-06-30	S									■				
2011-09-05	S									■				
2011-12-01	N						■					■		
2011-12-01	S									■				
2011-12-20										■				
2012-2-29	S									■				
2012-03-31	F11			■	■		■				■	■		
2012-05-02	S									■				
2012-06-22	N						■				■	■		■
2012-07-01	S									■				
2012-08-01	N			■	■		■				■			
2012-09-10	S									■				

		A1	A2	A4	A5
2012-10-30	S		■		
2012-11-27	N		■	■	■
2012-11-27	S		■		
2012-12-03	S		■		
2013-03-08	S		■	■	
2013-04-16	S		■		
2013-06-18	N	■	■	■	■
2013-06-28	S		■		
2013-07-05	N		■		

|
|
|

Vereinbarung gemäß § 301 Abs. 3 SGB V

über das Verfahren zur Abrechnung und Übermittlung
der Daten nach § 301 Abs. 1 SGB V

Datenübermittlungsvereinbarung § 301

(Stand: 1.12.1994)

zwischen

dem AOK-Bundesverband, Bonn
dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen
dem IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach
dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel
der Bundesknappschaft, Bochum
der See-Krankenkasse, Hamburg
dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg
dem AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg
- im folgenden „Spitzenverbände der Krankenkassen“ genannt -

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Düsseldorf

Präambel

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren das Verfahren der Datenübermittlung zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen nach § 301 Abs. 1 SGB V.

§ 1 Zielsetzung

Die Vereinbarung gemäß § 301 Abs. 3 SGB V regelt das Verfahren zur Teilnahme an einer Datenübermittlung zwischen den nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern und den Krankenkassen. Die Vereinbarung dient dazu, das Nähere über Form und Inhalt der erforderlichen Vordrucke, die Zeitabstände für die Übermittlung und das Verfahren der Abrechnung auf maschinell verwertbaren Datenträgern unter Berücksichtigung der Festlegungen in den Verträgen nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V zu regeln.

§ 2 Gegenstand der Datenübermittlung

Die Datenübermittlung umfasst die für die Erbringung und Abwicklung von Krankenhausbehandlung erforderlichen Angaben nach § 301 Abs. 1 Satz 1 SGB V:

1. Die Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 8 SGB V:
 - 1 Bezeichnung der Krankenkasse
 - 2 Familienname und Vorname des Versicherten
 - 3 Geburtsdatum des Versicherten
 - 4 Anschrift
 - 5 Krankenversicherungsnummer
 - 6 Versichertenstatus
 - 7 Tag des Beginns des Versicherungsschutzes
 - 8 bei befristeter Gültigkeit der Karte das Datum des Fristablaufs sowie das krankenhausinterne Kennzeichen des Versicherten,
2. das Institutionskennzeichen des Krankenhauses und der Krankenkasse,
3. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, bei einer Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen, die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung,
4. bei ärztlicher Verordnung von Krankenhausbehandlung die Arztnummer des einweisenden Arztes, bei Verlegung das Institutionskennzeichen des veranlassenden Krankenhauses, bei Notfallaufnahme die die Aufnahme veranlassende Stelle,
5. die Bezeichnung der aufnehmenden Fachabteilung, bei Verlegung die der weiterbehandelnden Fachabteilungen,
6. Datum und Art der im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Operationen,
7. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der externen Verlegung sowie die Entlassungs- oder Verlegungsdiagnose; bei externer Verlegung das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution,
8. Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen sowie Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen,
9. die nach den §§ 115a und 115b SGB V sowie nach der Bundespflegesatzverordnung berechneten Entgelte.

§ 3 Inhalt und Aufbau der Datensätze

- (1) Für die Datenübermittlung wird eine einheitliche Datensatzbeschreibung vereinbart. Zur Datenübermittlung durch das Krankenhaus zählen:

- der Aufnahmesatz,
- die Verlängerungsanzeige,
- die Medizinische Begründung,
- der Rechnungssatz,
- die Entlassungsanzeige,
- der Rechnungssatz Ambulante Operation.

Zur Datenübermittlung durch die Krankenkasse zählen:

- der Kostenübernahmesatz,
- der Anforderungssatz medizinische Begründung,
- der Zahlungssatz,
- der Zahlungssatz Ambulante Operation.

Der Inhalt und der Aufbau der Datensätze für die Datenübermittlung ergibt sich aus der Anlage 1. Die in den Datensätzen zu verwendenden Schlüssel ergeben sich aus der Anlage 2.

- (2) Für die medizinische Begründung nach § 2 Nr. 3 sowie die Angaben nach § 2 Nr. 8 ist auch eine Übermittlung in nicht maschinenlesbarer Form zulässig. In diesen Fällen sind die Angaben gemäß Anlage 3 an die Krankenkasse zu übermitteln.

§ 4 Zeitabstände der Datenübermittlung

- (1) Der Aufnahmesatz ist spätestens 3 Arbeitstage nach Aufnahme des Versicherten an die Krankenkasse oder die von der Krankenkasse benannte Stelle zu übermitteln. Die Verlängerungsanzeige ist in der Regel vor Ablauf der vorausgegangenen Kostenübernahme zu übermitteln, wenn der Vertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V dies erfordert.
- (2) Die Krankenkasse oder die von der Krankenkasse benannte Stelle übermittelt den Kostenübernahmesatz spätestens 3 Arbeitstage nach Eingang des Aufnahmesatzes bzw. der Verlängerungsanzeige an das jeweilige Krankenhaus oder die vom Krankenhaus benannte Stelle.
- (3) Sofern in der Anlaufphase eine Übermittlung des Aufnahmesatzes oder des Kostenübernahmesatzes innerhalb der ersten 3 Arbeitstage nicht möglich ist, ist unverzüglich zu übermitteln.
- (4) Die Entlassungsanzeige soll innerhalb von 3 Arbeitstagen nach der Entlassung oder Verlegung des Versicherten an die Krankenkasse oder die von der Krankenkasse benannte Stelle übermittelt werden. Sie ist spätestens mit der Schlußrechnung zu übermitteln.
- (5) Der Rechnungssatz ist in der Regel einmal pro Kalenderwoche an die Krankenkasse oder die von der Krankenkasse benannte Stelle zu übermitteln.
- (6) Der Zahlungssatz wird in der Regel von der Krankenkasse oder der von der Krankenkasse benannten Stelle einmal pro Kalenderwoche dem Krankenhaus übermittelt.

§ 5 Technische und organisatorische Form der Datenübermittlung

- (1) Die technische und organisatorische Form der Datenübermittlung sowie die notwendigen Berichtigungs- und Kontrollverfahren werden in der Anlage 4 (Technische Anlage) und in der Anlage 5 (Durchführungshinweise) zu diesem Vertrag geregelt.
- (2) Die Übermittlung in nicht maschinenlesbarer Form gemäß § 3 Abs. 2 ist hiervon unberührt.

§ 6 Verarbeitung

- (1) Nicht zurückgewiesene Datensätze werden unverzüglich verarbeitet.
- (2) Eine Verarbeitung zu anderen Zwecken als zur Erbringung und Abwicklung von Krankenhausbehandlung ist unzulässig. Eine Verarbeitung auf Grund und im Rahmen gesetzlicher Bestimmungen bleibt hiervon unberührt.

§ 7 Teilnahme

- (1) Die Teilnahme der Beteiligten am Datenübermittlungsverfahren erfolgt spätestens ab dem 1.1.1996. Der Teilnahme geht eine Erprobung nach Absatz 2 voraus.
- (2) Eine zweigleisige, zeitlich befristete Erprobung mit einer konventionellen und einer maschinellen Datenübermittlung im Sinne dieser Vereinbarung ist spätestens ab dem 1.10.1995 auf der Grundlage einvernehmlicher Regelung zwischen den Beteiligten durchzuführen. Voraussetzung für die Erprobung ist eine Auflistung der Datenannahme- und Verteilstellen der Krankenkassen (Krankenkasse oder von ihr benannte Stelle) und der Krankenhäuser (Krankenhaus oder von ihm benannte Stellen) mit den zur Erprobung erforderlichen Angaben.

§ 8 Abrechnung ambulanter Operationen

Für die Abrechnung ambulanter Operationen gelten die in der „Vereinbarung zu den regelungsbedürftigen Tatbeständen des Vertrages nach § 115b SGB V“ getroffenen Regelungen. Die Abrechnung wird mit dem Rechnungssatz Ambulante Operation, der Zahlungssatz mit dem Zahlungssatz Ambulante Operation übermittelt (siehe Anlage 1).

§ 9 Geltung der Vereinbarung

- (1) Die Vereinbarung tritt am 12.12.1994 in Kraft. Sie kann mit einer Frist von 6 Monaten zum Jahresende, frühestens jedoch zum 31.12.1996, durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden.
- (2) Für den Fall der Kündigung erklären die Vereinbarungsparteien ihre Bereitschaft, an der Verabschiedung einer neuen Vereinbarung mitzuwirken.
- (3) Die Anlagen 1 bis 5 sind Bestandteil dieser Vereinbarung. Für den Fall erforderlicher Anpassungen sehen die Vereinbarungsparteien eine einvernehmliche Fortschreibung vor, ohne daß es einer Kündigung der Vereinbarung bedarf.
- (4) Der Text der Vereinbarung, die Auflistung der Datenannahme- und Verteilstellen sowie nachfolgende Fortschreibungen werden von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der DKG in geeigneter Weise veröffentlicht.

Siegburg, den 5.12.1994

Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (Auszug §§ 301, 303)

§ 301 Krankenhäuser

- (1) Die nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser sind verpflichtet, den Krankenkassen bei Krankenhausbehandlung folgende Angaben im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln:
1. die Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 10 sowie das krankenhausinterne Kennzeichen des Versicherten,
 2. das Institutionskennzeichen des Krankenhauses und der Krankenkasse,
 3. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, bei einer Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen, die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung, bei Kleinkindern bis zu einem Jahr das Aufnahme-gewicht,
 4. bei ärztlicher Verordnung von Krankenhausbehandlung die Arztnummer des einweisenden Arztes, bei Verlegung das Institutionskennzeichen des veranlassenden Krankenhauses, bei Notfallaufnahme die die Aufnahme veranlassende Stelle,
 5. die Bezeichnung der aufnehmenden Fachabteilung, bei Verlegung die der weiterbehandelnden Fachabteilungen,
 6. Datum und Art der im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren,
 7. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung, bei externer Verlegung das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution, bei Entlassung oder Verlegung die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen,
 8. Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen sowie Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen,
 9. die nach den §§ 115a und 115b sowie nach dem Krankenhausentgeltgesetz und der Bundespflegesatzverordnung berechneten Entgelte.

Die Übermittlung der medizinischen Begründung von Verlängerungen der Verweildauer nach Satz 1 Nr. 3 sowie der Angaben nach Satz 1 Nr. 8 ist auch in nicht maschinenlesbarer Form zulässig.

- (2) Die Diagnosen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 und 7 sind nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln. Die Operationen und sonstigen Prozeduren nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 sind nach dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen Schlüssel zu verschlüsseln; der Schlüssel hat die sonstigen Prozeduren zu umfassen, die nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abgerechnet werden können. Das Bundesministerium für Gesundheit gibt den Zeitpunkt der Inkraftsetzung der jeweiligen Fassung des Diagnoseschlüssels nach Satz 1 sowie des Prozedureschlüssels nach Satz 2 im Bundesanzeiger bekannt; es kann das Deutsche Institut

für medizinische Dokumentation und Information beauftragen, den in Satz 1 genannten Schlüssel um Zusatzkennzeichen zur Gewährleistung der für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen notwendigen Aussagefähigkeit des Schlüssels zu ergänzen.

- (3) Das Nähere über Form und Inhalt der erforderlichen Vordrucke, die Zeitabstände für die Übermittlung der Angaben nach Absatz 1 und das Verfahren der Abrechnung im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder den Bundesverbänden der Krankenhausträger gemeinsam.

...

§ 303 Ergänzende Regelungen

- (1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können mit den Leistungserbringern oder ihren Verbänden vereinbaren, dass
 1. der Umfang der zu übermittelnden Abrechnungsbelege eingeschränkt,
 2. bei der Abrechnung von Leistungen von einzelnen Angaben ganz oder teilweise abgesehen

wird, wenn dadurch eine ordnungsgemäße Abrechnung und die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen nicht gefährdet werden.

- (2) Die Krankenkassen können zur Vorbereitung und Kontrolle der Umsetzung der Vereinbarungen nach § 84, zur Vorbereitung der Prüfungen nach den § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und § 113, zur Vorbereitung der Unterrichtung der Versicherten nach § 305 sowie zur Vorbereitung und Umsetzung der Beratung der Vertragsärzte nach § 305a Arbeitsgemeinschaften nach § 219 mit der Speicherung, Verarbeitung und Nutzung der dafür erforderlichen Daten beauftragen. Die den Arbeitsgemeinschaften übermittelten versichertenbezogenen Daten sind vor der Übermittlung zu anonymisieren. Die Identifikation des Versicherten durch die Krankenkasse ist dabei zu ermöglichen; sie ist zulässig, soweit sie für die in Satz 1 genannten Zwecke erforderlich ist. § 286 gilt entsprechend.
- (3) Werden die den Krankenkassen nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 10, § 295 Abs. 1 und 2, § 300 Abs. 1, § 301 Abs. 1, §§ 301a und 302 Abs. 1 zu übermittelnden Daten nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, haben die Krankenkassen die Daten nachzuerfassen. Erfolgt die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung aus Gründen, die der Leistungserbringer zu vertreten hat, haben die Krankenkassen die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten den betroffenen Leistungserbringern durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 vom Hundert des Rechnungsbetrages in Rechnung zu stellen. ...

Vereinbarung nach § 120 Abs. 3 SGB V

über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für die Einrichtungen nach §§ 117 bis 119 SGB V

Datenübermittlungsvereinbarung § 120

(Stand: 2. Fortschreibung gemäß § 7 Abs. 4 vom 30.4.2012)

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Berlin

Präambel

Der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren als Vertragsparteien nach § 301 Abs. 3 SGB V gemäß § 120 Abs. 3 SGB V das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für die Einrichtungen gemäß §§ 117 bis 119 SGB V.

§ 1 Geltungsbereich

- (1) Diese Vereinbarung gilt für die Hochschulambulanzen, einschließlich der Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG (§ 117 Abs. 1 und 2 SGB V), die psychiatrischen Institutsambulanzen (§ 118 SGB V) und die sozialpädiatrischen Zentren (§ 119 SGB V), im Folgenden als „Einrichtungen“ bezeichnet.
- (2) Für die Hochschulambulanzen gilt diese Vereinbarung ausschließlich für den Bereich der Humanmedizin; der Bereich der Zahnmedizin ist von dieser Vereinbarung ausgenommen. Hierzu nehmen die Vereinbarungsparteien eine gesonderte Fortschreibung dieser Vereinbarung vor.

§ 2 Form der Abrechnungsunterlagen

Die Abrechnungsunterlagen werden von den Einrichtungen im Wege elektronischer Datenübermittlung an die Annahmestellen der Krankenkassen entsprechend § 4 Abs. 4 übermittelt.

§ 3 Inhalt der Abrechnungsunterlagen

- (1) Die Einrichtungen übermitteln für jeden Behandlungsfall im Abrechnungsquartal mit der Nachricht gemäß § 4 Abs. 1 (AMBO) folgende Inhalte:
 1. Institutionskennzeichen des Krankenhauses (der Einrichtung)
 2. Institutionskennzeichen der Krankenkasse
 3. Krankenversicherten-Nr., sofern vorhanden
 4. Versichertenstatus, sofern vorhanden
 5. Gültigkeit der Versichertenkarte, sofern vorhanden
 6. krankenhausinternes Kennzeichen des Versicherten
 7. Vertragskennzeichen, sofern vorhanden
 8. Name, Vorname, Geschlecht und Geburtsdatum des Versicherten
 9. Anschrift des Versicherten, sofern keine Krankenversicherten-Nr. angegeben wird
 10. Rechnungsnummer
 11. Rechnungsdatum
 12. Rechnungsart
 13. Tag des Zugangs (im Abrechnungsquartal)
 14. Rechnungsbetrag
 15. Zuzahlungsbetrag und Zuzahlungskennzeichen
 16. behandelnde Fachabteilung
 17. Arztnummer und Betriebsstättennummer des überweisenden Arztes oder Zahnarzt Nummer des überweisenden Zahnarztes gemäß § 295 Abs. 1 SGB V bei Überweisungsfällen
 18. Behandlungsdiagnosen, ggf. mit Sekundärdiagnose, gemäß § 295 Abs. 1 SGB V
 19. Prozeduren gemäß § 295 Abs. 1 SGB V, soweit als Abrechnungsunterlage gemäß § 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V erforderlich
 20. Entgeltsschlüssel für die mit dem Rechnungsbetrag in Rechnung gestellte Entgeltart
 21. Tag der Behandlung (erster Tag der Behandlung im Quartal bei Quartalspauschalen)
 22. Punktzahl und Punktwert, sofern vereinbart
 23. Entgeltbetrag (Einzelbetrag)
 24. Entgeltanzahl
 25. Einzelvergütung mit (Schlüssel-)Erläuterung und Texterläuterung, sofern vereinbart
 26. Verarbeitungskennzeichen, laufende Nummer des Geschäftsvorfalles, Währungskennzeichen, Diagnosen-/Prozedurenversion
 27. Debitoren-Konto-Nr. und Referenznummer des Krankenhauses sowie Institutionskennzeichen des Krankenhauses für Zahlungsweg, sofern vorhanden
 28. ein Datenelement („Honorarsumme“) mit dem Vorgabewert „0,00“
 29. Betriebsstättennummer (ergänzend zur Unterscheidung mehrerer gleichartiger Einrichtungsarten)
 30. Prozedurentag
 31. Angabe, ob Leistungen im Zusammenhang mit einer Lebendspende abgerechnet werden
 32. Abrechnungsbegründung (wenn nach EBM erforderlich oder vereinbart)
 33. Leistungsdokumentation mit Angaben zur Leistungsart, zum Leistungsschlüssel und Leistungstag in Verbindung mit der PIA-Doku-Vereinbarung.
- (2) Die Parteien dieser Vereinbarung können bestimmen, dass für einzelne bestehende Leistungsarten, für die keine Patientenzuordnung möglich ist, bzw. ausschließlich für externe Laboreinsendungen die Übermittlung nach dieser Vereinbarung entfallen kann und eine Rechnung in Papierform an die Krankenkassen erfolgt, sofern keine gesetzlichen Regelungen entgegenstehen. Zukünftige Vergütungsvereinbarungen der Parteien der Vereinbarung nach § 120 Abs. 2 Satz 2 SGB V müssen eine Übermittlung der Abrechnung nach dieser Vereinbarung erlauben.

§ 4 Übermittlung

- (1) Die Übermittlung erfolgt mit der Nachricht AMBO in Übereinstimmung mit den Festlegungen in der Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V, soweit in § 5 und § 6 keine anderen Festlegungen getroffen sind. Bei der Übermittlung sind die als Bestandteil zu Anhang B (Schlüssel 4 Teil II: Entgeltarten ambulant) der Anlage 2 der Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V festgelegten Entgeltschlüssel zu verwenden. Neben der Nachricht AMBO können die Nachricht ZAAO als Zahlungssatz der Krankenkasse und die Nachricht FEHL (Fehlernachricht) aus Anhang 1 der Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V entsprechend verwendet werden.
- (2) Die Einrichtungen übermitteln in der Regel nach Ablauf des Abrechnungsquartals die Abrechnungsunterlagen nach dieser Vereinbarung, soweit in der Vergütungsvereinbarung nach § 120 Abs. 2 Satz 2 SGB V keine andere Regelung vereinbart ist.
- (3) Eine Übermittlung von Überweisungsscheinen (Muster 6) und anderen Vordrucken an die Krankenkasse erfolgt nur auf gesonderte Anforderung in besonderen Einzelfällen. Für das Ersatzverfahren gelten die von den Parteien der Vereinbarung nach § 120 Abs. 2 Satz 2 SGB V getroffenen Regelungen.
- (4) Die Einrichtungen übermitteln die Daten nach § 3 Abs. 1 an die gemäß Anlage 4 Kapitel 9 der Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V gültigen Annahmestellen der Krankenkassen.
- (5) Die Psychiatrischen Institutsambulanzen übermitteln mit den Abrechnungsdaten gemäß dieser Vereinbarung die nach § 3 der „PIA-Doku Vereinbarung“ (§ 295 Abs. 1b Satz 4 SGB V) definierten Inhalte gemäß § 295 SGB V an die Krankenkassen. Die Übermittlung erfolgt ab dem 1.1.2013 mit der Nachricht AMBO in Übereinstimmung mit den Festlegungen in der Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V.

§ 5 Besondere Festlegungen

- (1) Soweit diese Vereinbarung nichts Anderweitiges festlegt, gelten die in der Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V getroffenen Regelungen.
- (2) Fortschreibungen (Schlüsselfortschreibungen, Nachträge und Fortschreibungen) der Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V treten, soweit ausschließlich die Einrichtungen davon betroffen sind, jeweils erst mit gesonderter Zustimmung der Partner dieser Vereinbarung gemäß § 7 Abs. 3 in Kraft. Die Gesamtdokumentation für beide Vereinbarungen wird einheitlich als „Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V, ergänzt um Festlegungen nach § 120 Abs. 3 SGB V“ zusammengeführt.
- (3) Für das Fehlerverfahren legen die Partner dieser Vereinbarung die Bedingungen für die Prüfung der Abrechnung erstmals bis zum 30.9.2011 und danach in einem kontinuierlichen Verfahren fest. Die Überprüfung der Arzt- und der Betriebsstättennummer des überweisenden Arztes (Nr. 17) durch die Krankenkassen löst keine Fehlermeldungen an die Einrichtung aus.

§ 6 Beginn der Übermittlung

- (1) Der Beginn der Übermittlung wird für die Einrichtungen nach § 117 Abs. 1 und § 118 SGB V auf den 1.1.2012 festgesetzt (Regelverfahren). Für die Einrichtungen nach § 117 Abs. 2 und § 119 SGB V wird der Beginn auf den 1.7.2012 (Regelverfahren) festgesetzt. Bis zur Umsetzung des Regelverfahrens gelten die Regelungen zum Ersatzverfahren. Dem Beginn der Übermittlung muss ein beiderseitiger Anbindungstest mit erfolgreicher Verarbeitung einer Testübermittlung vorausgehen. Die Verpflichtung zur Datenübermittlung

lung setzt die Umsetzung des Verfahrens voraus. Durch die Teilnahme am Datenaustausch nach § 301 SGB V in anderen Leistungsarten ist die Voraussetzung der Durchführung eines Anbindungstestes bereits erfüllt.

- (2) Bis zum Beginn der Übermittlung entsprechend Abs. 1 werden als Ersatzverfahren von den Einrichtungen mit der Nachricht AMBO die Inhalte nach § 3 ohne die Nrn. 5, 7, 15, 17, 19, 22, 25 und 27, mit den Vorgabewerten „X“ für Nr. 10, „02“ oder „04“ für Nr. 12, „XXXXX“ für Nr. 20, „0,00“ für die Nrn. 14 und 23 und „0“ für Nr. 24, mit dem ersten Tag des Abrechnungsquartals oder dem aktuellen Systemdatum für Nr. 11 sowie mit dem ersten Tag des Abrechnungsquartals für die Nrn. 13 und 21 übermittelt. Das Ersatzverfahren ist in der Anlage zu dieser Vereinbarung dokumentiert. Es dient der nachrichtlichen Übermittlung der Behandlungsdiagnosen in Ergänzung zu der bestehenden, für die Vergütungszahlung verbindlichen Abrechnung.
- (3) Die Übermittlung im Regelverfahren erfolgt erstmals im 2. Quartal 2012 für das 1. Quartal 2012 als Abrechnungsquartal. Die Übermittlung nach den Vorgaben der 2. Fortschreibung vom 30.4.2012 beginnt für Fälle ab dem 1. Januar 2013.

§ 7 Inkrafttreten, Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt mit Unterzeichnung in Kraft und kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres mittels eines eingeschriebenen Briefs gekündigt werden.
- (2) Soweit von dieser Vereinbarung auf Grund einer bestehenden Vereinbarung gemäß § 120 Abs. 2 Satz 2 SGB V abgewichen wird, liegt die Voraussetzung des § 303 Abs. 3 Satz 2 SGB V nicht vor, eine Anwendung des § 303 Abs. 3 SGB V ist dann ausgeschlossen.
- (3) Für den Fall der Kündigung erklären die Vereinbarungsparteien ihre Bereitschaft, an dem Abschluss einer neuen Vereinbarung mitzuwirken.
- (4) Für den Fall einer erforderlichen Anpassung sehen die Vereinbarungsparteien eine Fortschreibung in beiderseitigem Einvernehmen vor, ohne dass es einer Kündigung der Vereinbarung bedarf.

Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (Auszug §§ 120, 295)

§ 120 Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

- (1) Die im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte, die in stationären Pflegeeinrichtungen erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen von nach § 119b Satz 3 zweiter Halbsatz ermächtigten Ärzten und ambulante ärztliche Leistungen, die in ermächtigten Einrichtungen erbracht werden, werden nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet. Die mit diesen Leistungen verbundenen allgemeinen Praxis-kosten, die durch die Anwendung von ärztlichen Geräten entstehenden Kosten sowie die sonstigen Sachkosten sind mit den Gebühren abgegolten, soweit in den einheitlichen Bewertungsmaßstäben nichts Abweichendes bestimmt ist. Die den ermächtigten Kran-kenhausärzten zustehende Vergütung wird für diese vom Krankenhausträger mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet und nach Abzug der anteiligen Verwaltungs-kosten sowie der dem Krankenhaus nach Satz 2 entstehenden Kosten an die berechtigten Krankenhausärzte weitergeleitet. Die Vergütung der von nach § 119b Satz 3 zweiter Halbsatz ermächtigten Ärzten erbrachten Leistungen wird von der stationären Pflegeein-richtung mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet.
- (1a) Ergänzend zur Vergütung nach Absatz 1 sollen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich für die in kinder- und jugendmedizini-schen, kinderchirurgischen und kinderorthopädischen sowie insbesondere pädaudio-logischen und kinderradiologischen Fachabteilungen von Krankenhäusern erbrachten ambulanten Leistungen mit dem Krankenhausträger fall- oder einrichtungsbezogene Pauschalen vereinbaren, wenn diese erforderlich sind, um die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die auf Überweisung erfolgt, angemessen zu vergüten. Die Pauschalen werden von der Krankenkasse unmittelbar vergütet. § 295 Absatz 1b Satz 1 gilt entspre-chend. Das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen und der erforderlichen Vordrucke wird in der Vereinbarung nach § 301 Absatz 3 geregelt. Soweit für ein Jahr für diese Leistungen erstmals Pauschalen nach Satz 1 vereinbart werden, sind bei besonderen Einrichtungen einmalig die Erlössumme nach § 6 Absatz 3 des Kranken-hausentgeltgesetzes für dieses Jahr sowie der Gesamtbetrag nach § 6 Absatz 1 der Bundespflegesatzverordnung für dieses Jahr und entsprechend das darin enthaltene Bud-get nach § 12 der Bundespflegesatzverordnung jeweils in Höhe der Summe der nach Satz 1 vereinbarten Pauschalen zu vermindern. Der jeweilige Minderungsbetrag ist bereits bei der Vereinbarung der Vergütung nach Satz 1 festzulegen. Bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts nach § 10 des Krankenhausentgeltgesetzes ist die Summe der für das jeweilige Jahr erstmalig vereinbarten ambulanten Pauschalen ausgabenmindernd zu berücksichtigen.
- (2) Die Leistungen der Hochschulambulanzen, der psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpädiatrischen Zentren werden unmittelbar von der Krankenkasse vergütet. Die Vergütung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Hochschulen oder Hochschulkliniken, den Kran-kenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land vereinbart. Sie muss die Leistungsfähigkeit der psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpädiatrischen Zentren bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten. Bei der Vergütung der Lei-stungen der Hochschulambulanzen soll eine Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen erfolgen. Bei Hochschulambulanzen an öffentlich geförderten

Krankenhäusern ist ein Investitionskostenabschlag zu berücksichtigen. Die Gesamtvergütungen nach § 85 für das Jahr 2003 sind auf der Grundlage der um die für Leistungen der Polikliniken gezahlten Vergütungen bereinigten Gesamtvergütungen des Vorjahres zu vereinbaren.

- (3) Die Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen, der psychiatrischen Institutsambulanzen, der sozialpädiatrischen Zentren und sonstiger ermächtigter ärztlich geleiteter Einrichtungen kann pauschaliert werden. Bei den öffentlich geförderten Krankenhäusern ist die Vergütung nach Absatz 1 um einen Investitionskostenabschlag von 10 vom Hundert zu kürzen. § 295 Absatz 1b Satz 1 gilt entsprechend. Das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen und der erforderlichen Vordrucke wird für die Hochschulambulanzen, die psychiatrischen Institutsambulanzen und sozial-pädiatrischen Zentren von den Vertragsparteien nach § 301 Absatz 3, für die sonstigen ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen von den Vertragsparteien nach § 83 Satz 1 vereinbart.

§ 295 Abrechnung ärztlicher Leistungen

- (1) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sind verpflichtet,
 1. in dem Abschnitt der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, den die Krankenkasse erhält, die Diagnosen,
 2. in den Abrechnungsunterlagen für die vertragsärztlichen Leistungen die von ihnen erbrachten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung, bei ärztlicher Behandlung mit Diagnosen, bei zahnärztlicher Behandlung mit Zahnbezug und Befunden,
 3. in den Abrechnungsunterlagen sowie auf den Vordrucken für die vertragsärztliche Versorgung ihre Arztnummer, in Überweisungsfällen die Arztnummer des überweisenden Arztes sowie die Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 10 maschinenlesbar aufzuzeichnen und zu übermitteln. Die Diagnosen nach Satz 1 Nr. 1 und 2 sind nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information beauftragen, den in Satz 2 genannten Schlüssel um Zusatzkennzeichen zur Gewährleistung der für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen notwendigen Aussagefähigkeit des Schlüssels zu ergänzen. Von Vertragsärzten durchgeführte Operationen und sonstige Prozeduren sind nach dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen Schlüssel zu verschlüsseln. Das Bundesministerium für Gesundheit gibt den Zeitpunkt des Inkrafttretens der jeweiligen Fassung des Diagnoseschlüssels nach Satz 2 sowie des Prozedurenschlüssels nach Satz 4 im Bundesanzeiger bekannt.
- (1a) Für die Erfüllung der Aufgaben nach § 106a sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte verpflichtet und befugt, auf Verlangen der Kassenärztlichen Vereinigungen die für die Prüfung erforderlichen Befunde vorzulegen.
- (1b) Ärzte, Einrichtungen und medizinische Versorgungszentren, die ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden Verträge zu integrierten Versorgungsformen (§ 140a) oder zur Versorgung nach § 73b oder § 73c abgeschlossen haben, psychiatrische Institutsambulanzen sowie Leistungserbinger, die gemäß § 116b Abs. 2 an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung teilnehmen, übermitteln die in Absatz 1 genannten Angaben, bei Krankenhäusern einschließlich ihres

Institutionskennzeichens, an die jeweiligen Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern; vertragsärztliche Leistungserbringer können in den Fällen des § 116b die Angaben über die Kassenärztliche Vereinigung übermitteln. Das Nähere regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit Ausnahme der Datenübermittlung der Leistungserbringer, die gemäß § 116b Absatz 2 an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung teilnehmen, sowie der psychiatrischen Institutsambulanzen. Die psychiatrischen Institutsambulanzen übermitteln die Angaben nach Satz 1 zusätzlich an die DRG-Datenstelle nach § 21 Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes. Die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren für die Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen nach Satz 1 bis spätestens zum 30. April 2012 einen bundeseinheitlichen Katalog sowie das Nähere zur Datenübermittlung nach Satz 3; für die Umsetzung des Prüfauftrags nach § 17d Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren sie dabei auch, ob und wie der Prüfauftrag auf der Grundlage der Daten einer Vollerhebung oder einer repräsentativen Stichprobe der Leistungen psychiatrischer Institutsambulanzen sachgerecht zu erfüllen ist. § 21 Absatz 4, Absatz 5 Satz 1 und 2 sowie Absatz 6 des Krankenhausentgeltgesetzes sind für die Vereinbarung zur Datenübermittlung entsprechend anzuwenden. Für die Vereinbarung einer bundeseinheitlichen Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen gelten § 21 Absatz 4 und 6 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend mit der Maßgabe, dass die Schiedsstelle innerhalb von sechs Wochen entscheidet. Die Schiedsstelle entscheidet innerhalb von sechs Wochen nach Antrag einer Vertragspartei auch über die Tatbestände nach Satz 4 zweiter Halbsatz, zu denen keine Einigung zustande gekommen ist.

(In der Fassung des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes vom 22.12.2011 (GKV-VStG, BGBl. I. Nr. 70, S. 2983 ff., Artikel 1 Nr. 80.)

Anlage 1

Nachrichten

Datensätze für die Datenübermittlung

Erläuterung der Datenstrukturen
Standardsegmente (FKT, INV, NAD)
Aufnahmesatz
Verlängerungsanzeige
Medizinische Begründung
Rechnungssatz
Entlassungsanzeige
Rechnungssatz Ambulante Operation
Zuzahlungsgutschrift
Kostenübernahmesatz
Anforderungssatz medizinische Begründung
Zahlungssatz
Zahlungssatz Ambulante Operation
Sammelüberweisung
Fehlernachricht
Verwendung der Segmente

Erläuterung der Datenstrukturen

Die einzelnen Nachrichten, wie z.B. Aufnahme- oder Rechnungssatz, sind variabel gestaltet und setzen sich aus Segmenten zusammen, die sachlich zusammengehörende Datenelemente enthalten.

Für Datenelemente und Segmente werden Trennzeichen verwendet, die es ermöglichen, dass ausschließlich signifikante Daten übermittelt werden. Datenelemente werden durch ein Plus-Zeichen (+) getrennt, Segmente durch einen Apostroph (') beendet. Nur die benötigten Stellen eines Datenelementes werden übermittelt. Für nicht benötigte Datenelemente wird ausschließlich das Trennzeichen (Plus-Zeichen) gesetzt. Am Segmentende können (Kann-) Datenelemente entfallen, indem nach dem letzten mit Daten gefüllten Datenelement des Segments sofort das Segment-Endezeichen (Apostroph) gesetzt wird.

Die Darstellung des Datenelementwertes ist entsprechend DIN EN 29 735 wie folgt festgelegt:

a	alphabetische Zeichen
an	numerische Zeichen
an	alphanumerische Zeichen
a3	3 alphabetische Zeichen
n3	3 numerische Zeichen
an3	3 alphanumerische Zeichen
a..3	bis zu 3 alphabetische Zeichen
n..3	bis zu 3 numerische Zeichen
an..3	bis zu 3 alphanumerische Zeichen
M	Muss-Element
K	Kann-Element

Alphabetische und alphanumerische Zeichen werden linksbündig übermittelt. ICD-Schlüssel werden linksbündig mit Sonderzeichen, Operationenschlüssel werden linksbündig ohne Sonderzeichen übermittelt.

Entsprechend der Trennzeichen-Vorgabe, UNA (siehe Anlage 4, Kapitel 5), ist das Komma als Dezimalzeichen festgelegt. Das Dezimalzeichen wird bei der Ermittlung der maximalen Länge eines Datenelementwertes nicht mitgezählt. Wird ein Dezimalzeichen übertragen, muss ihm mindestens ein Zeichen vorangehen und eines folgen. Außer dem Dezimalzeichen ist bei numerischen Datenelementwerten kein weiteres Gliederungszeichen zugelassen.

Numerische Datenelementwerte werden als positiv angenommen. Auch ein Abzug wird als positiver Wert dargestellt, er ist entsprechend den Hinweisen zu den einzelnen Datenelementen zu subtrahieren.

Eine Übertragungsdatei besteht aus:

Trennzeichen-Vorgabe	UNA	kann
Nutzdaten-Kopfsegment	UNB	muss
Nachrichten-Kopfsegment	UNH	muss
Nutzdaten-Segmente	entsprechend dieser Anlage 1	
Nachrichten-Endesegment	UNT	muss
Nutzdaten-Endesegment	UNZ	muss

Die vollständige Beschreibung der Übertragungsdatei ist in der Anlage 4 (Kapitel 5) enthalten.

Beispiel (Aufnahmesatz)

ab 1.1.2013	UNH	Kopfsegment Absender und Nachrichtentyp	UNH
		Nachrichtenreferenznummer	00001
		Nachrichtenkennung	AUFN:11:000:00
	FKT	Segment Funktion	FKT
		Verarbeitungskennzeichen	10
		Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
		IK des Absenders	123456789
		IK des Empfängers	987654321
	INV	Segment Information Versicherter	INV
		Krankenversicherten-Nr.	123456789012
		Versichertenstatus	12345
		Gültigkeit der Versichertenkarte	1312
		KH-internes Kennzeichen des Versicherten	A95-12345
		Fallnummer der Krankenkasse	Angabe entfällt
		Aktenzeichen der Krankenkasse	Angabe entfällt
		Tag des Beginns des Versicherungsschutzes	Angabe entfällt
		Vertragskennzeichen	-
	NAD	Segment Name/Adresse	NAD
		Name des Versicherten	Meier
	Vorname des Versicherten	Hugo	
	Geschlecht	m	
	Geburtsdatum des Versicherten	Angaben entfallen,	
	Straße und Haus-Nr.	da	
	Postleitzahl	Krankenversicherten-Nr.	
	Wohnort	vorhanden	
	Titel des Versicherten	-	
	Internationales Länderkennzeichen	-	
DPV	Segment Diagnosen-/Prozedurenversion	DPV	
	ICD-Version	2013	
	OPS-Version	Angabe entfällt im Aufnahmesatz	
AUF	Segment Aufnahme	AUF	
	Aufnahmetag	20131001	
	Aufnahmeuhrzeit	1120	
	Aufnahmegrund	0101	
	Fachabteilung	0700	
	Voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung	20131009	
	Arztnummer des einweisenden Arztes	Angabe entfällt	
	Betriebsstättennummer des einweisenden Arztes	Angabe entfällt	
	IK des veranlassenden Krankenhauses	123456789	
	Veranlassende Stelle bei Notfallaufnahme	Angabe entfällt	
	Zahnarzt Nummer des einweisenden Zahnarztes	Angabe entfällt	
	Aufnahmegewicht	Angabe entfällt	
EAD	Segment Einweisungs- und Aufnahmediagnose	EAD	
	Aufnahmediagnose	M50.8:	
	Sekundär-Diagnose Aufnahme	-	
	Einweisungsdiagnose	-	
	Sekundär-Diagnose Einweisung	-	

UNH+00001+AUFN:11:000:00'
FKT+10+01+123456789+987654321'
INV+123456789012+12345+1312+A95-12345'
NAD+Meier+Hugo+m'
DPV+2013'
AUF+20131001+1120+0101+0700+20131009+++123456789'
EAD+M50.8:'
UNT+....

Standardsegmente (FKT, INV, NAD, CUX)

Hinweise:

- FKT** *FKT-2 (Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles)*
 „01“ bei AUFN, SAMU und FEHL
 „01“ ff. bei mehrfach vorkommenden Nachrichten
 (VERL, MBEG, RECH, ENTL, AMBO, ZGUT, KOUB, ANFM, ZAHL, ZAAO)
FKT-3 (IK des Absenders)
 IK des Krankenhauses bei (AUFN, VERL, MBEG, RECH, ENTL, AMBO, ZGUT)
 IK der Krankenkasse bei (KOUB, ANFM, ZAHL, ZAAO, SAMU)
 bei FEHL: falls nicht bekannt: entsprechendes IK aus UNB
FKT-4 (IK des Empfängers)
 IK der Krankenkasse bei (AUFN, VERL, MBEG, RECH, ENTL, AMBO, ZGUT)
 IK des Krankenhauses bei (KOUB, ANFM, ZAHL, ZAAO, SAMU)
 bei FEHL: falls nicht bekannt: entsprechendes IK aus UNB
- INV** *INV-1 (Krankenversicherten-Nr.)*
 Entweder INV-1 (Krankenversicherten-Nr.) Muss-Datenelement
 oder, sofern INV-1 zum Zeitpunkt der Nachricht im Krankenhaus noch nicht vor-
 liegt, NAD-4 (Geburtsdatum des Versicherten) + NAD-5 (Straße und Haus-Nr.,
 sofern vorhanden) + NAD-6|NAD-9 (Postleitzahl|Internationales Länderkennzei-
 chen) + NAD-7 (Wohnort) Muss-Datenelemente
INV-2 (Versichertenstatus)
 bis auf weiteres „99999“ bei Auslandsversicherten, wenn keine KV-Karte vorhanden
INV-5 (Fall-Nummer), INV-6 (Aktenzeichen der Krankenkasse) und INV-7 (Tag des
Beginns des Versicherungsschutzes)
 Angabe entfällt bei AUFN und AMBO
- NAD** [*NAD-4 (Geburtsdatum des Versicherten) + NAD-5 (Straße und Haus-Nr., sofern vor-*
handen) + NAD-6|NAD-9 (Postleitzahl|Internationales Länderkennzeichen) + NAD-7
(Wohnort)] Muss-Datenelemente, wenn keine Angabe zu INV-1 (Krankenversicher-
 ten-Nr.)
NAD-5 (Straße und Haus-Nr.)
 bei Inlandsversicherten nicht immer vorhanden (kleine Gemeinden)
NAD-6 (Postleitzahl)
 kann bei Auslandsanschriften entfallen (NAD-9 (Internationales Länderkennzeichen)
 vorhanden)

Standardsegmente (FKT, INV, NAD, CUX)

Segment	Inhalt	Status	Format	Bemerkungen
FKT	Segment Funktion	M	an3	„FKT“
	Verarbeitungskennzeichen	M	an2	Schlüssel 9
	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	M	an2	„01“ „01“, ...
	IK des Absenders	M	an9	
	IK des Empfängers	M	an9	
INV	Segment Information Versicherter	M	an3	„INV“
	Krankenversicherten-Nr.	K	an..12	
	Versichertenstatus	K	an5	Schlüssel 12
	Gültigkeit der Versichertenkarte	K	an4	JJMM
	KH-internes Kennzeichen des Versicherten	M	an..15	
	Fall-Nummer der Krankenkasse	K	an..17	Angaben entfallen
	Aktenzeichen der Krankenkasse	K	an..8	bei AUFN und
	Tag des Beginns des Versicherungsschutzes	K	an8	bei AMBO
NAD	Vertragskennzeichen	K	an..25	
	Segment Name/Adresse	M	an3	„NAD“
	Name des Versicherten	M	an..47	
	Vorname des Versicherten	M	an..30	
	Geschlecht	M	an1	Schlüssel 21
	Geburtsdatum des Versicherten	K	an8	JJJJMMTT
	Straße und Haus-Nr.	K	an..30	
	Postleitzahl	K	an..7	
	Wohnort	K	an..25	
	Titel des Versicherten	K	an..17	
CUX	Internationales Länderkennzeichen	K	an..3	Schlüssel 7
	Segment Währung	M	an3	„CUX“
	Währungskennzeichen	M	an3	Schlüssel 18

Aufnahmesatz (AUFN)

Hinweise:

AUF *AUF-5 (Voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung)*

Bis-Datum

AUF-6 (Arztnummer des einweisenden Arztes)

und *AUF-7 (Betriebsstättennummer des einweisenden Arztes)*

oder *AUF-8 (IK des veranlassenden Krankenhauses)*

oder *AUF-9 (Veranlassende Stelle bei Notfallaufnahme)*

oder *AUF-10 (Zahnarzt Nummer des einweisenden Zahnarztes)*

Muss-Datenelement

AUF-10 (Aufnahmegewicht)

Bei Aufnahme von Kleinkindern (eigener Behandlungsfall) mit einem Aufnahmealter bis zu einem Jahr ist das Aufnahmegewicht in Gramm anzugeben.

EAD *Erstes EAD-1 (Aufnahmediagnose)*

Muss-Datenelementgruppe

EAD-2 (Sekundär-Diagnose Aufnahme)

und *EAD-4 (Sekundär-Diagnose Einweisung)*

Wenn die Datenelementgruppe Sekundär-Diagnose übermittelt wird, muss auch eine Datenelementgruppe Diagnose übermittelt werden.

Aufnahmesatz (AUFN)

Segment	Inhalt	Status	Format	Bemerkungen
FKT	Segment Funktion	M		Standardsegment
INV	Segment Information Versicherter	M		Standardsegment
NAD	Segment Name/Adresse	M		Standardsegment
DPV	Segment Diagnosen-/Prozedurenversion	M	an3	„DPV“
	ICD-Version	M	an..6	Versionskennung
AUF	Segment Aufnahme	M	an3	„AUF“
	Aufnahmetag	M	an8	JJJJMMTT
	Aufnahmeuhrzeit	M	an4	HHMM
	Aufnahmegrund	M	an4	Schlüssel 1
	Fachabteilung	M	an4	Schlüssel 6
	Voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung	M	an8	JJJJMMTT
	Arztnummer des einweisenden Arztes	K	an..9	
	Betriebsstättennummer des einweisenden Arztes	K	an..9	
	IK des veranlassenden Krankenhauses	K	an9	
	Veranlassende Stelle bei Notfallaufnahme	K	an..30	Klartext
	Zahnarzt Nummer des einweisenden Zahnarztes	K	an..9	KZV-Nummer
	Aufnahmegewicht	K	n..5	in Gramm
EAD	Segment Einweisungs- und Aufnahmediagnose	M	an3	„EAD“ (20x möglich)
	Aufnahmediagnose	K	an..9:a1	s. unten
	Sekundär-Diagnose Aufnahme	K	an..9:a1	s. unten
	Einweisungsdiagnose	K	an..9:a1	s. unten
	Sekundär-Diagnose Einweisung	K	an..9:a1	s. unten

Datenelementgruppe Diagnose (und Sekundär-Diagnose):

Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel
Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16

Verlängerungsanzeige (VERL)

Hinweise:

Die Verlängerungsanzeige ist in der Regel vor Ablauf der vorausgegangenen Kostenübernahme zu übermitteln, wenn der Vertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V dies erfordert (§ 4 Abs. 1 der Datenübermittlungsvereinbarung).

DAU *DAU-2 (Voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung)*
Bis-Datum

FAB *FAB-3 (Sekundär-Diagnose)*
Wenn die Datenelementgruppe Sekundär-Diagnose übermittelt wird, muss auch eine Datenelementgruppe Diagnose übermittelt werden.

Verlängerungsanzeige (VERL)

Segment	Inhalt	Status	Format	Bemerkungen
FKT	Segment Funktion	M		Standardsegment
INV	Segment Information Versicherter	M		Standardsegment
NAD	Segment Name/Adresse	M		Standardsegment
DPV	Segment Diagnosen-/Prozedurenversion	M	an3	„DPV“
	ICD-Version	M	an..6	Versionskennung
DAU	Segment Dauer	M	an3	„DAU“
	Aufnahmetag	M	an8	JJJJMMTT
	Voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung	M	an8	JJJJMMTT
	Nachfolgediagnose, die	K	an..9:a1	s. unten
	mit Sekundär-Diagnose Arbeitsunfähigkeit	K	an..9:a1	s. unten
	ab dem ... die AU allein begründet hat	K	an8	JJJJMMTT
FAB	Segment Fachabteilung	M	an3	„FAB“ (10x möglich)
	Fachabteilung	M	an4	Schlüssel 6
	Diagnose	M	an..9:a1	s. unten
	Sekundär-Diagnose	K	an..9:a1	s. unten

Datenelementgruppe Diagnose (und Sekundär-Diagnose):

Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel
Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16

Medizinische Begründung (MBEG)

Hinweise:

Auf Verlangen der Krankenkasse, falls die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung überschritten wird.

Die medizinische Begründung kann wahlweise in maschinenlesbarer oder in nicht maschinenlesbarer Form übermittelt werden. Zu nicht maschinenlesbarer Übermittlung siehe Anlage 3.

Medizinische Begründung (MBEG)

Segment	Inhalt	Status	Format	Bemerkungen
FKT	Segment Funktion	M		Standardsegment
INV	Segment Information Versicherter	M		Standardsegment
NAD	Segment Name/Adresse	M		Standardsegment
TXT	Segment Text	M	an3	„TXT“ (10x möglich)
	Medizinische Begründung	M	an..70	Klartext

Rechnungssatz (RECH)

Hinweis:

REC *REC-5 (Rechnungsbetrag)*

= Summe [ENT-2 (Entgeltbetrag) x ENT-5 (Entgeltanzahl)]

./. ZLG-1 (Zuzahlungsbetrag)

REC-8 (IK des Krankenhauses für Zahlungsweg)

wenn abweichend von FKT

ENT *ENT-1 (Entgeltart)*

Wenn in ENT-1 (Entgeltart) ein Abschlag angegeben ist, muss der Betrag aus (ENT-2 x ENT-5) subtrahiert werden.

Rechnungssatz (RECH)

Segment	Inhalt	Status	Format	Bemerkungen
FKT	Segment Funktion	M		Standardsegment
INV	Segment Information Versicherter	M		Standardsegment
NAD	Segment Name/Adresse	M		Standardsegment
CUX	Segment Währung	M	an3	Standardsegment
REC	Segment Rechnung	M	an3	„REC“
	Rechnungsnummer	M	an..20	
	Rechnungsdatum	M	an8	JJJJMMTT
	Rechnungsart	M	an2	Schlüssel 11
	Aufnahmetag	M	an8	JJJJMMTT
	Rechnungsbetrag	M	n..10	99999999,99
	Debitoren-Konto-Nr. des Krankenhauses	K	an..9	
	Referenznummer des Krankenhauses	K	an..20	
	IK des Krankenhauses für Zahlungsweg	K	an9	
ZLG	Segment Zuzahlung	K	an3	„ZLG“
	Zuzahlungsbetrag	M	n..6	9999,99
	Zuzahlungskennzeichen	M	an1	Schlüssel 15
FAB	Segment Fachabteilung	M	an3	„FAB“ (30x möglich)
	Fachabteilung	M	an4	Schlüssel 6
ENT	Segment Entgelt	M	an3	„ENT“ (98x möglich)
	Entgeltart	M	an8	Schlüssel 4
	Entgeltbetrag	M	n..10	99999999,99
	Abrechnung von	M	an8	JJJJMMTT
	Abrechnung bis	M	an8	JJJJMMTT
	Entgeltanzahl	M	n..3	
	Tage ohne Berechnung/Behandlung	K	n..3	
	Tag der Wundheilung	K	an8	keine Angabe

ab 1.1.2013

Entlassungsanzeige (ENTL)

Hinweise:

FAB *FAB-6 (Operationstag) und FAB-7 (Operation)*

Die Datenelemente dürfen nur gemeinsam übermittelt werden.

SG1 Das erste ETL-Segment in SG1 ist ein Muss-Segment.

Innerhalb der Segmentgruppe SG1 kann das Segment NDG bis zu 20-mal vorkommen.

DAU *DAU-4 (mit Sekundär-Diagnose Arbeitsunfähigkeit)*

ETL *ETL-6 (Sekundär-Diagnose)*

NDG *NDG-2 (Sekundär-Diagnose)*

Datenelementgruppe Diagnose (und Sekundär-Diagnose):

Diagnoseschlüssel	M an..9	ICD-Schlüssel
Lokalisation	K a1	Schlüssel 16

Datenelementgruppe Operation (und Zusatzschlüssel 1 und Zusatzschlüssel 2 Operation):

Prozedurenschlüssel	M an..11	OPS-Schlüssel
Lokalisation	K a1	Schlüssel 16

Entlassungsanzeige (ENTL)

Segment	Inhalt	Status	Format	Bemerkungen	
FKT	Segment Funktion	M		Standardsegment	
INV	Segment Information Versicherter	M		Standardsegment	
NAD	Segment Name/Adresse	M		Standardsegment	
DPV	Segment Diagnosen-/Prozedurenversion	M	an3	„DPV“	
	ICD-Version	M	an..6	Versionskennung	
	OPS-Version	K	an..6	Versionskennung	
DAU	Segment Dauer	M	an3	„DAU“	
	Aufnahmetag	M	an8	JJJJMMTT	
	Entlassungstag	M	an8	JJJJMMTT	
	Nachfolgediagnose, die	K	an..9:a1	s. unten	
	mit Sekundär-Diagnose Arbeitsunfähigkeit	K	an..9:a1	s. unten	
	ab dem ... die AU allein begründet hat	K	an8	JJJJMMTT	
	Beatmungsstunden	K	an..4	HHHH	
Segmentgruppe SG 1 (ETL-NDG)		M		(99x möglich)	ab 1.1.2013
ETL	Segment Entlassung/Verlegung	M	an3	„ETL“	
	Tag der Entlassung/Verlegung	M	an8	JJJJMMTT	
	Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit	M	an4	HHMM	
	Entlassungs-/Verlegungsgrund	M	an3	Schlüssel 5	
	Fachabteilung	M	an4	Schlüssel 6	
	Hauptdiagnose	M	an..9:a1	s. unten	
	Sekundär-Diagnose	K	an..9:a1	s. unten	
	IK der aufnehmenden Institution	K	an9		
NDG	Segment Nebendiagnose	K	an3	„NDG“ (40x möglich)	
	Nebendiagnose	M	an..9:a1	s. unten	
	Sekundär-Diagnose	K	an..9:a1	s. unten	
EBG	Segment Entbindung	K	an3	„EBG“ (2x möglich)	
	Tag der Entbindung	M	an8	JJJJMMTT	
FAB	Segment Fachabteilung	M	an3	„FAB“ (999 max.)	ab 1.1.2013
	Fachabteilung	M	an4	Schlüssel 6	
	Diagnose	K	an..9:a1	s. Hinweis	
	Sekundär-Diagnose	K	an..9:a1	keine Angabe	
	Zusatzschlüssel Diagnose	K	an..9:a1	keine Angabe	ab 1.1.2013
	Sekundär-Diagnose Zusatzschlüssel	K	an..9:a1	keine Angabe	
	Operationstag	K	an8	JJJJMMTT	
	Operation (Datenelementgruppe)	K	an..11:a1	s. Hinweis	
	Zusatzschlüssel 1 Operation	K	an..11:a1	keine Angabe	ab 1.1.2013
	Zusatzschlüssel 2 Operation	K	an..11:a1	keine Angabe	
RBG	Segment Reha, Behandlg, geeign. Einrichtung	K	an3	„RBG“ (10x möglich)	
	Durchgeführte Rehabilitationsmaßnahme	K	an..5	Schlüssel 2	
	Vorschlag für die weitere Behandlung	K	an2	Schlüssel 13	
	Vorschlag für geeignete Einrichtung	K	an9	Schlüssel 14	

Rechnungssatz Ambulante Operation (AMBO)

Hinweise:

- REC *REC-5 (Rechnungsbetrag)*
 = Summe [(ENA-8 (*Entgeltbetrag*) x ENA-9 (*Entgeltanzahl*)]
 + REC-10 (*Pauschale*)
 + Summe [EZV-1 (*Einzelvergütung*)]
 ./. ZLG-1 (*Zuzahlungsbetrag*)
REC-9 (Honorarsumme)
 <= Summe[(ENA-8 (*Entgeltbetrag*) x ENA-9 (*Entgeltanzahl*)]
 + Summe[EZV-4 (*Honorarsummenrelevanter Anteil*)]
REC-10 (Pauschale) = REC-9 (*Honorarsumme (für Pauschale)*) x 0,07
- ZLG Sofern eine Zuzahlung erfolgte ~~oder trotz Aufforderung nicht oder nur zum Teil geleistet wurde~~, muss das ZLG-Segment angegeben werden. [siehe Anlage 5, 1.2.8.3]
- RZA *RZA-2 (Arztnummer des überweisenden Arztes)*
RZA-3 (Betriebsstättennummer des überweisenden Arztes)
 Arztnummer und Betriebsstättennummer dürfen nur gemeinsam übermittelt werden.
- PRZ PRZ-1 (*Prozedur*) siehe unten
- ENA ENA 999-mal möglich, ENA-1 (*Entgeltart*) nach Schlüssel 4 Teil II existiert für ENA-1 (*Entgeltart (EBM-Ziffern)*) eine Punktzahl, so sind ENA-6 (*Punktzahl*) und ENA-7 (*Punktwert*) Muss-Datenelemente.
ENA-6 (Punktzahl) siehe Anlage 5
ENA-8 (Entgeltbetrag) = ENA-6 (*Punktzahl*) x ENA-7 (*Punktwert*)
 oder Einzelbetrag für eine Entgeltart (ohne Punktzahl und Punktwert)
 ENA-1 (*Entgeltart (EBM-Ziffern)*)
- EZV *EZV-3 (Einzelvergütung, Texterläuterung)*
 Muss-Datenelement, wenn EZV-2 (*Einzelvergütung, Erläuterung*) = „01“ (Implantate), „04“, „05“ oder „06“ (Pauschalvergütungen) oder „12“ (Erstattung für Arzneimittel). Implantat, pauschaliertes Entgelt aus Strukturverträgen oder Arzneimittel näher bezeichnen.

Datenelementgruppe Diagnose (und Sekundär-Diagnose):

Diagnoseschlüssel	M an..9	ICD-Schlüssel
Lokalisation	K a1	Schlüssel 16
Diagnosensicherheit [ab 1.7.2010]	K a1	Schlüssel 17

Datenelementgruppe Prozedur:

Prozedurenschlüssel	M an..11	OPS-Schlüssel
Lokalisation	K a1	Schlüssel 16

Rechnungssatz Ambulante Operation (AMBO)

Segment	Inhalt	Status	Format	Bemerkungen
FKT	Segment Funktion	M		Standardsegment
INV	Segment Information Versicherter	M		Standardsegment
NAD	Segment Name/Adresse	M		Standardsegment
CUX	Segment Währung	M		Standardsegment
DPV	Segment Diagnosen-/Prozedurenversion	M	an3	„DPV“ s. Folgeseite
REC	Segment Rechnung	M	an3	„REC“
	Rechnungsnummer	M	an..20	(nicht wiederholbar!)
	Rechnungsdatum	M	an8	JJJJMMTT
	Rechnungsart	M	an2	Schlüssel 11
	Tag des Zugangs	M	an8	JJJJMMTT
	Rechnungsbetrag	M	n..10	99999999,99
	Debitoren-Konto-Nr. des Krankenhauses	K	an..9	
	Referenznummer des Krankenhauses	K	an..20	
	IK des Krankenhauses für Zahlungsweg	K	an9	
	Honorarsumme (für Pauschale)	M	n..8	999999,99
	Pauschale	K	n..8	999999,99
ZLG	Segment Zuzahlung	K	an3	„ZLG“
RZA	Segment Rechnungszusatz ambulante OP	M	an3	„RZA“
	Fachabteilung	M	an4	Schlüssel 6
	Arztnummer des überweisenden Arztes	K	an..9	
	Betriebsstattnummer des überweisenden Arztes	K	an..9	
	Zahnarztnummer des überweisenden Zahnarztes	K	an..9	KZV-Nummer
	Überweisungsdiagnose	K	an..9:a1	s. Hinweis
	Sekundär-Diagnose	K	an..9:a1	s. Hinweis
	Arztnummer des Belegarztes/koop. Vertragsarztes	K	an..9	bei § 115b ab 1.1.2013
	Arztnummer eines weiteren koop. Vertragsarztes	K	an..9	bei § 115b
	Betriebsstattnummer	K	an..9	bei §§ 117-119-Fällen
BDG	Segment Behandlungsdiagnose	M	an3	„BDG“ (30x möglich) s. Folgeseite
PRZ	Segment Prozedur	K	an3	„PRZ“ (30x möglich)
	Prozedur (Datenelementgruppe)	M	an..11:a1	s. Hinweis
	Prozedurentag	M	an8	JJJJMMTT ab 1.1.2013
	Lebendspende	K	a1	„J“ leer
ENA	Segment Entgelt ambulante OP	M	an3	„ENA“ (bis zu 999x)
	Entgeltart (EBM-Ziffern)	M	an8	Schlüssel 20 [4 Teil II]
	Zusatzkennzeichen EBM	K	a3	Schlüssel 19
	Abrechnungsbegründung	K	an..70	Text ab 1.1.2013
	in Honorarsumme für Pauschale enthalten	K	a1	„J“ leer, nur § 115b
	Tag der Behandlung	M	an8	JJJJMMTT
	Punktzahl	K	n..6	999999
	Punktwert	K	n..8	99,999999 (Cent)
	Entgeltbetrag	M	n..10	99999999,99
	Entgeltanzahl	M	n..3	
	Doppeluntersuchung	K	an.1	„J“ leer
EZV	Segment Einzelvergütung	K	an3	„EZV“ (30x möglich) s. Folgeseite
LEI	Segment Leistungsdokumentation	K	an3	„LEI“ (999x möglich) ab 1.1.2013
	Leistungsart	M	an2	Schlüssel 24
	Leistungsschlüssel	M	an..20	Schlüssel 22 23 ‘9999’
	Leistungstag	K	an8	JJJJMMTT

Rechnungssatz Ambulante Operation (AMBO)

Nachtrag der Segmentstrukturen:

DPV	Segment Diagnosen-/Prozedurenversion	M	an3	„DPV“
	ICD-Version	M	an..6	Versionskennung
	OPS-Version	K	an..6	Versionskennung
ZLG	Segment Zuzahlung	K	an3	„ZLG“
	Zuzahlungsbetrag	M	n..6	9999,99
	Zuzahlungskennzeichen	M	an1	Schlüssel 15
BDG	Segment Behandlungsdiagnose	M	an3	„BDG“ (30x möglich)
	Behandlungsdiagnose	M	an..9:a1:a1s.	Hinweis
	Sekundärdiagnose	K	an..9:a1:a1s.	Hinweis
EZV	Segment Einzelvergütung	K	an3	„EZV“ (30x möglich)
	Einzelvergütung	M	n..8	999999,99
	Einzelvergütung, Erläuterung	M	an2	Schlüssel 3
	Einzelvergütung, Texterläuterung	K	an..70	Text
	Honorarsummenrelevanter Anteil	K	n..8	999999,99

Hinweise:

RZA Die Fachabteilung ist im Segment RZA gemäß Schlüssel 6 (Fachabteilung) anzugeben. Ist bei den Einrichtungen gemäß §§ 117-119 SGB V die vereinbarte Fachdisziplin im Schlüssel 6 nicht abgebildet, ist der Schlüssel „3700“ (Sonstige Fachabteilung) anzugeben.

ENA Bei Abrechnung von EBM-Ziffern, für die der EBM eine Erläuterung fordert, besteht bis zum Inkrafttreten dieser Fortschreibung [am 1.1.2013] keine Möglichkeit, die Erläuterung in der Nachricht AMBO zu übermitteln; eine Abweisung der Nachricht AMBO aufgrund fehlender Erläuterung ist nicht zulässig. Die entsprechenden Angaben sind auf Anfrage der Krankenkasse in geeigneter Form parallel zur Verfügung zu stellen.

ab 1.1.2013 LEI *Leistungsschlüssel*
Schlüssel 22 bei § 116b-Fällen, Schlüssel 23 bei § 118-Fällen mit PIA-Dokumentation oder „9999“.

Bei geplanten ambulanten Operationen, die nicht zustande kommen (z.B. Nichterscheinen des Patienten), obwohl bereits Vorleistungen erbracht wurden, ist dies in einem LEI-Segment im ersten Datenelement „Leistungsschlüssel“ durch die Angabe „9999“ anzuzeigen. Im Datenelement „Leistungsart“ ist „A3“ (Schlüssel 24) anzugeben. Die Angabe des Leistungstages entfällt.

Bei 116b-Fällen ist Schlüssel 22 (Leistungsbereich 116b) anzugeben.

Zuzahlungsgutschrift/-rückforderung (ZGUT)

Segment	Inhalt	Status	Format	Bemerkungen
FKT	Segment Funktion	M		Standardsegment
INV	Segment Information Versicherter	M		Standardsegment
NAD	Segment Name/Adresse	M		Standardsegment
CUX	Segment Währung	M	an3	Standardsegment
RED	Segment Rechnungsdaten	M	an3	„RED“
	Rechnungsnummer	M	an..20	
	Gutschrifts-/Rückforderungsdatum	M	an8	JJJJMMTT
	Gutschrifts-Rückforderungsbetrag	M	n..10	99999999,99
	Referenznummer der Krankenkasse	K	an..20	Angabe entfällt
	Rechnungsart	M	an2	Schlüssel 11
	Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen	K	n..10	Angabe entfällt
	KH-internes Kennzeichen des Versicherten	K	an..15	Angabe entfällt
	IK des Krankenhauses für Zahlungsweg	K	an9	Wenn abweichend

Hinweis:

In der Regel wird die Zuzahlungsgutschrift mit einer nachfolgenden Überweisung verrechnet. Ausnahmen zur Verrechnung sind nach bilateraler Absprache möglich.

Kostenübernahmesatz (KOUB)

Hinweise:

- KOS *KOS-3 (Kostenübernahme ab)*
leer bei Ablehnung
- KOS-4 (Kostenübernahme bis)*
soweit in dem Vertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V vorgesehen.
leer bei Ablehnung
- KOS-5 (Zuzahlungstage)*
leer bei teilstationärer Behandlung, Entbindung und bei Ablehnung
- KOS-6 (Höchstbetrag je Tag)*
gilt nur für Knappschaft, siehe Schlüssel 8

Kostenübernahmesatz (KOUB)

Segment	Inhalt	Status	Format	Bemerkungen
FKT	Segment Funktion	M		Standardsegment
INV	Segment Information Versicherter	M		Standardsegment
NAD	Segment Name/Adresse	M		Standardsegment
CUX	Segment Währung	K	an3	Standardsegment
KOS	Segment Kostenübernahme	M	an3	„KOS“
	Datum der Kostenübernahme	M	an8	JJJJMMTT
	Merkmal Kostenübernahme	M	an..4	Schlüssel 8
	Kostenübernahme ab	K	an8	JJJJMMTT
	Kostenübernahme bis	K	an8	JJJJMMTT
	Zuzahlungstage	K	n..2	Resttage
	Höchstbetrag je Tag	K	n..6	9999,99
TXT	Segment Text	K	an3	„TXT“ (10x möglich)
	Merkmal Kostenübernahme, Erläuterung	M	an..70	Klartext

Anforderungssatz Medizinische Begründung (ANFM)

Hinweis:

Anforderungssatz Medizinische Begründung (ANFM)

Segment	Inhalt	Status	Format	Bemerkungen
FKT	Segment Funktion	M		Standardsegment
INV	Segment Information Versicherter	M		Standardsegment
NAD	Segment Name/Adresse	M		Standardsegment
TXT	Segment Text	M	an3	„TXT“ (10x möglich)
	Erläuterung der Anforderung	M	an..70	Klartext

Zahlungssatz (Z AHL)

Hinweis:

Der Zahlungssatz muss übermittelt werden, wenn der Zahlungsbetrag vom Rechnungsbetrag abweicht oder im Fall einer Ablehnung (siehe Anlage 5). Ansonsten kann er vom Krankenhaus im Rechnungssatz (Schlüssel 11) angefordert werden.

Zahlungssatz (Z AHL)

Segment	Inhalt	Status	Format	Bemerkungen
FKT	Segment Funktion	M		Standardsegment
INV	Segment Information Versicherter	M		Standardsegment
NAD	Segment Name/Adresse	M	an3	„NAD“
	Name des Versicherten	M	an..47	
	Vorname des Versicherten	M	an..30	
CUX	Segment Währung	M	an3	Standardsegment
REC	Segment Rechnung	M	an3	„REC“
	Rechnungsnummer	M	an..20	
	Rechnungsdatum	M	an8	JJJJMMTT
	Rechnungsart	M	an2	Schlüssel 11
	Aufnahmetag	M	an8	JJJJMMTT
	Rechnungsbetrag	M	n..10	99999999,99
	Debitoren-Konto-Nr. des Krankenhauses	K	an..9	
	Referenznummer des Krankenhauses	K	an..20	
	IK des Krankenhauses für Zahlungsweg	K	an9	
ZLG	Segment Zuzahlung	K	an3	„ZLG“
	Zuzahlungsbetrag	M	n..6	9999,99
	Zuzahlungskennzeichen	M	an1	Schlüssel 15
ZPR	Segment Zahlung/Prüfung	M	an3	„ZPR“
	Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen	M	n..10	99999999,99
	Prüfungsvermerk	M	an2	Schlüssel 10
ENT	Segment Entgelt	K	an3	„ENT“ (99x möglich)
	Entgeltart	M	an8	Schlüssel 4
	Entgeltbetrag	M	n..10	999999,99
	Abrechnung von	M	an8	JJJJMMTT
	Abrechnung bis	M	an8	JJJJMMTT
	Entgeltanzahl	M	n..3	
	Tage ohne Berechnung/Behandlung	K	n..3	
	Tag der Wundheilung	K	an8	keine Angabe

ab 1.1.2013

Zahlungssatz Ambulante Operation (ZAAO)

Hinweis:

Der Zahlungssatz Ambulante Operation muss übermittelt werden, wenn der Zahlungsbetrag vom Rechnungsbetrag abweicht oder im Fall einer Ablehnung (siehe Anlage 5). Ansonsten kann er vom Krankenhaus im Rechnungssatz (Schlüssel 11) angefordert werden.

Zahlungssatz Ambulante Operation (ZAAO)

Segment	Inhalt	Status	Format	Bemerkungen
FKT	Segment Funktion	M		Standardsegment
INV	Segment Information Versicherter	M		Standardsegment
NAD	Segment Name/Adresse	M	an3	„NAD“
	Name des Versicherten	M	an..47	
	Vorname des Versicherten	M	an..30	
CUX	Segment Währung	M	an3	Standardsegment
REC	Segment Rechnung	M	an3	„REC“
	Rechnungsnummer	M	an..20	
	Rechnungsdatum	M	an8	JJJJMMTT
	Rechnungsart	M	an2	Schlüssel 11
	Tag des Zugangs	M	an8	JJJJMMTT
	Rechnungsbetrag	M	n..10	99999999,99
	Debitoren-Konto-Nr. des Krankenhauses	K	an..9	
	Referenznummer des Krankenhauses	K	an..20	
	IK des Krankenhauses für Zahlungsweg	K	an9	
	Honorarsumme (für Pauschale)	M	n..8	999999,99
	Pauschale	K	n..8	999999,99
ZPR	Segment Zahlung/Prüfung	M	an3	„ZPR“
	Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen	M	n..10	99999999,99
	Prüfungsvermerk	M	an2	Schlüssel 10
	Honorarsumme, neu berechnet	K	n..8	999999,99
	Pauschale, neu berechnet	K	n..8	999999,99
ZLG	Segment Zuzahlung	K	an3	„ZLG“
	Zuzahlungsbetrag	M	n..6	9999,99
	Zuzahlungskennzeichen	M	an1	Schlüssel 15
ENA	Segment Entgelt ambulante OP	K	an3	„ENA“ (bis zu 999x)
	Entgeltart (EBM-Ziffern)	M	an8	Schlüssel 20 [4 Teil II]
	Zusatzkennzeichen EBM	K	a3	Schlüssel 19
	Abrechnungsbegründung	K	an..70	Text
	in Honorarsumme für Pauschale enthalten	K	a1	„J“ leer, nur § 115b
	Tag der Behandlung	M	an8	JJJJMMTT
	Punktzahl	K	n..6	999999
	Punktwert	K	n..8	99,999999 (Cent)
	Entgeltbetrag	M	n..10	99999999,99
	Entgeltanzahl	M	n..3	
EZV	Segment Einzelvergütung	K	an3	„EZV“ (30x möglich)
	Einzelvergütung	M	n..8	999999,99
	Einzelvergütung, Erläuterung	M	an2	Schlüssel 3
	Einzelvergütung, Texterluterung	K	an..70	Text
	Honorarsummenrelevanter Anteil	K	n..8	999999,99

Sammelüberweisung (SAMU)

Hinweis:

Sammelüberweisung (SAMU)

Segment	Inhalt	Status	Format	Bemerkungen
FKT	Segment Funktion	M		Standardsegment
CUX	Segment Währung	M	an3	Standardsegment
RED	Segment Rechnungsdaten	M	an3	„RED“ (99999x) ab 1.1.2013
	Rechnungsnummer	M	an..20	
	Rechnungsdatum	M	an8	JJJJMMTT
	Rechnungsbetrag	M	an..10	99999999,99
	Referenznummer der Krankenkasse	M	an..20	
	Rechnungsart	M	an2	Schlüssel 11
	Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen	M	n..10	99999999,99
	KH-internes Kennzeichen des Versicherten	M	an..15	
UWD	Segment uberweisungsdaten	M	an3	„UWD“
	Rechnungsbetrag, Summe	M	n..10	99999999,99
	Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen	M	n..10	99999999,99
	IK des Krankenhauses für Zahlungsweg	K	an9	
	Sammelbelegnummer	M	an..10	

Fehlernachricht (FEHL)

Hinweise:

FKT *FKT-3 (IK des Absenders)*

FKT-4 (IK des Empfängers)

Sind die IK's für das FKT-Segment unbekannt oder nicht ermittelbar, so sind die entsprechenden IK aus dem UNB-Segment zu verwenden.

FHL Sind Inhalte der Kann-Datenelemente des FHL-Segmentes bei der Prüfung ermittelbar, werden die Kann-Datenelemente zu Muss-Datenelementen.

FHL-1 (Segment)

Name des Segments, dem der Fehler zuzuordnen ist

FHL-2 (Segmentposition)

Nummer des Segments des gleichen Segmenttyps (innerhalb der Nachricht), dem der Fehler zuzuordnen ist; bei Segmentgruppen ist fortlaufend innerhalb der Nachricht weiterzuzählen

FHL-3 (Feldposition)

Nr. des Felds (innerhalb des Segments), dem der Fehler zuzuordnen ist

FHL-5 (Fehlercode)

siehe Anhang C zu Anlage 2

Fehlernachricht (FEHL)

Segment	Inhalt	Status	Format	Bemerkungen
FKT	Segment Funktion			Standardsegment
FHL	Segment Fehlermeldung	M	an3	„FHL“ (20x möglich)
	Segment	K	an3	
	Segmentposition	K	an3	
	Feldposition	K	an2	
	Text	K	an..70	Fehlertext
	Fehlercode	K	an5	
	Anwendungsreferenz	K	an..14	aus UNB (0026)
	Datum/Uhrzeit der Erstellung			aus UNB (S004)
	- Datum der Erstellung	K	n6	JJMMTT
	- Zeit der Erstellung	K	n4	HHMM
	Nachrichten-Referenznummer	K	an..14	aus UNH (0062)
	Datenaustauschreferenz	K	an..14	aus UNB (0020)

Verwendung der Segmente

		von Krankenhaus						von Krankenkasse					
		AUFN	VERL	MBEG	RECH	ENTL	AMBO	ZGUT	KOUB	ANFM	ZAHL	ZAAO	SAMU
FKT	Funktion	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
1	Verarbeitungskennzeichen	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
2	Lfd. Nummer des Geschäftsvorfalles	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
3	IK des Absenders	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
4	IK des Empfängers	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
INV	Information Versicherter	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	
1	Krankenversicherten-Nummer	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	
2	Versichertenstatus	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	
3	Gültigkeit der Versichertenkarte	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	
4	KH-internes Kennzeichen	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	
5	Fall-Nummer der Krankenkasse		K	K	K	K		K	K	K	K	K	
6	Aktenzeichen der Krankenkasse		K	K	K	K		K	K	K	K	K	
7	Beginn des Versicherungsschutzes		K	K	K	K		K	K	K	K	K	
8	Vertragskennzeichen	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	
NAD	Name/Adresse	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	
1	Name des Versicherten	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	
2	Vorname des Versicherten	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	
3	Geschlecht	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	
4	Geburtsdatum des Versicherten	K	K	K	K	K	K	K	K	K			
5	Straße und Haus-Nr.	K	K	K	K	K	K	K	K	K			
6	Postleitzahl	K	K	K	K	K	K	K	K	K			
7	Wohnort	K	K	K	K	K	K	K	K	K			
8	Titel des Versicherten	K	K	K	K	K	K	K	K	K			
9	Internationales Länderkennzeichen	K	K	K	K	K	K	K	K	K			

		von Krankenhaus						von Krankenkasse					
		AUFN	VERL	MBEG	RECH	ENTL	AMBO	ZGUT	KOUB	ANFM	ZAHL	ZAAO	SAMU
DPV	Diagnosen-/Prozedurenversion	M	M			M	M						
1	ICD-Version	M	M			M	M						
2	OPS-Version					K	K						
AUF	Aufnahme	M											
1	Aufnahmetag	M											
2	Aufnahmeuhrzeit	M											
3	Aufnahmegrund	M											
4	Fachabteilung	M											
5	Voraussichtl. Dauer der KH-Behandlung	M											
6	Arztnummer des einweisenden Arztes	K											
7	Betriebsstättennummer des einweisenden Arztes	K											
8	IK des veranlassenden Krankenhauses	K											
9	Veranlassende Stelle bei Notfallaufnahme	K											
10	Zahnarztnummer	K											
11	Aufnahmegewicht	K											
EAD	Einweisungs- und Aufnahmediagnose	M											
1	Aufnahmediagnose	K											
2	Sekundär-Diagnose Aufnahme	K											
3	Einweisungsdiagnose	K											
4	Sekundär-Diagnose Einweisung	K											
DAU	Dauer		M			M							
1	Aufnahmetag		M			M							
2	Voraussichtl. Dauer/Entlassungstag		M			M							
3	Nachfolgediagnose Arbeitsunfähigkeit		K			K							
4	Sekundär-Diagnose AU		K			K							
5	Ab-Datum zu AU		K			K							
6	Beatmungstunden					K							

		von Krankenhaus						von Krankenkasse					
		AUFN	VERL	MBEG	RECH	ENTL	AMBO	ZGUT	KOUB	ANFM	ZAHL	ZAAO	SAMU
FAB	Fachabteilung		M		M	M							
1	Fachabteilung		M		M	M							
2	Diagnose		M			K							
3	Sekundär Diagnose		K			K							
4	Zusatzschlüssel Diagnose					K							
5	Sekundär Diagnose Zusatzschlüssel					K							
6	Operationstag					K							
7	Operation					K							
8	Zusatzschlüssel 1 Operation					K							
9	Zusatzschlüssel 2 Operation					K							
ETL	Entlassung/Verlegung					M							
1	Tag der Entlassung/Verlegung					M							
2	Entlassungs-/Verlegungsurzeit					M							
3	Entlassungs-/Verlegungsgrund					M							
4	Fachabteilung					M							
5	Hauptdiagnose					M							
6	Sekundär-Diagnose					K							
7	IK der aufnehmenden Institution					K							
NDG	Nebendiagnose					K							
1	Nebendiagnose					M							
2	Sekundärdiagnose					K							
EBG	Entbindung					K							
1	Tag der Entbindung					M							
RBG	Reha, Behandlg, Geeign. Einrichtung					K							
1	Durchgeführte Reha-Maßnahme					K							
2	Vorschlag für die weitere Behandlung					K							
3	Vorschlag für geeignete Einrichtung					K							

		von Krankenhaus						von Krankenkasse					
		AUFN	VERL	MBEG	RECH	ENTL	AMBO	ZGUT	KOUB	ANFM	ZAHL	ZAAO	SAMU
CUX	Währung				M		M	M	K		M	M	M
1	Währungskennzeichen				M		M	M	M		M	M	M
REC	Rechnung				M		M				M	M	
1	Rechnungsnummer				M		M				M	M	
2	Rechnungsdatum				M		M				M	M	
3	Rechnungsart				M		M				M	M	
4	Aufnahmetag/Tag des Zugangs				M		M				M	M	
5	Rechnungsbetrag				M		M				M	M	
6	Debitorenkonto des Krankenhauses				K		K				K	K	
7	Referenznummer des Krankenhauses				K		K				K	K	
8	IK des KH fur (anderen) Zahlungsweg				K		K				K	K	
9	Honorarsumme (fur Pauschale)						M					M	
10	Pauschale						K					K	
ZLG	Zuzahlung				K		K				K	K	
1	Zuzahlungsbetrag				M		M				M	M	
2	Zuzahlungskennzeichen				M		M				M	M	
ENT	Entgelt				M						K		
1	Entgeltart				M						M		
2	Entgeltbetrag				M						M		
3	Abrechnung von				M						M		
4	Abrechnung bis				M						M		
5	Entgeltanzahl				M						M		
6	Tage ohne Berechnung/Behandlung				K						K		
7	Tag der Wundheilung (A-FP)				K						K		

		von Krankenhaus						von Krankenkasse					
		AUFN	VERL	MBEG	RECH	ENTL	AMBO	ZGUT	KOUB	ANFM	ZAHL	ZAAO	SAMU
RZA	Rechnungszusatz ambulante OP						M						
1	Fachabteilung						M						
2	Arztnummer des überweisenden Arztes						K						
3	Betriebsstättennr. des überw. Arztes						K						
4	Zahnarztnummer						K						
5	Überweisungsdiagnose						K						
6	Sekundär-Diagnose						K						
7	Arztnummer (Belegarzt/koop. Arzt)						K						
8	Arztnummer weiterer koop. Arzt						K						
9	Betriebsstättennummer						K						
BDG	Segment Behandlungsdiagnose						M						
1	Behandlungsdiagnose						M						
2	Sekundär-Diagnose						K						
PRZ	Segment Prozedur						K						
1	Prozedur (Datenelementgruppe!)						M						
2	Prozedurentag						M						
3	Lebenspende						K						
ENA	Entgelt ambulante OP						M					K	
1	Entgeltart						M					M	
2	Zusatzkennzeichen EBM						K					K	
3	Abrechnungsbegründung						K					K	
4	in Honorarsumme für Pauschale enthalten						K					K	
5	Tag der Behandlung						M					M	
6	Punktzahl						K					K	
7	Punktwert						K					K	
8	Entgeltbetrag						M					M	
9	Entgeltanzahl						M					M	
10	Doppeluntersuchung						K					-	

		von Krankenhaus						von Krankenkasse					
		AUFN	VERL	MBEG	RECH	ENTL	AMBO	ZGUT	KOUB	ANFM	ZAHL	ZAAO	SAMU
EZV	Einzelvergütung						K					K	
1	Einzelvergütung						M					M	
2	Einzelvergütung, Erläuterung						M					M	
3	Einzelvergütung, Texterläuterung						K					K	
4	Honorarsummenrelevanter Anteil						K					K	
LEI	Leistungsdokumentation [ab 1.1.2013]						K						
1	Leistungsart						M						
2	Leistungsschlüssel						M						
3	Leistungstag						K						
ZPR	Zahlung/Prüfung									M	M		
1	Rechnungsbetrag, angewiesen									M	M		
2	Prüfungsvermerk									M	M		
3	Honorarsumme, neu berechnet											K	
4	Pauschale, neu berechnet											K	
RED	Rechnungsdaten						M						M
1	Rechnungsnummer						M						M
2	Gutschrifts-/Rechnungsdatum						M						M
3	Gutschrifts-/Rechnungsbetrag						M						M
4	Referenznummer der Krankenkasse						K						K
5	Rechnungsart						M						M
6	Rechnungsbetrag, abgewiesen						K						M
7	KH-internes Kennzeichen						K						M
8	IK für Zahlungsweg						K						
TXT	Text			M				K	M				
1	(Klartext-Erläuterungen)			M				M	M				

		von Krankenhaus						von Krankenkasse					
		AUFN	VERL	MBEG	RECH	ENTL	AMBO	ZGUT	KOUB	ANFM	ZAHL	ZAAO	SAMU
KOS	Kostenübernahme								M				
1	Datum der Kostenübernahme								M				
2	Merkmal Kostenübernahme								M				
3	Kostenübernahme ab								K				
4	Kostenübernahme bis								K				
5	Zuzahlungstage								K				
6	Höchstbetrag (Bundesknappschaft)								K				
UWD	Überweisungsdaten												M
1	Rechnungsbetrag, Summe												M
2	Rechnungsbetrag, angewiesen												M
3	IK für anderen Zahlungsweg												K
4	Sammelbelegnummer												M
FHL	Fehlermeldung	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K
1	Segment	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K
2	Segmentposition	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K
3	Feldposition	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K
4	Text	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K
5	Fehlercode	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K
6	Anwendungsreferenz	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K
7	Datum/Uhrzeit der Erstellung	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K
8	Nachrichten-Referenznummer	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K
9	Datenaustauschreferenz	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K

Anlage 2

Schlüsselverzeichnis

1	Aufnahmegrund	
2	Durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen	
3	Einzelvergütung, Erläuterung (Rechnungssatz Ambulante Operation)	
4	Entgeltarten	
5	Entlassungs-/Verlegungsgrund	
6	Fachabteilungen	
7	Internationales Länderkennzeichen	
8	Merkmal Kostenübernahme	
9	Verarbeitungskennzeichen	
10	Prüfungsvermerk	
11	Rechnungsart	
12	Versichertenstatus	
13	Vorschläge für die weitere Behandlung	
14	Vorschläge für geeignete Einrichtungen	
15	Zuzahlungskennzeichen	
16	Lokalisation	
18	Währungskennzeichen	
19	Zusatzkennzeichen EBM	
20	EBM-Ziffern	
21	Geschlecht	
22	Leistungsbereich (116b)	
23	PIA-Leistung	ab 1.1.2013
24	Leistungsart	ab 1.1.2013

Anhang A Durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen

Anhang B Entgeltarten

Anhang C Fehlercodes

Anhang D EBM-Ziffern

Schlüssel 1 Aufnahmegrund

1. und 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. und 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

Hinweis (zu 3. und 4. Stelle):

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, Erläuterung

1. und 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 v.H. des Apotheken-Einkaufspreises nach Lauertaxe zuzüglich Mehrwertsteuer)
- 13 Erstattung für Photonensensibilisatoren bei der Photodynamischen Therapie und Hormonpräparate bei Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung (80 v.H. 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, 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)
- ab 1.7.2013 53 Aufwandspauschale bei erfolgloser MDK-Prüfung - nur für ambulantes Operieren im Krankenhaus § 115b SGB V

Hinweis zu 01, 02, 07 bis 10, 14 bis 18:

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

Schlüssel 4 Entgeltarten

Hinweis: Der Entgeltschlüssel wird fortgeschrieben (siehe Anhang B und Anlage 5).

1.–2. Stelle: Entgeltschlüssel

- 01 Tagesgleicher Pflegesatz
- 02 Ermäßigter Abteilungs Pflegesatz nach § 14 Abs. 2 Satz 3 oder Abs. 7 Satz 2 BPfIV
(in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
- 03 Betrag nach § 14 Abs. 5 Satz 4 und 5 BPfIV (in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
- 10 Fallpauschale
Zuschläge/Abschläge bei Fallpauschalen
- 11 Zuschlag nach § 14 Abs. 6 Nr. 3 BPfIV (in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
(§ 11 Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
- 12 Zuschlag nach § 14 Abs. 6 Nr. 3 BPfIV (in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
(§ 11 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
- 13 Abschlag nach § 14 Abs. 6 Nr. 3 BPfIV (in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
(§ 11 Abs. 3 Satz 3 Nr. 1 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) oder
Sondervereinbarung
- 14 Abschlag nach § 14 Abs. 6 Nr. 3 BPfIV (in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
(§ 11 Abs. 3 Satz 3 Nr. 2 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
- 16 Zuschlag nach § 14 Abs. 6 Nr. 5 BPfIV (in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
- 17 Allgemeiner Zuschlag nach § 14 Abs. 6 Nr. 6 BPfIV (am 31.12.2003 geltende Fassung)
- 18 Allgemeiner Abschlag nach § 14 Abs. 6 Nr. 6 BPfIV (am 31.12.2003 geltende Fassung)
- 20 Sonderentgelt
Sonderentgelte nach § 14 Abs. 6 BPfIV (in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
- 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 in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
Zuschläge/Abschläge bei Sonderentgelten
- 25 Zuschlag nach § 11 Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 BPfIV (in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
- 26 Zuschlag nach § 11 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2 BPfIV (in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
- 27 Abschlag nach § 11 Abs. 3 Satz 3 Nr. 1 BPfIV (31.12.2003) 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 § 14 Abs. 8 BpflV (in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) oder § 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 (am 31.12.2003 geltende Fassung)
- 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. 3 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
- 70 DRG-Fallpauschale nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG
- 71 Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD (§ 1 Abs. 2 Satz 1 FPV) oder tagesbezogene teilstationäre DRG-Fallpauschale ab 2. Tag
- 72 Abschlag bei Verlegungen (§ 1 Abs. 1 Satz 3 FPV)
- 73 Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD (§ 1 Abs. 3 Satz 1 FPV)
- 74 Rückforderung eines Abschlags bei Nichterreichen der unteren GVD nach § 8 Abs. 5 Satz 2 KHEntgG
- 75 Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG
- 76 Zusatzentgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2, 3, 5 und 6 KHEntgG – Arzneimittel oder nach Anlage 2 oder Anlage 4 KFPV 2004 oder nach Anlagen 2 und 5 FPV oder Anlagen 4 und 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 oder § 10 Abs. 2 FPV
- 79 Ausnahmeentgelt für teilstationäre DRG-Fallpauschalen aus 2003 nach § 9 Abs. 2 KFPV 2004 oder nach § 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 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)
- 86 Fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 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 Abschlags 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 oder § 10 Abs. 2 FPV
- 92 Abschlag bei Verlegungen für teilstationäre DRG-Fallpauschalen aus 2003 nach § 9 Abs. 2 KFPV 2004 oder § 10 Abs. 2 FPV
- 93 Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für teilstationäre DRG-Fallpauschalen aus 2003 nach § 9 Abs. 2 KFPV 2004 oder § 10 Abs. 2 FPV
- 94 Rückforderung eines Abschlags bei Nichterreichen der unteren GVD für teilstationäre DRG-Fallpauschalen aus 2003 nach § 9 Abs. 2 KFPV 2004 oder § 10 Abs. 2 FPV

3. Stelle: Zusatzschlüssel für

Fallpauschalen/Sonderentgelte (§ 11 Abs. 1 und 2 BpflV),

DRG-Fallpauschalen (§ 7 Nr. 1 KHEntgG),

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) und

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 Belegoperateur
- 4 Belegoperateur und Beleganästhesist
- 5 Belegoperateur und Beleghebamme
- 6 Belegoperateur, Beleganästhesist und Beleghebamme
- 7 Teilstationäre Versorgung (für teilstationäre DRG-Fallpauschale)
- 8 Belegarzt mit Honorarvertrag

Hinweis:

- 0 grundsätzlich bei Modellvorhaben nach § 24 BpflV oder § 26 BpflV (in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) und Fallpauschalen oder Sonderentgelten nach § 28 Abs. 2 BpflV (in der am 31.12.1999 geltenden Fassung) sowie bei Zusatzentgelten nach § 17b 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.

Entgelte/Abschläge für integrierte Versorgung nach § 140c SGB V

Entgelte für Modellvorhaben nach § 63 SGB V

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

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

- 1 Zuschlag
- 2 Abschlag

Zusatzschlüssel für Abrechnungsergänzungen

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

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

- 00 bundesweit
- 01–16 Länderschlüssel
- 30 Belegabteilung

4.–8. Stelle: Entgelte

bei 1. und 2. Stelle „03“ oder „40“: „00000“

01000001	Basispflegesatz, vollstationär
01000002	Basispflegesatz, teilstationär
[01 02]01	Abteilungspflegesätze
	4. Stelle: 1
	5.–8. Stelle: Fachabteilungsschlüssel (siehe Schlüssel 6)
[01 02]010000	Krankenhaus (§ 28 Abs. 10 BpflV in der am 31.12. 1997 geltenden Fassung)
[01 02]02	Pflegesätze für besondere Einrichtungen (§ 13 Abs. 2 Satz 3 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
	4. Stelle: 2
	5.–8. Stelle: Besondere Einrichtung (0010–0091, siehe Anhang B)
[01 02]03	Teilstationäre Pflegesätze (§ 13 Abs. 4 BpflV)
	4. Stelle: 3
	5.–8. Stelle: Fachabteilungsschlüssel (siehe Schlüssel 6)
	bei besonderen Einrichtungen: 0010–0091 (siehe Anhang B)
[01 02]030000	Krankenhaus (§ 28 Abs. 10 BpflV in der am 31.12. 1997 geltenden Fassung)
[01 02]04	Pflegesätze für Belegpatienten (§ 13 Abs. 2 Satz 2 BpflV)
	4. Stelle: 4
	5.–8. Stelle: Fachabteilungsschlüssel (siehe Schlüssel 6)
[01 02]040000	Krankenhaus (§ 28 Abs. 10 BpflV in der am 31.12.1997 geltenden Fassung oder § 13 Abs. 2 Satz 2, 2. Halbsatz BpflV)
[01 02]05	Teilstationäre Pflegesätze für Belegpatienten
	4. Stelle: 5
	5.–8. Stelle: Fachabteilungsschlüssel (siehe Schlüssel 6)
[01 02]050000	Krankenhaus (§ 28 Abs. 10 BpflV in der am 31.12.1997 geltenden Fassung oder § 13 Abs. 2 Satz 2, 2. Halbsatz BpflV)
	Fallpauschalen nach § 15 Abs. 1 Nr.1 BpflV (in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) in der jeweils geltenden Fassung des Katalogs
10[1 6]02010	Struma, ...
10[1 6]xxxxx	Fallpauschalen nach § 16 Abs. 2 BpflV (in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) (Landesvereinbarung) Vergabe der Schlüssel durch die Bundesebene
	4.–5. Stelle: 31 ff. Länderschlüssel
	6.–8. Stelle: 001 ff. je Länderschlüssel
10999999	Wiederaufnahme innerhalb GVD (§ 14 Abs.2 Satz 5 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
	Sonderentgelte nach § 15 Abs. 1 Nr.1 BpflV (in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) in der jeweils geltenden Fassung des Katalogs
20[1 6]01010	Dekompression peripherer Nerven ...

- 20[1|6]xxxxx Sonderentgelte nach § 16 Abs. 2 BpflV (in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) (Landesvereinbarung)
Vergabe der Schlüssel durch die Bundesebene
4.–5. Stelle: 31 ff. Länderschlüssel
6.–8. Stelle: 001 ff. je Länderschlüssel
- 40000000 Zuschlag nach § 14 Abs. 3 BpflV oder § 14 Abs. 8 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung oder § 8 Abs. 3 KHEntgG (Investitionszuschlag)
- 410 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 I/BG-T (z.B. Kontrastmittel) nach Einstandspreis (siehe Anhang B)
- 420 Entgelte für nachstationäre Behandlung
90000 Durchschnittspauschale neue Länder
90100 Tagesbezogene Pauschale Innere Medizin
90200 Tagesbezogene Pauschale Geriatrie
...
93600 Tagesbezogene Pauschale Intensivmedizin
93700 Tagesbezogene Pauschale Sonstige Fachabteilung
xxxxx Einzelleistungsvergütung med.-tech. Großgeräte (nach DKG-NT I/BG-T-Ziffern, siehe Anhang B)
80010 Vergütung für Leistungen nach Maßgabe des § 5 der Allgemeinen Tarifbestimmungen des DKG-NT I/BG-T (z.B. Kontrastmittel) nach Einstandspreis (siehe Anhang B)
- 430 Pflegesätze bei Beurlaubung
00000 (krankenhausindividuelle Festlegung)
000[01–09] reserviert für spätere Verwendung
4. Stelle:
1 = Abteilung (vollstationär)
2 = Besondere Einrichtung
3 = Abteilung (teilstationär)
4 = Belegabteilung (vollstationär)
5 = Belegabteilung (teilstationär)
5.–8. Stelle:
Fachabteilungsschlüssel (s. Schlüssel 6), wenn 4. Stelle = 1, 3, 4 oder 5,
Schlüssel für Besondere Einrichtungen, wenn 4. Stelle = 2

- 44[0-6] Modellvorhaben nach § 24 BpflV oder § 26 BpflV (am 31.12.2003 geltende Fassung)
 4.–5. Stelle: 01 ff. Länderschlüssel
 6.–8. Stelle: 001 ff. je Länderschlüssel
- 450 Wahlleistung Unterkunft (gilt nur für Knappschaft)
 Auch zur Verwendung in psychiatrischen/psychosomatischen Behandlungsfällen gemäß BpflV bei Anwendung des §17d KHG neben Teilzahlungsentgelten oder ggf. nach Gutschrift in der Schlussrechnung/Nachtragsrechnung zu übermitteln
- 00001 Einbettzimmer-Zuschlag (wird bei Zahlung durch übernahmefähigen Zweibettzimmer-Zuschlag ersetzt)
- 00002 Zweibettzimmer-Zuschlag, krankenhausindividuelle Staffelung
 bis
 00009
- 460 Zuschlag für Qualitätssicherung nach § 137 oder § 112 Abs. 1 SGB V
 4.–5. Stelle:
 01–35 Länderschlüssel (01–16, zusätzlich: 25 Nordrhein, 35 Westfalen-Lippe)
 6.–8. Stelle:
 000 Allgemeiner Zuschlag (ab 2004)
 002 Behandlung von Schlaganfallpatienten
- Hinweis:*
 Die drei Bestandteile des Qualitätssicherungszuschlags, Zuschlagsanteil Krankenhaus, Zuschlagsanteil Land (länderindividuell) und Zuschlagsanteil Bund, sind nicht einzeln zu deklarieren. Unter dem Entgeltschlüssel darf nur einmal die Summe der drei Bestandteile in einem ENT-Segment in Rechnung gestellt werden.
Für die Zuschlagserhebung und die Zuschlagshöhe ist der Aufnahmetag maßgeblich.
- 471 Zuschläge nach GMG und sonstige Zuschläge
 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
Der Zuschlag wird entsprechend G-BA-Beschluss nicht gesondert berechnet, er ist im Zuschlag 47100000 bzw. 47100001 enthalten.
- 00003 Zuschlag für Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen (§ 4 Abs. 13 KHEntgG)
- 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.m. 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
- 00017 Ausgleich Erhöhungsrates (Bayern-Vereinbarung zu § 10 Abs. 5 KHEntgG)
- 00018 Versorgungszuschlag nach § 8 Abs. 10 Satz 1 KHEntgG
- 00019 erhöhter Versorgungszuschlag nach § 8 Abs. 10 Satz 2 KHEntgG
- 00020 Zuschlag Hygiene-Förderprogramm nach § 4 Abs. 11 KHEntgG
- 20001 Kostenpauschale für Verwaltungsverfahren
- 20002 Portokosten für erneute Zustellung zwecks Beweissicherung

- 472 Abschlüsse nach GMG und sonstige Abschlüsse
 - 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 Konvergenzverlängerung nach § 5 Abs. 6 KHEntgG
 - 00015 Abschlag für besondere Einrichtungen nach § 4 Abs. 7 KHEntgG

- 48000001 DRG-Systemzuschlag, vollstationärer Fall
- 48000002 DRG-Systemzuschlag, teilstationärer Fall

- 491 Zuschläge für Zentren und Schwerpunkte
- 492 Abschlüsse für Zentren und Schwerpunkte (für Korrekturen)
 - 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 hämatookologisches 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 dem Berechnungsschema für die prozentualen Zuschläge zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen und der Abschaffung des Arztes im Praktikum im Hinweis der Schlüsselfortschreibung vom 11.2.2005.

Die Zu- und Abschläge auf den Basisfallwert der Ausprägungen „5“ und „6“ in der 4. Stelle berechnen sich analog dem Abrechnungsschema für den Abschlag vom Landesbasisfallwert für Mehrleistungen nach § 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG im Hinweis des Nachtrags vom 27.3.2009.

500

Berechnung nach BPflV alt

Allgemeiner Pflegesatz

- 00001 Normalfall
- 00002 Belegarzt
- 00003 Entbindung
- 00004 Dialyse

Teilstationärer Pflegesatz

- 10001 Tagesklinik
- 10002 Nachtklinik
- 10003 ff. krankenhausindividuelle Festlegung

Besonderer Pflegesatz

- 20001 ff. krankenhausindividuelle Festlegung

Sonderentgelte

- 30001 ff. krankenhausindividuelle Festlegung

Abweichende Vereinbarungen nach § 21 BPflV

- 40001 ff. krankenhausindividuelle Festlegung

600

Sonderfall

- 00001 Entgelt für Aufnahmeuntersuchung
- 00002 Weihnachtsgeld
- 00003 Taschengeld
- 00004 Bekleidungs-geld
- 00005 Früherkennungsuntersuchungen für Neugeborene (Brandenburg)
- 00006 Entgelt für gutachterliche Stellungnahme bei Transplantationen nach § 7 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 BPflV oder § 4 Abs. 1 Nr. 4 FPV

- 00007 Entgelt für Transport von Knochenmark oder hämatopoetischer Stammzellen nach § 4 Abs. 1 Nr. 6 FPV
000[08-09] reserviert für spätere Verwendung
4. Stelle:
1 = Abteilung (vollstationär),
2 = Besondere Einrichtung,
3 = Abteilung (teilstationär),
4 = Belegabteilung (vollstationär),
5 = Belegabteilung (teilstationär)
5.–8. Stelle:
Fachabteilungsschlüssel (siehe Schlüssel 6), wenn 4. Stelle = 1, 3, 4 oder 5,
Schlüssel für Besondere Einrichtungen, wenn 4. Stelle = 2
- 61[1-8] Entgelte für integrierte Versorgung nach § 140c SGB V
- 62[1-8] Abschläge bei Entgelten für integrierte Versorgung nach § 140c SGB V
4.–5. Stelle:
01 ff. Individuelle Kassenaufteilung 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
- 63[1-8] Entgelte für Modellvorhaben nach § 63 SGB V
4.–5. Stelle:
01 ff. Individuelle Kassenaufteilung 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
- 65 Zusatzentgelte für DMP
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 Asthma bronchiale
- 06 COPD

- 70[1-8] DRG-Fallpauschalen nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG
4. Stelle: 0
5.–8. Stelle: ADDS (DRG, siehe G-DRG Definitions-Handbuch)
- 70000000 intern reserviert
- 70888888 Teilzahlung nach § 11 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG
- 70999999 im Rahmen der Zusammenarbeit nach § 3 Abs. 2 KFPV (0,00 EUR) oder bei Wiederaufnahme wegen Komplikationen innerhalb der oberen GVD nach § 8 Abs. 5 KHEntgG (0,00 EUR)
- 71[1-8] Entgelte bei Überschreiten der oberen GVD (§ 1 Abs. 2 Satz 1 FPV) oder tagesbezogene teilstationäre DRG-Fallpauschale ab 2. Tag
4. Stelle: 0
5.-8. Stelle: ADDS (DRG, siehe G-DRG Definitions-Handbuch)
- 71999999 Entgelt bei Überschreiten der GVD im Rahmen der Zusammenarbeit nach § 3 Abs. 2 KFPV (150,00 EUR)
- 72[1-6, 8] Abschläge bei Verlegungen (§ 1 Abs. 1 Satz 3 FPV)
- 73[1-6, 8] Abschläge bei Nichterreichen der unteren GVD (§ 1 Abs. 3 Satz 1 FPV)
- 74[1-6] Rückforderungen von Abschlägen bei Nichterreichen der unteren GVD nach § 8 Abs. 5 Satz 2 KHEntgG
4. Stelle: 0
5.–8. Stelle: ADDS (DRG, siehe G-DRG Definitions-Handbuch)
- 751 Zuschläge nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG
- 75100001 Sicherstellungszuschlag nach § 17b Abs. 1 Satz 7 KHG, Festbetrag
- 75100002 Sicherstellungszuschlag auf den Basisfallwert nach § 17b Abs. 1 Satz 7 KHG
Hinweis:
Der Sicherstellungszuschlag auf den Basisfallwert berechnet sich analog dem Abrechnungsschema für den Abschlag vom Landesbasisfallwert für Mehrleistungen nach § 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG im Hinweis des Nachtrages vom 27.3.2009
- 751[01-16]002 Ausbildungszuschlag nach § 17a Abs. 6 oder 9 KHG
(4.–5. Stelle: Länderschlüssel, siehe Anhang B)
- 75100003 Zuschlag für Begleitperson nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG
i.V.m. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3, 1. Halbsatz KHEntgG
- 75100004 Zuschlag Mitaufnahme Pflegekraft nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG
i.V.m. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3, 2. Halbsatz KHEntgG
- 752 Abschläge nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG
- 75200001 Abschlag für Nichtbeteiligung an der Notfallversorgung nach § 17b Abs.1 Satz 4 KHG

76	Zusatzentgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG
760	– Arzneimittel oder nach Anlage 2 oder Anlage 4 KFPV 2004 oder – nach Anlagen 4 und 6 FPV <i>4.–5. Stelle:</i> 00 bundesweit [01–16] Länderschlüssel 9X bundesweit <i>6.–8. Stelle:</i> 001ff. Zusatzentgelt für Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren oder nach Anlage 4 KFPV 2004 oder nach Anlagen 4 und 6 FPV bundesweit nach Anlage 2 KFPV 2004 Z01 Hämodialyse (ZE01)
761	Zusatzentgelt nach § 6 Abs. 2 KHEntgG
762	Zusatzentgelt nach § 6 Abs. 2a KHEntgG
76ZE	Zusatzentgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG (Anlagen 2 und 5 FPV) <i>3.–8. Stelle:</i> ZE0101 ZE0101 Hämodialyse, Zusatzentgelte-Katalog nach Anlage 5 FPV) siehe Anhang B
770	Zusatzentgelte nach § 7 Nr. 2 KHEntgG – Dialyse (KFPV 2003) <i>4.–5. Stelle:</i> [01–16] Länderschlüssel <i>6.–8. Stelle:</i> 001 Dialyse (KFPV 2003) 002 Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis CAPD (Hessen)
780	Teilstationärer Pflegesatz nach § 9 Abs. 2 KFPV 2004 oder § 10 Abs. 2 FPV <i>4. Stelle:</i> 3 Hauptabteilung (teilstationär) 5 Belegabteilung (teilstationär) <i>5.–8. Stelle:</i> Fachabteilungsschlüssel (s. Schlüssel 6) bei Besonderen Einrichtungen: 0010–0091
78000000	Krankenhaus (§ 28 Abs. 10 BpflV in der am 31.12.1997 geltenden Fassung oder § 13 Abs. 2 Satz 2, 2. Halbsatz BpflV)
78999999	teilstationäre Behandlung innerhalb der oberen GVD einer vorherigen vollstationären DRG-Fallpauschale nach § 6 Abs. 2 KFPV 2004 (0,00 EUR) oder innerhalb des Zeitraums bis einschließlich drei Tage nach Überschreiten der abgerundeten mittleren Verweildauer nach § 6 Abs. 2 FPV
79[1-6]	Ausnahmeentgelt für teilstationäre DRG-Fallpauschalen aus 2003

- nach § 9 Abs. 2 KFPV 2004 oder § 10 Abs. 2 FPV
 4. Stelle: 0
 5.–8. Stelle: ADDS (DRG 2003, siehe G-DRG Definitions-Handbuch)
- 80[00–16] Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
 nach § 7 Nr. 6 KHEntgG (§ 6 Abs. 2 KHEntgG), *ab 1.1.2005*
 5.–8. Stelle: 0001 ff. fortlaufend je Länderschlüssel
- 81[00–16] Entgelte bei Überschreiten der oberen GVD für fallbezogene Entgelte nach
 § 6 Abs. 2 KHEntgG
 5.–8. Stelle: 0001 ff. fortlaufend je Länderschlüssel
- 82[00–16] Abschlag bei Verlegung für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG
 5.–8. Stelle: 0001 ff. fortlaufend je Länderschlüssel
- 83[00–16] Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte nach
 § 6 Abs. 2 KHEntgG
 5.–8. Stelle: 0001 ff. fortlaufend je Länderschlüssel
- 85[00–16] Tagesbezogene Entgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
 (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)
 5.–8. Stelle:
 A01Z ff. bundesweit, alphanumerisch für nicht kalkulierte DRG
 0001 ff. je Länderschlüssel, teilstationär
 3001 ff. je Länderschlüssel, teilstationär in besonderen Einrichtungen
 4001 ff. je Länderschlüssel, vollstationär in besonderen Einrichtungen
- 86[00–16] Fallbezogene Entgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
 (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)
 5.–8. Stelle:
 A01Z ff. bundesweit, alphanumerisch für nicht kalkulierte DRG
 0001 ff. je Länderschlüssel, teilstationär
 3001 ff. je Länderschlüssel, teilstationär in besonderen Einrichtungen
 4001 ff. je Länderschlüssel, vollstationär in besonderen Einrichtungen
- 87[00–16] Entgelte bei Überschreiten der oberen GVD für fallbezogene Entgelte
 nach § 6 Abs. 1 KHEntgG
- 88[00–16] Abschläge bei Verlegung für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG
- 89[00–16] Abschläge bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte
 nach § 6 Abs. 1 KHEntgG
 5.–8. Stelle: A01Z ff.|0001 ff.|3001 ff.|4001 ff. fortlaufend

- 90[00–16] Rückforderungen von Abschlägen bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG nach § 8 Abs. 5 Satz 2 KHEntgG (für Aufnahmen in 2003)
5.–8. Stelle: 0001 ff. fortlaufend je Länderschlüssel
- 91[1–6] Entgelte bei Überschreiten der oberen GVD für teilstationäre DRG-Fallpauschalen aus 2003 nach § 9 Abs. 2 KFPV 2004 oder § 10 Abs. 2 FPV
- 92[1–6] Abschläge bei Verlegungen für teilstationäre DRG-Fallpauschalen aus 2003 nach § 9 Abs. 2 KFPV 2004 oder § 10 Abs. 2 FPV
- 93[1–6] Abschläge bei Nichterreichen der unteren GVD für teilstationäre DRG-Fallpauschalen aus 2003 nach § 9 Abs. 2 KFPV 2004 oder § 10 Abs. 2 FPV
- 94[1–6] Rückforderung von Abschlägen bei Nichterreichen der unteren GVD für teilstationäre DRG-Fallpauschalen aus 2003 nach § 9 Abs. 2 KFPV 2004 oder § 10 Abs. 2 FPV
4. Stelle: 0
5.–8. Stelle: ADDS (DRG 2003, siehe G-DRG Definitions-Handbuch)

Teil II: Entgeltarten 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. Halbsatz SGB V ab 1.7.2013
- 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. Halbsatz SGB V ab 1.7.2013

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) ab 1.1.2013
 - 4.–8. Stelle:
 - 1100 ff. EBM-Ziffern, Schlüssel 20
- _1 Quartalspauschale
- _2 Behandlungspauschale
- _3 Tagespauschale
 - 3. Stelle:
 - 0 ohne Differenzierung
 - 1 Einmalkontakt
 - 2 Mehrfachkontakt
 - 3 Mitbehandlung
 - 4 Konsiliarleistung
 - 4.–7. Stelle:
 - 0000 keine Differenzierung
 - 0001 Sprechstundenbedarf
 - 0002–0099 Leistungsart (noch zu definieren)
 - 0100 ff. Fachabteilung
 - 4000 ff. Leistungsart Erwachsene
 - 5000 ff. Leistungsart Kinder- und Jugendliche

8. Stelle:

- 0 keine Differenzierung
- 1 ärztliche Leistung
- 2 nichtärztliche Leistung

_4 Pauschale je Behandlungseinheit

3. Stelle:

- 1 je Stunde

4. Stelle:

- 0 keine Differenzierung
- 1 Leistungsart Erwachsene
- 2 Leistungsart Kinder- und Jugendliche

5.–8. Stelle:

- 1000 keine Differenzierung
- 1001–1999 Konkretisierungen

- 2 je Behandlungstag

4. Stelle:

- 0 keine Differenzierung
- 1 Leistungsart Erwachsene
- 2 Leistungsart Kinder- und Jugendliche

5.–8. Stelle:

- 0000 keine Differenzierung
- 0001–0999 Konkretisierungen

- 3 je Behandlungseinheit

4. Stelle:

- 0 keine Differenzierung
- 1 Leistungsart Erwachsene
- 2 Leistungsart Kinder- und Jugendliche

5.–8. Stelle:

- 2000 keine Differenzierung
- 2001–2999 Konkretisierungen

_5 Pauschale nach Katalog

3. Stelle:

- 1 krankenhausindividueller Katalog

4.–8. Stelle:

- 00001 ff. Katalogwerte

- 2 Landeskatalog
 - 4. Stelle:
 - 1 Erwachsenenpsychiatrie
 - 5.–8. Stelle:
 - 0001 ff. Katalogwerte Erwachsenenpsychiatrie
 - 2 Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - 5.–8. Stelle:
 - 0001 ff. Katalogwerte Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie
 - _6 sonstige Pauschale
 - 3.–4. Stelle:
 - 00 keine Differenzierung
 - 5. Stelle:
 - 0 keine Differenzierung
 - 1 Impfpauschale
 - 6.–8. Stelle:
 - 000 keine Differenzierung
 - 001 Notfallpauschale
 - 002 Abklärungsuntersuchung
 - 003 Kinderpauschale ab 60 Behandlungstage
 - 004 medizinisch-therapeutische Leistungen
 - 005 Einsatzpauschale für Notfälle außerhalb des Krankenhauses
 - 006 Notfallbehandlung in der Zentralen Notfallaufnahme ab 1.1.2013
 - 100–199 Einfachimpfung
 - 200–299 Zweifachimpfung
 - 300–399 Dreifachimpfung
 - 400–499 Vierfachimpfung
 - 500–599 Fünffachimpfung
 - 600–699 Sechsfachimpfung
 - 3.–4. Stelle:
 - 01 Entgelte für Modellvorhaben (§ 64b Abs. 1 SGB V) |
 - 5.–8. Stelle:
 - 0000 ff. fortlaufende Nummerierung |
- _7 Integrierte Versorgung (ambulante Entgelte)
 - 3. Stelle:
 - 1 Ortskrankenkassen
 - 2 Ersatzkassen
 - 4 Betriebskrankenkassen
 - 5 Innungskrankenkassen

- 6 Knappschaft
- 7 Landwirtschaftliche Krankenkassen
- 4.-5. Stelle:
 - 01 ff. individuelle Krankenkassenaufteilung der „Verbände“ (z.B. 01 Barmer-GEK, 02 DAK, ..., 01 AOK-Nordost, 02 AOK-Bayern, ...)
- 6.-8. Stelle:
 - 000 ff. zur freien Verfügung der in den Stellen 4.-5. bezeichneten Krankenkasse

_8 Zuschlag

- 3.-4. Stelle:
 - 00 allgemeiner Zuschlag
 - 01 Laborpauschale
 - 02 Heilmittelpauschale
 - 03 bildgebende Verfahren
 - 04 Verbrauchsmaterial
 - 05 besondere Krankheiten
- 5.-8. Stelle:
 - 0000 keine Differenzierung
 - 0001ff. Konkretisierungen
 - 0100 ff. Fachabteilung

_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 (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 Aus-

prägungen „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. Stelle bzw. 5.-8. Stelle) zur Angabe nicht bettenführender Abteilungen unabhängig und ergänzend zu Schlüssel 6 im Entgeltartenschlüssel festgelegt.

Teil III: Entgeltarten BPfIV (bei Anwendung des § 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.

ab 1.1.2013 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.

Hinweis: 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)

Hinweis: Die Entgeltschlüssel können an der 4.-8. Stelle je Entgeltbereich (differenziert an der 2. Stelle) jeweils neu, beginnend mit „00000“ ff., nummeriert werden. Es werden keine „bereichsübergreifenden“ Blöcke reserviert. Nur dort wo die 4.-8. Stelle mit z.B. „00000“ eine gleiche Ausprägung für die 1. Stelle hat (z.B. 00000= Kostenpauschale für Verwaltungsverfahren) ist diese in Anlage 2 explizit als Ausprägung aufgeführt und gilt für die 1. Stelle A und B ebenso.

1. Stelle: Behandlungsbereich

- A vollstationärer Behandlungsbereich
- B teilstationärer Behandlungsbereich
- C stationärer Behandlungsbereich (gilt für Entgeltbereiche 5, 9, A, F, V und N)
(Die Entgeltschlüssel A und F sind somit in den Behandlungsbereichen A, B und C möglich.)

2. Stelle: Entgeltbereich

- _1 Bewertete Entgelte nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog § 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV [E1]
3.-7. Stelle:
PEPP-Entgelt (Bezeichnung aus gültigem Entgeltkatalog, alphanumerisch)
8. Stelle:
 - 1 Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsstufe 1 (oder Entgelt ohne Vergütungsstufe)
 - 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

- _2 Zuschlag nach Überschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten,
§ 7 Satz 1 Nr. 1 BpflV [E1]
- _3 Abschlag nach Unterschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten,
§ 7 Satz 1 Nr. 1 BpflV [E1]
3.–7. Stelle:
PEPP-Entgelt Bezeichnung aus gültigem Entgeltkatalog, alphanumerisch
8. Stelle:
0 reserviert
- _4 reserviert
- _5 Zusatzentgelte nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog,
§ 7 Satz 1 Nr. 2 BpflV [E2]
3. Stelle:
Z reserviert
4.–7. Stelle:
0000 ff. Orientierung bei der Entgeltvergabe an Bezeichnung Katalog,
alphanumerisch
8. Stelle:
reserviert
- _6 Zuschläge (u.a. gemäß KHG)
3. Stelle:
1 Tagesbezogene Zuschläge
4.–8. Stelle:
00000 Zuschlag Begleitperson (§ 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 1. Halbsatz BpflV)
00001 Zuschlag Mitaufnahme Pflegekraft (§ 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 2. Halbsatz
BpflV)
00002 Investitionszuschlag bis 2014 (§ 8 Abs. 3 BpflV)
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 (§ 139c Satz 1 SGB V)
00008 Telematikzuschlag (§ 291a Abs. 7a SGB V)

- ab 1.1.2013
- 3 Sonstige Zuschläge
4.–8. Stelle:
 00000 Kostenpauschale für Verwaltungsverfahren
 00001 Aufwandspauschale bei erfolgloser MDK-Prüfung (§ 275 Abs. 1c SGB V)
- _7 Abschläge (u.a. gemäß KHG)
3. Stelle:
 1 Tagesbezogene Abschläge
4.–8. Stelle:
 00000 ff.
 2 Fallbezogene Abschläge
4.–8. Stelle:
 00000 Korrektur Ausbildungszuschlag
 00001 Abschlag Nichtteilnahme Qualitätssicherung (§ 8 Abs. 4 BpflV)
 00002 Abschlag für Nichtbeteiligung an der Notfallversorgung
 (§ 17b Abs. 1 Satz 4 KHG)
- _8 krankenhausindividuell vereinbarte Entgelte [E.1|E3.3]
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
 8 Fallbezogene Entgelte [E3.1]
 9 Zeitraumbezogene Entgelte
4.–8. Stelle:
 00000 ff.
- _9 krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte [E3.2]
3. Stelle:
 1 Tagesbezogene Zusatzentgelte
 2 Fallbezogene Zusatzentgelte
 3 Zeitraumbezogene Zusatzentgelte
4.–8. Stelle:
 00000 ff.
- _A Entgelte für Modellvorhaben § 64b Abs. 1 SGB V
3. Stelle:
 0 reserviert
4.–8. Stelle:
 00000 ff.

- _B Entgelte für besondere Einrichtungen (ab 2017), § 7 Satz 1 Nr. 4 BpflV
 3. Stelle:
 1 Tagesbezogenes Entgelt
 2 Fallbezogenes Entgelt
 3 Zeitraumbezogenes Entgelt
 4.–8. Stelle:
 00000 ff.
- _C Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (ab 2017), § 7 Satz 1 Nr. 5 BpflV
 3. Stelle:
 0 reserviert
 4.–8. Stelle:
 00000 ff.
- _D Teilzahlungsentgelte § 11 Abs. 1 Satz 3 BpflV
 3. Stelle:
 1 Tagesbezogenes Entgelt
 4.–8. Stelle:
 00001 Teilzahlungsentgelt
 00002 Teilzahlungskorrektur
- _E gesonderte Entgelte für Patientinnen/Patienten von Belegärzten § 8 Abs. 2 BpflV
 3. Stelle:
 1 Tagesbezogenes Entgelt
 2 Fallbezogenes Entgelt
 3 Zeitraumbezogenes Entgelt
 4.–8. Stelle:
 00000 ff.
- _F Entgelte für Integrierte Versorgung
 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:

000 ff. zur freien Verfügung der in Stellen 4.–5. bezeichneten Krankenkasse

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

_V vorstationäre Behandlung

3. Stelle:

0 reserviert

4.–8. Stelle:

92900 Fallbezogene Pauschale Allgemeine Psychiatrie

93000 Fallbezogene Pauschale Kinder- und Jugendpsychiatrie

93100 Fallbezogene Pauschale Psychosomatik/Psychotherapie

XXXXX Einzelleistungsvergütung med.-techn. 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

_N nachstationäre Behandlung

3. Stelle:

0 reserviert

4.–8. Stelle:

92900 Tagesbezogene Pauschale Allgemeine Psychiatrie

93000 Tagesbezogene Pauschale Kinder- und Jugendpsychiatrie

93100 Tagesbezogene Pauschale Psychosomatik/Psychotherapie

XXXXX Einzelleistungsvergütung med.-techn. 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

Hinweis:

Der Entgeltbereich A (§ 64b Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen) ist mit der Maßgabe anzuwenden, dass dieser Entgeltbereich für Krankenhäuser gilt, die Modellvorhaben gemäß § 64b SGB V neu vereinbaren, unabhängig davon, ob sie bereits das neue Vergütungssystem nach § 17d KHG anwenden. Bereits vereinbarte Modellvorhaben gemäß § 63 SGB V bzw. § 24 BpflV (alt) sind hiervon nicht betroffen.

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

BPfIV-Entgeltsystematik (§ 17d KHG)

Behandlung		Entgeltbereich					
1. Stelle	2. und 3. Stelle	4. bis 8. Stelle					
A voll- stationär oder B teil- stationär	1	PEPP	1-5 *		Bewertetes Entgelt nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog (§ 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV)	E1	
	2		6		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	
	5	Z	00000 ff.	0	Zusatzentgelt nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog (§ 7 Satz 1 Nr. 2 BPfIV)	E2	
	6	1	00000		Zuschlag für Begleitperson (§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 1.Hs. BPfIV) nur vollstationär		
			00001		Zuschlag Mitaufnahme Pflegekraft (§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 2.Hs. BPfIV) nur vollstationär		
			00002		Investitionszuschlag (bis 31.12.2014)		
		2	00000		Ausbildungszuschlag nach § 17a Abs. 6 KHG		
			00001		Zuschlag Teilnahme an der regionalen Versorgungsverpflichtung reserviert		
			00002		Zuschlag für Maßnahmen zur Qualitätssicherung		
			00003		Zuschlag für Sicherstellung		
			00004		DRG-Systemzuschlag		
			00005		Zuschlag für Gemeinsamen Bundesausschuss [und für Institut nach § 139c SGB V] (Systemzuschlag nach § 91 Abs. 3 SGB V)		
		3	00000		Telematikzuschlag		
			00001		Kostenpauschale für Verwaltungsverfahren, nur vollstationär		
			00002		Aufwandspauschale bei erfolgloser MDK-Prüfung (§ 275 Abs. 1 SGB V)		
		7	2	00000		Korrektur Ausbildungszuschlag	
				00001		Abschlag wegen Nichtteilnahme an der Qualitätssicherung	
		8	1-5 *	00000 ff.		Abschlag wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung	
					Entgelt für krankenhausesindividuell vereinbarte Leistungen, tagesbezogen (§ 6 Abs. 1 BPfIV)	E3.3	
	Entgelt für krankenhausesindividuell vereinbarte Leistungen, fallbezogen (§ 6 Abs. 1 BPfIV)				E3.1		
9	2	00000 ff.		Entgelt für krankenhausesindividuell vereinbarte Leistungen, zeitraumbezogen (§ 6 Abs. 1 BPfIV)			
				Zusatzentgelt, krankenhausesindividuell vereinbart, tagesbezogen (§ 6 Abs. 1 BPfIV)	E3.2		
				Zusatzentgelt, krankenhausesindividuell vereinbart, fallbezogen (§ 6 Abs. 1 BPfIV)	E3.2		
A	3	00000 ff.		Zusatzentgelt, krankenhausesindividuell vereinbart, zeitraumbezogen (§ 6 Abs. 1 BPfIV)	E3.2		
				Entgelt für Modellvorhaben nach § 64b Abs. 1 SGB V			
				Entgelt für besondere Einrichtung (§ 17d Abs. 2 Satz 3 BPfIV), tagesbezogen (§ 6 Abs. 1 BPfIV, ab 2017)	E3.3		
B	2	00000 ff.		Entgelt für besondere Einrichtung (§ 17d Abs. 2 Satz 3 BPfIV), fallbezogen (§ 6 Abs. 1 BPfIV, ab 2017)	E3.1		
				Entgelt für besondere Einrichtung (§ 17d Abs. 2 Satz 3 BPfIV), zeitraumbezogen (§ 6 Abs. 1 BPfIV, ab 2017)			
				Entgelt für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, ab 2017 (§ 7 Satz 1 Nr. 5 BPfIV)			
D	1	00001		Entgelt für besondere Einrichtung (§ 17d Abs. 2 Satz 3 BPfIV), zeitraumbezogen (§ 6 Abs. 1 BPfIV, ab 2017)			
			00002		Teilzahlung (§ 11 Abs. 1 Satz 3 BPfIV)		
E	3	00000 ff.		Teilzahlungskorrektur (§ 11 Abs. 1 Satz 3 BPfIV)			
				Entgelt für Belegpatienten, tagesbezogen (§ 8 Abs. 3 Satz 6 BPfIV)			
				Entgelt für Belegpatienten, fallbezogen (§ 8 Abs. 3 Satz 6 BPfIV)			
F	1	[1-6][1-Z]000 ff.		Entgelt für Belegpatienten, zeitraumbezogen (§ 8 Abs. 3 Satz 6 BPfIV)			
			2		Entgelt für Integrierte Versorgung		
stationär C	N	0	00000 ff.		Abschlag für Integrierte Versorgung		
				V		Entgelt für nachstationäre Behandlung	
					Entgelt für vorstationäre Behandlung		

* Vergütungsstufe, bei fehlender Vergütungsstufe „1“

Stand: Nachtrag vom 18.6.2013

Schlüssel 5 Entlassungs-/Verlegungsgrund

1. und 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
- ab 1.7.2013 23 Beginn eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht (BpflV-Bereich – für verlegende Fachabteilung)
- ab 1.7.2013 24 Beendigung eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht (BpflV-Bereich – für Pseudo-Fachabteilung 0003)
- ab 1.1.2013 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)

3. Stelle:

- 1 arbeitsfähig entlassen
- 2 arbeitsunfähig entlassen
- 9 keine Angabe

Hinweis:

Bei Angabe der Werte „01“ bis „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 „13“ bezieht sich auf eine Untermenge der ehemals unter „06“ zusammengefassten Krankenhäuser. Die Angabe „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

Ergänzung:

- 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:

- 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
- 2316 Orthopädie und Unfallchirurgie

- 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, Nachtklinik
- 2955 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik
- 2956 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtklinik
- 2960 Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
- 2961 Allgemeine Psychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
- 3060 Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
- 3061 Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
- 3110 Psychosomatik/Psychotherapie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychosomatik
- 3160 Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
- 3161 Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
- 3233 Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
- 3305 Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
- 3350 Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie
- 3460 Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
- 3601 Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin
- 3603 Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie
- 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
- 3617 Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie
- 3618 Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
- 3621 Intensivmedizin/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.

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 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

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

9000 bis 9999 siehe Anlage 5

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 Wiederaufnahme und/oder bei externem Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht (siehe Anlage 5, Abschnitt 1.2.7) ab 1.7.2013
- 0001 Pseudo-Fachabteilung für den Aufenthalt bei Rückverlegung (siehe Anlage 5, Abschnitt 1.4.4.2)
- 0002 Pseudo-Fachabteilung für den externen Aufenthalt bei Wiederaufnahme (siehe Anlage 5, Abschnitt 1.4.4.2)
- 0003 Pseudo-Fachabteilung für den externen Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht im BpflV-Bereich ab 1.7.2013

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 Vergütungssystems nach §17d KHG - siehe Anlage 5 Kapitel 1.4.10).

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

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

Schlüssel 7 Internationales Länderkennzeichen

(alphabetische Verschlüsselung mit dem Internationalen Kfz-Länderschlüssel)

ET	Ägypten
ETH	Äthiopien
AFG	Afghanistan
AL	Albanien
DZ	Algerien
AND	Andorra
ANG	Angola
AB	Antigua und Barbuda
RA	Argentinien
AR	Armenien
AZ	Aserbaidzhan
AUS	Australien
BS	Bahamas
BRN	Bahrain
BD	Bangladesch
BDS	Barbados
BY	Belarus (Weißrußland)
B	Belgien
BH	Belize (brit. Honduras)
BEN	Benin (Dahomey)
BHU	Bhutan
BOL	Bolivien
BIH	Bosnien-Herzegowina
RB	Botsuana
BR	Brasilien
BRU	Brunei Darussalam
BG	Bulgarien
D	Bundesrepublik Deutschland
BF	Burkina Faso
RU	Burundi
RCH	Chile
RC	China (Taiwan)
CHI	China (Volksrepublik)
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
YU	Jugoslawien (Serbien/Montenegro)
K	Kambodscha
KAM	Kamerun
CDN	Kanada
KZ	Kasachstan
Q	Katar
EAK	Kenia
KS	Kirgisistan
CO	Kolumbien
RCB	Kongo
CB	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	Liberia

LBY	Libyen
FL	Liechtenstein
LT	Litauen
L	Luxemburg
RM	Madagaskar
MK	Mazedonien
MW	Malawi
MAL	Malaysia
MDI	Malediven
RMM	Mali
M	Malta
MA	Marokko
RIM	Mauretanien
MS	Mauritius
MEX	Mexiko
MIK	Mikronesien, Föderierte Staaten von
MD	Moldau
MC	Monaco
MNG	Mongolei
MNE	Montenegro
MOC	Mosambik
MYA	Myanmar (Birma)
NAM	Namibia
NAU	Nauru
NEP	Nepal
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	Papua-Neuguinea
PY	Paraguay
PE	Peru
RP	Philippinen
PL	Polen
P	Portugal
RWA	Ruanda
RO	Rumänien
RUS	Russische Föderation
SAL	Salomonen
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

Quelle: „Liste der Nationalitätszeichen im internationalen Kraftfahrzeugverkehr“ Hrsg. vom Bundesverkehrsministerium, Stand 1. Januar 2001

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

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. und 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 SGB V
- 03 Fallstorno im Ersatzverfahren zu § 120 Abs. 3 SGB V
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)
- ab 1.7.2013 07 Leistungen nach § 117 Abs. 2 Satz 1 2. Halbsatz SGB V (nur für AMBO und ZAAO)
- ab 1.7.2013 08 Leistungen nach § 117 Abs. 2 Satz 1 1. Halbsatz SGB V (nur für AMBO und ZAAO)
- 10 Normalfall
nur für AMBO und optional für ZAAO nach Fallstorno „35“
- 11 Ambulante Abrechnung nach § 115b SGB V statt stationäre Abrechnung
- 12 Ambulante Abrechnung nach § 116b SGB V statt stationäre Abrechnung
nur für AMBO und optional für ZAAO
- 16 Leistungen nach § 116b Abs. 2 SGB V
- 17 Leistungen nach § 117 Abs. 1 SGB V
- 18 Leistungen nach § 118 SGB V
- 19 Leistungen nach § 119 SGB V
- 20 Änderung
- 30 Fallstorno (durch Krankenhaus, nur über AUFN und AMBO)
 - 31 KH-internes Kennzeichen des Versicherten falsch
 - 32 IK des Krankenhauses falsch
 - 33 Kostenträgerzuordnung nicht zutreffend
 - 34 Softwarefehler
 - 35 Ambulante Abrechnung nach stationärer Aufnahme (nur für AUFN)
 - 36 Stornierung Abrechnung nach § 116b Abs. 2 SGB V
 - 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)
- ab 1.7.2013 47 Stornierung Abrechnung nach § 117 Abs. 2 Satz 1 2. Halbsatz SGB V (nur für AMBO)
- ab 1.7.2013 48 Stornierung Abrechnung nach § 117 Abs. 2 Satz 1 1. Halbsatz 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. eine Berufskrankheit. Berufsgenossenschaft ist zuständig.
- 07 Es handelt sich um einen BVG-Fall, einen Grenzgänger oder einen Auslandsversicherten oder einen sonstigen Regressfall. Rechnung bitte zusätzlich in Papierform
(nur bei vollstationären Patienten, in Verbindung mit dem Zuzahlungsverfahren)
- 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“ und „65“ gelangen 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 Abschlags erfolgt.

„11“ bis „65“ gelangen 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 BPfIV oder § 14 Abs. 9 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

Schlüssel 12 Versichertenstatus

1. Stelle: Versichertenart

- 1 Mitglied
- 3 Familienversicherter
- 5 Rentner und deren Familienangehörige

2. Stelle: Stichprobenzuordnung - Teilnahme

- 0 Versicherter nimmt nicht an der Stichprobe teil
- 1 weiblich, ohne Erwerbsunfähigkeits/Berufsunfähigkeits-Rentenbezug
- 2 männlich, ohne EU/BU-Rentenbezug
- 3 weiblich, mit EU/BU-Rentenbezug
- 4 männlich, mit EU/BU-Rentenbezug
- 5 wie 1, nur vor 1900 geboren
- 6 wie 2, nur vor 1900 geboren
- 7 wie 1, nur nach 1999 geboren
- 8 wie 2, nur nach 1999 geboren

3. und 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 niederländische Grenzgänger, die über eine Krankenversicherten-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

- 1. bis 9. Stelle: Institutionskennzeichen der vorgeschlagenen Einrichtung

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)

entfällt
ab 1.1.2014

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 [für die Nachricht AMBO, ausgenommen § 115b SGB V]

Schlüssel 18 Währungskennzeichen

- DEM Deutsche Mark
- EUR Euro

Hinweis: Währungseinheit, codiert nach ISO 4217

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

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 Sachverhalts durch die autorisierte Schlüsselvergabe-stelle wird der Schlüssel 20 entsprechend dem Ergebnis der Prüfung fortgeschrieben.

(siehe Anhang D zu Anlage 2)

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

ab 1.1.2013 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

ab 1.1.2013 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:

Bei geplanten ambulanten Operationen, die nicht zustande kommen (z.B. Nichterscheinen des Patienten), obwohl bereits Vorleistungen erbracht wurden, ist dies in einem LEI-Segment im ersten Datenelement „Leistungsschlüssel“ durch die Angabe „9999“ anzuzeigen. Im Datenelement „Leistungsart“ ist „A3“ (Schlüssel 24) anzugeben. Die Angabe des Leistungstages entfällt.

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 der Leistungsart A4 wird im Leistungsschlüssel an den ersten beiden Stellen je Bundesland wie folgt unterschieden:

1.-2. Stelle des Leistungsschlüssels:

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

Anlage 3

Vordrucke

Nachfolgende Geschäftsvorfälle können in Papierform übermittelt werden:

- Medizinische Begründung
- Rechnung (nur auf Anforderung der Krankenkasse)
- Entlassungsanzeige (nur: Durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen, Vorschläge für die weitere Behandlung und Vorschläge für geeignete Einrichtungen)

Inhalt der Vordrucke

(analog zu den Inhalten der jeweiligen Nachrichten):

Angaben zum Versicherten

Institutionskennzeichen der Krankenkasse

Institutionskennzeichen des Krankenhauses

Krankenversicherten-Nr.

Versichertenstatus

Gültigkeit der Krankenversichertenkarte

KH-internes Kennzeichen

Titel des Versicherten

Name des Versicherten

Vorname des Versicherten

Geburtsdatum des Versicherten

Straße und Haus-Nr.

Postleitzahl

Wohnort

Internationales Länderkennzeichen

Bei Medizinischer Begründung:

Diagnose-Informationen

Bei Entlassungsanzeige:

Durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen

Vorschläge für die weitere Behandlung

Vorschläge für geeignete Einrichtungen

Bei Rechnungsanforderung durch die Krankenkasse:

Angaben zur Rechnungsidentifikation

Angaben zu Entgelten

Anlage 4

Technische Anlage

- 1 Allgemeines
- 2 Teilnahme
- 3 Abwicklung der Datenübermittlung
- 4 Übermittlungsarten
- 5 Austauschformate
- 6 Fehlerverfahren
- 7 Korrekturverfahren
- 8 Informationsstrukturdaten
- 9 Datenflüsse
- 10 Testverfahren

Anhang: Verschlüsselung, Struktur der Übertragungsdateien (FTAM, MHS)

1 Allgemeines

- (1) Diese Technische Anlage zur Datenübermittlungs-Vereinbarung gemäß § 301 Abs. 3 SGB V regelt organisatorische und technische Sachverhalte, die zur Erfüllung der Vereinbarung einer Regelung bedürfen.
- (2) Die Pflege der Anlage erfolgt durch Austausch/Ergänzung einzelner Seiten oder Abschnitte. Die Änderung muss nach Abstimmung zwischen den Vertragsparteien beschlossen werden.
- (3) Die Regelungen dieser Technischen Anlage entsprechen im wesentlichen den Grundsätzen für Datenübermittlung und Datenträgeraustausch in der Fassung vom Dezember 1990, die von der Koordinierungs- und Beratungsstelle der Bundesregierung für Informationstechnik in der Bundesverwaltung (KBSt) herausgegeben wurden.
- (4) Für den Abschnitt zur Datenübermittlung wird des weiteren auf das EPHOS-Handbuch der KBSt, Stand 1992, Bezug genommen.
- (5) Bei der Datenübermittlung werden die relevanten internationalen, EU-weiten und nationalen Normen und ggf. Standards zur Anwendung gebracht.

2 Teilnahme

- (1) Die Einzelheiten zur Durchführung der Datenübermittlung sind rechtzeitig vor der erstmaligen Durchführung oder Änderung zwischen dem Absender und dem Empfänger der Daten abzustimmen.
- (2) Durch ein zwischen Absender und Empfänger abgestimmtes Testverfahren vor der erstmaligen Durchführung und vor Änderung des Verfahrens der Datenübermittlung ist die ordnungsgemäße Verarbeitung sicherzustellen.
- (3) Krankenhausfälle von Patienten, die das Kostenerstattungsverfahren gewählt haben, sind nicht in das Datenaustauschverfahren einbezogen.

3 Abwicklung der Datenübermittlung

- (1) Ein Geschäftsvorfall ist jeweils in einer eigenen Nachricht gemäß DIN EN 29735 (UNH bis UNT) zu übermitteln.
- (2) Die übermittelten Daten müssen den vereinbarten Inhalten und Strukturen entsprechen.
- (3) Über die Datenübermittlung ist eine Dokumentation zu führen (siehe 4.2.4 bzw. 4.3.4).
- (4) Der Absender hat sicherzustellen, dass nur geprüfte Datensätze übermittelt werden. Der Umfang der Prüfungen ist in Abschnitt 6 festgelegt.
- (5) Der Absender hat die Datenübermittlung innerhalb der vereinbarten Fristen vorzunehmen. Er hat für die Möglichkeit der Rekonstruktion der Daten im Falle eines Dateiverlustes auf dem Transportweg oder einer Dateirückweisung Sorge zu tragen.
- (6) Der Empfänger hat die Übernahme der Daten zu bestätigen.
- (7) Werden bei oder nach der Übermittlung Mängel festgestellt, die eine ordnungsgemäße Verarbeitung der Daten ganz oder teilweise beeinträchtigen, werden vom Empfänger nur die fehlerfreien Daten weiterverarbeitet. Das Fehlerverfahren ist in Abschnitt 6 geregelt.

- (8) Der Absender ist über die festgestellten Mängel unverzüglich zu unterrichten. Dieser ist verpflichtet, seinerseits unverzüglich die zurückgewiesenen Daten zu berichtigen und die korrigierten Daten erneut zu übermitteln. Jede erneute Datenlieferung nach Rückweisung fehlerhafter Daten hat ggf. eine erneute Terminsetzung zur Folge. Die elektronische Zurückweisung von Fehlernachrichten (Nachrichtentyp „FEHL“ oder um FHL-Segmente ergänzte Nachrichten) ist zur Vermeidung von Endlosschleifen nicht zulässig.
- (9) Datenträger mit personenbezogenen Daten sind nach der Datenübernahme grundsätzlich zu löschen. Der Volume-Kennsatz muss erhalten bleiben. Magnetbänder und Magnetbandkassetten sind dem Absender zurückzugeben. Damit verbunden ist gleichzeitig die Quittierung der Übernahme der Daten. Für die Zurückweisung fehlerhafter Datenträger oder Dateien gelten besondere Regelungen (siehe Abschnitt 6).

4 Übermittlungsarten

- (1) Die für die Übermittlung von Daten verwendeten Medien werden zwischen Absender und Empfänger vereinbart.
- (2) Grundsätzlich soll angestrebt werden, die Datenfernübertragung (DFÜ) als Übermittlungsart zu verwenden. Soweit eine Datenfernübertragung aus technischen/wirtschaftlichen Gründen nicht realisiert werden kann, können als Datenträger die Medien nach Abschnitt 4.3 verwendet werden. Einigen sich Absender und Empfänger nicht auf eines dieser Medien, so sind Disketten zu verwenden.
- (3) Soweit für die Datenübermittlung anstelle der vorgesehenen Medien andere, besonders vereinbarte, maschinell verwertbare Datenaustauschmedien verwendet werden, müssen diese mindestens die gleiche Datenübermittlungssicherheit bieten und es muss eine maschinelle Weiterverarbeitung mit weitgehend gleicher Qualität durch die Empfänger bei vergleichbarer Wirtschaftlichkeit möglich sein.
- (4) Die Kosten für die Datenübermittlung übernimmt der Absender.

4.1 Zeichenvorrat

- (1) Der Bezugscode für den Austausch digitaler Daten ist der Code gemäß DIN 66 303 - DRV8 (Deutsche Referenzversion des 8-Bit-Code) in der 1994 gültigen Fassung. Dieser Code enthält die Ziffern, die Groß- und Kleinbuchstaben, Sonderzeichen sowie nationale Buchstaben, so dass eine korrekte deutschsprachige Namensschreibung ermöglicht wird.
- (2) Aus dem Zeichenvorrat gemäß DIN 66303 sind nur die darstellbaren Zeichen zu verwenden.
- (3) Soweit die technischen Voraussetzungen eine Verwendung des 8-Bit-Codes nicht unterstützen, kann der Code gemäß DIN 66 003 DRV (Deutsche Referenzversion des 7-Bit-Code) verwendet werden.
- (4) Alternativ kann der Zeichensatz ISO 8859-1 genutzt werden.
- (5) Der jeweils verwendete Code ist zwischen Absender und Empfänger zu vereinbaren. Im Datenfeld „Zeichensatz“ des Auftragsatzes ist der für die Nutzdaten verwendete Zeichensatz zu dokumentieren.
- (6) Eine Zeilenende-Markierung CR/LF (ASCII-Wert 13 = CR, ASCII-Wert 10 = LF) darf im Zeichenvorrat nicht verwendet werden.

4.1.1 Komprimierung

- (1) Die Daten können vor der Übermittlung komprimiert werden, wenn Absender und Empfänger dies vereinbaren. Sobald genormte und herstellerunabhängige Komprimierungsverfahren vorhanden sind, sollten diese vorrangig verwendet werden.

4.1.2 Verschlüsselung (siehe Anhang)

4.1.3 Dateiname

Für den Dateinamen wird folgende Syntax verwendet:

Stellen	Status	Inhalt
1 - 3	M	Klassifikation = „KRH“
4 - 8	M	zur freien Verfügung
9 - 11	K	zur freien Verfügung

4.2 Datenfernübertragung

- (1) Die Festlegungen zur Regelung der Datenübermittlung sollen dem Referenzmodell für die offene Kommunikation (OSI), ISO 7498, entsprechen. Die transportorientierten Funktionen werden durch die Ebenen 1 bis 4, die anwendungsorientierten Funktionen durch die Ebenen 5 bis 7 abgedeckt.
- (2) Die einzelnen Spezifikationen lehnen sich besonders an das „EPHOS-Europäisches Beschaffungshandbuch für offene Systeme“ (Phase 1) der KBST, Stand 1992, an.
- (3) Für die Realisierung der anwendungsorientierten Funktionen können „File Transfer, Access and Management“ (FTAM) zur Datenübermittlung sowie „Message Handling System“ (MHS; X.400 Version 1988) als Nachrichtenübermittlungssystem gemäß ISO/OSI verwendet werden.
- (4) Für die Realisierung der Transportfunktionen wird als Medium das ISDN der Telekom verwendet. Es können auch andere Medien und Techniken, z.B. DATEX-P, das analoge Fernsprechnet als Zugang zum nächsten DATEX-P-Knoten oder Standleitungen, vereinbart werden. Die Krankenkassen erklären sich bereit, sofern notwendig, bei ihren Datenannahme- und Verteilstellen ein DFÜ-Verfahren gemäß CCITT X.25 vorzuhalten.
- (5) Für jedes Transportmedium sind geeignete Mechanismen zur Zugriffskontrolle zu vereinbaren, um den Ansprechpartner zu identifizieren und authentifizieren.
- (6) Im Rahmen bilateraler Absprachen ist die Übertragung mittels weiterer Verfahren möglich. Hierzu zählen z.B. Protokolldienste wie OFTP, SNA LU 6.2 und TCP/IP. In diesen Fällen muss die gleiche Datensicherheit gewährleistet sein wie beim Einsatz der Datenübertragung mittels der nachfolgenden Festlegungen.

4.2.1 Anwendungsorientierte Funktionen

- (1) Für die Verwendung anwendungsorientierter Funktionen werden folgende Normen zugrundegelegt, unabhängig von der gewählten Zugriffsart:

OSI-Ebene 7:	ISO IS 8571	OSI-FTAM-Standard
	ISO IS 8649/8650	Funktionselement für Anwendungen (ACSE)
OSI-Ebenen 5/6:	ISO IS 8822/8823	Darstellung
	ISO IS 8326/8327	Kommunikationssteuerung

- (2) Zur Verwendung des FTAM-Dienstes müssen folgende Normen und Profile beachtet werden:

ENV 41204	Vollständige Übermittlung einfacher Dateien
ENV 41205	Dateiverwaltung
FTAM Typ 3	Unstructured binary files

- (3) Zur Verwendung des MHS-Dienstes müssen folgende Normen und Profile beachtet werden:

MHS:	CCITT X.400	X. 400-Standard, Version 1988
Pedi (P35)	CCITT X.435	Übertragung von EDIFACT-Nachrichten
Verbindung	ENV 41201	Private Verwaltungsbereiche
Verbindung	ENV 41202	Öffentlicher Verwaltungsbereich

- (4) Die Struktur der Übertragungsdateien bei FTAM und MHS ist im Anhang (Abschnitt 2) definiert.

4.2.2 Transportorientierte Funktionen

- (1) Die ISO-Normen IS 8072/8073 definieren die zu verwendenden Transportdienste und -protokolle.
- (2) Als Protokolle für den D-Kanal sind E-DSS1 (Euro-ISDN) und 1 TR6 zu unterstützen. Im B-Kanal wird gemäß der Telekom-Richtlinie 1TR24 das Schicht3-Protokoll ISO 8208 (entspricht X.25 PLP) genutzt.
- (3) Der Transport über DATEX-P der Telekom erfolgt nach ENV 41104/41105/CCITT X.25.

4.2.3 Transportsicherung

- (1) Die Initiative für den Kommunikationsvorgang übernimmt der Absender.
- (2) Absender und Empfänger können zum gegenseitigen Nachweis der Berechtigung für die Datenübermittlung entsprechende Paßwörter vereinbaren.
- (3) Innerhalb des ISDN/DATEX-P wird die Rufnummer des aktiven Partners übergeben und vom passiven Partner geprüft. Deshalb muss die ISDN/DATEX-P-Nummer jedes möglichen aktiven Partners den passiven Partnern gemeldet werden; jede Änderung ist unverzüglich und rechtzeitig im voraus den beteiligten Stellen bekanntzugeben.

4.2.3.1 Transportsicherung bei FTAM

Einigen sich Absender und Empfänger nicht auf das automatische Recovery gemäß ISO IS 8571 FTAM, gilt für Übertragungsabbrüche, dass die betroffene Datei vom Absender erneut übertragen wird.

4.2.3.2 Transportsicherung bei MHS

Beim Sendevorgang soll der Absender vom Empfänger eine Empfangsbestätigung (Delivery Report) anfordern. Bei fehlender bzw. negativer Rückmeldung ist die Datei erneut zu verschicken.

4.2.4 Dokumentation

- (1) Für die Datenübermittlung ist eine Dokumentation zu führen. Sie ist bis zum Abschluss des jeweiligen Vorgangs (Bezahlung der Schlussrechnung) vorzuhalten. Die Dokumentation muss die folgenden Mindestinhalte umfassen:

Inhalt der Datenübermittlung (Dateiname)
Laufende Nummer der Datenübermittlung
Eindeutige Bezeichnung der Kommunikationspartner
Beginn und Ende der Datenübermittlung
Übermittlungsmedium
Dateigröße
Verarbeitungshinweise
Senden/Empfangen
Verarbeitungskennzeichen (fehlerfrei/fehlerhaft)
wenn fehlerhaft: Fehlerstatus aus Übertragungsprogramm

4.3 Datenträgeraustausch

4.3.1 Magnetbänder oder Magnetbandkassetten

- (1) Magnetbänder müssen in ihrem Aufbau DIN EN 21 864/ISO 1864 (Beiblatt 1, Teil 2 und Teil 3) entsprechen. Das Aufzeichnungsverfahren hat nach DIN EN 25 652/ISO 5652 zu erfolgen. Die Daten sind auf dem Band gemäß DIN 66 004 - Teil 3 darzustellen.
- (2) Als Magnetbandkassetten sind ½ Zoll-Kassetten, Bandbreite 12,7 mm mit 18 oder 36 Spuren zu verwenden (entsprechend den derzeit gängigen Typen IBM-3480 und Siemens-3490). Die Aufzeichnungsdichte beträgt 1491 Datenbytes/mm entsprechend DIN ISO 9661. Die Darstellung des 7-Bit- oder des 8-Bit-Codes erfolgt analog zu DIN 66004, Teil 4.

4.3.1.1 Kennsätze und Dateianordnung

- (1) Für die Datenübermittlung auf Magnetbändern sind die Kennsätze nach DIN 66 029 zu verwenden (VOL 1, HDR 1, HDR 2, EOF 1, EOF 2).
- (2) Für die Datenübermittlung auf Magnetbandkassetten sind die Kennsätze nach DIN 66 229-A (Ausbaustufe) zu verwenden (VOL 1, HDR 1, HDR 2, ETR 1, STR 1, EOF 1, EOF 2).

4.3.2 Disketten

- (1) Disketten müssen DOS-formatiert sein, ohne gefüllten Bootsektor. Andere Formate (z.B. UNIX-tar-Format) können vereinbart werden. Akzeptiert werden 3 ½ Zoll-Disketten.
- (2) Die Daten sind sowohl beim Absender als auch beim Empfänger mittels eines aktuellen Virus-Prüfprogramms zu prüfen.

4.3.3 Transportsicherung

- (1) Die Magnetbänder, Magnetbandkassetten oder Disketten sind mit Etiketten zu versehen, aus denen Name und Adresse des Absenders sowie das Datenträgerkennzeichen hervorgehen. Unmittelbar nach der Erstellung des Datenträgers ist der Schreibschutz zu aktivieren.
- (2) Falls das Transportunternehmen besondere Möglichkeiten zur Transportsicherung bietet, sind diese unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit zu nutzen.

4.3.4 Dokumentation

- (1) Für den Datenträgeraustausch werden Transportbegleitzettel in Anlehnung an DIN 31 632 verwendet. Eine Durchschrift/Kopie des Begleitzettels geht mit getrennter Post an den Empfänger.

(2) Der Transportbegleitzettel muss die folgenden Mindestinhalte umfassen:

- Überschrift: Datenträgerbegleitzettel
- Datenübermittlungsverfahren: § 301
- Absender
- Empfänger
- Inhalt der Datenlieferung
- Lfd. Nummer der übermittelten Datenlieferung/Dateinummer
- Dateiname
- Art des Datenträgers
- Erstellungsdatum
- Datum, Unterschrift

5 Austauschformate

5.1 Dateibeschreibung

- (1) Der Aufbau einer Datei entspricht dem EDIFACT-Standard (DIN EN 29 735).
- (2) Die einzelnen Nachrichtentypen werden durch Satzzeichen und Versionsnummern gekennzeichnet bzw. unterschieden. Die Nachricht selbst ist in eine definierte Folge von anwendungsbezogenen Segmenten gegliedert, die durch ihre Kennung identifiziert werden. Segmente enthalten Datenelemente. Datenelemente und Segmente werden durch vereinbarte Steuerzeichen begrenzt, so dass innerhalb einer Nachricht nur signifikante Daten zu übermitteln sind und am Segmentende nicht gefüllte Datenelemente weggelassen werden können.
- (3) Zu den Trennzeichen werden folgende Festlegungen getroffen:

UNA, Trennzeichen-Vorgabe

Funktion: Dient zur Definition der Trennzeichen-Angabe und der anderen Zeichen mit Sonderfunktionen, die in der folgenden Übertragungsdatei verwendet werden.

Wenn die Trennzeichen-Vorgabe übertragen werden soll, muss sie dem Nutzdaten-Kopfsegment UNB unmittelbar vorangestellt werden. Die Vorgabe beginnt mit dem Großbuchstaben UNA, dann folgen unmittelbar die sechs festgelegten Trennzeichen in der nachstehend aufgeführten Reihenfolge:

Darstellung	Status	Name	Inhalt
an1	M	GRUPPENDATENELEMENT-TRENNZEICHEN	Doppelpunkt
an1	M	SEGMENT-BEZEICHNER-UND DATENELEMENT-TRENNZEICHEN	Pluszeichen
an1	M	DEZIMALZEICHEN	Komma
an1	M	FREIGABEZEICHEN	Fragezeichen
an1	M	Reserviert für spätere Verwendung	Leerzeichen
an1	M	SEGMENT-ENDEZEICHEN	Apostroph

Abweichend von allen anderen Segmenten, werden im UNA-Segment keine Trennzeichen verwendet.

Aufbau des UNA-Segments: **UNA:+,? ‘**

Soll eines der verwendeten Steuerzeichen (Doppelpunkt, Plus-Zeichen, Komma, Fragezeichen, Apostroph) innerhalb eines Feldes als Textzeichen übermittelt werden, so muss das Freigabezeichen vorangestellt werden. Es gilt für das unmittelbar folgende Zeichen.

Beispiele:

Für den Patienten *Luigi D'Angelo* müßten die Felder Nachname und Vorname wie folgt übermittelt werden: *D?'Angelo+Luigi+*

Das Textfeld *Berechnungsgrundlage: Betrag = Honorarsumme + Einzelvergütung* sähe wie folgt aus: *Berechnungsgrundlage?: Betrag = Honorarsumme?+ Einzelvergütung+*

5.2 Struktur der Datei

- (1) Die zu übermittelnden Daten können mit einer Trennzeichen-Vorgabe UNA beginnen.
- (2) Jede Datei beginnt mit einem Nutzdaten-Kopfsegment (UNB) und endet mit einem Nutzdaten-Endesegment (UNZ).

Im Nutzdaten-Kopfsegment wird als Absenderbezeichnung das Institutionskennzeichen der datenverschlüsselnden Stelle und als Empfängerbezeichnung das Institutionskennzeichen des datenentschlüsselnden Empfängers eingetragen. Eine Datei enthält deshalb nur Daten für die in der Empfängerbezeichnung angegebene Datenannahmestelle.

Für ein Absender-Empfänger-Paar ist die Datenaustauschreferenz fortlaufend je Datenübermittlung um 1 zu erhöhen. Bei Datenüberlauf ($99999 + 1 = 00001$) ist mit „00001“ neu aufzusetzen. Die Zählung ist für Testverfahren und für Echtverfahren getrennt vorzunehmen.

(Zum Umgang mit der Datenaustauschreferenz in Bezug auf Fehlermeldungen der Stufe 1 siehe Kapitel 6 „Fehlerverfahren“.)

- (3) Eine Nachricht eines Absenders (z.B. Aufnahmesatz, Kostenübernahmesatz) an einen bestimmten Empfänger wird jeweils mit einem Nachrichten-Kopfsegment (UNH) eingeleitet und mit einem Nachrichten-Endesegment (UNT) beendet. Innerhalb dieser beiden Segmente befinden sich alle Nutzdatensegmente der Nachricht. Gemäß DIN EN29 735 ist je Nachricht (innerhalb von UNH und UNT) nur die Übermittlung eines Geschäftsvorfalles möglich.

Die Institutionskennzeichen des Absenders und des Empfängers sind in den Nutzdaten gespeichert.

- (4) Innerhalb einer bestehenden Verbindung bzw. einer physischen Datei können mehrere Übertragungsdateien (UNB bis UNZ) übermittelt werden.

Nutzdaten-Kopfsegment

Funktion: Dient dazu, eine Übertragungsdatei zu eröffnen, zu identifizieren und zu beschreiben.

Kennung	Darstellung	Status	Name	Inhalt/Bemerkungen
UNB	a3	M	Segment-Bezeichner	UNB
S001		M	SYNTAX-BEZEICHNER	
0001	a4	M	Syntax-Kennung	UNOC
0002	n1	M	Syntax-Versionsnummer	3
S002		M	ABSENDER DER ÜBERTRAGUNGSDATEI	
0004	an..35	M	Absenderbezeichnung	IK der absendenden Stelle
S003		M	EMPFÄNGER DER ÜBERTRAGUNGSDATEI	
0010	an..35	M	Empfängerbezeichnung	IK der empfangenden Stelle
S004		M	DATUM/UHRZEIT DER ERSTELLUNG	
0017	n6	M	Datum der Erstellung	JJMMTT
0019	n4	M	Zeit der Erstellung	HHMM
0020	an..14	M	DATENAUSTAUSCHREFERENZ	5 Stellen Dateinummer fortlaufend
S005		K	REFERENZ/PASSWORT DES EMPFÄNGERS	leer
0026	an..14	M	ANWENDUNGSREFERENZ	11 Stellen Dateiname, s. 4.1.3

Beispiel für den Aufbau eines UNB:

UNB+UNOC:3+101234567+261234567+970118:1145+00001++KRHxxxxxxxx'

Nachrichten-Kopfsegment

Funktion: Dient dazu, eine Nachricht zu eröffnen, sie zu identifizieren und zu beschreiben.

Kennung	Darstellung	Status	Name	Inhalt/Bemerkungen
UNH	a3	M	Segment-Bezeichner	UNH
0062	an..14	M	NACHRICHTEN-REFERENZNUMMER	5 Stellen fortlaufende Nummer (innerhalb UNB und UNZ)
S009		M	NACHRICHTEN-KENNUNG	
0065	an..6	M	Nachrichtentyp-Kennung	AUFN, VERL, MBEG, RECH, ENTL, AMBO, ZGUT, KOUB, ANFM, ZAHL, ZAAO, SAMU oder FEHL
0052	an..3	M	Versionsnummer des Nachrichtentyps	11
0054	an..3	M	Freigabenummer des Nachrichtentyps	000
0051	an..2	M	Verwaltende Organisation, codiert	00

Nachrichten-Endesegment

Funktion: Dient dazu, eine Nachricht zu beenden und sie auf Vollständigkeit zu prüfen.

Kennung	Darstellung	Status	Name	Inhalt/Bemerkungen
UNT	a3	M	Segment-Bezeichner	UNT
0074	n..6	M	ANZAHL DER SEGMENTE IN EINER NACHRICHT	Kontrollzähler über die gesamte Anzahl der Segmente in der Nachricht (inklusive der UNH- und UNT-Segmente)
0062	an..14	M	NACHRICHTEN-REFERENZNUMMER	wie in UNH (0062)

Nutzdaten-Endesegment

Funktion: Dient dazu, eine Übertragungsdatei zu beenden und sie auf Vollständigkeit zu prüfen.

Kennung	Darstellung	Status	Name	Inhalt / Bemerkungen
UNZ	a3	M	Segment-Bezeichner	UNZ
0036	n..6	M	DATENAUSTAUSCHZÄHLER	Nachrichtenzahl innerhalb einer Übertragungsdatei
0020	an..14	M	DATENAUSTAUSCHREFERENZ	wie in UNB (0020)

6 Fehlerverfahren

Um die Datenübermittlung ohne zeitliche Verzögerung durchzuführen, ist bei Fehlern eine sofortige Reaktion erforderlich. Das bedeutet, dass die als fehlerhaft erkannten Daten umgehend zurückgeschickt werden müssen. Dabei ist grundsätzlich das gleiche Medium zu verwenden, auf dem die ursprüngliche Datenlieferung erfolgte (Ausnahme: physische Nichtlesbarkeit eines Datenträgers).

Die per DFÜ oder auf Datenträgern übermittelten Daten werden einer mehrstufigen Prüfung unterzogen.

6.1 Stufe 1 - Prüfung von Datei und Dateistruktur

Übertragungsdateien werden auf ihre physikalische Lesbarkeit, korrekte Reihenfolge und Syntax der Servicesegmente (UNA, UNB, UNH, UNT, UNZ) sowie auf Gültigkeit der Kommunikationspartner geprüft.

Sollte die übermittelte Übertragungsdatei (DFÜ) nicht lesbar sein, erfolgt eine Klärung unmittelbar zwischen der empfangenden und der absendenden Stelle. Sollte die übermittelte Übertragungsdatei (DFÜ) lesbar sein und Fehler in den Service-Segmenten oder falsche Absender- bzw. Empfängerangaben enthalten, so wird eine eigene Übertragungsdatei, die als Nachrichtentyp ausschließlich „FEHL“ (mit einem oder mehreren Fehlersegmenten) enthält, erzeugt (Struktur der Datei: UNB, UNH mit Nachrichtentyp-Kennung FEHL, Datensegment(e) FHL, UNT, UNZ) und an den Absender zurückübermittelt, sofern die Fehlersituation eine maschinelle Bearbeitung ermöglicht. Die Übertragungsdatei wird in diesem Fall nicht als übermittelt betrachtet, bei der nächsten Übermittlung wird deshalb die Datenaustauschreferenz (UNB 0020) nicht hochgezählt.

Bei Abweisung eines Datenträgers erfolgt die Rückmeldung an den Absender in Papierform mit Angabe des Fehlers und Kopie des Transportbegleitzettels zusammen mit dem nicht lesbaren Datenträger. In diesem Fall wird nicht gelöscht, um dem Absender die Fehleranalyse zu erleichtern.

6.2 Stufe 2 - Prüfung der Syntax

Je Nachricht wird die Reihenfolge der Segmente geprüft, innerhalb eines Segmentes erfolgen die Prüfungen auf Feldebene in Bezug auf Typ, Länge und Vorkommen (Kann- oder Muss-Datenelement).

Wenn die Syntax verletzt ist, z.B. bei falschen Segmenten, zu großer Feldlänge oder alphanumerischen Inhalten in numerisch definierten Datenelementen, ist die gesamte Nachricht von UNH bis UNT zurückzuweisen.

Es wird dann eine Fehlernachricht mit der Nachrichtentyp-Kennung „FEHL“ (Segmentfolge UNH, FKT, FHL, UNT) erzeugt und an den Absender übermittelt.

6.3 Stufe 3 - Formale Prüfung auf Inhalte

Die einzelnen Datenelemente eines Segmentes werden auf plausiblen Inhalt geprüft (z.B. Datum, Uhrzeit). Schlüsselausprägungen müssen korrekt sein im Hinblick auf das Schlüsselverzeichnis (Anlage 2) bzw. auf die Informationsstrukturdaten (IK, ICD, Amtlicher OP-Schlüssel). Weiter finden Kombinationsprüfungen über mehrere Datenelemente statt.

Eine als fehlerhaft erkannte Nachricht wird um Fehlersegmente ergänzt und an den Absender zurückübermittelt. Kassenartenspezifisch ist zu entscheiden, ob in diesen Fällen außer der Zurückweisung der Nachricht zusätzlich eine Information an das Fachverfahren erfolgen soll (Hinweis an den Sachbearbeiter, dass der Absender eine Nachricht mit Fehlersegment(en) zurückübermittelt bekommen hat).

6.4 Stufe 4 - Prüfung in den Fachverfahren der Krankenkassen

Die vertrags- und leistungsrechtlichen Prüfungen werden individuell bei den einzelnen Krankenkassen durchgeführt. Für diesen Bereich werden keine kassenartenübergreifenden Regelungen vereinbart. Ein als fehlerhaft erkannter Geschäftsvorfall wird um Fehlersegmente ergänzt und an den Absender zurückübermittelt.

6.5 Festlegungen zum Fehlerverfahren nach § 120 Abs. 3 SGB V

im Rahmen der ambulanten Abrechnung gemäß § 5 Abs. 3 der Vereinbarung

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.

7 Korrekturverfahren

7.1 Funktionalität

Das Korrekturverfahren gilt für inhaltlich falsch übermittelte Daten innerhalb des Datenaustauschs zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen nach § 301 SGB V. Es berührt nicht das Fehlerverfahren für programmtechnisch festgestellte Fehler, die zu Rückweisungen von einzelnen Nachrichten oder Dateien führen.

Das Korrekturverfahren schafft die DV-technische Voraussetzung, um formal richtige, aber durch Erfassungs- oder Softwarefehler inhaltlich falsche Daten, die auch in Plausibilitätsprüfungen nicht als falsch erkannt werden, zu korrigieren oder zu stornieren. Es dient auch zur nachträglichen Übermittlung inhaltlicher Änderungen.

7.2 Technische Umsetzung

Voraussetzung für die Korrektur bereits übermittelter Daten ist deren eindeutige Identifizierung, d.h. die Zuordnung zum jeweiligen Fall. Darüber hinaus müssen Nachrichten des gleichen Typs zu einem Fall - z.B. mehrere Verlängerungsanzeigen - voneinander unterschieden werden können.

7.2.1 Identifizierende Merkmale

Ein Krankenhausfall ist durch das Institutionskennzeichen des Krankenhauses in FKT und das KH-interne Kennzeichen des Versicherten in INV eindeutig identifiziert. Das KH-interne Kennzeichen muss eine eindeutige Identifikation des Behandlungsfalls sicherstellen. Somit sind auch stationäre und ambulante Fälle eindeutig voneinander unterscheidbar. Das IK des Krankenhauses in FKT darf - bezogen auf einen Fall - nicht geändert werden. Nach einem Fallstorno (siehe 7.3.3) darf das KH-interne Kennzeichen für die Übermittlung an dieselbe Krankenkasse nicht noch einmal verwendet werden, es ist dann ein neues KH-interne Kennzeichen zu vergeben. Werden nach einem Fallstorno aufgrund falscher Kostenträgerzuordnung die Daten an die tatsächlich zuständige Krankenkasse übermittelt, so kann das KH-interne Kennzeichen beibehalten werden.

Zur Steuerung der DV-technischen Korrektur wird das Funktionssegment FKT verwendet, das jede Nachricht einleitet.

7.2.2 Mehrfach vorkommende Nachrichten

Einige Geschäftsvorfälle, wie z.B. die Verlängerungsanzeige, können innerhalb eines Krankenhausfalls mehrfach vorkommen. Das Funktionssegment FKT enthält das Feld *Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles*, das zur Unterscheidung von mehrfach vorkommenden Nachrichten (lückenlos fortlaufend ab „01“) verwendet werden kann.

7.2.3 Mehrfachänderungen einer Nachricht

Aus technischen Gründen, z.B. weil eine Datei wegen Nichtlesbarkeit zurückgeschickt werden muss, kann es vorkommen, dass übermittelte Nachrichten nicht in der zeitlichen Reihenfolge des Absendens beim Empfänger ankommen bzw. verarbeitet werden. Dies kann auch durch mehrfache Änderungen in kurzem Abstand eintreten. In solchen Fällen soll bilateral geklärt werden, ob der vom Absender gewünschte Dateninhalt auch tatsächlich als aktueller Stand beim Empfänger vorliegt.

7.2.4 Aufbau des Segments Funktion

Kennung	Darstellung	Status	Name	Inhalt/Bemerkungen
FKT	an3	M	Segment-Bezeichner	FKT
	an2	M	Verarbeitungskennzeichen	Schlüssel 9
	an2	M	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01,.. bei mehrfach vorkommenden Nachrichten, fortlaufend
	an9	M	IK des Absenders	IK des Krankenhauses/ IK der Krankenkasse
	an9	M	IK des Empfängers	IK der Krankenkasse/ IK des Krankenhauses

7.3 Allgemeine Verfahrensregeln

Im Datenübermittlungsverfahren können einzelne Nachrichten korrigiert werden, wobei das Institutionskennzeichen und das krankenhausinterne Kennzeichen des Versicherten als identifizierende Felder nicht geändert werden dürfen (Sicherstellung durch Plausibilitätsprüfungen in den Fachverfahren).

Müssen diese identifizierenden Felder durch das Krankenhaus geändert werden, ist ein „Fallstorno“ erforderlich. Die Fachverfahren haben den Nachweis von Änderungen und Fallstorni zu gewährleisten.

7.3.1 Normalfall

Im Funktionssegment (FKT) ist das *Verarbeitungskennzeichen* auf „10“ zu setzen. Bei ambulanter Abrechnung eines stationären Falls wird auf Basis von § 115b SGB V „11“ und auf Basis von § 116b SGB V „12“ verwendet. Die Abrechnung von Leistungen nach § 116b Abs. 2 SGB V erfolgt mit Verarbeitungskennzeichen „16“, von Leistungen nach § 117 Abs. 1 SGB V mit Verarbeitungskennzeichen „17“, von Leistungen nach § 118 SGB V mit Verarbeitungskennzeichen „18“, von Leistungen nach § 119 SGB V mit Verarbeitungskennzeichen „19“, von Leistungen nach § 140a SGB V mit Verarbeitungskennzeichen „05“, von Leistungen nach § 120 Abs. 1a SGB V mit Verarbeitungskennzeichen „06“ und von Leistungen nach § 117 Abs. 2 SGB V mit Verarbeitungskennzeichen „07“.

Wenn es sich um mehrfach vorkommende Nachrichten handelt, z. B. Verlängerungsanzeigen zu einem Krankenhausfall, ist die laufende Nummer in FKT ab „01“ lückenlos hochzuzählen.

7.3.2 Änderung

Änderungen werden nachrichtenbezogen durchgeführt. Wurde z. B. bei einer Entlassung die Fachabteilung in der Entlassungsanzeige falsch verschlüsselt, so ist vom Krankenhaus über eine erneute Entlassungsanzeige eine Änderung zu übermitteln. Im Funktionssegment (FKT) ist dann das *Verarbeitungskennzeichen* auf „20“ zu setzen. Wurde jedoch bereits eine Schlussrechnung übermittelt, ist eine Änderung der Entlassungsanzeige erst nach erfolgter Gutschrift der Schlussrechnung zulässig.

Eine automatische Fortschreibung in andere Nachrichten erfolgt nicht, diese sind ggf. ebenfalls mit *Verarbeitungskennzeichen* „20“ zu ändern.

Eine Änderung des Aufnahmegrundes, des Aufnahmetages, der Aufnahmeuhrzeit oder einer Aufnahmediagnose eines Aufnahmesatzes ist nur dann zulässig, wenn es keine weiteren gültigen Nachrichten des Krankenhauses zu diesem Fall gibt. Wurde z. B. bereits eine Entlassungsanzeige zu diesem Fall übermittelt, ist zuerst die Entlassungsanzeige zu stornieren, bevor der

Aufnahmesatz geändert werden darf. Ausgenommen von der Notwendigkeit der Stornierung sind die Nachrichtentypen Medizinische Begründung und Verlängerungsanzeige, da diese nicht storniert werden können.

7.3.3 Fallstorno

In folgenden Fällen ist durch das Krankenhaus ein Fallstorno durchzuführen:

- KH-internes Kennzeichen des Versicherten falsch
- IK des Krankenhauses fehlerhaft
- Kostenträgerzuordnung nicht zutreffend
- Softwarefehler
- Ambulante Abrechnung an Stelle eines gemeldeten stationären Falles.

Das Fallstorno ist in der ersten Nachricht zu einem Fall (Aufnahmesatz oder Rechnungssatz Ambulante Operation) mitzuteilen. Im Funktionssegment FKT ist das *Verarbeitungskennzeichen* auf „30“ bis „39“ bzw. „45“ bis „47“ oder „03“ (siehe Schlüssel 9) zu setzen.

Die Fachverfahren der Krankenkassen stellen bei einem Fallstorno sicher, dass alle bisher übermittelten Nachrichten zum Fall als ungültig gekennzeichnet werden. Die Übermittlung von weiteren Nachrichten zu einem stornierten Fall (z.B. Rechnungsstorno) ist nicht zulässig.

7.3.4 Rechnungsstorno

Rechnungen - auch Zwischenrechnungen und Rechnungen für Ambulante Operationen - dürfen nicht geändert werden.

Änderungen von Datenfeldern in Rechnungen erfordern zunächst ein Rechnungsstorno durch das Krankenhaus über den Schlüssel 11, *Rechnungsart*: „04“ (Gutschrift/Stornierung). Das *Verarbeitungskennzeichen* in FKT ist auf „10“ zu setzen. Bei ambulanter Abrechnung eines stationären Falles wird (nach Fallstorno „35“) auf Basis von § 115b SGB V „11“ und auf Basis von § 116b SGB V „12“ verwendet. Die Gutschrift bei Abrechnung von Leistungen nach § 116b Abs. 2 SGB V erfolgt mit Verarbeitungskennzeichen „16“, von Leistungen nach § 117 Abs. 1 SGB V mit Verarbeitungskennzeichen „17“, von Leistungen nach § 118 SGB V mit Verarbeitungskennzeichen „18“, von Leistungen nach § 119 SGB V mit Verarbeitungskennzeichen „19“, von Leistungen nach § 140a SGB V mit Verarbeitungskennzeichen „05“, von Leistungen nach § 120 Abs. 1a SGB V mit Verarbeitungskennzeichen „06“ und von Leistungen nach § 117 Abs. 2 SGB V mit Verarbeitungskennzeichen „07“ (Normalfall). Die laufende Nummer des Geschäftsvorfalles wird um 1 erhöht. Der dann richtig gestellte Rechnungssatz ist ebenfalls als Normalfall des jeweiligen Leistungsbereichs] in FKT zu übermitteln, die laufende Nummer wird wiederum um 1 erhöht.

7.3.5 Nachtragsrechnung

Wurde bei einer bereits übermittelten Rechnung für einen bestimmten Zeitraum ein Entgelt versehentlich nicht berechnet, so kann dieses über eine Nachtragsrechnung (Schlüssel 11, *Rechnungsart* „03“ oder „53“) mit dem *Verarbeitungskennzeichen* „10“ (Normalfall) nachträglich übermittelt werden. Die laufende Nummer in FKT ist dabei um 1 zu erhöhen.

7.3.6 Gutschrift

Ist eine Gutschrift erforderlich, so wird diese über den Schlüssel 11, *Rechnungsart* „04“ (Gutschrift/Stornierung) mit dem *Verarbeitungskennzeichen* „10“ (Normalfall) übermittelt, die laufende Nummer des Geschäftsvorfalles in FKT wird um 1 erhöht. Der gutgeschriebene ursprünglich in Rechnung gestellte Rechnungsbetrag wird entsprechend dem EDIFACT-Standard ohne Vorzeichen übermittelt.

Die reine Gutschrift von Zuzahlungen erfolgt mit dem Nachrichtentyp ZGUT mit *Verarbeitungskennzeichen* „10“ (Normalfall) in FKT. Es sind je Fall mehrfache Zuzahlungsgutschriften zulässig. (siehe: Anlage 5: Abschnitt 1.2.5).

7.3.7 Fallstorno nach Rechnungsstellung

Die Funktionalität des Datenaustausches nach § 301 SGB V endet mit der Übermittlung des Fallstornos, weil die Verfolgung des bisherigen Geldflusses nur über die hausinterne Buchhaltung möglich ist. Es ist den Fachverfahren überlassen, inwieweit hier programmtechnische Unterstützung geleistet wird.

7.3.8 Irrtümliche Entlassungsanzeige

Wurde für einen Patienten irrtümlich eine Entlassungsanzeige übermittelt, so kann diese mit dem *Verarbeitungskennzeichen* „40“ (Storno einer Entlassungsanzeige) storniert oder mit dem *Verarbeitungskennzeichen* „20“ nach der tatsächlichen Entlassung berichtigt werden. Wurde mit der irrtümlichen Entlassungsanzeige bereits eine Schlussrechnung übermittelt, so muss diese storniert werden, bevor die Entlassungsanzeige storniert oder geändert werden kann.

7.3.9 Ergänzende Erläuterungen

- (1) Auf eine Änderung einer Aufnahmeanzeige folgt ggf. eine neue Kostenübernahme.
- (2) Auf eine Änderung einer Verlängerungsanzeige folgt dann eine neue Kostenübernahme, wenn die Krankenkasse die vorhergehende Kostenübernahme befristet hatte.
- (3) Eine Stornierung eines Zahlungssatzes ist nicht vorgesehen.
- (4) Eine Stornierung einer Gutschrift ist nicht vorgesehen.
- (5) Ablauf, wenn ein Zahlungssatz mit dem *Prüfungsvermerk* „02“ - wird geprüft - übermittelt wurde:

Der Zahlungssatz mit *Prüfungsvermerk* „02“ enthält in ZPR *Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen*“ Null und keine ENT-Segmente

Es muss ein neuer Zahlungssatz mit erhöhter laufender Nummer und *Verarbeitungskennzeichen* „10“ folgen mit z. B. *Prüfungsvermerk* „01“, wenn der Rechnungsbetrag anerkannt wird, oder mit *Prüfungsvermerk* „05“, wenn der zur Zahlung angewiesene Betrag vom Rechnungsbetrag abweicht (dann mit nachfolgenden ENT-Segmenten).

- (6) Eine Rechnung kann storniert werden, solange noch keine Zahlung erfolgte. Danach ist eine Gutschrift erforderlich (Anlage 5, Kap. 1.2.4).

Sollte es im Einzelfall Unstimmigkeiten geben, weil ein Rechnungsstorno bei der Kasse abgewiesen wird, weil die Zahlung bereits angewiesen bzw. das Geld auf dem Überweisungsweg ist, so ist bilateral (z. B. per Telefon) eine Klärung herbeizuführen.

- (7) Eine Gutschrift hat nicht zwingend eine Rücküberweisung an die Krankenkasse zur Folge. Es ist bilateralen Absprachen überlassen, ob Zahlungen und Gutschriften in der Krankenkasse verrechnet werden.
- (8) Kombinationen von Rechnungsarten

In der nachfolgenden Tabelle ist dargestellt, welche Rechnungsarten in einem Abrechnungszeitraum in Folge möglich sind.

Tabelle: Mögliche Reihenfolge von Rechnungssätzen (*Rechnungsarten* „1“ bis „5“) für einen Abrechnungszeitraum

Der erste Rechnungssatz für einen Abrechnungszeitraum muss eine Zwischen- oder Schlussrechnung sein (*Rechnungsart* „1“ oder „2“).

Nach einer Schlussrechnung darf kein weiterer Abrechnungszeitraum folgen, nachstationäre Behandlung ist in der Schlussrechnung anzugeben, ggf. als Nachtrag.

Vorhergehender Rechnungssatz		Unmittelbar nachfolgender Rechnungssatz für den denselben Abrechnungszeitraum				
		1. Zwischen-rechnung	2. Schlussrechnung	3. Nachtrag	4. Gutschrift	5. Stornierung
1	Zwischenrechnung	nein	nein	ja	ja	ja
2	Schlussrechnung	nein	nein	ja	ja	ja
3a	Nachtrag zu Zwischenrechnung	nein	nein	ja	ja	ja
3b	Nachtrag zu Schlussrechnung	nein	nein	ja	ja	ja
4a	Gutschrift zu Zwischenrechnung	ja	ja 1)	nein	ja 5)	ja 4)
4b	Gutschrift zu Schlussrechnung	ja	ja	nein	ja 5)	ja 4)
4c	Gutschrift zu Nachtrag	ja 6)	ja 6)	ja	ja 3)	nein
5a	Stornierung einer Zwischenrechnung	ja	ja 1)	nein	nein	nein
5b	Stornierung einer Schlussrechnung	ja	ja	nein	nein	nein
5c	Stornierung eines Nachtrags	nein	nein	ja	ja 3)	ja 2)

Erläuterungen:

- 1) wenn noch keine Schlussrechnung vorhanden war (es darf nur eine Schlussrechnung pro Fall geben)
- 2) wenn zum selben Abrechnungszeitraum noch ein Nachtrag oder eine Rechnung vorhanden ist, der/die noch nicht bezahlt wurde
- 3) wenn zum selben Abrechnungszeitraum noch ein Nachtrag oder eine Rechnung vorhanden ist, der/die bereits bezahlt wurde
- 4) wenn zum selben Abrechnungszeitraum noch ein Nachtrag vorhanden ist, der noch nicht bezahlt wurde
- 5) wenn zum selben Abrechnungszeitraum noch ein Nachtrag vorhanden ist, der bereits bezahlt wurde
- 6) wenn zum selben Abrechnungszeitraum keine Rechnung mehr vorhanden ist (Storno oder Gutschrift liegt vor)

7.4 Änderung von Versichertendaten

Das Korrekturverfahren bezieht sich auf die Änderungen von selbsterzeugten Nachrichten. Die Möglichkeit der Änderung von Versichertendaten wird nicht im Korrekturverfahren geregelt.

7.4.1 Notwendigkeit des Verfahrens

Bei den Versichertendaten in den Segmenten INV und NAD

- Krankenversicherten-Nummer
- Name des Versicherten
- Vorname des Versicherten
- Geburtsdatum des Versicherten

ist damit zu rechnen, dass bei einer manuellen Datenerfassung (z. B. bei Nichtvorlage der Krankenversichertenkarte) fehlerhafte Angaben übermittelt werden. Andererseits können Änderungen bei Versichertendaten auftreten, auf die die Krankenkasse noch nicht mit der Ausgabe einer neuen Krankenversichertenkarte reagieren konnte. Es handelt sich hier z.B. um:

- Namensänderung infolge Heirat, Scheidung oder auf Antrag
- Namensgebung bei Neugeborenen nach stationärer Aufnahme
- Änderung des Versichertenstatus bei gleichzeitiger Neuvergabe einer Krankenversichertennummer

7.4.2 Technische Umsetzung

Ist eine eindeutige Identifizierung des Versicherten durch die Krankenkasse erfolgt, reagiert sie mit der Übermittlung ihrer eigenen Versichertendaten an das Krankenhaus in den Segmenten INV und NAD. Im Fachverfahren der Krankenkasse ist sicherzustellen, dass ggf. notwendige Anpassungen der persönlichen Daten des Versicherten nach Prüfung der Sachlage im Mitgliederbestand durchgeführt werden.

Stellt das Krankenhaus aufgrund der Rückmeldung der Krankenkasse fest, dass sich identifizierende Merkmale des Versicherten geändert haben - z. B. Name/Vorname - so übernimmt das Krankenhaus diese Daten in den folgenden Übermittlungen.

Wenn das Krankenhaus eine falsche Krankenversicherten-Nummer übermittelt hat, die Krankenkasse den Versicherten anhand weiterer Daten im Aufnahmesatz aber trotzdem zuordnen kann, ist nach Empfang des Kostenübernahmesatzes mit der richtigen Krankenversicherten-Nummer durch das Krankenhaus die weitere Übermittlung mit der richtigen Krankenversicherten-Nummer durchzuführen.

Bei einer Änderung der Krankenversicherten-Nummer während eines laufenden stationären Aufenthaltes, z.B. durch Änderung des Versichertenstatus von „Mitglied“ auf „Familienversicherter“ oder umgekehrt, ist eine DV-technische Lösung nicht mit angemessenem Aufwand realisierbar. Die ursprünglich übermittelte Krankenversicherten-Nummer wird daher bis zum Abschluß der Behandlung beibehalten. Eine nachträgliche Trennung des Falles (aus Gründen der Kontierung) ist im Fachverfahren der Krankenkassen sicherzustellen.

8 Informationsstrukturdaten

8.1 Daten über stationäre Einrichtungen

Institutionskennzeichen und Adressen von Krankenhäusern werden nach einem abgestimmten Verfahren regelmäßig vom Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. an die Deutsche Krankenhausgesellschaft übermittelt.

Zu einem späteren Zeitpunkt wird dieses Verfahren um die entsprechenden Daten für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erweitert.

8.2 Kostenträgerdaten

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben sich auf ein einheitliches Format geeinigt, in dem sie kassenartenbezogen ihre Kostenträgerdaten an die Deutsche Krankenhausgesellschaft übermitteln.

Die Datei enthält neben den Institutionskennzeichen der Krankenversichertenkarte Informationen über die Datenannahme- und -verteilstellen der Krankenkassen und über die Weiterleitung von Papierunterlagen.

9 Datenflüsse

Nach § 4 der Vereinbarung erfolgt die Datenübermittlung durch das Krankenhaus/die Krankenkasse oder die jeweils vom Krankenhaus benannten Stellen/von der Krankenkasse benannte Stelle (Entscheidung bei der örtlich zuständigen Kasse).

Das Krankenhaus wird durch sein Institutionskennzeichen (IK) oder eines dem Krankenhaus zugeordneten IK einer Betriebsstätte oder zusätzlichen Kontoverbindung in den Nachrichten im FKT-Segment als logischer Absender/Empfänger ausgewiesen. Die datenversendende/datenempfangende entschlüsselungsberechtigte Stelle wird im UNB-Segment als *Absender der Übertragungsdatei*/Empfänger der Übertragungsdatei durch ihr IK angegeben. Ist ein Krankenhaus selbst die datenversendende Stelle enthält das UNB-Segment das IK des Krankenhauses. Falls ein Rechenzentrum im Auftrag eines Krankenhauses die Datenübermittlung übernimmt, wird das IK dieses Rechenzentrums im UNB-Segment angegeben, sofern es entschlüsselungsberechtigt ist. Auch ein Krankenhaus kann hierbei als Rechenzentrum für andere Krankenhäuser tätig sein.

Weiterhin gilt dies auch für Rechenzentren, die nur als Abrechnungsstelle für ambulante Operationen oder Behandlungen oder für Leistungen nach §§ 117 bis 119, 120 Abs. 1a oder 140a SGB V] im Auftrag des Krankenhauses [/der Einrichtung] tätig sind. In diesen Fällen sind die Rückmeldungen der Krankenkassen für den ambulanten (ZAAO, SAMU, FEHL sowie Fehlermeldungen zu AMBO) und den stationären (KOUB, ANFM, ZAHL, SAMU, FEHL sowie Fehlermeldungen zu AUFN, VERL, MBEG, RECH, ZGUT und ENTL) Bereich jeweils an unterschiedliche Empfänger-IK im UNB-Segment zu richten. Dabei ist es nicht zulässig, dass Abrechnungen mit dem Nachrichtentyp AMBO eines Leistungsbereichs (§ 115b, § 116b, § 117, § 118, § 119 oder § 120 Abs. 1a SGB V oder im Rahmen von Verträgen nach § 140a SGB V) durch mehr als eine datenversendende/datenempfangende entschlüsselungsberechtigte Stelle erfolgen.

Krankenhäuser, die Rechenzentren nur als Abrechnungsstelle für ambulante Operationen einen bestimmten Leistungsbereich (§ 115b, § 116b, § 117, § 118, § 119 oder § 120 Abs. 1a SGB V oder im Rahmen von Verträgen nach § 140a SGB V) beauftragt haben, können für

den Datenaustausch ein gesondertes Institutionskennzeichen in den FKT-Segmenten als logischen Absender/Empfänger verwenden. Die Verwendung eines gesonderten Institutionskennzeichens ist mit dem jeweiligen Kostenträger bilateral abzustimmen.

9.1 Annahmestellen bei den Krankenkassen

Die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene haben kassenartenbezogen zentrale 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:

9.1.1 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

gkv Informatik - Unternehmen Synergien Fachbereich Inputmanagement

Lichtscheider Straße 89, 42285 Wuppertal

Telefon: 0202/695 819 08, Fax: 0202/695 820 1908

IK: 104212516 AOK Rheinland/Hamburg (Rheinland)

IK: 100295017 AOK Rheinland/Hamburg (Hamburg)

IK: 100295017 AOK NordWest (Schleswig-Holstein)

IK: 100295017 AOK NordWest (Mecklenburg-Vorpommern)

IK: 103411401 AOK NordWest (Westfalen-Lippe)

IK: 100696023 AOK NordOst (Berlin)

IK: 100696023 AOK NordOst (Brandenburg)

IK: 100696023 AOK Sachsen-Anhalt

ARGE AOK RZ Bremen/Niedersachsen

Bürgermeister-Smidt-Straße 95, 28195 Bremen

Telefon: 0421/176 1204, Fax: 0421/176 1303

IK: 103119199 AOK Bremen/Bremerhaven

IK: 102110939 AOK Niedersachsen

IT|S|Care IT-Services für den Gesundheitsmarkt
 Postfach 2101, 34606 Schwalmstadt
 Telefon: 06691/736 119 (oder 736 200), Fax: 06691/736 314

IK: 107310373 AOK Rheinland-Pfalz/Saarland (Rheinland-Pfalz)
 IK: 109319309 AOK Rheinland-Pfalz/Saarland (Saarland)
 IK: 105810615 AOK Hessen

Schwarzwaldstraße 39, 77933 Lahr
 Telefon: 07821 937 132, Fax: 07821 937 229

IK: 108018007 AOK Baden-Württemberg

Kubus-IT DAV für AOK Bayern und AOK Plus
 Karl-Marx-Straße 7a, 95444 Bayreuth
 Telefon: 0921/288 485, Fax: 0291/288 124 85

IK: 108310400 AOK Bayern

Sternplatz 7, 01067 Dresden
 Telefon: 03681/450 87 658, Fax: 01802 471002-421

IK: 107299005 AOK-Plus (Sachsen)

Sternplatz 7, 01067 Dresden
 Telefon: 0921/288 485, Fax: 0921/288 124 85
 oder Telefon: 03681/450 87 658, Fax: 01802 471002-421

IK: 106198626 AOK-Plus (Thüringen)

9.1.2 Ersatzkassen

2 Annahmestellen: T-Systems International GmbH
 (ohne Entschlüsselungsberechtigung),
 BITMARCK SERVICE 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 selbst prüfende Kassen):

BARMER GEK	BARMER GEK (Vorprüfung: selbst)
TK	Techniker Krankenkasse (Vorprüfung: selbst)
DAK-Gesundheit	DAK-Gesundheit (Vorprüfung: selbst)
KKH	KKH-Kaufmännische Krankenkasse (Vorprüfung: selbst)
HEK	Hanseatische Krankenkasse (Vorprüfung: selbst)
hkk	hkk (Vorprüfung: bei BITMARCK SERVICE GMBH)

Annahmestelle der selbst prüfenden Ersatzkassen mit Ausnahme der DAK-Gesundheit:

T-Systems International GmbH
 für Datenträgerannahme: Postfach 501160, 70341 Stuttgart
 für DFÜ: 0800/3324785 (DAV-Hotline)
 (dort wird die aktuelle DFÜ-Telefonnummer bekanntgegeben)

Annahmestelle der DAK-Gesundheit (ohne Entschlüsselungsberechtigung):

BITMARCK SERVICE GMBH
 Lindenallee 6-8
 45127 Essen

9.1.3 Betriebskrankenkassen

ab 1.4.2013 2 Annahme- und Vorprüfstellen (mit Entschlüsselungsberechtigung)

BITMARCK SERVICE GMBH

Lindenallee 6-8

45127 Essen

Betriebskrankenkassen

ab 1.4.2013 ohne BKK Mobil Oil (IK: 102193212)

ab 1.1.2014 ohne BKK vor Ort (IK: 102193234)

Mobil ISC GmbH

Raiffeisenstr. 12

31275 Lehrte

Telefon 05132 83051-41

ab 1.4.2013 IK: 102193212 BKK Mobil Oil

ab 1.1.2014 IK: 102193234 BKK Vor Ort

9.1.4 Innungskrankenkassen

1 Annahme- und Vorprüfstelle (mit Entschlüsselungsberechtigung)

Annahme- und Vorprüfstelle der Innungskrankenkassen und der hkk:

BITMARCK SERVICE GMBH

Lindenallee 6-8

45127 Essen

9.1.5 Knappschaft

1 Annahmestelle (ohne Entschlüsselungsberechtigung)

1 Vorprüfstelle

9.1.6 Landwirtschaftliche Krankenkassen

1 Annahmestelle (ohne Entschlüsselungsberechtigung)

1 Vorprüfstelle

Annahmestelle der Knappschaft und der landwirtschaftlichen Krankenkassen:

T-Systems International GmbH

für Datenträgerannahme: Postfach 501160, 70341 Stuttgart

für DFÜ: 0800 / 3324785 (DAV-Hotline)

(dort wird die aktuelle DFÜ-Telefonnummer bekanntgegeben)

10 Testverfahren

Regelungen für ein flächendeckendes Verfahren werden zur Zeit im Rahmen einer zentral koordinierten Pilotphase (Datenaustausch zwischen einigen Krankenhäusern und Krankenkassen) erarbeitet.

Anlage 5

Durchführungshinweise

- 1 Hinweise zur Datenübermittlung
 - 1.1 Übermittlungsfristen
 - 1.2 Übermittlung von Krankenhaus an Krankenkasse
 - 1.2.1 Aufnahmesatz
 - 1.2.2 Verlängerungsanzeige
 - 1.2.3 Medizinische Begründung
 - 1.2.4 Rechnungssatz
 - 1.2.5 Zahlungserinnerung, Mahnung
 - 1.2.6 Zuzahlungsgutschrift
 - 1.2.7 Entlassungsanzeige
 - 1.2.8 Rechnungssatz Ambulante Operation
 - 1.2.9 Fehlersatz
 - 1.3 Übermittlung von Krankenkasse an Krankenhaus
 - 1.3.1 Kostenübernahmesatz
 - 1.3.2 Anforderungssatz Medizinische Begründung
 - 1.3.3 Sammelüberweisung
 - 1.3.4 Zahlungssatz
 - 1.3.5 Zahlungssatz Ambulante Operation
 - 1.3.6 Fehlersatz
 - 1.4 Vorgaben für besondere Fallkonstellationen
 - 1.4.1 Versorgung von Neugeborenen im G-DRG-System
 - 1.4.2 Teilstationäre Leistungen
 - 1.4.3 Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen
 - 1.4.4 Rückverlegung oder Wiederaufnahme in den DRG-Fallpauschalenbereich
 - 1.4.5 Rückverlegung in einen Entgeltbereich nach der BpflV oder einen Entgeltbereich für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
 - 1.4.6 Abrechnungszeiträume für Abschläge bei Verlegung und Nichterreichen der unteren GVD
 - 1.4.7 Transplantationen
 - 1.4.8 Zuzahlungseinzugsverfahren bei vollstationären Patienten
 - 1.4.9 Beispiele für Verlegungsfälle

- ab 1.7.2013
- 1.4.10 Externe Aufenthalte mit Abwesenheiten über Mitternacht bei Versicherten in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen (BPfIV)
 - 1.4.11 Abrechnung psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen gemäß BPfIV (bei Anwendung § 17d KHG)
 - 2 Hinweise zu den Datenelementen
 - 3 Verfahren zur Fortschreibung der Schlüssel für Entgeltarten und Fachabteilungen
- Anhang A entfällt
- Anhang B (Beispiel-Datensätze für die Datenübermittlung)
- Anhang C Formblätter für die Fortschreibung der Schlüssel für Entgeltarten und Fachabteilungen

1. Hinweise zur Datenübermittlung

Das Datenübermittlungsverfahren beginnt zum vereinbarten Stichtag bei neuen Behandlungsfällen mit dem Aufnahmesatz. Behandlungsfälle, deren Aufnahmedatum vor Beginn des Übermittlungsverfahrens liegt, werden im allgemeinen mit dem bis zum Stichtag vereinbarten Verfahren (z.B. Rechnungen in Papierform) zu Ende geführt.

Langzeitfälle „bedürfen“ einer besonderen Regelung, die im Testverfahren zwischen den einzelnen Testpartnern zu vereinbaren ist. Dabei entfällt die erneute Übermittlung eines Aufnahmesatzes.

Vorgehen bei Versionswechsel:

Die Fallabwicklung orientiert sich ausschließlich am Aufnahmetag. Für alle Nachrichten eines Falls, einschließlich Entlassungsanzeige, Rechnungssatz und Zahlungssatz, sind die am Aufnahmetag gültigen Versionen der Schlüsselverzeichnisse (insbesondere ICD, OPS, DRG-Katalog) und der Datenaustauschstrukturen maßgeblich. Ein Fall ist somit mit der Nachrichtenversion zu Ende zu führen, mit der er im Aufnahmesatz begonnen wurde. Nachträglich übermittelte Änderungsmeldungen dürfen nur in der Version der zu ändernden Ursprungsnachricht erfolgen. Dies bedingt zwingend eine Versionsfähigkeit der eingesetzten Software.

Je Übermittlungsdatei sind mehrere Nachrichtenversionen zulässig. Eine Fehlernachricht der Stufe 1 (FEHL) wird in der neuen Nachrichtenversion übermittelt. In einer Sammelüberweisung dürfen nur Rechnungen einer Nachrichtenversion zusammengefasst werden.

Kommt es zu Verzögerungen bei der Bereitstellung der Software für die neue Nachrichtenversion, werden Datenmeldungen für Fälle mit Aufnahmedatum in dem Quartal, in das die Versionsumstellung fällt, nur dann angenommen, wenn durch die Verwendung der veralteten Version keine gruppierungsrelevanten Informationen verloren gehen. Die Krankenkassen übermitteln in diesen Fällen die Antwortnachrichten (KOUB auf AUFN oder VERL, ANFM auf VERL, ZAHL auf RECH und ZAAO auf AMBO) in der Version, in der die zu beantwortende Nachricht vom Krankenhaus übermittelt wurde. Für Krankenhäuser, die nach dem DRG-Vergütungssystem abrechnen, kommt diese Regelung für den 1.1.2005 (wegen der Umstellung der OPS-301-Version) nicht zum tragen. Für Aufnahmen ab dem folgenden Quartal werden Nachrichten in der veralteten Version abgewiesen.

Die Einstufung eines Nachtrags oder einer Fortschreibung als „gruppierungsrelevant“ oder „nicht gruppierungsrelevant“ wird jeweils mit der Veröffentlichung des Nachtrags oder der Fortschreibung vorgenommen.

1.1 Übermittlungsfristen

Die nachstehende Tabelle enthält für die vereinbarten Satzarten (Nachrichtentypen) die nach § 4 der § 301-Vereinbarung bestehenden Übermittlungsfristen.

Satzart	Fristen nach § 4
Aufnahmesatz	spätestens 3 Arbeitstage nach Aufnahme (Anlaufphase: unverzüglich, wenn nicht in 3 AT möglich)
Verlängerungsanzeige	vor Ablauf der vorausgegangenen Kostenübernahme, wenn der Vertrag nach § 112 Abs.2 Nr.1 SGB V dies erfordert
Medizinische Begründung	(unverzüglich)
Rechnungssatz	in der Regel einmal pro Kalenderwoche
Entlassungsanzeige	innerhalb von 3 Arbeitstagen nach Entlassung oder Verlegung, spätestens mit der Schlussrechnung
Rechnungssatz Ambulante OP	siehe Vereinbarung nach § 115b SGB V, Festlegung der Spitzenverbände der Krankenkassen zu § 116b SGB V (Kapitel 1.2.7) und Vereinbarung nach § 120 Abs. 3 SGB V
Kostenübernahmesatz	spätestens 3 Arbeitstage nach Eingang der Aufnahmeanzeige bzw. der Verlängerungsanzeige (Anlaufphase: unverzüglich, wenn nicht in 3 AT möglich)
Anforderungssatz med. Begründung	(unverzüglich)
Zahlungssatz	in der Regel einmal pro Kalenderwoche (innerhalb der Zahlungsfrist)
Zahlungssatz Ambulante OP	analog Rechnungssatz Ambulante OP

Wird der Kostenübernahmesatz nicht innerhalb von drei Arbeitstagen (Montag bis Freitag) nach Eingang des fehlerfreien Aufnahmesatzes bei der Krankenkasse an das Krankenhaus übermittelt, können die Entlassungsanzeige und der Rechnungssatz unabhängig davon an die Krankenkasse übermittelt werden, wobei die Entlassungsanzeige spätestens mit dem Rechnungssatz bei der Krankenkasse eingehen muss. Im INV-Segment der Entlassungsanzeige und des Rechnungssatzes ist die Versichertennummer als Muss-Feld zu füllen, sofern eine Versichertennummer vergeben worden ist.

1.2 Übermittlung von Krankenhaus an Krankenkasse

1.2.1 Aufnahmesatz

Mit dem Aufnahmesatz gibt das Krankenhaus der Krankenkasse die Aufnahme eines Versicherten bekannt. Der Aufnahmegrund ist entsprechend Schlüssel 1 anzugeben.

Bei vorstationärer Behandlung wird ein Aufnahmesatz erst mit der Aufnahme des Patienten zur vollstationären Behandlung (=Aufnahmetag) übermittelt. Die Tatsache der vorstationären Behandlung wird in Schlüssel 1 (*Aufnahmegrund: „02“*) nachgewiesen. Schließt sich an die vorstationäre Behandlung im Einzelfall keine vollstationäre Behandlung an, wird ein Aufnahmesatz übermittelt, der dies in Schlüssel 1 (*Aufnahmegrund: „04“*) nachweist.

Bei Übergang von Krankenhausbehandlung zur stationären Entbindung (oder umgekehrt) ist kein erneuter Aufnahmesatz zu übermitteln.

Findet während einer noch nicht abgeschlossenen teilstationären Behandlung eine Aufnahme zu einer vollstationären Behandlung statt (und umgekehrt), ist für den Patienten ein gesonderter Aufnahmesatz mit neuem KH-internen Kennzeichen zu übermitteln. Die teilstationäre und vollstationäre Behandlung wird entsprechend den jeweiligen KH-internen Kennzeichen getrennt bei der Übermittlung abgewickelt. (Ausnahme: teilstationäre Dialyse bei vollstationärer Behandlung, § 14 Abs. 2 Satz 4 bzw. § 14 Abs. 6 Nr. 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung). Wird ein teilstationärer Quartalsfall durch eine vollstationäre Behandlung lediglich unterbrochen, kann der teilstationäre Fall ohne Wechsel des KH-internen Kennzeichens nach Beendigung der vollstationären Behandlung fortgeführt werden. Der erste Aufenthalt darf hierzu nicht durch eine Entlassungsanzeige abgeschlossen sein.

Bei der Abrechnung teilstationärer Fälle ist für fallbezogene Zu- und Abschläge (z.B. DRG-Systemzuschlag) nach § 17b Abs. 5 Satz 4 KHG die Zählung entsprechend Fußnote 11 und 11a zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (LKA) nach der Bundespflegesatzverordnung maßgeblich. Dabei ist zu beachten, dass bei Wechsel von vollstationärer und teilstationärer Behandlung jeweils ein separater Fallabschluss erfolgt. Die fallbezogenen Zu- und Abschläge (z.B. DRG-Systemzuschlag) sind dann nur für den vollstationären Fall abzurechnen.

Für die Fallzählung von teilstationären Behandlungen bei Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG ist § 8 FPV zu beachten.

Bei teilstationären Fällen im Budgetbereich, die wegen derselben Erkrankung regelmäßig oder mehrfach behandelt werden (je Quartal ein Fall) besteht bei Abrechnung von tagesbezogenen Entgelten jeweils zu Quartalsende folgende Abrechnungsmöglichkeit:

- Entlassung, Schlussrechnung und gleichzeitige (Neu-)Aufnahme nach dem Entlassungstag unter neuem KH-internen Kennzeichen,
- Zwischenrechnung und Fortführung des KH-internen Kennzeichens im Folgequartal.

In beiden Fällen ist ein DRG-Systemzuschlag pro Abrechnungsquartal in Rechnung zu stellen.

In der Rechnung zu Quartalsende sind die Tage, an denen keine Behandlung erfolgte, in den Segmenten ENT im Datenelement *Tage ohne Berechnung/Behandlung* auszuweisen. Soweit Tage der Beurlaubung mit *Entgeltsschlüssel „43xxxxxx“* abgerechnet werden, sind lediglich verbleibende Tage ohne Behandlung im Datenelement *Tage ohne Berechnung/Behandlung* zu berücksichtigen. Erfolgt die Behandlung und Entlassung eines teilstationären Patienten zu Quartalsbeginn, soll zur Abrechnung zunächst eine Zwischenrechnung gestellt werden, wenn eine erneute Behandlung wegen derselben Erkrankung im verbleibenden Quartalsrest nicht

ausgeschlossen werden kann. Zu Quartalsende ist dann eine Entlassung am Quartalsletzten und Schlussrechnung einschließlich fallbezogener Zu- und Abschläge (z.B. DRG-Systemzuschlag) mit Ausweis von Tagen ohne Berechnung/Behandlung bis zum Quartalsletzten erforderlich.

Tritt während der mittels tagesbezogener Entgelte nach § 6 Abs 1 des KHEntgG, tagesbezogener teilstationärer Fallpauschalen oder mit Pflegesätzen nach BPfIV vergüteten Behandlung ein Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers ein, wird an die dann zuständige Krankenkasse ein Aufnahmesatz übermittelt, der in Schlüssel 1 (*Aufnahmegrund*) den Zuständigkeitswechsel durch eine „2“ in der 3. Stelle ausweist.

Die Kosten der einzelnen Belegungstage sind mit dem Kostenträger abzurechnen, der am Tag der Leistungserbringung leistungspflichtig war. Tritt hingegen bei Fallpauschalenpatienten während der stationären Behandlung ein Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers ein, wird der gesamte Krankenhausfall (mit allen anfallenden Entgelten) mit dem Kostenträger abgerechnet, der am Tag der Aufnahme leistungspflichtig war.

Der durch den einweisenden Vertragsarzt auszustellende Vordruck „Verordnung von Krankenhausbehandlung“ (Einweisungsschein) ist an die zuständige Krankenkasse zu schicken. Bei Auslandsversicherten sind die nach dem jeweiligen zwischenstaatlichen Abkommen vereinbarten Vordrucke an die zuständige Krankenkasse zu schicken.

Stellt das Krankenhaus fest, dass ein Aufnahmesatz (und ggf. folgende Sätze) zu einem Behandlungsfall mit falschen identifizierenden Merkmalen (KH-internes Kennzeichen des Versicherten und/oder IK des Krankenhauses falsch) übermittelt wurde(n), oder, dass die Kostenträgerzuordnung nicht zutreffend ist oder ein Softwarefehler vorliegt oder die Abrechnung als ambulante Leistung erfolgen muss, sind die bis dahin zu dem Behandlungsfall übermittelten Daten durch ein Fallstorno zu stornieren. Ein Fallstorno wird über einen Aufnahmesatz mit dem *Verarbeitungskennzeichen* „30/31/32/33/34/35“ im Segment FKT vorgenommen. Die Daten zu dem Behandlungsfall sind danach von Anfang an mit den korrekten Angaben zu übermitteln.

Eine Änderung des Aufnahmegrundes, des Aufnahmetages, der Aufnahmeuhrzeit oder einer Aufnahmediagnose eines Aufnahmesatzes ist nur dann zulässig, wenn es keine weiteren gültigen Nachrichten des Krankenhauses zu diesem Fall gibt. Wurde z. B. bereits eine Entlassungsanzeige zu diesem Fall übermittelt, ist zuerst die Entlassungsanzeige zu stornieren, bevor der Aufnahmesatz geändert werden darf. Ausgenommen von der Notwendigkeit der Stornierung sind die Nachrichtentypen Medizinische Begründung und Verlängerungsanzeige, da diese nicht storniert werden können.

BPfIV (bei Anwendung des § 17d KHG):

Für jeden teilstationären Fall ist eine separate Aufnahmeanzeige mit eigenem KH-internen Kennzeichen zu übermitteln. Je Aufnahme ist mit der Schlussrechnung ein DRG-Systemzuschlag mit dem spezifischen Entgeltschlüssel „B620005“ in Rechnung zu stellen.

Tritt bei „§17d KHG Patienten“ während der stationären Behandlung ein Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers ein, wird der gesamte Krankenhausfall (mit allen anfallenden Entgelten) mit dem Kostenträger abgerechnet, der am Tag der Aufnahme leistungspflichtig war.

1.2.2 Verlängerungsanzeige

Mit der Verlängerungsanzeige wird der Krankenkasse eine Verlängerung der Krankenhausbehandlung angezeigt. Die Verlängerungsanzeige ist in der Regel vor Ablauf der vorausgegangenen Kostenübernahme zu übermitteln, wenn der Vertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V dies erfordert.

In der Verlängerungsanzeige sind die behandelnde Fachabteilung und die Aufnahmediagnose oder eine in der Zwischenzeit ggf. festgestellte Nachfolgediagnose anzugeben. Nebendiagnosen sind zu der behandelnden Fachabteilung in weiteren FAB-Segmenten zu übermitteln, der Fachabteilungsschlüssel ist dann zu wiederholen.

Wiederholte Verlängerungen sollen nicht durch Änderungsmeldung einer vorangegangenen Verlängerungsanzeige, sondern durch eine neue Meldung mit *Verarbeitungskennzeichen* „10“ und erhöhter *Laufender Nummer des Geschäftsvorfalles* übermittelt werden.

1.2.3 Medizinische Begründung

Die Medizinische Begründung ist vom Krankenhaus auf Verlangen der Krankenkasse zu übermitteln, falls die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung überschritten wird. Die medizinische Begründung kann wahlweise in maschinenlesbarer oder in nicht maschinenlesbarer Form übermittelt werden. Zu nicht maschinenlesbarer Übermittlung siehe Anlage 3.

1.2.4 Rechnungssatz

Mit dem Rechnungssatz stellt das Krankenhaus der Krankenkasse die Entgelte nach der Bundespflegesatzverordnung, dem Krankenhausentgeltgesetz und nach § 115a SGB V in Rechnung. Die abgerechneten Entgelte sind nach Schlüssel 4 anzugeben. Entsprechend Schlüssel 6 sind korrespondierend zu den berechneten Entgelten die behandelnden Fachabteilungen auszuweisen.

Die von einem Patienten zu leistende Zuzahlung ist entsprechend der Angabe im Zuzahlungskennzeichen vollständig im Rechnungsbetrag zu berücksichtigen.

Bei Zwischenrechnungen werden Rechnungssätze jeweils für zeitlich aufeinanderfolgende, abgegrenzte Abrechnungszeiträume übermittelt. Die Beträge von prozentualen Zu- oder Abschlägen sind hierbei auf die je Zwischen- oder Schlussrechnung angegebenen Entgelte zu beziehen. Zu- oder Abschläge werden im Entgeltbereich des Vergütungssystems der BpflV (bei Anwendung § 17d KHG) mit der Schlussrechnung in Rechnung gestellt. Der gesamte Abrechnungsbetrag ergibt sich aus der Summe aller in Rechnungssätzen (Zwischenrechnung und Schlussrechnung) berechneten Entgelte.

Die Rechnungsnummer ist hierbei für jede Einzelrechnung (Zwischen-, Schluss-, Nachtragsrechnung oder auch Zuzahlungsgutschrift) eindeutig zu vergeben, insbesondere um eine eindeutige Identifikation in einer Sammelrechnung zu ermöglichen. Einmal vergebene Rechnungsnummern dürfen auch nach Rechnungs- oder Fallstornierungen nicht wieder verwendet werden.

Jeder stationäre Krankenhausfall ist mit einer Schlussrechnung abzuschließen, der in Bezug auf den in der Schlussrechnung gemeldeten Abrechnungszeitraum nur noch Nachtragsrechnungen folgen dürfen. Für den Fall, dass der gesamte Abrechnungszeitraum bereits in Zwischen-

rechnungen in Rechnung gestellt worden ist, ist die letzte Zwischenrechnung gutzuschreiben/ zu stornieren und eine Schlussrechnung für diesen Abrechnungszeitraum zu stellen. Der Rechnungsbetrag der Gutschrift/Stornierung ist ohne Vorzeichen zu übermitteln.

Zur Abrechnung von Abteilungspflegesätzen in Verbindung mit Sonderentgelten, siehe Abschnitt 2 (Segment ENT).

Bei der Rechnungslegung für nachstationäre Behandlungen sind die nachstationären Behandlungen innerhalb der oberen Grenzverweildauer und die außerhalb der oberen Grenzverweildauer einer in Rechnung gestellten Fallpauschale in zwei getrennten ENT-Segmenten anzugeben.

Im DRG-Entgeltsystem nach KHEntgG ist die Abrechnung von Pflegesätzen bei Beurlaubung nicht zulässig. Die Beurlaubungstage sind als Tage ohne Berechnung anzugeben.

Bei Abrechnung nach BpflV können Pflegesätze bei Beurlaubungen vereinbart werden. In diesem Falle wird für den Beurlaubungszeitraum der Pflegesatz für Beurlaubung (Stellen 1 bis 2 des Entgeltschlüssels gleich „43“) ohne weitere Entgelte mit Ausnahme von allgemeinen Zu- und Abschlägen (Stellen 1 bis 2 des Entgeltschlüssels gleich „45“ bis „48“) in Rechnung gestellt. Bei Verwendung eines Beurlaubungspflegesatzes werden die Beurlaubungstage im Datenfeld *Entgeltanzahl* angegeben.

Vollständige Tage der Abwesenheit (z.B. Belastungsproben, Beurlaubungen), die während eines Behandlungsfalles bei BpflV Krankenhäusern (BpflV bei Anwendung § 17d KHG) anfallen, sind keine Berechnungstage. Sie sind in den Segmenten ENT im Datenelement *Tage ohne Berechnung/Behandlung* auszuweisen und werden bei der Ermittlung der Vergütungsstufen nicht berücksichtigt. Tage des Antritts und der Wiederkehr werden mit einem entsprechenden tagesbezogenen PEPP in voller Höhe abgerechnet und nicht im Datenelement *Tage ohne Berechnung/Behandlung* ausgewiesen.

Einigt sich ein Krankenhaus mit dem Kostenträger nach einer Einzelfallprüfung durch den MDK darauf, dass ein Krankenhausfall nach einer kürzeren Behandlungszeit hätte abgeschlossen sein müssen, so dass die letzten Behandlungstage nicht mehr vergütet werden, werden diese Tage bei der Abrechnung der Hauptleistung oder von Zuschlägen nach Überschreiten der oberen Grenzverweildauer als Tage ohne Berechnung ausgewiesen. Ergibt die Einigung, dass ein Fall hätte ambulant durchgeführt werden müssen, so dass die Rechnungslegung nicht als stationärer Krankenhausfall erfolgt, ist der stationäre Fall mit dem Verarbeitungskennzeichen „35“ (Ambulante Abrechnung nach stationärer Aufnahme) zu stornieren. Die Abrechnung erfolgt dann mit dem Verarbeitungskennzeichen „11“ als ambulante Operation nach § 115b SGB V oder mit dem Verarbeitungskennzeichen „12“ als ambulante Behandlung nach § 116b SGB V, sofern eine entsprechende Zulassung besteht.

ab 1.1.2013 Schlussrechnungen von Krankenhäusern, die das Vergütungssystem nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes anwenden, werden entsprechend der BpflV und den zugehörigen Abrechnungsbestimmungen (PEPPV 2013) wie folgt erstellt.

Hat das Krankenhaus vor Entlassung des Patienten der Krankenkasse über eine Zwischenrechnung (oder mehrere) mit der Entgeltart *AD100001* bzw. *BD100001* eine Teilzahlung (§ 11 Abs. 1 Satz 3 BpflV) in Rechnung gestellt, muss nach Ermittlung des regulären Rechnungsbetrags für den Behandlungsfall geprüft werden, ob die vorab in Rechnung gestellte Teilzahlung niedriger oder höher ausgefallen ist. Im regulären Rechnungsbetrag sind neben den PEPP-Entgelten alle Zu- und Abschläge, Zusatzentgelte, vor- bzw. nachstationäre Entgelte sowie abzusetzende Zuzahlungen zu berücksichtigen.

Unterschreitet die Summe der Teilzahlungen den regulären Rechnungsbetrag, ist dieser über eine Teilzahlungskorrektur um diese Summe zu mindern. Dazu wird die Entgeltart *AD100002* bzw. *BD100002* (*Teilzahlungskorrektur*) für alle über Zwischenrechnung berechneten Tage in der Schlussrechnung ausgewiesen. Es erfolgt in der Schlussrechnung die Rechnungsstellung in der die tatsächlich abzurechnenden Entgeltarten gemäß Anhang B Teil III angegeben werden. Die Entgeltarten *AD100001* bzw. *BD100001* (bei Zwischenrechnung) und *AD100002* bzw. *BD100002* (bei Schlussrechnung) sind jeweils im Datenelement „Entgeltbetrag“ als tagesbezogener Einzelbetrag auszuweisen.

Übersteigt die Summe der Teilzahlungen den regulären Rechnungsbetrag, sind zunächst alle Zwischenrechnungen gutzuschreiben und dann die Schlussrechnung zu übermitteln.

Wird der Patient nach Übermittlung einer Schlussrechnung erneut aufgenommen und treffen die Voraussetzungen für eine Fallzusammenführung zu, ist die Schlussrechnung der ersten Behandlungsperiode gutzuschreiben. Das Krankenhaus kann eine Teilzahlung (und ggf. weitere) über die noch nicht mit vorausgegangenen Zwischenrechnungen berechneten Behandlungstage in Rechnung stellen.

Technische Beispiele für Abrechnungen nach PEPP mit Abschlagszahlungen (fiktive Werte)

Beispiel A Normalfall mit Verrechnung von Teilzahlungen („Unterzahlung“)

Aufnahme vollstationär:	10.01.2013
Tag mit vollständiger Abwesenheit:	25.01.2013
Entlassung vollstationär:	03.02.2013
Basisentgeltwert (BEW, fiktiver Wert):	250,00€
Teilzahlungsentgelt (AD100001, AD100002):	300,00€

Das Gruppieren bei Entlassung ergibt das PEPP „PA01A“ (2013-Vergütungsstufe 1 (1 bis 8 Tage) bei 1,4073 Bewertungsrelation (BWR)/Tag, Vergütungsstufe 2 ab dem 9. Tag bei 0,9987 BWR/Tag)

Erste Zwischenrechnung am 20.1.2013, ENT-Segment (über 3.000 Euro):

Entgeltart:	AD100001
Entgeltbetrag:	300,00
Abrechnung von:	10.01.2013
Abrechnung bis:	19.01.2013
Entgeltanzahl:	10
REC-Rechnungsbetrag:	3000,00

Zweite Zwischenrechnung am 30.1.2013, ENT-Segment (über 2.700 Euro):

Entgeltart:	AD100001
Entgeltbetrag:	300,00
Abrechnung von:	20.01.2013
Abrechnung bis:	29.01.2013
Entgeltanzahl:	9
Tage ohne Berechnung/Behandlung:	1
REC-Rechnungsbetrag:	2700,00

Schlussrechnung am 4.2.2013 (über 859,84 Euro nach Verrechnung der Teilzahlungen):

1. ENT-Segment:

Entgeltart:	A1PA01A1
Entgeltbetrag:	351,83
Abrechnung von:	10.01.2013
Abrechnung bis:	17.01.2013
Entgeltanzahl:	8

2. ENT-Segment:

Entgeltart:	A1PA01A2
Entgeltbetrag:	249,68
Abrechnung von:	18.01.2013
Abrechnung bis:	02.02.2013
Entgeltanzahl:	15
Tage ohne Berechnung/Behandlung:	1

3. ENT-Segment:

Entgeltart:	AD100002
Entgeltbetrag:	300,00
Abrechnung von:	10.01.2013
Abrechnung bis:	29.01.2013
Entgeltanzahl:	19
Tage ohne Berechnung/Behandlung:	1

REC-Rechnungsbetrag: 859,84

Beispiel B Ausnahmefall mit Storno von Teilzahlungen („Überzahlung“)

Aufnahme vollstationär:	10.01.2013
Tag mit vollständiger Abwesenheit:	25.01.2013
Entlassung vollstationär:	10.02.2013
Basisentgeltwert (BEW, fiktiver Wert):	250,00€
Teilzahlungsentgelt (AD100001, AD100002):	300,00€

Das Gruppieren bei Entlassung ergibt das PEPP „PA01A“ (2013-Vergütungsstufe 1 (1 bis 8 Tage) bei 1,4073 Bewertungsrelation (BWR)/Tag, Vergütungsstufe 2 ab dem 9. Tag bei 0,9987 BWR/Tag)

Erste Zwischenrechnung am 20.1.2013, ENT-Segment (über 3.000 Euro):

Entgeltart:	AD100001
Entgeltbetrag:	300,00
Abrechnung von:	10.01.2013
Abrechnung bis:	19.01.2013
Entgeltanzahl:	10
REC-Rechnungsbetrag:	3000,00

Zweite Zwischenrechnung am 30.1.2013, ENT-Segment (über 2.700 Euro):

Entgeltart:	AD100001
Entgeltbetrag:	300,00
Abrechnung von:	20.01.2013
Abrechnung bis:	29.01.2013
Entgeltanzahl:	9
Tage ohne Berechnung/Behandlung:	1
REC-Rechnungsbetrag:	2700,00

Dritte Zwischenrechnung am 9.2.2013, ENT-Segment (über 3.000 Euro):

Entgeltart:	AD100001
Entgeltbetrag:	300,00
Abrechnung von:	30.01.2013
Abrechnung bis:	08.02.2013
Entgeltanzahl:	10
REC-Rechnungsbetrag:	3000,00

Die Schlussrechnung am 10.2.2013 ergäbe ohne Berücksichtigung der Teilzahlungen in Höhe von insgesamt 8.700 Euro einen geringeren Rechnungsbetrag von 8.307,60 Euro. Die drei Zwischenrechnungen (Teilzahlungen) müssen daher storniert werden:

Rechnungsstorno erste Zwischenrechnung vor Schlussrechnung am 10.2.2013

Rechnungsstorno zweite Zwischenrechnung vor Schlussrechnung am 10.2.2013

Rechnungsstorno dritte Zwischenrechnung vor Schlussrechnung am 10.2.2013

Schlussrechnung am 10.2.2013:

1. ENT-Segment (über 2.814,64 Euro):

Entgeltart:	A1PA01A1
Entgeltbetrag:	351,83
Abrechnung von:	10.01.2013
Abrechnung bis:	17.01.2013
Entgeltanzahl:	8

2 ENT-Segment (über 5.492,96 Euro):

Entgeltart:	A1PA01A2
Entgeltbetrag:	249,68
Abrechnung von:	18.01.2013
Abrechnung bis:	09.02.2013
Entgeltanzahl:	22
Tage ohne Berechnung/Behandlung:	1

In den REC-Rechnungsbetrag geht die Summe von 8307,60 Euro (zzgl. evtl. abrechenbarer Zuschläge) ein.

Definition:

Ein PEPP setzt sich entsprechend den im Katalog ausgewiesenen Vergütungsstufen aus einer oder mehreren PEPP-Entgeltarten zusammen. Bei der Abrechnung von PEPP wird in den Datenfeldern *Abrechnung von* bzw. *Abrechnung bis* (Segment „ENT“) der kalendarische Beginn

bzw. das Ende der Zugehörigkeit zu der jeweiligen Vergütungsstufe angegeben. Im Datenfeld *Entgeltanzahl* wird die Anzahl der Berechnungstage in der PEPP-Vergütungsstufe angegeben. *Tage ohne Berechnung/Behandlung* sind die Tage, die nicht vergütet werden (Tage der vollständigen Abwesenheit). Der tagesbezogene Entgeltbetrag für eine PEPP-Entgeltart (vergütungsstufenbezogen) wird ermittelt, indem die Bewertungsrelation nach Anlage 1a oder 2a des PEPP-Katalogs für die maßgebliche Vergütungsstufe mit dem Basisentgeltwert multipliziert wird. Das Ergebnis wird kaufmännisch auf 2 Nachkommastellen gerundet. Die Multiplikation dieses Entgeltbetrages mit der Anzahl der zugehörigen Berechnungstage (Entgeltanzahl) geht in den Rechnungsbetrag (Segment REC) ein.

Beispiel A

Aufnahme vollstationär:	14.01.2013
Tag mit vollständiger Abwesenheit:	19.01.2013
Entlassung vollstationär:	24.01.2013
Basisentgeltwert (BEW, fiktiver Wert):	250,00€

Das Gruppieren bei Entlassung ergibt das PEPP „PA01A“ (2013-Vergütungsstufe 1 (1 bis 8 Tage) bei 1,4073 Bewertungsrelation (BWR)/Tag, Vergütungsstufe 2 ab dem 9. Tag bei 0,9987 BWR/Tag)

1. ENT-Segment:

Entgeltart:	A1PA01A1
Entgeltbetrag:	351,83
Abrechnung von:	14.01.2013
Abrechnung bis:	22.01.2013
Entgeltanzahl:	8
Tage ohne Berechnung/Behandlung:	1

2. ENT-Segment:

Entgeltart:	A1PA01A2
Entgeltbetrag:	249,68
Abrechnung von:	23.01.2013
Abrechnung bis:	23.01.2013
Entgeltanzahl:	1

Beispiel B

Aufnahme vollstationär:	14.01.2013
1. Tag mit vollständiger Abwesenheit:	19.01. 2013
2. Tag mit vollständiger Abwesenheit:	22.01. 2013
Entlassung vollstationär:	24.01.2013
Basisentgeltwert (BEW, fiktiver Wert):	250,00€

Das Gruppieren bei Entlassung ergibt das PEPP „PA01A“ (2013-Vergütungsstufe (1 bis 8 Tage) bei 1,4073 Bewertungsrelation (BWR)/Tag, Vergütungsstufe 2 ab dem 9. Tag bei 0,9987 BWR/Tag)

ENT-Segment:

Entgeltart:	A1PA01A1
Entgeltbetrag:	351,83
Abrechnung von:	14.01.2013
Abrechnung bis:	23.01.2013
Entgeltanzahl:	8
Tage ohne Berechnung/Behandlung:	2

Beispiel C

Aufnahme vollstationär:	14.01.2013
Tag mit vollständiger Abwesenheit:	22.01.2013
Entlassung vollstationär:	24.01.2013
Basisentgeltwert (BEW, fiktiver Wert):	250,00€

Das Gruppieren bei Entlassung ergibt das PEPP „PA01A“ (2013-Vergütungsstufe 1 (1 bis 8 Tage) bei 1,4073 Bewertungsrelation (BWR)/Tag, Vergütungsstufe 2 ab dem 9. Tag bei 0,9987 BWR/Tag)

1. ENT-Segment:

Entgeltart:	A1PA01A1
Entgeltbetrag:	351,83
Abrechnung von:	14.01.2013
Abrechnung bis:	22.01.2013
Entgeltanzahl:	8
Tage ohne Berechnung/Behandlung:	1

Der Tag der vollständigen Abwesenheit vor Beginn der folgenden Vergütungsstufe ist im ersten ENT-Segment anzugeben, das zweite ENT-Segment beginnt mit dem ersten Berechnungstag der folgenden Vergütungsstufe.

2. ENT-Segment:

Entgeltart:	A1PA01A2
Entgeltbetrag:	249,68
Abrechnung von:	23.01.2013
Abrechnung bis:	23.01.2013
Entgeltanzahl:	1

Gutschrift/Storno

Stellt sich im Nachhinein heraus, dass durch das Krankenhaus eine Rechnungslegung irrtümlich erfolgte, ist durch das Krankenhaus über einen Rechnungssatz mit *Rechnungsart* „04“ eine Gutschrift/Stornierung vorzunehmen. Dabei ist die Rechnungsnummer der ursprünglichen Rechnung anzugeben. Das *Verarbeitungskennzeichen* in dem Segment FKT ist zugleich auf „10“ (Normalfall) zu setzen.

Ein Rechnungsstorno ist auch in den Fällen erforderlich, in denen Datenfelder eines bereits übermittelten Rechnungssatzes geändert werden müssen (z.B. Entgeltart, Abrechnungszeitraum). Zusätzlich zu dem Rechnungsstornosatz (*Verarbeitungskennzeichen* in FKT: „10“ und *Rechnungsart* in REC: „04“) ist der richtig gestellte Rechnungssatz mit *Verarbeitungskennzeichen* in FKT: „10“ (Normalfall) und *Rechnungsart* in REC: „01“ oder „51“ (Zwischenrechnung) oder „02“ oder „52“ (Schlussrechnung) zu übermitteln (siehe Anlage 4, Abschnitt 7).

Zur ausschließlichen Gutschrift von nachträglich geleisteten Zuzahlungen siehe Abschnitt 1.2.5 (Zuzahlungsgutschrift).

Nachtragsrechnung

Wurde bei einer bereits übermittelten Rechnung für einen bestimmten Zeitraum ein Entgelt versehentlich nicht berechnet, so kann dieses Entgelt über eine Nachtragsrechnung mit dem *Verarbeitungskennzeichen* in FKT: „10“ (Normalfall) und der *Rechnungsart* in REC: „03“ (Nachtragsrechnung) nachträglich berechnet werden.

Ein Krankenhaus ist nach § 275 Abs. 1c SGB V nach erfolgloser MDK-Prüfung berechtigt, der Krankenkasse eine Aufwandspauschale in Höhe von 300,00 Euro in Rechnung zu stellen. Dies erfolgt ebenfalls fallbezogen in einer Nachtragsrechnung mit Verarbeitungskennzeichen „10“, Rechnungsart „03“ und eigener Rechnungsnummer für die Entgeltart „47100008“ (Aufwandspauschale bei erfolgloser MDK-Prüfung). Diese Nachtragsrechnung enthält ausschließlich dieses eine ENT-Segment.

Kosten, die dem Krankenhaus entsprechend der „Vereinbarung zur Umsetzung der Kostenerstattung nach § 43b Absatz 3 Satz 8 SGB V“ erstattet werden, sind über Nachtragsrechnungen in Rechnung zu stellen (siehe Abschnitt 1.4.8).

Rechnung in Papierform

Wird von der Krankenkasse eine Rechnung in Papierform angefordert, so ist diese mit den persönlichen Daten des Versicherten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift) zu versehen und an die Krankenkasse direkt zu schicken. Alle übrigen Geschäftsvorfälle sind gemäß Anlage 1 maschinell zu übermitteln.

1.2.5 Zahlungserinnerung, Mahnung

Die Übermittlung einer Zahlungserinnerung oder Mahnung ist als Option vorgesehen. Sie soll ein eigenständiges Mahnwesen nicht ersetzen. Ist eine Zahlungserinnerung oder Mahnung bereits anderweitig übermittelt worden, so muss nicht zusätzlich ein Rechnungssatz übermittelt werden.

1.2.6 Zuzahlungsgutschrift/-rückforderung

Mit der Zuzahlungsgutschrift kann das Krankenhaus Gutschriften für nachträglich nach Erstellung der Schlussrechnung geleistete Zuzahlungen übermitteln, landesvertragliche Regelungen bleiben unberührt. Jede Zuzahlungsgutschrift wird durch eine eigene Rechnungsnummer identifiziert. Der gutzuschreibende Zuzahlungsbetrag wird im Datenelement *Gutschriftsbetrag* ohne Vorzeichen übermittelt. Als Rechnungsart ist „80“ (Zuzahlungsgutschrift) anzugeben.

Erfolgt die Zuzahlung durch den Patienten in mehreren Raten, kann die Zuzahlungsgutschrift zur Gutschrift der einzelnen Ratenbeträge wiederholt werden. Die Zuzahlungsgutschriften sind als Normalfall (*Verarbeitungskennzeichen* „10“) für dasselbe krankenhausinterne Kennzeichen mit jeweils eigener Rechnungsnummer zu übermitteln. Hierbei ist die laufende Nummer des Geschäftsvorfalles jeweils um 1 zu erhöhen.

Wurde eine Zuzahlungsgutschrift irrtümlich an die Krankenkasse übermittelt oder ein höherer Zuzahlungsbetrag im Rechnungssatz angegeben, als tatsächlich vom Patienten geleistet wurde (z.B. Regelung durch den Vertrag nach § 112 SGB V in Hamburg), kann der gutgeschriebene Betrag durch Übermittlung des Nachrichtentyps „Zuzahlungsgutschrift/-rückforderung“ mit der Rechnungsart „90“ (Rückforderung von Zuzahlungen) vom Krankenhaus zurückgefordert werden. Während von der in einem Rechnungssatz angegebenen Zuzahlung ein Teilbetrag zurückgefordert werden kann, ist eine Zuzahlungsgutschrift stets in vollständiger Höhe zurückzufordern und gegebenenfalls ein Restbetrag durch erneute Übermittlung einer weiteren Zuzahlungsgutschrift gutzuschreiben. Für die Rückforderung von Zuzahlungen ist eine eigene Rechnungsnummer zu verwenden.

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“, „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“). Hiermit wird der Fall für die Direktabrechnung mit der Krankenkasse abgeschlossen.

Behandlungen mit Aufnahmegrund „08“ *Stationäre Aufnahme zur Organentnahme* sind auch in Fällen von vorstationärer Behandlung ohne nachfolgende stationäre Aufnahme mit einer Entlassungsanzeige abzuschließen.

Die internen Verlegungen werden für jede behandelnde Fachabteilung (bei Rückverlegungen mehrfach) je Belegungszeitraum mit Angabe des Verlegungstages, der jeweiligen Hauptdiagnose und bis zu jeweils 40 Nebendiagnosen angegeben (*Entlassungsgrund*: „12“ interne Verlegung).

Die Segmentgruppe SG1 mit den Segmenten ETL und NDG dient der Dokumentation des Ablaufs der Krankenhausbehandlung. Es werden die bei der Entlassung oder Verlegung aus der Fachabteilung festgestellten Diagnosen übermittelt.

Die Segmentgruppe SG1 ist für jede interne Verlegung aus einer Fachabteilung und für die externe Entlassung/Verlegung zu übermitteln. Sie wird immer durch ein Segment ETL eingeleitet, das die Fachabteilung und die Hauptdiagnose für den jeweiligen (anhand des Entlassungs-/Verlegungstages bestimmten) Behandlungszeitraum enthält. Die Angaben in den ETL-Segmenten dokumentieren so den gesamten Behandlungsverlauf. Für jedes ETL-Segment (jeden einzelnen Behandlungszeitraum in einer Fachabteilung mit einer Hauptdiagnose) können bis zu 40 Nebendiagnosen zur Hauptdiagnose mit Hilfe des Segmentes NDG angegeben werden.

Erfolgt eine interne Verlegung, Rückverlegung oder Wiederaufnahme oder bei Versicherten in Krankenhäusern, die gemäß BpflV vergütet werden, eine Unterbrechung des stationären Aufenthalts durch einen externen Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht, muss zusätzlich zu den ETL-Segmenten für die behandelnden Fachabteilungen (und deren Daten) die für den gesamten Krankenhausfall maßgebliche Hauptdiagnose, bei Anwendung des Vergütungssystems nach § 17d KHG: Hauptdiagnose gemäß § 2 PEPPV 2013, (ggf. mit Nebendiagnosen) durch eine weitere (letzte!) Segmentgruppe SG1 übermittelt werden, die im Segment ETL den

ab 1.7.2013

Pseudo-Fachabteilungscode „0000“ für den Krankenhausbezug sowie die Daten der Entlassung/Verlegung enthält. Für die Gruppierung in eine DRG bzw. PEPP werden nur die Diagnoseangaben dieser letzten Segmentgruppe SG1 verwendet.

ab 1.7.2013 Fand keine interne Verlegung, Rückverlegung und keine Wiederaufnahme oder bei Versicherten in Krankenhäusern, die gemäß BPfIV vergütet werden, keine Unterbrechung des stationären Aufenthaltes durch externen Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht statt, darf keine Segmentgruppe SG1 für die Krankenhausfall-Hauptdiagnose mit der Pseudo-Fachabteilung „0000“ übermittelt werden. Die Krankenhausfall-Hauptdiagnose und die zugehörigen Nebendiagnosen sind dann identisch mit der Hauptdiagnose und den Nebendiagnosen der einzigen behandelnden Fachabteilung.

Die Hauptdiagnose für den Krankenhausfall ist in der als *Hauptdiagnose* bezeichneten Datenelementgruppe anzugeben. Ausschließlich in den Fällen, in denen nach den Deutschen Kodierrichtlinien als Hauptdiagnose eine „Stern-Diagnose“ verschlüsselt werden muss, ist es zulässig, den Stern-Kode in der im ETL-Segment als *Hauptdiagnose* bezeichneten Datenelementgruppe anzugeben. Die Kreuz-Diagnose ist ausschließlich in diesem Fall in der im ETL-Segment als *Sekundär-Diagnose* bezeichneten Datenelementgruppe anzugeben.

Hinweis:

Wenn eine Sekundär-Diagnose angegeben wird, wird diese im G-DRG- bzw. PEPP-System immer als Nebendiagnose interpretiert.

Für die Diagnosenangaben sind die Deutschen Kodierrichtlinien bzw. die Deutschen Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik zu beachten.

entfällt ab
1.1.2013

~~Im Segment FAB hingegen werden die für die Abrechnung nach BPfIV relevanten Diagnoseschlüssel angegeben.~~

Die FAB-Segmente enthalten als Muss-Segmente alle behandelnden Fachabteilungen. Bei interner Rückverlegung ist ein erneutes FAB-Segment nicht zwingend erforderlich.

Die weiteren Kann-Datenelemente in FAB-Segmenten sind bei folgenden Fallkonstellationen zu übermitteln:

- Operation, keine Fallpauschale/kein Sonderentgelt nach BPfIV:
Im Datenelement *Diagnose* ist die für den Operationseingriff maßgebliche Diagnose anzugeben. Im Datenelement *Operation* ist der für die Operation maßgebliche Operationenschlüssel anzugeben.
- Operation in Verbindung mit Fallpauschale/Sonderentgelt nach BPfIV:
Im Datenelement *Diagnose* ist die für den Operationseingriff maßgebliche abrechnungsrelevante Diagnose anzugeben. Wenn im Fallpauschalen-/Sonderentgeltkatalog ein zweiter Diagnoseschlüssel und/oder ein zweiter oder dritter Operationenschlüssel gefordert ist, müssen diese Angaben über die Datenelemente *Zusatzschlüssel Diagnose* und *Zusatzschlüssel 1 Operation* bzw. *Zusatzschlüssel 2 Operation* übermittelt werden.

In beiden Fallkonstellationen kann zur Angabe weiterer Diagnosen und/oder Operationen das FAB-Segment mit identischem Fachabteilungsschlüssel wiederholt werden.

Als Operation sind grundsätzlich operative Maßnahmen sowie nicht-operative Maßnahmen entsprechend den Deutschen Kodierrichtlinien anzugeben. Insbesondere ist P005 *Multiple/Bilaterale Prozeduren* zu beachten.

Die Angabe der Operation ist unabhängig von der Diagnosenangabe, gegebenenfalls können Prozeduren auch ohne Diagnosen angegeben werden.

Die Entlassungsanzeige ist innerhalb von 3 Arbeitstagen nach Entlassung oder Verlegung, spätestens mit der Schlussrechnung zu übermitteln.

Bei Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers (*Entlassungsgrund* „05“) kann die Entlassungsanzeige an die erste Krankenkasse auch früher – unmittelbar nach Beendigung der Leistungspflicht der Krankenkasse – übermittelt werden. Ausnahmeregelung: Bei Fallpauschalenpatienten und PEPP-Patienten wird der gesamte Krankenhausfall (mit allen anfallenden Entgelten) mit dem Kostenträger abgerechnet, der die Kostenzusage erteilt hat.

Wurde für einen Patienten irrtümlich eine Entlassungsanzeige übermittelt, so kann diese mit dem *Verarbeitungskennzeichen* „40“ (Storno einer Entlassungsanzeige) storniert oder mit dem *Verarbeitungskennzeichen* „20“ nach der tatsächlichen Entlassung berichtigt werden.

Wurde mit der irrtümlichen Entlassungsanzeige bereits eine Schlussrechnung übermittelt, so muss diese storniert werden, falls die Entlassungsanzeige storniert oder geändert werden soll. Erst nach Gutschrift/Stornierung des Rechnungssatzes kann die Entlassungsanzeige storniert und ein erneuter Rechnungssatz übermittelt werden.

BPfIV (bei Anwendung § 17d KHG):

Die Leistungen (Prozeduren) der vor- und nachstationären Behandlung sind bei der Gruppierung und Abrechnung des Behandlungsfalles nach PEPPV 2013 nicht zu berücksichtigen.

1.2.8 Rechnungssatz Ambulante Operation

1.2.8.1 Ambulante Operationen (§ 115b SGB V), Behandlungen nach § 116b SGB V

Mit dem Rechnungssatz Ambulante Operation stellt das Krankenhaus der Krankenkasse die Vergütung für eine ambulante Operation in Rechnung. Die Entgelte sind entsprechend EBM-Katalog, Schlüssel 20, (zuzüglich Pauschale und ggf. Einzelvergütung) zu berechnen. Die behandelnde Fachabteilung ist nach Schlüssel 6 anzugeben. Im Rahmen einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit einem Vertragsarzt bei Leistungen nach § 115b SGB V ist die Arztnummer des am Krankenhaus tätigen Belegarztes bzw. kooperierenden Vertragsarztes, ggf. auch eines weiteren kooperierenden Vertragsarztes, im Segment RZA entsprechend § 18 Abs. 2 bzw. 3 des AOP-Vertrages auszuweisen. Die belegärztliche Leistung ist im Rechnungssatz Ambulante Operation im ENA-Segment als gesonderter Rechnungsposten mit *Entgeltanzahl* „0“ auszuweisen.

ab 1.1.2013

[Das Segment ZLG entfällt bei ambulanten Krankenhausbehandlungen (Rechnungssatz und Zahlungssatz Ambulante Operation, siehe aber Abschnitt 1.2.8.3).] [entfällt ab 1.1.2014: Über das Zuzahlungskennzeichen (Schlüssel 15: „1“ [~~„2“~~, ~~„4“~~, ~~„5“~~, ~~„6“~~ oder ~~„9“~~]) im ZLG-Segment informiert das Krankenhaus die Krankenkasse über [die Zuzahlungspflicht, die Leistung des Zuzahlungsbetrages durch den Versicherten oder eine vom Versicherten vorgelegte Quittung über die Verringerung oder] den Wegfall der Zuzahlungspflicht [oder eine vorgelegte gültige Bescheinigung über die Befreiung von der Zuzahlungspflicht oder darüber, ob der Versicherte trotz Aufforderung keine/keine vollständige Zuzahlung geleistet hat].

ab 1.1.2014

Die Abrechnung einer Aufwandspauschale nach erfolgloser MDK-Prüfung (§ 275 Abs. 1c SGB V) bei ambulanter Krankenhausbehandlung nach §115b SGB V erfolgt im Segment EZV mit dem EZV-Schlüssel „53“ (Aufwandspauschale bei erfolgloser MDK-Prüfung - nur für Ambulantes Operieren im Krankenhaus §115b SGB V). Nachträgliche Abrechnungen sind wie folgt zu realisieren: es ist mit dem Verarbeitungskennzeichen „10“ (Normalfall), Rechnungsart „04“ (Gutschrift/Stornierung) mit um 1 erhöhter laufender Nummer des Geschäfts-

ab 1.7.2013

vorfalls mit den ansonsten identischen Daten (insbesondere des KH-internen Kennzeichens) der ersten Schlussrechnung ein Rechnungssatz AMBO zu übermitteln. Dann ist für diesen Fall mit unverändertem KH-internen Kennzeichen (mit Verarbeitungskennzeichen „10“) eine neue Schlussrechnung (Rechnungsart „02“) mit erneut um 1 erhöhter laufender Nummer des Geschäftsvorfalles ergänzt um den Wert der Aufwandspauschale über das EZV-Segment zu übermitteln. Bei Durchführung von Leistungen des Kapitels 31 des EBM sind die Bestimmungen der Präambel des Anhangs 2 zum EBM zu beachten.

Bei Durchführung von Leistungen des Kapitels 31 des EBM sind die Bestimmungen der Präambel des Anhangs 2 zum EBM zu beachten. Bei Simultaneingriffen ist bei beidseitigen Eingriffen an paarigen Organen oder Körperteilen als Prozeduren-Lokalisationsangabe „B“ anzugeben. Bei der Abrechnung dieser Eingriffe 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.

Ausschließlich EBM-Positionen, die für die Berechnung des pauschalen Zuschlages nach § 9 Abs. 3 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V herangezogen werden, sind im Feld „in Honorarsumme für Pauschale enthalten“ mit „J“ zu kennzeichnen. Zur Berechnung der Felder „Honorarsumme (für Pauschale)“ und „Pauschale“ siehe Anlage 5 Abschnitt 2 Punkt 2.22 Nr. 9 und 10. Die Summe der Entgeltwerte (Entgeltbetrag x Entgeltanzahl) wird im Feld „Honorarsumme (für Pauschale)“ ausgewiesen (ggf. wird die „Honorarsumme (für Pauschale)“ um „Honorarsummenrelevante Anteile“ erhöht, die über EZV in Rechnung gestellt werden). Der hieraus errechnete pauschale Zuschlag wird im Feld „Pauschale“ ausgewiesen. Wird eine in Kapitel 40 des EBM ausgewiesene leistungsbezogene Kostenpauschale in Rechnung gestellt, ist die entsprechende ärztliche Leistung des EBM von der Berechnung der Zuschlagshöhe „auszuklammern“. Die EBM-Positionen für die Kostenpauschale und die entsprechende ärztliche Leistung werden nicht in die „Honorarsumme (für Pauschale)“ eingerechnet, daher muss das Feld „in Honorarsumme für Pauschale enthalten“ leer bleiben.

Technisches Beispiel:

Das technische Beispiel soll die Ermittlung der „Honorarsumme (für Pauschale)“ und „Pauschale“ verdeutlichen. Es schließt nicht aus, dass weitere EBM-Positionen abgerechnet werden können.

Rechnungssatz Ambulante Operation:

...

DPV+2013+2013'

REC+5143671+20130109+52+20130104+645,08+1008004+++256,01+17,92'

ZLG+0,00+1'

RZA+2300+604434610++274488600++M23.33:R'

BDG+M23.33:R'

PRZ+58125:R+20130107'

PRZ+58112h:R+20130107'

ENA+00018211+++J+20130104+515+3,536300+18,21+1'

ENA+00005211+++J+20130104+270+3,536300+9,55+1'

ENA+00005310+++J+20130104+505+3,536300+17,86+1'

ENA+00034233+++J+20130104+300+3,536300+10,61+1'

ENA+00034230+++J+20130104+220+3,536300+7,78+1'

ENA+00031503+++J+20130107+1450+3,536300+51,28+1'

ENA+00031822+++J+20130107+3555+3,536300+125,72+1'

| Entgelte in
| „Honorarsumme
| (für Pauschale)“
| enthalten,
| Summe:
| EUR 241,01
|

ENA+00031142++++20130107+6330+3,536300+223,85+1'	
ENA+00040750++++20130107+++122,00+1'	
ENA+00040120++++20130107+++0,55+1'	
EZV+19,75+04+Biopsienadel'	honorarsummenrelevante
EZV+10,00+05+Pauschale+10,00'	Anteile EZV in "Honorar-
EZV+10,00+06+Pauschale+5,00'	summe (für Pauschale)"
	enthalten,
	Summe:
	EUR 15,00

Nicht berücksichtigt in „Honorarsumme (für Pauschale)“:

ärztliche Leistung:

GOP 31142 Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E2 223,85 EUR

Kostenpauschale nach Kapitel 40 des EBM:

GOP 40750 Kostenpauschale für Sachkosten im Zusammenhang mit Arthro- 122,00 EUR
skopieleistungen nach den GOP 31141 + 31142

GOP 40120 Versendung/Transport schriftlicher Unterlagen, Briefe 0,55 EUR

Honorarsumme (für Pauschale): EUR 256,01

Pauschale: EUR 17,92

Bei ambulanten Operationen werden alle Informationen an die Krankenkasse über den Rechnungssatz Ambulante Operation übermittelt, ein Aufnahmesatz oder eine Entlassungsanzeige werden nicht erstellt und sind in Verbindung mit dem Nachrichtentyp „AMBO“ nicht zulässig. Ebenso sind Zuzahlungsgutschriften, Medizinische Begründungen und deren Anforderung in Verbindung mit dem Nachrichtentyp „AMBO“ unzulässig. Nachträgliche Änderungen der Zuzahlung sind mit Gutschrift/Stornierung und Neumeldung des Rechnungssatzes Ambulante Operation zu übermitteln. Die Berücksichtigung von Rechnungen für ambulante Operationen in Sammelüberweisungen ist zulässig.

Zu Gutschrift und Rechnung in Papierform siehe 1.2.4 Rechnungssatz (zur Verwendung des Verarbeitungskennzeichens siehe Anlage 4 Kapitel 7.3.4)

Stellt das Krankenhaus fest, dass ein Rechnungssatz Ambulante Operation zu einem Behandlungsfall mit falschen identifizierenden Merkmalen (KH-internes Kennzeichen des Versicherten und/oder IK des Krankenhauses falsch) übermittelt wurde, oder, dass die Kostenträgerzuordnung nicht zutreffend ist oder ein Softwarefehler vorliegt, sind die übermittelten Daten durch ein Fallstorno zu stornieren. Ein Fallstorno wird über einen Rechnungssatz Ambulante Operation mit dem *Verarbeitungskennzeichen* „30/31/32/33/34/35“ in dem Segment FKT vorgenommen. Der Rechnungssatz Ambulante Operation ist danach von Anfang an mit den korrekten Angaben zu übermitteln.

Die Abrechnung von ambulanten Behandlungen nach § 116b Abs. 2 SGB V erfolgt ebenso wie ambulante Operationen mit dem Nachrichtentyp „Rechnungssatz Ambulante Operation“. Das Verarbeitungskennzeichen im FKT-Segment ist hierbei mit „16“ *Normalfall* anzugeben, um die Prüfungen nach dem Leistungskatalog nach § 115b SGB V in den Krankenkassenfachverfahren auszuschalten (*Verarbeitungskennzeichen* „36“ für Fallstorno). Die Diagnoseangaben werden durch die Angabe eines Kennzeichens für die Diagnosesicherheit ergänzt.

ab 1.1.2013 Der Leistungsbereich der Behandlung ist vom Krankenhaus in einem LEI-Segment nach Schlüssel 22 anzugeben. Das Datenfeld „Leistungsart“ wird mit der Ausprägung „A2“ (Schlüssel 24) angegeben. Die Angabe des Leistungstags entfällt.

Hinweis für den Datenaustausch nach § 300 bzw. § 302 SGB V:

Für die Zuordnung von Verordnungen bei Behandlung nach § 116b SGB V stehen das mit den Ziffern „26“ beginnende Institutionskennzeichen des Krankenhauses (fiktive Betriebsstättennummer) und der Leistungsbereichsschlüssel (fiktive Arztnummer durch Ergänzung der Prüfziffer) und „00“ am Ende zur Verwendung auf den Verordnungen zur Verfügung.

Anmerkung: Die Prüfziffer wird mittels des Modulo 10-Verfahrens der Stellen 1 bis 6 (Leistungsbereichsschlüssel) der Arztnummer ermittelt. Bei diesem Verfahren werden die Ziffern 1 bis 6 von links nach rechts abwechselnd mit 4 und 9 multipliziert. Die Summe dieser Produkte wird modulo 10 berechnet. Die Prüfziffer ergibt sich aus der Differenz dieser Zahl zu 10 (ist die Differenz 10, so ist die Prüfziffer 0).

Die Übermittlung von Zwischen- oder Nachtragsrechnungen ist nicht zulässig. Die hier getroffene Festlegung erfolgt als Festlegung der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 295 Abs. 1b SGB V. Dieses Verfahren ist nur für Fälle anwendbar, die auf Basis der seit dem 1.4.2007 geltenden Fassung des § 116b Abs. 2 SGB V durchgeführt werden.

1.2.8.2 Ambulante Behandlung nach §§ 117 bis 119 SGB V

Für die Einrichtungen nach § 117 Abs. 1 und § 118 SGB V erfolgt ab dem 1.1.2012 und für die Einrichtungen nach § 117 Abs. 2 und § 119 SGB V ab dem 1.7.2012 die Abrechnung wie folgt (Regelverfahren):

Die Abrechnung von Leistungserbringern nach §§ 117, 118 und 119 SGB V erfolgt ebenso wie ambulante Operationen mit dem Nachrichtentyp „Rechnungssatz Ambulante Operation“. Das *Verarbeitungskennzeichen* im FKT-Segment ist hierbei mit „17“, „18“, „19“ oder „07“ (Normalfall) anzugeben (Verarbeitungskennzeichen „37“, „38“, „39“ oder „47“ für Fallstorno).

ab 1.1.2014 [Das Segment ZLG entfällt bei ambulanten Krankenhausbehandlungen (Rechnungssatz und Zahlungssatz Ambulante Operation, siehe aber Abschnitt 1.2.8.3).] [entfällt ab 1.1.2014: Über das Zuzahlungskennzeichen (Schlüssel 15: „1“ [„2“, „4“, „5“ oder „9“]) im ZLG-Segment informiert das Krankenhaus/die Einrichtung die Krankenkasse über den Wegfall der Zuzahlungspflicht[, die Leistung des Zuzahlungsbetrages durch den Versicherten, eine vorgelegte gültige Bescheinigung über die Befreiung von der Zuzahlungspflicht oder eine vom Versicherten vorgelegte Quittung über den Wegfall der Zuzahlungspflicht oder darüber, ob der Versicherte trotz Aufforderung keine/keine vollständige Zuzahlung geleistet hat].

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.

Die Regelung zum Ersatzverfahren gilt ausschließlich für die Einrichtungen nach § 117 Abs. 2 und § 119 SGB V bis zum 30.6.2012 fort.

1.2.8.3 Ambulante Behandlungen im Rahmen von Verträgen nach § 140a SGB V

Die Abrechnung von ambulanten Leistungen im Rahmen von Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 140a SGB V kann ebenso wie ambulante Operationen mit dem Nachrichtentyp „Rechnungssatz Ambulante Operation“ erfolgen. Das Verarbeitungskennzeichen im FKT-Segment ist hierbei mit „05“ (Normalfall) anzugeben (Verarbeitungskennzeichen „45“ für Fallstorno).

Vertraglich vereinbarte Eigenbeteiligungen im Rahmen einer Integrierten Versorgung sind über das ZLG-Segment zu berücksichtigen. ab 1.1.2014

Die Diagnoseangaben werden durch die Angabe eines Kennzeichens für die Diagnosesicherheit ergänzt. Die Übermittlung von Zwischen- oder Nachtragsrechnungen ist nicht zulässig. Die Abrechnungen erfolgen entsprechend der individuellen Verträge nach § 140a SGB V mit den hierin entsprechend Schlüssel 4 Teil II festgelegten Entgeltschlüsseln.

1.2.8.4 Pauschalen für Kinderspezialambulanzen § 120 Abs. 1a SGB V

Die Abrechnung von vereinbarten (ergänzenden fall- oder einrichtungsbezogenen) 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.

1.2.8.5 Bundeseinheitliche Dokumentation der PIA-Leistungen

ab 1.1.2013

der Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 295 Abs. 1b Satz 4 SGB V

Für die Umsetzung des Prüfauftrags nach § 17d Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes übermitteln die Psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V ab dem 1.1.2013 mit den Abrechnungsdaten gemäß Punkt 1.2.8.2 eine Dokumentation der erbrachten Leistungen entsprechend der „Vereinbarung einer bundeseinheitlichen Leistungsdokumentation der psychiatrischen Institutsambulanzen entsprechend § 295 Abs. 1b Satz 4 SGB V“ (PIA-Doku-Vereinbarung) gemäß Schlüssel 23 mit dem Nachrichtentyp „Rechnungssatz Ambulante Operation“.

Bei Abrechnung von Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen ist mit dem Segment LEI im Datenelement *Leistungsart* der Wert „A1“ (Schlüssel 24), im Datenelement *Leistungsschlüssel* der Schlüssel 23 (PIA-Leistungen) und im Datenelement *Leistungstag* der Tag des Kontakts anzugeben. Dabei ist für jeden Tag mit einem unmittelbaren Patientenkontakt die entsprechende Leistungsziffer zu dokumentieren. Je Leistungstag darf nur ein Leistungsschlüssel angegeben werden.

Psychiatrische Institutsambulanzen sind entsprechend § 3 Absatz 2 der PIA-Doku-Vereinbarung von einer Übermittlung der Leistungsdokumentation befreit, wenn die zur Abrechnung zu übermittelnden Einzelleistungen anhand der Entgeltschlüssel eine eindeutige Zuordnung ermöglichen und sie zu einer der in Anlage 2 der PIA-Doku-Vereinbarung aufgeführten Gruppen gehören.

Das Nähere zur Dokumentation des Leistungsschlüssels ist in der PIA-Doku-Vereinbarung geregelt.

1.2.9 Fehlerbehandlung

Nachrichten der Krankenkasse, die beim Empfänger als fehlerhaft erkannt werden, sind dem Absender entsprechend der in Anlage 4, Abschnitt 6 beschriebenen Vorgehensweise mitzuteilen.

Zur Fehlerbehandlung bei Abrechnung ambulanter Leistungen (AMBO) siehe Anlage 4 (Technische Anlage), Abschnitt 6.5.

1.3 Übermittlung von Krankenkasse an Krankenhaus

1.3.1 Kostenübernahmesatz

Mit dem Kostenübernahmesatz teilt die Krankenkasse dem Krankenhaus die Kostenübernahme, die Bestätigung des Versichertenverhältnisses oder ggf. ihre Ablehnung mit. Das Merkmal Kostenübernahme (Schlüssel 8) enthält hierzu die erforderliche Angabe. Soweit in dem Vertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V vorgesehen, kann die Krankenkasse eine Befristung der Kostenübernahme vorsehen. In diesem Fall ist das Bis-Datum der Kostenübernahme zu übermitteln.

Bei unbefristeter Kostenübernahme kann auf eine Verlängerungsanzeige verzichtet werden. Wird sie übermittelt, so erfolgt darauf eine erneute Übermittlung eines Kostenübernahmesatzes im Falle einer Ablehnung der Kostenübernahme. In diesem Fall wird eine erneute Kostenübernahmeerklärung (*Merkmal Kostenübernahme* „03“, „05“, „06“ oder „07“ (Ablehnung)) oder eine Änderung der vorherigen Kostenübernahme mit Angabe des Befristungsdatums (größer Tagesdatum) und einer Erläuterung im TXT-Segment übermittelt. Die Ablehnung der Kostenübernahme zu einer Verlängerungsanzeige nach vorheriger befristeter Kostenübernahmeerklärung erfolgt durch Übermittlung eines weiteren Kostenübernahmesatzes mit den hierfür vorgesehenen Werten des Schlüssels 8 (*Merkmal Kostenübernahme*) mit einer ergänzenden Erläuterung im TXT-Segment ohne Angabe des Befristungsdatums.

Bei einer Änderung des Kostenträgers während der Behandlung übermittelt die neu zuständige Krankenkasse einen Kostenübernahmesatz mit dem *Merkmal Kostenübernahme* „Änderung der Kostenübernahme“ (Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers) (Schlüssel 8, „02“).

Eine Änderung der Kostenübernahme findet in Fällen Anwendung, in denen eine Aufnahmeanzeige bei Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers an die neu zuständige Krankenkasse erfolgt (Schlüssel 1: 3. und 4. Stelle „21“ bis „27“).

Benötigt die Krankenkasse die Rechnung in Papierform, teilt sie dies im Merkmal Kostenübernahme mit. Rechnungen in Papierform kommen z.B. in Betracht bei folgenden Patienten:

- Grenzgänger,
- Auslandsversicherte (Auftragsleistung aufgrund zwischen-/überstaatlicher Rechtsvorschriften),
- Auftragsleistung für Unfallversicherungsträger (Berufsgenossenschaft, Gemeindeunfallversicherung),
- Auftragsleistung nach dem Bundesversorgungsgesetz.

Die Krankenkasse teilt in der Kostenübernahme für die bei ihr versicherten Personen die aktuellen Daten der Krankenversichertenkarte/eGK (Krankenversicherungsnummer, Versichertenstatus, Gültigkeit der Versichertenkarte (entfällt bei eGK)) mit. Bei Neugeborenen (eigener Fall), die noch keine Krankenversicherungsnummer haben, entfällt die Übertragung der Daten der Krankenversichertenkarte im Kostenübernahmesatz.

Mit der Kostenübernahme werden von der Krankenkasse die Zuzahlungstage (max. 28 Tage im Kalenderjahr) bzw. die restlichen Zuzahlungstage an das Krankenhaus gemeldet. Bei Befreiungstatbeständen oder bereits ausgeschöpfter Zuzahlung im Kalenderjahr bleibt das Datenfeld leer oder es werden „0“ *Zuzahlungstage* gemeldet. Bei einer Ablehnung der Kostenübernahme bleiben die Felder *Kostenübernahme ab*, *Kostenübernahme bis* und *Zuzahlungstage* leer.

Für Versicherte der Knappschaft sind besondere Regelungen zu beachten.

1.3.2 Anforderungssatz medizinische Begründung

Der Anforderungssatz medizinische Begründung kann von der Krankenkasse an das Krankenhaus übermittelt werden, wenn die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung überschritten wird.

1.3.3 Sammelüberweisung

Mit der Sammelüberweisung teilt die Krankenkasse dem Krankenhaus mit, welche Rechnungen in einer Überweisung zusammengefasst werden. Die Identifikation der zu Grunde liegenden Rechnungen erfolgt über die RED-Segmente, deren Angaben den Einzelrechnungen/Zahlungssätzen entnommen werden (zur Verwendung der Rechnungsart siehe unten). Die Referenznummer der Krankenkasse dient der Krankenkasse zur internen Zuordnung der zusammengefassten Einzelrechnungen. Die Summe der Rechnungsbeträge (Summe aller angegebenen Rechnungsbeträge/Gutschriften und Stornierungen sind zu subtrahieren) sowie der zur Zahlung angewiesene Überweisungsbetrag wird im Segment UWD angegeben. Wird eine noch nicht bezahlte Rechnung vom Krankenhaus storniert, können entweder die ursprüngliche Rechnung (*Rechnungsart* „x1“, „x2“ oder „x3“) und die stornierte Rechnung (*Rechnungsart* „04“) in die Sammelüberweisung eingestellt (Summe der Rechnungsbeträge ist Null) oder direkt im Fachverfahren der Krankenkasse gegeneinander verrechnet werden. Bei einem Fallstorno sind alle zum Fall gehörigen Rechnungen intern zu stornieren und ist für jede Rechnung entsprechend des vorgehenden Satzes zu verfahren. Erfolgt eine Gutschrift (Übermittlung oder Bearbeitung bei der Krankenkasse), nachdem die ursprüngliche Rechnung bereits bezahlt worden ist, wird die Rechnungsgutschrift (*Rechnungsart* „04“) direkt in die Sammelüberweisung übernommen. Bei einem Fallstorno ist in diesem Falle für jede zu dem stornierten Fall gehörende Rechnung intern im Krankenkassenfachverfahren eine Gutschrift zu erzeugen.

Die Verwendung von Zahlungssätzen hat keine Auswirkung auf die Verfahrensabläufe zur Erstellung der Sammelüberweisung. Ein Rechnungstorno durch das Krankenhaus hat lediglich die Gutschrift des zur Zahlung angewiesenen Rechnungsbetrages zu dieser Rechnung zur Folge. Wird ein Zahlungssatz vor Zahlung durch die Krankenkasse geändert, kann der geänderte Zahlungssatz (der zur Zahlung angewiesene Rechnungsbetrag) den zuvor erstellten Zahlungsbetrag ersetzen. Die Änderung eines Zahlungssatzes nach bereits erfolgter Zahlung durch die Krankenkasse führt zur Einstellung des geänderten Zahlungssatzes sowie der Gutschrift (*Rechnungsart* „04“) des ursprünglichen Zahlungssatzes in die Sammelüberweisung.

Eine Zuzahlungsgutschrift wird mit *Rechnungsart* „80“ in die Sammelüberweisung eingestellt, die Rückforderung einer Zuzahlungsgutschrift mit *Rechnungsart* „90“.

Zur Identifikation der Zahlungsanweisung vergibt die Krankenkasse eine Sammelbelegnummer.

Die Verwendung dieses Nachrichtentyps erfolgt in bilateraler Absprache.

Die Verpflichtung der Krankenkasse zur Übermittlung eines Zahlungssatzes bei vom Rechnungsbetrag abweichendem Zahlungsbetrag bleibt von der Übermittlung einer Sammelüberweisung unberührt.

1.3.4 Zahlungssatz

Mit dem Zahlungssatz teilt die Krankenkasse dem Krankenhaus mit, ob der in Rechnung gestellte Abrechnungsbetrag zur Zahlung angewiesen ist, ob noch eine Prüfung erfolgt, oder aus welchem Grund die Rechnung abgelehnt wird (Schlüssel 10). Der Zahlungssatz muss übermittelt werden, wenn der Zahlungsbetrag vom Rechnungsbetrag abweicht (2. Stelle Schlüssel 10: „5“), eine Rechnung in Papierform angefordert wird (Schlüssel 10: „07“) oder im Fall einer Ablehnung (Schlüssel 10: „04“ oder „06“). Ansonsten kann er vom Krankenhaus im Rechnungssatz angefordert werden (Schlüssel 11, 1. Stelle: „5“). Zur Verwendung im Zuzahlungseinzugsverfahren siehe Abschnitt 1.4.8.

Stellt eine Krankenkasse bei der Rechnungsprüfung im Rahmen der Gesetzeslage, des Landesvertrages und der aktuellen Rechtsprechung Fehler in der Rechnungslegung fest, kann sie von einem Fehlerverfahren absehen und mit der 2. Stelle im Prüfungsvermerk gleich „5“ den vom Rechnungsbetrag abweichenden Zahlungsbetrag übermitteln. Wird die Rechnung prinzipiell anerkannt und erfolgt eine Kürzung des Rechnungsbetrages auf Grund eines Abschlages, so übermittelt die Krankenkasse ebenfalls mit der 2. Stelle im Prüfungsvermerk gleich „5“ den vom Rechnungsbetrag abweichenden Zahlungsbetrag. In diesen Fällen übermittelt die Krankenkasse alle Entgeltsegmente mit den Dateninhalten, die dem zur Zahlung angewiesenen Betrag zugrundeliegen, sofern dieser ungleich Null ist.

Bei einem vom Rechnungsbetrag abweichenden Zahlungsbetrag übermittelt die Krankenkasse alle Entgeltsegmente mit den Dateninhalten, die dem zur Zahlung angewiesenen Betrag zugrundeliegen, sofern dieser ungleich Null ist.

1.3.5 Zahlungssatz Ambulante Operation

Mit dem Zahlungssatz Ambulante Operation teilt die Krankenkasse dem Krankenhaus mit, ob der in Rechnung gestellte Abrechnungsbetrag für eine ambulante Operation nach § 115b SGB V (Verarbeitungskennzeichen „10“), eine ambulante Behandlung nach § 116 Abs. 2 SGB V (Verarbeitungskennzeichen „16“, ambulante Behandlungen nach den §§ 117, 118 und 119 SGB V (Verarbeitungskennzeichen „17“, „18“, „19“ oder „07“), ambulante Behandlungen im Rahmen von Verträgen nach § 140a SGB V (Verarbeitungskennzeichen „05“) oder die Abrechnung einer Pauschale nach § 120 Abs. 1a SGB V (Verarbeitungskennzeichen „06“) zur Zahlung angewiesen ist, ob noch eine Prüfung erfolgt, oder aus welchem Grund die Rechnung abgelehnt wird. Der Zahlungssatz Ambulante Operation muss übermittelt werden, wenn der Zahlungsbetrag vom Rechnungsbetrag abweicht (Schlüssel 10: „05“), eine Rechnung in Papierform angefordert wird (Schlüssel 10: „07“) oder im Fall einer Ablehnung (Schlüssel 10: „04“ oder „06“). Ansonsten kann er vom Krankenhaus im Rechnungssatz angefordert werden (Schlüssel 11, 1. Stelle: „5“).

Bei einem vom Rechnungsbetrag abweichenden Zahlungsbetrag übermittelt die Krankenkasse alle Entgeltsegmente mit den Dateninhalten, die dem zur Zahlung angewiesenen Betrag zugrunde liegen, sofern dieser ungleich Null ist.

1.3.6 Fehlerbehandlung

Nachrichten des Krankenhauses, die beim Empfänger als fehlerhaft erkannt werden, sind dem Absender entsprechend der in Anlage 4, Abschnitt 6 beschriebenen Vorgehensweise mitzuteilen.

Zur Fehlerbehandlung bei Abrechnung ambulanter Leistungen (AMBO) siehe Anlage 4 (Technische Anlage), Abschnitt 6.5.

1.4 Vorgaben für besondere Fallkonstellationen

1.4.1 Versorgung von Neugeborenen im G-DRG-System

Im Falle einer Geburt ist nach § 1 Abs. 5 FPV ein eigener Fall für das Neugeborene zu bilden.

Wird eine im Fallpauschalen-Katalog vorgegebene Mindestverweildauer für die Fallpauschale (P60B) nicht erreicht, ist die Versorgung des Neugeborenen mit dem Entgelt für die Mutter abgegolten. In diesem Fall wird keine Rechnung für den Fall des Neugeborenen übermittelt.

1.4.1.1 Gesundes Neugeborenes

Für das gesunde Neugeborene ist ein Aufnahmesatz mit dem *Aufnahmegrund* „0601“ (Geburt) vom Krankenhaus an die Krankenkasse der Mutter zu übermitteln.

Im Datenfeld *Krankenversicherten-Nr.* ist die Krankenversichertennummer der Mutter anzugeben. Als Aufnahmetag ist der Tag der Geburt und als Aufnahmegewicht das Geburtsgewicht als Mussfeld anzugeben. Ist der *Vorname* noch nicht bekannt, ist „Säugling m“ für männliche und „Säugling w“ für weibliche Säuglinge anzugeben.

Bei vorliegender Einweisung der Mutter ist der die Mutter einweisende Arzt auch im Aufnahmesatz des Neugeborenen im Datenfeld *Arztnummer des einweisenden Arztes* anzugeben. Bei Notfallaufnahme der Mutter ist für das Neugeborene die *Veranlassende Stelle bei Notfallaufnahme* mit dem Eintrag „Entbindung“ zu füllen. In jedem Fall ist der *Aufnahmegrund* („0601“) als Normalfall anzugeben.

Eine Kostenübernahmeerklärung wird für den Fall des Neugeborenen nicht übermittelt.

Der Fall des Neugeborenen wird unter der Krankenversichertennummer der Mutter mit einer eigenen Entlassungsanzeige abgeschlossen. Die Fallpauschale für das Neugeborene wird über eine eigene Rechnung für das Neugeborene unter der Krankenversichertennummer der Mutter in Rechnung gestellt. Die Entbindungsdaten (EBG-Segment) werden in der Entlassungsanzeige für den Krankenhausfall der Mutter übermittelt.

Tritt zwischen dem Aufnahmetag und dem Tag der Geburt für die Mutter ein Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers ein, wird bei der Abrechnung von Fallpauschalen der Fall der Mutter mit dem am Aufnahmetag zuständigen Kostenträger und der Fall des gesunden Neugeborenen mit dem hiernach am Tag der Geburt zuständigen Kostenträger abgewickelt.

Anmerkung: Siehe Anmerkung zu Abschnitt 1.4.1.2

1.4.1.2 Krankheitsbedingt behandlungsbedürftiges Neugeborenes

Der Aufnahmesatz für das krankheitsbedingt behandlungsbedürftige Neugeborene ist ohne Angabe einer Krankenversichertennummer und mit dem *Aufnahmegrund* „01“ (Krankenhausbehandlung, vollstationär) an die für das Neugeborene zuständige Krankenkasse zu übermitteln.

Die Krankenversichertennummer des Neugeborenen wird dem Krankenhaus im Kostenübernahmesatz durch die dann zuständige Krankenkasse mitgeteilt.

Für die Mutter und das Neugeborene werden an die jeweils zuständige(n) Krankenkasse(n) jeweils getrennte Entlassungsanzeigen und Rechnungssätze übermittelt.

Anmerkung:

Der Aufnahmesatz für das Neugeborene ist abweichend von der generellen Übermittlungsfrist erst zu übermitteln, wenn feststeht, ob das Neugeborene krankheitsbedingt behandelt wurde.

Wird trotz der Ausnahmeregelung beim Aufnahmesatz für das Neugeborene irrtümlich eine falsche Konstellation für die Übermittlung zugrundegelegt, darf eine anschließende Korrektur nicht durch eine Änderungsmeldung zu dem vorangegangenen Aufnahmesatz vorgenommen werden. In diesem Fall ist zunächst der Aufnahmesatz durch ein Fallstorno zu stornieren und die Versorgung oder Behandlung des Neugeborenen in Abhängigkeit von dem Ausgangsfehler wie folgt zu übermitteln:

Wurde irrtümlich für ein gesundes Neugeborenes gemeldet, ist die Behandlung des Neugeborenen als neuer Fall entsprechend Abschnitt 1.4.1.2 zu übermitteln. Ist das Neugeborene bei derselben Krankenkasse wie die Mutter versichert, muss hierbei ein neues krankenhausinternes Kennzeichen verwendet werden.

Wurde irrtümlich für ein krankheitsbedingt behandlungsbedürftiges Neugeborenes gemeldet, ist die Versorgung des Neugeborenen als Fall der Mutter entsprechend Abschnitt 1.4.1.1 zu übermitteln. Ist das Neugeborene bei derselben Krankenkasse wie die Mutter versichert, muss hierbei ebenfalls ein neues krankenhausinternes Kennzeichen verwendet werden.

Um eine derartige Konsequenz (Neuvergabe des krankenhausinternen Kennzeichens!) zu vermeiden, muss das Krankenhaus durch geeignete, wirksame Kontrollen dafür Sorge tragen, dass ein Aufnahmesatz für ein Neugeborenes auf keinen Fall irrtümlich gemeldet wird.

Besonderer Hinweis:

Zur Abrechnung eines Zuschlags für Begleitperson („75100003“) bei Verbleib der gesunden Mutter siehe § 1 Abs. 5 FPV.

1.4.2 Teilstationäre Leistungen

Jedes fallbezogene Entgelt nach § 6 KHEntgG wird nach § 8 Abs. 2 Nr. 1FPV als ein Krankenhausfall gezählt. Die Fallabwicklung erfolgt in der Regel in der Abfolge der Nachrichtentypen Aufnahmesatz -> Kostenübernahmesatz -> Entlassungsanzeige -> Rechnungssatz. Diese Nachrichtenfolge wird auch für Tagesfälle eingehalten.

Die Regelungen zum Wechsel von teil- und vollstationärer Behandlung in Bezug auf den Fallabschluss (Entlassungsanzeige und Schlussrechnung) der ersten Behandlung und Neuaufnahme (Aufnahmesatz mit neuer Fallnummer und Kostenübernahmeerklärung) der nachfolgenden Behandlung gelten auch im Geltungsbereich des KHEntgG weiter.

Als *Entlassungsgrund* für die erste Behandlungsart ist „22x“ (Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung) anzugeben.

Wird ein Patient innerhalb des Zeitraums bis einschließlich drei Tage nach Überschreiten der abgerundeten mittleren Verweildauer einer Fallpauschale wieder zur teilstationären Behandlung aufgenommen oder findet ein Wechsel von einer vollstationären Versorgung in eine teilstationäre Versorgung statt, kann für den Zeitraum bis einschließlich drei Tage nach Über-

schreiten der abgerundeten mittleren Verweildauer einer zuvor abrechenbaren Fallpauschale ein tagesbezogenes teilstationäres Entgelt nach § 6 Abs. 1 KHEntgG nicht zusätzlich berechnet werden.

Für diesen teilstationären Patienten ist ein neuer Aufnahmesatz mit neuem krankenhausinternen Kennzeichen und *Aufnahmegrund* „0301“ (Krankenhausbehandlung teilstationär) zu übermitteln. Die Anzahl der nicht berechenbaren Tage innerhalb des Zeitraums bis einschließlich drei Tage nach Überschreiten der abgerundeten mittleren Verweildauer der zuvor berechneten DRG-Fallpauschale wird im ENT-Segment im Datenfeld *Entgeltanzahl* mit der *Entgeltart* „78999999“ und dem *Entgeltbetrag* „0,00“ EUR ausgewiesen. Das Datenfeld *Abrechnung von* enthält das Datum der ersten teilstationären Behandlung innerhalb des Zeitraums bis einschließlich drei Tage nach Überschreiten der abgerundeten mittleren Verweildauer der vollstationären DRG-Fallpauschale. Das Datenfeld *Abrechnung bis* enthält das Datum des dritten Tages nach Überschreiten der abgerundeten mittleren Verweildauer.

Das Datenfeld *Tage ohne Berechnung/Behandlung* dieses ENT-Segments enthält die Anzahl der Tage, an denen der Patient nicht in teilstationärer Behandlung war.

Die außerhalb des Zeitraumes bis einschließlich drei Tage nach Überschreiten der abgerundeten mittleren Verweildauer der zuvor berechneten vollstationären DRG-Fallpauschale erbrachten teilstationären Behandlungen werden in einem neuen ENT-Segment mit der zugehörigen Entgeltart abgerechnet.

Wurden bei der Abrechnung der vollstationären DRG-Fallpauschale Abschläge nach § 1 Abs. 3 oder § 3 FPV vorgenommen, sind zusätzlich zu obigen Entgelten für jeden teilstationären Behandlungstag tagesbezogene teilstationäre Entgelte zu berechnen; höchstens jedoch bis zur Anzahl der vollstationären Abschlagstage. Das Datenfeld *Abrechnung bis* im ENT-Segment für die Entgeltart „78999999“ (Abrechnungszeitraum vom Beginn der teilstationären Behandlung bis zum Ende des nicht abrechenbaren Zeitraums) sowie das Datenfeld *Abrechnung von* im ENT-Segment für das teilstationäre Entgelt (Abrechnungszeitraum ab dem Beginn des zusätzlich abrechenbaren Zeitraums) sind entsprechend anzupassen.

Ausgenommen von dieser Regelung sind Leistungen der Onkologie, der Schmerztherapie, die HIV-Behandlung und für Dialysen.

Die teilstationären Prozeduren sind nicht bei der Gruppierung der zuvor abgerechneten Fallpauschale zu berücksichtigen (§ 6 Abs. 2 Satz 4 FPV).

1.4.3 Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen

Bei einer internen Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG sind die unterschiedlichen Entgeltbereiche wie eigenständige Krankenhäuser zu behandeln und für den Entgeltbereich der DRG-Fallpauschalen die Abrechnungsbestimmungen nach § 3 FPV anzuwenden (Abschläge bei Nichterreichen der mittleren Verweildauer, Rückverlegung). Um dies zu gewährleisten, ist eine Falltrennung vorzunehmen. Als *Entlassungs-/Verlegungsgrund* ist in der Entlassungsanzeige zur ersten Behandlung der Schlüssel „179“ (interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG) anzugeben.

Für die nachfolgende Behandlung ist ein erneuter Aufnahmesatz mit neuem krankenhausinternen Kennzeichen zu übermitteln. Das Datenfeld *IK des veranlassenden Krankenhauses* ist mit dem eigenen IK des Krankenhauses zu füllen.

1.4.4 Rückverlegung/Wiederaufnahme (Entgeltbereich der DRG-Fallpauschalen)

Wird ein Versicherter, für den Leistungen mit DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden, in einen Entgeltbereich nach der BpflV, ebenfalls bei Anwendung des Vergütungssystems nach § 17d KHG, oder einen Entgeltbereich für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG verlegt oder extern verlegt und danach zurückverlegt oder nach Entlassung wieder aufgenommen, ist ein Aufnahmesatz mit neuem krankenhausinternen Kennzeichen als neuer Krankenhausfall an die Krankenkasse zu übermitteln. Die Krankenkasse übermittelt hierauf einen Kostenübernahmesatz.

Bei Rückverlegungen kann auf die Übermittlung eines neuen Aufnahmesatzes und die Vergabe eines neuen krankenhausinternen Kennzeichens verzichtet werden, wenn absehbar ist, dass eine Neueinstufung vorzunehmen sein wird. Der erste Fall kann dann ggf. über ein Storno der Entlassungsanzeige fortgeführt werden.

Nach Beendigung des Falls durch Entlassung, externe Verlegung oder interne Verlegung in einen anderen Entgeltbereich, ist zu prüfen, ob eine Neueinstufung gemäß § 2 oder § 3 Abs. 3 und 4 FPV vorzunehmen ist.

Eine Neueinstufung mit Zusammenfassung der Falldaten ist unter den folgenden Bedingungen durchzuführen:

Wiederaufnahme:

- innerhalb der oberen Grenzverweildauer der DRG-Fallpauschale, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Aufnahmedatum des ersten Aufenthalts, sofern die separate DRG-Einstufung der Wiederaufnahme auf dieselbe Basis-DRG führt und die Fallpauschalen dieser Basis-DRG im Fallpauschalen-Katalog nicht als Ausnahme von der Wiederaufnahme gekennzeichnet sind oder die Wiederaufnahme auf Grund einer Komplikation im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung erfolgt,
- innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Aufnahmetag des ersten Aufenthalts, sofern innerhalb der gleichen Hauptdiagnosengruppe (MDC) die zuvor abrechenbare Fallpauschale in die medizinische Partition oder die andere Partition und die anschließende Fallpauschale in die operative Partition einzugruppieren ist und keiner der Krankenhausaufenthalte zu einer Fallpauschale führt, die im Fallpauschalen-Katalog als Ausnahme von der Wiederaufnahme gekennzeichnet ist.

Rückverlegung in den Entgeltbereich der DRG-Fallpauschalen:

- innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Entlassungsdatum des ersten Aufenthalts nach externem Krankenhausaufenthalt oder internem Aufenthalt in einem Entgeltbereich nach der BpflV oder einem Entgeltbereich für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG, sofern nicht mehr als 24 Stunden zwischen der Rückverlegung und der Aufnahme vergangen sind, und die Neueinstufung auf eine DRG-Fallpauschale führt, die nicht zur MDC 15 (Neugeborene) gehört.

1.4.4.1 Keine Neueinstufung

Das Krankenhaus übermittelt nach Beendigung des Falls der Wiederaufnahme/Rückverlegung die Entlassungsanzeige und eine Schlussrechnung für den neuen Krankenhausfall an die Krankenkasse.

1.4.4.2 Neueinstufung

Erfolgt eine Neueinstufung auf der Grundlage der zusammengefassten Falldaten, ist für den Wiederaufnahme-/Rückverlegungsfall ein Fallstorno mit *Verarbeitungskennzeichen* „30“ (Fallstorno) durchzuführen und der gesamte zusammengefasste Fall über das krankenhausinterne Kennzeichen des ersten Aufenthalts abzuwickeln.

Ist für den ersten Aufenthalt bereits eine Schlussrechnung übermittelt worden, ist die Schlussrechnung mit dem *Verarbeitungskennzeichen* „10“ (Normalfall) und *Rechnungsart* „04“ (Gutschrift/Stornierung) zu stornieren.

Bei befristeter Kostenübernahme für den ersten Aufenthalt ist ggf. eine Verlängerungsanzeige zu übermitteln. Falls für den ersten Aufenthalt bereits eine Entlassungsanzeige übermittelt worden ist, ist hierzu zunächst die Entlassungsanzeige mit *Verarbeitungskennzeichen* „41“ (Storno einer Entlassungsanzeige wegen Rückverlegung oder Wiederaufnahme) zu stornieren, um den Fallbezug zur ersten Aufnahme für die gesamte Falldokumentation herstellen zu können. Mit den zusammengefassten Falldaten ist für den mit der ersten Aufnahme gemeldeten Fall eine erneute Entlassungsanzeige zu übermitteln.

Bei unbefristeter Kostenübernahme für den ersten Aufenthalt kann eine bereits übermittelte Entlassungsanzeige des ersten Aufenthalts mit den zusammengefassten Falldaten als Korrekturmeldung mit *Verarbeitungskennzeichen* „20“ (Änderung) übermittelt werden.

Die Entlassungsanzeige ist mit den zusammengeführten Falldaten der Aufenthalte zu übermitteln. Hierbei ist für die Entlassung/Verlegung am Ende des ersten Aufenthalts bzw. der vorangegangenen Aufenthalte im Datenfeld *Entlassungs-/Verlegungsgrund* anzugeben:

- bei Rückverlegungen der Schlüssel „169“ (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) und
- bei Wiederaufnahmen der Schlüssel „21x“ (Entlassung mit nachfolgender Wiederaufnahme).

Der externe Aufenthalt ist wie folgt zu dokumentieren:

- bei Rückverlegung durch ein ETL-Segment für die *Pseudo-Fachabteilung* „0001“ (Pseudo-Fachabteilung für den Aufenthalt bei Rückverlegung) mit *Entlassungs-/Verlegungsgrund* „189“ (Rückverlegung) oder
- bei Wiederaufnahme durch ein ETL-Segment für die *Pseudo-Fachabteilung* „0002“ (Pseudo-Fachabteilung für den externen Aufenthalt bei Wiederaufnahme) mit *Entlassungs-/Verlegungsgrund* „199“ (Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung) oder „209“ (Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation).

Als Tag der Entlassung/Verlegung und Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit sind Tag und Uhrzeit der Rückverlegungs-/Wiederaufnahme anzugeben. Als Hauptdiagnose ist die Hauptdiagnose aus der vorangegangenen internen Fachabteilung (mit *Entlassungs-/Verlegungsgrund* „169“ oder „21x“) zu übernehmen. Die Angabe der Sekundärdiagnose, des IK der aufnehmenden Institution sowie von Nebendiagnosen (NDG-Segment) entfällt.

Eine neue Schlussrechnung ist für den anhand der Zusammenfassung neu eingestufteten Fall zu erstellen.

Ist die obere Grenzverweildauer der in Rechnung gestellten DRG-Fallpauschale bis zur erstmaligen Entlassung/externen Verlegung nicht erreicht, ist die Anzahl der Tage vom Entlassungs-/Verlegungstag bis zum Tag vor der Rückverlegungs-/Wiederaufnahme im Datenfeld *Tage ohne Berechnung/Behandlung* in der DRG-Fallpauschale zu berücksichtigen.

1.4.5 Rückverlegung in einen Entgeltbereich nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

Bei Rückverlegung in einen Entgeltbereich nach der BpflV (ohne Anwendung des Vergütungssystems nach § 17d KHG) oder einen Entgeltbereich nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG soll ein Aufnahmesatz für einen neuen Krankenhausfall mit neuem krankenhausinternen Kennzeichen übermittelt werden.

Die Fortführung des ursprünglichen Krankenhausfalls ohne Übermittlung eines neuen Aufnahmesatzes ist ebenfalls möglich. Dann ist die Entlassungsanzeige wie unter 1.4.4.2 mit *Entlassungs-/Verlegungsgrund „169“* für die verlegende und *Entlassungs-/Verlegungsgrund „189“* für die Pseudo-Fachabteilung „0001“ bei Rückverlegung anzugeben.

1.4.6 Abschläge bei Verlegung oder Nichterreichen der unteren GVD

Bei Abrechnung von Abschlägen bei Verlegungen oder Nichterreichen der unteren GVD sind die Datenfelder *Abrechnung von* und *Abrechnung bis* übereinstimmend zu den entsprechenden Angaben für die DRG-Fallpauschale zu füllen. Die Anzahl der Tage, für die der Abschlag vorzunehmen ist, ist im Datenfeld *Entgeltanzahl* anzugeben.

Für die Abschlagsart ist maßgeblich, ob die Behandlung im verlegenden Krankenhaus länger als 24 Stunden dauerte (§ 3 Abs. 2 Satz 2 FPV) und, ob zwischen der Verlegung/Entlassung aus dem verlegenden Krankenhaus und der Aufnahme in das Krankenhaus mehr als 24 Stunden vergangen sind (§ 1 Abs. 1 Satz 4 FPV). Dauerte die Behandlung im verlegenden Krankenhaus länger als 24 Stunden und sind zwischen der Verlegung/Entlassung und Aufnahme nicht mehr als 24 Stunden vergangen, ist die mittlere Verweildauer für die Abschlagsberechnung maßgeblich. Für die anderen möglichen Konstellationen ist die untere Grenzverweildauer maßgeblich, sofern das Krankenhaus nicht wiederum selbst zum verlegenden Krankenhaus wird (§ 3 Abs. 2 Satz 2 2. Halbsatz FPV).

Maßgeblich für die Zuordnung ist die Datenlage bei der Krankenkasse bei fallübergreifender Betrachtung. Damit das aufnehmende Krankenhaus entscheiden kann, welche Abschlagsregelung anzuwenden ist, ist bei Verlegungsfällen eine Abklärung mit dem verlegenden Krankenhaus bzw. Versicherten erforderlich. Es empfiehlt sich, dass das verlegende Krankenhaus dem Versicherten eine Information über die Behandlungsdauer (länger als 24 Stunden oder nicht) und über die Entlassungs-/Verlegungszeit (Tag und Uhrzeit) für das aufnehmende Krankenhaus mitgibt.

1.4.7 Transplantationen

Für Lebendspender ist bei der Aufnahme zur Organentnahme zum Zwecke einer Transplantation ein eigener Krankenhausfall mit eigenem krankenhausinternen Kennzeichen mit der Krankenkasse des vorgesehenen Organempfängers abzurechnen. Als *Aufnahmegrund* ist „0801“ (Stationäre Aufnahme zur Organentnahme) anzugeben. Im Datenfeld *Krankenversi-*

cherten-Nr. ist die Krankenversicherungsnummer des vorgesehenen Organempfängers zu übermitteln. Im NAD-Segment sind die Daten des Organspenders anzugeben. Dies gilt entsprechend für alle weiteren Nachrichten.

ab 1.1.2013 Vorbereitende Untersuchungen, die im Zusammenhang mit einer geplanten Lebendspende im Rahmen der vertraglich vereinbarten ambulanten Behandlung in Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V durchgeführt werden, sind mit dem Nachrichtentyp „Rechnungssatz Ambulante Operation“ zu übermitteln. Das Feld *Lebendspende* ist dann mit einem „J“ zu verschlüsseln. In diesem Fall verweisen die Versichertenangaben in INV (Krankenversicherungs-Nr.) und in NAD (Namensangaben) auf unterschiedliche Personen. Bei Fremdspenden weist das INV-Segment den Empfänger und das NAD-Segment den Spender aus.

1.4.8 Zuzahlungseinzugsverfahren bei vollstationären Patienten

§ 43b SGB V verpflichtet die Krankenhäuser zur Einziehung der Krankenhauszuzahlungen nach § 39 Absatz 4 SGB V im Auftrag der Krankenkassen. Die Krankenhäuser werden zur Durchführung des dazu erforderlichen Verwaltungsverfahrens beliehen. Bezüglich der den Krankenhäusern im Rahmen der Einziehung entstehenden Kosten für jedes durchgeführte Verwaltungsverfahren sieht § 43b Absatz 3 Satz 6 SGB V die Zahlung einer angemessenen Kostenpauschale durch die Krankenkassen an die Krankenhäuser vor. Gegebenenfalls entstehende Kosten auf Grund von Klagen der Versicherten gegen den Verwaltungsakt werden den Krankenhäusern nach § 43b Absatz 3 Satz 7 SGB V von den Krankenkassen erstattet. Das Vollstreckungsverfahren für Zuzahlungen wird von der zuständigen Krankenkasse durchgeführt.

Zur Abwicklung der Verfahren gelten entsprechend der „Vereinbarung zur Umsetzung der Kostenerstattung nach § 43b Absatz 3 Satz 8 SGB V“ in Verbindung mit dem GKV-Finanzierungsgesetz die nachfolgenden Regelungen.

Keine Zuzahlungspflicht

Der Versicherte hat an das Krankenhaus keine Zuzahlung zu leisten, wenn der Kostenübernahmesatz der Krankenkasse bis zur Übermittlung der Entlassungsanzeige nicht vorliegt oder wenn der Kostenübernahmesatz die Angabe enthält, dass die Anzahl der *Zuzahlungstage* „0“ beträgt. Legt der Versicherte eine von seiner Krankenkasse ausgestellte gültige Bescheinigung nach § 62 SGB V über seine Befreiung von der Zuzahlungspflicht oder eine gültige Quittung nach § 61 SGB V vor, die der im Kalenderjahr maximal zu entrichtenden Zuzahlung entspricht, ist auch abweichend von den mit dem Kostenübernahmesatz übermittelten Angaben über zuzahlungspflichtige Zuzahlungstage ebenfalls keine Zuzahlung zu leisten.

Besteht für den Versicherten keine Zuzahlungspflicht oder gilt er als nicht zuzahlungspflichtig, weil der Kostenübernahmesatz durch die Krankenkasse nicht fristgerecht übermittelt wurde, entfällt die Verrechnung einer Zuzahlung. Im Rechnungssatz ist das Segment ZLG mit *Zuzahlungsbetrag* „0“ und *Zuzahlungskennzeichen* „1“, „4“ oder „5“ zu übermitteln. Legt der Versicherte eine von seiner Krankenkasse ausgestellte gültige Bescheinigung nach § 62 SGB V über seine Befreiung von der Zuzahlungspflicht oder eine gültige Quittung nach § 61 SGB V erst vor, nachdem die Zuzahlung vom Krankenhaus in der Rechnung bereits verrechnet wurde, fordert das Krankenhaus diese verrechnete Zuzahlung mit dem Nachrichtentyp „ZGUT“ wieder zurück.

Besondere Hinweise:

Hat das Krankenhaus den Aufnahmesatz fehlerfrei an die Krankenkasse übermittelt und wird der Kostenübernahmesatz nicht innerhalb von 3 Arbeitstagen nach Eingang des fehlerfreien Aufnahmesatzes bei der Krankenkasse an das Krankenhaus übermittelt, können die Entlassungsanzeige und die Schlussrechnung unabhängig davon an die Krankenkasse übermittelt werden. Der Versicherte gilt aufgrund des fehlenden Kostenübernahmesatzes als nicht zuzahlungspflichtig.

Legt der Versicherte nachträglich eine gültige Quittung nach § 61 SGB V oder Bescheinigung nach § 62 SGB V vor und hat er keine Zuzahlung an das Krankenhaus geleistet, kann das Krankenhaus mit der Nachricht ZGUT den verrechneten Zuzahlungsbetrag zurückfordern.

Legt der Versicherte nachträglich eine gültige Quittung nach § 61 SGB V oder Bescheinigung nach § 62 SGB V vor und hat er eine Zuzahlung an das Krankenhaus geleistet, die in der Schlussrechnung verrechnet wurde, hat das Krankenhaus keine Erstattung an den Versicherten vorzunehmen. Die Erstattung erfolgt für den Versicherten im Innenverhältnis durch die jeweils zuständige gesetzliche Krankenkasse.

Besteht für den Versicherten bei der Aufnahme keine Zuzahlungspflicht, weil er das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat (§ 39 Abs. 4 SGB V) und vollendet er das 18. Lebensjahr während der vollstationären Krankenhausbehandlung, besteht für diesen Krankenhausaufenthalt insgesamt keine Zuzahlungspflicht.

Wird eine Versicherte zur Entbindung aufgenommen (*Aufnahmegrund* „05“ Entbindung), besteht aufgrund § 197 S. 2 RVO keine Zuzahlungspflicht. Dies gilt auch für die Aufenthaltstage vor der Entbindung und ggf. anschließende Krankenhausbehandlungstage auf Grund einer Behandlungsbedürftigkeit. Die gesamte Aufenthaltsdauer der Versicherten ist nicht zuzahlungspflichtig; maßgeblich ist der *Aufnahmegrund* „05“ (Entbindung).

Wird eine versicherte Schwangere wegen einer Krankenhausbehandlung aufgenommen (*Aufnahmegrund* „01“ Krankenhausbehandlung, vollstationär) und erfolgt die Entbindung im Rahmen dieses Aufenthalts, sind lediglich die Aufenthaltstage bis zum Tag vor der Entbindung zuzahlungspflichtig. Der Tag der Entbindung und die darauf folgenden Aufenthaltstage sind aufgrund § 197 S. 2 RVO nicht zuzahlungspflichtig. Eine Änderung des Aufnahmegrunds wird nicht übermittelt; der Tag der Entbindung wird über die Entlassungsanzeige (Segment EBG „Entbindung“) mitgeteilt.

Wird ein zuzahlungspflichtiger Versicherter als Jahresüberlieger im neuen Kalenderjahr entlassen und bestand zum Jahreswechsel keine Zuzahlungspflicht mehr, besteht für die Behandlungstage im neuen Kalenderjahr keine Zuzahlungspflicht. Erst mit einer erneuten Krankenhausbehandlung im neuen Jahr sind 28 Tage für das neue Kalenderjahr anzusetzen.

Wird ein zuzahlungspflichtiger Versicherter als Jahresüberlieger im neuen Kalenderjahr entlassen und wurden die von der Krankenkasse gemeldeten Zuzahlungstage nicht erreicht, besteht ab Beginn des neuen Jahres weiter Zuzahlungspflicht. Die Anzahl der zu verrechnenden Zuzahlungstage ab Beginn des neuen Jahres berechnet sich aus der Differenz der von der Krankenkasse gemeldeten Zuzahlungstage und den im alten Kalenderjahr zu verrechnenden Zuzahlungstagen. Erst mit einer erneuten Krankenhausbehandlung im neuen Jahr sind 28 Tage für das neue Kalenderjahr anzusetzen, wobei die bereits entrichtete Zuzahlung des Überlieferfalles für die Tage des neuen Kalenderjahres zu berücksichtigen sind.

Zuzahlung wurde geleistet

Hat der Versicherte die Zuzahlung an das Krankenhaus vollständig geleistet, wird sie mit dem Rechnungssatz verrechnet. Im Segment ZLG wird der Zuzahlungsbetrag mit *Zuzahlungskennzeichen* „2“ ausgewiesen.

Legt der Versicherte, in Folge z.B. einer vorangegangenen Verlegung, eine gültige Quittung nach § 61 SGB V vor, aus der sich gegenüber den von der Krankenkasse im Kostenübernahmesatz gemeldeten und vom Krankenhaus zu verrechnenden Zuzahlungstagen eine geringere Anzahl ergibt, verrechnet das Krankenhaus im Rechnungssatz als Zuzahlungsbetrag die aus der verringerten Anzahl ermittelte Zuzahlung mit *Zuzahlungskennzeichen* „6“.

Zuzahlung wurde nicht oder nicht vollständig geleistet

Hat der Versicherte seine Zuzahlung nicht oder nicht vollständig geleistet, informiert das Krankenhaus im Rechnungssatz über das *Zuzahlungskennzeichen* „7“ oder „8“, dass es die Zuzahlung vollständig mit der Rechnung verrechnet hat und nun der Einzug der ausstehenden Zuzahlung des Versicherten durch das Krankenhaus ansteht.

a) Nachträgliche Zahlung der Zuzahlung durch den Versicherten

Zahlt der Versicherte nach Rechnungsstellung seine Zuzahlung an das Krankenhaus, endet das Zuzahlungseinzugsverfahren. Eine gesonderte Information an die Krankenkasse erfolgt nicht.

b) Verwaltungsverfahren

Das Krankenhaus stellt für das durchgeführte Verwaltungsverfahren eine Nachtragsrechnung, in der es mit dem Entgelt „47120001“ die „Kostenpauschale für Verwaltungsverfahren“ und ggf. mit Entgelt „47120002“ die „Portokosten für erneute Zustellung zwecks Beweissicherung“ des Leistungsbescheids abrechnet. Das Segment ZLG enthält dann den *Zuzahlungsbetrag* „0,00“ und das *Zuzahlungskennzeichen* „2“ oder „6“, sofern die Zuzahlung im Rahmen des Verwaltungsverfahrens geleistet wurde, oder „7“ oder „8“, sofern die Zuzahlung im Rahmen des Verwaltungsverfahrens nicht geleistet wurde.

Die Krankenkasse kann auf eine Nachtragsrechnung mit dem *Zuzahlungskennzeichen* „7“ oder „8“ einen Zahlungssatz mit dem *Prüfungsvermerk* „31“, „32“, „33“ oder „35“ übermitteln und zusätzlich die Verfahrensunterlagen anfordern.

Wurde die Zuzahlung im Rahmen des Verwaltungsverfahrens nicht geleistet, fordert das Krankenhaus mit dem Nachrichtentyp „ZGUT“ (Zuzahlungsgutschrift/-rückforderung) die nicht geleistete Zuzahlung zurück.

Konnte das Verwaltungsverfahren wegen Unzustellbarkeit der Anhörung oder des Leistungsbescheides nicht abgeschlossen werden, fordert das Krankenhaus mit dem Nachrichtentyp „ZGUT“ (Zuzahlungsgutschrift/-rückforderung) nur die nicht geleistete Zuzahlung zurück. Die Krankenkasse kann dann durch eine Änderungsmeldung (Storno und Neumeldung) zum ursprünglichen Zahlungssatz mit dem korrigierten *Prüfungsvermerk* „61“, „62“ oder „65“ (siehe Schlüssel 10) den Beleg über die Unzustellbarkeit anfordern.

Besondere Hinweise:

Bei einer Fallzusammenführung entsprechend § 2 FPV/PEPPV 2013 kann es zu einer mehrfachen Berechnung der Kosten des Verwaltungsverfahrens für die vor der Fallzusammenführung bestehenden Einzelfälle kommen. In diesen Fällen ist je Teilaufenthalt eine Nachtragsrechnung zu stellen, in absehbaren Fällen soll jedoch versucht werden, die Einziehung der

Zuzahlung für zeitlich kurz aufeinander folgende Krankenhausaufenthalte nach Möglichkeit in einem Leistungsbescheid zusammenzufassen und die Verwaltungskostenpauschale (und ggf. Portokosten für erneute Zustellung zwecks Beweisführung) nur einmal abzurechnen.

Leistet ein Versicherter, für den eine Fallzusammenführung durchgeführt wird, seine Zuzahlung für den ersten Aufenthalt nicht und legt mit Wirkung für den zweiten Aufenthalt eine Bescheinigung nach § 62 SGB V vor, informiert das Krankenhaus hierüber für den zusammengefassten Behandlungsfall anhand des *Zuzahlungskennzeichens* „7“ (geringere Zuzahlung auf Grund gültiger Quittung nach § 61 SGB V verrechnet und vom Versicherten nicht oder nur teilweise geleistet).

Gilt die Bescheinigung nach § 62 SGB V auch für den ersten Aufenthalt, verwendet das Krankenhaus für den zusammengefassten Behandlungsfall das *Zuzahlungskennzeichen* „4“ (keine Zuzahlungspflicht auf Grund gültiger Bescheinigung nach § 62 SGB V). Für den ersten Aufenthalt kann eine Verwaltungskostenpauschale (und ggf. Portokosten für erneute Zustellung zwecks Beweisführung) in Rechnung gestellt werden, wenn das Verwaltungsverfahren vor dem Storno der Schlussrechnung für den ersten Aufenthalt durchgeführt ist. Werden mehrere Krankenhausaufenthalte zusammengefasst, ist entsprechend zu verfahren.

Im Verwaltungsverfahren ist dem Versicherten im Rahmen einer Anhörung, die Teil der gesonderten schriftlichen Zahlungsaufforderung sein kann, eine angemessene Frist von mindestens 2 Wochen zur Abgabe einer Stellungnahme einzuräumen. Erst nach Ablauf dieser Frist kann der Leistungsbescheid versandt und die Kostenpauschale durch Nachtragsrechnung in Rechnung gestellt werden.

~~[Sind dem Krankenhaus auf Grund einer Klage des Versicherten gegen den Verwaltungsakt Gerichtskosten angefallen, stellt es mit dem Entgelt „47120004“ die Gerichtskosten in Rechnung. Das Segment ZLG enthält den Zuzahlungsbetrag „0,00“ und das Zuzahlungskennzeichen „7“ oder „8“.~~

~~Die Krankenkasse kann das Krankenhaus zur Übersendung der Belege über die berechneten Kosten auffordern, indem es einen Zahlungssatz mit dem Prüfungsvermerk „41“, „42“, „43“ oder „45“ (siehe Schlüssel 10) übermittelt. Werden zusätzlich die Verfahrensunterlagen angefordert, erfolgt dies mit Prüfungsvermerk „51“, „52“, „53“ oder „55“ (siehe Schlüssel 10).]~~

Zuzahlungspflicht bei Verlegung/Entlassung mit anschließender Aufnahme

Wird der Versicherte in ein anderes Krankenhaus verlegt (*Entlassungs-/Verlegungsgrund* „06“ Verlegung in ein anderes Krankenhaus) oder in eine Rehabilitationseinrichtung entlassen (*Entlassungs-/Verlegungsgrund* „09“ Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung), wird für den zuzahlungspflichtigen Kalendertag der Verlegung/Entlassung, der zugleich zuzahlungspflichtiger Aufnahmetag bei der aufnehmenden Einrichtung ist, keine Zuzahlung berechnet (siehe DRG-Beispiel 1). Die Zuzahlung für diesen Kalendertag wird durch die aufnehmende Einrichtung eingezogen.]

Datumsangaben in den ENT-Segmenten der Rechnungssätze

Für die Abrechnung der dem Krankenhaus im Rahmen des Zuzahlungseinzugsverfahrens entstandenen Kosten ist im Datenfeld „Abrechnung von“ der Aufnahmetag und im Datenfeld „Abrechnung bis“ der Tag vor der Entlassung des zugehörigen Krankenhauses anzugeben.

1.4.9 Beispiele für Verlegungsfälle

Fall 1 interne Verlegung ohne Wechsel der Abrechnungssysteme
(KHEntgG -> KHEntgG oder BPfIV -> BPfIV)

Falldaten

Aufnahmetag:	1.2.2003
Aufnehmende Fachabteilung:	0100 (KHEntgG)
Verlegungstag:	15.2.2003
Fachabteilung:	2300 (KHEntgG)
Entlassungstag:	20.2.2003

Aufnahmesatz (Auszug)

FKT+10+01+260500005+100500016'
 INV+123456001+++Khint1'
 AUF+20030201+1329+0101+0100+20030220+123456789'

Entlassungsanzeige (Auszug)

FKT+10+01+260500005+100500016'
 INV+123456001+++Khint1'
 DAU+20030201+20030220'
 ETL+20030215+1100+129+0100+[Hauptdiagnose] (+[Sek.-Diagn.])'
 ETL+20030220+0800+012+2300+[Hauptdiagnose] (+[Sek.-Diagn.])'
 ETL+20030220+0800+012+0000+[Hauptdiagnose] (+[Sek.-Diagn.])'
 FAB+0100'
 FAB+2300'

Fall 2 interne Verlegung mit Wechsel der Abrechnungssysteme
(BPflV -> KHEntgG, analog KHEntgG -> BPflV)

Falldaten

Aufnahmetag: 1.2.2003
 Aufnehmende Fachabteilung: 2900 (BPflV)
 Verlegungstag: 15.2.2003
 Fachabteilung: 2300 (KHEntgG)
 Entlassungstag: 20.2.2003

Aufnahmesatz (Auszug) 1. Zeitraum

FKT+10+01+260500005+100500016'
 INV+123456001+++**Khint1**'
 AUF+20030201+1329+0101+2900+20030220+123456789'

Entlassungsanzeige (Auszug) 1. Zeitraum

FKT+10+01+260500005+100500016'
 INV+123456001+++KHint1'
 DAU+20030201+20030215'
 ETL+20030215+0900+**179**+2900+[Hauptdiagnose] (+[Sek.-Diagn.])'
 FAB+2900'

Aufnahmesatz (Auszug) 2. Zeitraum

FKT+10+01+260500005+100500016'
 INV+123456001+++**Khint2**'
 AUF+20030215+1100+0101+2300+20030220+260500005'

Entlassungsanzeige (Auszug) 2. Zeitraum

FKT+10+01+260500005+100500016'
 INV+123456001+++Khint2'
 DAU+20030215+20030220'
 ETL+20030220+0800+012+2300+[Hauptdiagnose] (+[Sek.-Diagn.])'
 FAB+2300'

Fall 3 interne Verlegung mit Wechsel der Abrechnungssysteme und Rückverlegung
(BPfIV -> KHEntgG -> BPfIV;
analog KHEntgG -> BPfIV -> KHEntgG ohne Neueinstufung)

Falldaten

Aufnahmetag:	1.2.2003
Aufnehmende Fachabteilung:	2900 (BPfIV)
Verlegungstag (intern):	15.2.2003
Fachabteilung:	2300 (KHEntgG)
Verlegungstag (intern):	20.2.2003
Fachabteilung:	2900 (BPfIV)
Entlassungstag:	4.3.2003

Aufnahmesatz (Auszug) 1. Zeitraum

FKT+10+01+260500005+100500016'
INV+123456001+++**Khint1**'
AUF+20030201+1329+0101+2900+20030304+123456789'

Entlassungsanzeige (Auszug) 1. Zeitraum

FKT+10+01+260500005+100500016'
INV+123456001+++Khint1'
DAU+20030201+20030215'
ETL+20030215+0900+**179**+2900+[Hauptdiagnose] (+[Sek.-Diagn.])'
FAB+2900'

Interne Verlegung

Aufnahmesatz (Auszug) 2. Zeitraum

FKT+10+01+260500005+100500016'
INV+123456001+++**Khint2**'
AUF+20030215+1000+0101+2300+20030304++260500005'

Entlassungsanzeige (Auszug) 2. Zeitraum

FKT+10+01+260500005+100500016'
INV+123456001+++Khint2'
DAU+20030215+20030220'
ETL+20030220+0800+**179**+2300+[Hauptdiagnose] (+[Sek.-Diagn.])'
FAB+2300'

Rückverlegung (ohne Neueinstufung)

Aufnahmesatz (Auszug) 3. Zeitraum

FKT+10+01+260500005+100500016'
INV+123456001+++**Khint3**'
AUF+20030220+0900+0101+2900+20030304++260500005'

Entlassungsanzeige (Auszug) 3. Zeitraum

FKT+10+01+260500005+100500016'
INV+123456001+++Khint3'
DAU+20030220+20030304'
ETL+20030304+0800+012+2900+[Hauptdiagnose] (+[Sek.-Diagn.])'
FAB+2900'

Fall 4 interne Verlegung mit Wechsel der Abrechnungssysteme und Rückverlegung mit Neueinstufung (KHEntgG -> BpflV -> KHEntgG)

Falldaten

Aufnahmetag: 1.2.2003
 Aufnehmende Fachabteilung: 2300 (KHEntgG)
 Verlegungstag (intern): 15.2.2003
 Fachabteilung: 2900 (BpflV)
 Verlegungstag (intern): 20.2.2003
 Fachabteilung: 2300 (BpflV)
 Entlassungstag: 4.3.2003 (Neueinstufung)

Aufnahmesatz (Auszug) 1. Zeitraum

FKT+10+01+260500005+100500016'
 INV+123456001+++**Khint1**'
 AUF+20030201+1329+0101+2300+20030304+123456789'

Entlassungsanzeige (Auszug) 1. Zeitraum

FKT+10+01+260500005+100500016'
 INV+123456001+++**Khint1**'
 DAU+20030201+20030215'
 ETL+20030215+0900+**179**+2300+[Hauptdiagnose] (+[Sek.-Diagn.])'
 FAB+2300'

Interne Verlegung

Aufnahmesatz (Auszug) 2. Zeitraum

FKT+10+01+260500005+100500016'
 INV+123456001+++**Khint2**'
 AUF+20030215+1000+0101+2900+20030303++260500005'

Entlassungsanzeige (Auszug) 2. Zeitraum

FKT+10+01+260500005+100500016'
 INV+123456001+++**Khint2**'
 DAU+20030215+20030220'
 ETL+20030220+0800+**179**+2900+[Hauptdiagnose] (+[Sek.-Diagn.])'
 FAB+2900'

Rückverlegung

Aufnahmesatz (Auszug) 3. Zeitraum

FKT+10+01+260500005+100500016'
 INV+123456001+++**Khint3**'
 AUF+20030220+1000+0101+2300+20030304++260500005'

Neueinstufung nach Fallabschluss

Stornierung des Aufnahmesatzes (Auszug) 3. Zeitraum

FKT+**30**+01+260500005+100500016'
 INV+123456001+++**Khint3**'
 AUF+20030220+1000+0101+2300+20030304++260500005'

Stornierung der Entlassungsanzeige (Auszug) 1. Zeitraum

FKT+**41**+01+26050005+100500016'
INV+123456001+++**Khint1**'
DAU+20030201+20030215'
ETL+20030215+0900+179+2300+[Hauptdiagnose] (+[Sek.-Diagn.])'
FAB+2300'

Entlassungsanzeige (Auszug) 1. und 3. Zeitraum

FKT+10+**02**+260500005+100500016'
INV+123456001+++**Khint1**'
DAU+20030201+20030304'
ETL+20030215+0900+**169**+2300+[Hauptdiagnose] ++260500005'
ETL+20030220+0800+**189+0001**+ [Hauptdiagnose] (+[Sek.-Diagn.])'
ETL+20030304+0800+012+2300+[Hauptdiagnose] (+[Sek.-Diagn.])'
ETL+20030304+0800+012+**0000**+ [Hauptdiagnose] (+[Sek.-Diagn.])'
FAB+2300'

Fall 5 externe Verlegung mit Wechsel der Abrechnungssysteme und Rückverlegung
(BPfIV -> KHEntgG -> BPfIV;
analog KHEntgG -> BPfIV -> KHEntgG ohne Neueinstufung)

Falldaten

Aufnahmetag: 1.2.2003
Aufnehmende Fachabteilung KH1: 2900 (BPfIV)
Entlassungstag 1: 15.2.2003
Aufnehmende Fachabteilung KH2: 2300 (KHEntgG)
Rückverlegungstag: 20.2.2003
Aufnehmende Fachabteilung KH1: 2900 (BPfIV)
Entlassungstag: 4.3.2003

Aufnahmesatz (Auszug) 1. Zeitraum

FKT+10+01+260500005+100500016'
INV+123456001+++**KHint1**'
AUF+20030201+1329+0101+2900+20030304+123456789'

Entlassungsanzeige (Auszug) 1. Zeitraum

FKT+10+01+260500005+100500016'
INV+123456001+++**KHint1**'
DAU+20030201+20030215'
ETL+20030215+0900+**069**+2900+[Hauptdiagnose]+([Sekundär-
Diagnose])+260500016'
FAB+2900'

Externe Verlegung

Aufnahmesatz (Auszug) 2. Zeitraum

FKT+10+01+260500016+100500016'
INV+123456001+++**Khint2**'
AUF+20030215+1000+0101+2300+20030303++260500005'

Entlassungsanzeige (Auszug) 2. Zeitraum

FKT+10+01+260500016+100500016'
INV+123456001+++**Khint2**'
DAU+20030215+20030220'
ETL+20030220+0800+**139**+2300+[Hauptdiagnose]+([Sekundär-
Diagnose])+260500005'
FAB+2300'

Rückverlegung (ohne Neueinstufung)

Aufnahmesatz (Auszug) 3. Zeitraum

FKT+10+01+260500005+100500016'
INV+123456001+++**Khint3**'
AUF+20030220+0900+0101+2900+20030304++260500016'

Entlassungsanzeige (Auszug) 3. Zeitraum

FKT+10+01+260500005+100500016'
INV+123456001+++**Khint3**'
DAU+20030220+20030304'
ETL+20030304+0800+012+2900+[Hauptdiagnose] (+[Sek.-Diagn.])'
FAB+2900'

Fall 6 externe Verlegung mit Wechsel der Abrechnungssysteme und Rückverlegung mit Neueinstufung (KHEntgG -> BPfIV -> KHEntgG)

Falldaten

Aufnahmetag: 1.2.2003
 Aufnehmende Fachabteilung KH1: 2300 (KHEntgG)
 Entlassungstag: 15.2.2003
 Aufnehmende Fachabteilung KH2: 2900 (BPfIV)
 Rückverlegungstag: 20.2.2003
 Aufnehmende Fachabteilung KH1: 2300 (BPfIV)
 Entlassungstag: 4.3.2003 (Neueinstufung)

Aufnahmesatz (Auszug) 1. Zeitraum

FKT+10+01+260500005+100500016'
 INV+123456001+++**Khint1**'
 AUF+20030201+1329+0101+2300+20030304+123456789'

Entlassungsanzeige (Auszug) 1. Zeitraum

FKT+10+01+260500005+100500016'
 INV+123456001+++**Khint1**'
 DAU+20030201+20030215'
 ETL+20030215+0900+**139**+2300+[Hauptdiagnose]+([Sekundär-
 Diagnose])+260500016'
 FAB+2300'

Externe Verlegung

Aufnahmesatz (Auszug) 2. Zeitraum

FKT+10+01+260500016+100500016'
 INV+123456001+++**Khint2**'
 AUF+20030215+1000+0101+2900+20030303++260500005'

Entlassungsanzeige (Auszug) 2. Zeitraum

FKT+10+01+260500016+100500016'
 INV+123456001+++**Khint2**'
 DAU+20030215+20030220'
 ETL+20030220+0800+**069**+2900+[Hauptdiagnose]+([Sekundär-
 Diagnose])+260500005'
 FAB+2900'

Rückverlegung

Aufnahmesatz (Auszug) 3. Zeitraum

FKT+10+01+260500005+100500016'
 INV+123456001+++**Khint3**'
 AUF+20030220+1000+0101+2300+20030304++260500016'

Neueinstufung nach Fallabschluss

Stornierung des Aufnahmesatzes (Auszug) 3. Zeitraum

FKT+**30**+01+260500005+100500016'
 INV+123456001+++**Khint3**'
 AUF+20030220+1000+0101+2300+10030304++260500016'

Stornierung der Entlassungsanzeige (Auszug) 1. Zeitraum

FKT+**41**+01+260500005+100500016'
INV+123456001+++**Khint1**'
DAU+20030201+20030215'
ETL+20030215+0900+139+2300+[Hauptdiagnose]+([Sekundär-
Diagnose])+260500016'
FAB+2300'

Entlassungsanzeige (Auszug) 1. und 3. Zeitraum

FKT+10+**02**+260500005+100500016'
INV+123456001+++**Khint1**'
DAU+20030201+20030304'
ETL+20030215+0900+**169**+2300+[Hauptdiagnose]+([Sekundär-
Diagnose])+260500016'
ETL+20030220+0800+**189+0001**+ [Hauptdiagnose] (+[Sek.-Diagn.])'
ETL+20030304+0800+012+2300+[Hauptdiagnose] (+[Sek.-Diagn.])'
ETL+20030304+0800+012+**0000**+ [Hauptdiagnose] (+[Sek.-Diagn.])'
FAB+2300'

ab 1.7.2013 1.4.10 Externe Aufenthalte mit Abwesenheiten über Mitternacht (BPfIV)
bei Versicherten in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen

Externe Aufenthalte von Versicherten in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern, die gemäß BPfIV vergütet werden (unabhängig von der Anwendung des neuen Vergütungssystem nach § 17d KHG), mit Abwesenheiten über Mitternacht werden ab dem 1.7.2013 (Aufnahmedatum) jeweils als „fiktive interne Verlegung“ dokumentiert.

Als *Tag der Entlassung/Verlegung* und als *Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit* sind der Tag und die Uhrzeit des jeweiligen Beginns der Abwesenheit mit der verlegenden Fachabteilung und dem *Entlassungs-/Verlegungsgrund* „239“ (Beginn eines externen Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht) in einer SG1 Segmentgruppe im ETL Segment anzugeben. Als Hauptdiagnose ist die Hauptdiagnose der verlegenden Fachabteilung anzugeben. Die Angabe der Sekundär-diagnose, des IK der aufnehmenden Institution sowie von Nebendiagnosen (NDG-Segment) entfällt.

Bei der Rückkehr aus der Abwesenheit sind als *Tag der Entlassung/Verlegung* und als *Entlassungs-/ Verlegungsuhrzeit* der Tag und die Uhrzeit der jeweiligen Beendigung der Abwesenheit über Mitternacht mit der Pseudo-Fachabteilung „0003“ (Pseudo-Fachabteilung für externen Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht im BPfIV-Bereich) und dem *Entlassungs-/Verlegungsgrund* „249“ (Beendigung eines externen Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht) anzugeben. Als Hauptdiagnose ist die Hauptdiagnose der verlegenden internen Fachabteilung zu übernehmen. Die Angabe der Sekundärdiagnose, des IK der aufnehmenden Institution sowie von Nebendiagnosen (NDG-Segment) entfällt.

In der Entlassungsanzeige ist zusätzlich zu den ETL-Segmenten für die Fachabteilungen (und deren Daten) die für den gesamten Krankenhausfall maßgebliche Hauptdiagnose (ggf. mit Nebendiagnosen) durch eine weitere (letzte!) Segmentgruppe SG1 zu übermitteln, die im Segment ETL den Pseudo-Code „0000“ für den Krankenhausbezug sowie die Daten der Entlassung/Verlegung enthält.

Beispiel: Externer Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht für Patienten mit Aufnahme nach dem 1.7.2013

Aufnahme am 1.7.2013 in der Fachabteilung 2900 (14:01 Uhr)

Externer Aufenthalt:

Beginn am 9.8.2013 (11:23 Uhr), Beendigung am 11.8.2013 (11:24 Uhr)

Entlassung am 25.9.2012 (12:02 Uhr) aus der Fachabteilung 2900

Aufnahmesatz:

...

FKT+10+01+260101013+100500016`

INV+123456789123++++KHINT1`

...

AUF+20130701+1401+0101+2900+20130925+++++`

...

Entlassungsanzeige:

```

...
FKT+10+01+260101013+100500016`
INV+123456789123++++KHINT1`
...
DAU+20130701+20130925`
ETL+20130809+1123+239+2900+[Diagnosen]`
ETL+20130811+1124+249+0003+[Diagnose]`
ETL+20130925+1202+011+2900+[Diagnosen]`
ETL+20130925+1202+011+0000+[Diagnosen]`
...
FAB+2900`

```

Hinweis:

Im Rechnungssatz wird bei Anwendung des neuen Vergütungssystems nach § 17d KHG der Tag der vollständigen Abwesenheit (10.8.2013) im ENT-Segment unter „Tage ohne Berechnung/Behandlung“ ausgewiesen. Bei Vergütung nach der „alten“ BpflV wird er ebenfalls unter „Tage ohne Berechnung/Behandlung“ ausgewiesen, sofern vereinbart ist, dass für Tage der vollständigen Abwesenheit keine Vergütung abgerechnet werden kann. Ist für Tage der Abwesenheit eine gesonderte Vergütung mit eigenem Entgeltschlüssel vereinbart, ist das entsprechende ENT-Segment aufzunehmen.

1.4.11 Abrechnung psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen gemäß BpflV (bei Anwendung §17d KHG)

Mit der Einführung des Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (§17d KHG) für das Jahr 2013 sind die bisherigen Regelungen zur Verlegung bzw. Wiederaufnahme gesondert zu den in Anlage 5 Abschnitt 1.4.4–1.4.6 beschriebenen Fallkonstellationen wie folgt zu regeln.

1.4.11.1 Rückverlegung oder Wiederaufnahme (Entgeltbereich nach der BpflV)

Wird ein Versicherter, für den Leistungen mit PEPP abgerechnet werden, in den DRG-Entgeltbereich oder einen Entgeltbereich für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG verlegt oder extern verlegt und danach zurückverlegt oder nach Entlassung wieder aufgenommen, ist eine Aufnahmeanzeige mit neuem krankenhausinternen Kennzeichen als neuer Krankenhausfall an die Krankenkasse zu übermitteln. Die Krankenkasse übermittelt hierauf eine Kostenübernahmeerklärung.

Bei Rückverlegungen/Wiederaufnahmen kann auf die Übermittlung eines neuen Aufnahmesatzes und die Vergabe eines neuen krankenhausinternen Kennzeichens verzichtet werden, wenn eine Neueinstufung vorzunehmen ist. Der erste Fall kann dann ggf. über ein Storno der Entlassungsanzeige fortgeführt werden.

Eine Neueinstufung mit Zusammenfassung der Falldaten ist unter folgenden Bedingungen durchzuführen: Rückverlegung/Wiederaufnahme (nur für mit Bewertungsrelationen bewertete Entgelte)

1. ein Patient wird innerhalb von 21 Kalendertagen, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Entlassungstag der vorangegangenen Behandlung wieder aufgenommen und ist für den Wiederaufnahmefall in dieselbe Strukturkategorie einzustufen und
2. der Patient wird innerhalb von 120 Kalendertagen ab dem Aufnahmetag des ersten unter die Regelung der PEPPV 2013 fallenden Krankenhausaufenthaltes wieder aufgenommen.

Das Kriterium der Einstufung in dieselbe Strukturkategorie findet keine Anwendung, wenn Fälle aus unterschiedlichen Jahren zusammenzufassen sind (§ 2 Abs. 1 Satz 2 PEPPV 2013).

1.4.11.1.1 Keine Neueinstufung

Das Krankenhaus übermittelt nach Beendigung des Falles der Wiederaufnahme die Entlassungsanzeige und eine Schlussrechnung für den neuen Krankenhausfall an die Krankenkasse.

1.4.11.1.2 Neueinstufung

Erfolgt eine Neueinstufung auf der Grundlage der zusammengefassten Falldaten, ist der gesamte zusammengefasste Fall über das krankenhauserne Kennzeichen des ersten Aufenthaltes abzuwickeln.

Ist für den ersten Aufenthalt bereits eine Schlussrechnung übermittelt worden, ist die Schlussrechnung mit dem Verarbeitungskennzeichen „10“ (Normalfall) und der Rechnungsart „04“ (Gutschrift / Stornierung) zu stornieren. Bei befristeter Kostenübernahme für den ersten Aufenthalt ist ggf. eine Verlängerungsanzeige zu übermitteln. Falls für den ersten Aufenthalt bereits eine Entlassungsanzeige übermittelt worden ist, ist hierzu zunächst die Entlassungsanzeige mit Verarbeitungskennzeichen „41“ (Storno einer Entlassungsanzeige wegen Rückverlegung oder Wiederaufnahme) zu stornieren, um den Fallbezug zur ersten Aufnahme für die gesamte Falldokumentation herstellen zu können.

Mit den zusammengefassten Falldaten ist für den mit der ersten Aufnahme gemeldeten Fall eine erneute Entlassungsanzeige zu übermitteln. Dazu werden Prozeduren wie folgt zusammengefasst: Sämtliche Symptome/Diagnosen und Prozeduren sind auf den gesamten Abrechnungsfall zu beziehen. Das hat gegebenenfalls zur Folge, dass mehrere Prozeduren unter Addition der jeweiligen Mengenangaben zu einer Prozedur zusammenzuführen sind (siehe DKR-Psych, Version 2013). Als Hauptdiagnose des zusammengeführten Falles ist die Hauptdiagnose des längsten Aufenthaltes zu wählen (§ 2 Abs. 3 PEPPV 2013). Bei mehr als zwei zusammenführenden Aufenthalten sind die Berechnungstage einzelner Aufenthalte mit gleicher Hauptdiagnose aufzusummieren und mit der Anzahl an Berechnungstagen der anderen Aufenthalte zu vergleichen. Ist die Anzahl der Berechnungstage für mehrere Hauptdiagnosen gleich hoch, so ist als Hauptdiagnose die Diagnose des zeitlich früheren Aufenthaltes zu wählen.

Bei unbefristeter Kostenübernahme für den ersten Aufenthalt kann eine bereits übermittelte Entlassungsanzeige des ersten Aufenthaltes mit den zusammengefassten Falldaten als Korrekturmeldung mit Verarbeitungskennzeichen „20“ (Änderung) übermittelt werden.

Die Entlassungsanzeige ist mit den zusammengeführten Falldaten der Aufenthalte zu übermitteln.

- A) Hierbei ist für die Entlassung/Verlegung am Ende des ersten Aufenthaltes bzw. der vorangegangenen Aufenthalte im Datenfeld „*Entlassungs-/Verlegungsgrund*“ anzugeben:
- bei Rückverlegungen der Schlüssel „169“ (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) und
 - bei Wiederaufnahmen der Schlüssel „21x“ (Entlassung mit nachfolgender Wiederaufnahme)
- B) Der externe Aufenthalt ist wie folgt zu dokumentieren:
- bei Rückverlegung durch ein ETL-Segment für die Pseudo-Fachabteilung „0001“ (Pseudo-Fachabteilung für den Aufenthalt bei Rückverlegung) mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „189“ (Rückverlegung) oder
 - bei Wiederaufnahme durch ein ETL-Segment für die Pseudo-Fachabteilung „0002“ (Pseudo-Fachabteilung für den externen Aufenthalt bei Wiederaufnahme) mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „199“ (Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung).
 - Als Tag der Entlassung/Verlegung und Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit sind Tag und Uhrzeit der Rückverlegungs-/Wiederaufnahme anzugeben. Als Hauptdiagnose ist die Hauptdiagnose aus der vorangegangenen internen Fachabteilung (mit Entlassungs-/Verlegungsgrund „169“ oder „21x“) zu übernehmen. Die Angabe der Sekundärdiagnose, des IK der aufnehmenden Institution sowie von Nebendiagnosen (NDG-Segment) entfällt.

Im Datenfeld „*Tage ohne Berechnung/Behandlung*“ sind die Tage der vollständigen Abwesenheit während des externen Aufenthaltes zu berücksichtigen.

Die Dokumentationen der Abwesenheiten über Mitternacht mit der Pseudo-Fachabteilung „0003“ (siehe Nachtrag vom 1.8.2012 mit Wirkung zum 1.7.2013) betreffen Zeiträume des Aufenthaltes, in denen der Patient über Mitternacht während der Krankenhausbehandlung nicht anwesend war in den jeweils vor Zusammenführung dokumentierten Fällen. Die Zeiten des externen Aufenthaltes zwischen wiederaufgenommen/rückverlegten Fällen werden entsprechend mit der Pseudo-Fachabteilung „0001“ bzw. „0002“ dokumentiert.

Die Tage ohne Berechnung in dem zusammengeführten Fall setzen sich dann wie folgt zusammen:

- Tage der Abwesenheit über Mitternacht, bei denen mindestens 1 Tag vollständige Abwesenheit vorlag (ab 1.7.2013: mit Pseudo-Fachabteilung „0003“) und
- Tage des externen Aufenthaltes (mit Pseudo-Fachabteilung „0001“ bzw. „0002“) zwischen den zusammengeführten Fällen.

Eine neue Schlussrechnung ist für den anhand der Zusammenfassung neu eingestufteten Fall zu erstellen.

1.4.11.2 Entlassungen zum Jahresende für Zwecke der Abrechnung

Sofern ein im Vorjahr aufgenommener Patient am 31.12. des laufenden Jahres noch nicht entlassen wurde, erfolgt für Zwecke der Abrechnung eine Entlassung mit dem Entlassungsgrund „25“ („Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr für Zwecke der Abrechnung – PEPP“) zum 31.12. des laufenden Jahres. Eine Fallzusammenführung findet nicht statt. Dies findet auch für vor dem Umstiegszeitpunkt aufgenommene Patienten Anwendung. Als Entlassungstag ist dann der 31.12. zu verwenden. Der 31. Dezember ist dabei ebenfalls ein Berechnungstag für die Schlussrechnung des mit Entlassungsgrund „25“ entlassenen Falls.

Für den fortgesetzten Aufenthalt ab dem 1. Januar des neuen Jahres wird ein neuer Aufnahmesatz (Aufnahmegrund: „01xx“) übermittelt. Die Abrechnung für das neue Jahr wird nach den dann gültigen Kodierregeln, ICD- und OPS-Katalogen und Entgeltkatalogen, beginnend mit der ersten Vergütungsstufe, durchgeführt. Für den fortgesetzten Aufenthalt wird bei Fallabschluss eine reguläre Entlassungsanzeige und Schlussrechnung übermittelt.

1.4.11.3 Dialyse in eigener Dialyseeinrichtung

Für die Abrechnung von Dialyseleistungen in der eigenen Dialyseeinrichtung des Krankenhauses im Geltungsbereich des KHEntg (§ 1 Abs. 8 PEPPV 2013) ist ein eigener Fall (interne Verlegung in den KHEntg-Bereich) zu übermitteln.

2. Hinweise zu Datenelementen (nach Segmenten)

Segment Aufnahme (AUF)

1. Aufnahmetag

Der Aufnahmetag ist der Tag der Aufnahme des Versicherten zu einer vollstationären oder teilstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Entbindung.

Bei einer vorstationären Behandlung wird erst mit der vollstationären Aufnahme ein Aufnahmesatz übermittelt, der Aufnahmetag ist dann der Tag der vollstationären Aufnahme. Die Information über eine vorstationäre Behandlung erfolgt über den Aufnahmesatz im Feld *Aufnahmegrund*. Das Datum der vorstationären Behandlung wird mit dem Rechnungssatz über die Felder *Abrechnung von* und *Abrechnung bis* gemeldet. Bei einer vorstationären Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung (*Aufnahmegrund*: „04“) wird ein Aufnahmesatz mit dem Tag des Zugangs/der erstmaligen Behandlung als Aufnahmetag gemeldet.

Wird bei Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers während der vollstationären Behandlung ein Aufnahmesatz an die dann zuständige Krankenkasse übermittelt (*Aufnahmegrund*: „2x“), wird als Aufnahmetag der tatsächliche Tag der Aufnahme zur Krankenhausbehandlung unverändert gemeldet. Die zeitliche Abgrenzung gegenüber den Kostenträgern erfolgt über die Rechnungssätze und Entlassungsanzeigen.

2. Aufnahmeuhrzeit

Es ist die Uhrzeit der Aufnahme zur vollstationären oder teilstationären Krankenhausbehandlung in Stunden (00–23) und Minuten (00–59) anzugeben. Bei vorstationärer Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung kann die Aufnahmeuhrzeit mit „0000“ angegeben werden.

3. Aufnahmegrund

Der Aufnahmegrund (Schlüssel 1) enthält die leistungsrechtlich erforderliche Differenzierung des Grundes der Aufnahme.

Für gesunde Neugeborene ist ausnahmslos der Aufnahmegrund „06“ (Geburt) anzugeben, unabhängig davon ob das Neugeborene voll- oder teilstationär versorgt wird.

Für eine stationäre Aufnahme zur Organentnahme ist ausnahmslos der Aufnahmegrund „08“ (Stationäre Aufnahme zur Organentnahme) anzugeben, unabhängig davon ob ein Organ tatsächlich entnommen wird oder nicht, ob es sich um eine Vor- oder Abklärungsuntersuchung oder ob es sich um eine Aufnahme zur teilstationären Behandlung handelt.

Leitet das Krankenhaus eine Behandlung entsprechend einem Vertrag zur integrierten Versorgung ein und liegt dem Krankenhaus die Bestätigung des Patienten zur Teilnahme an diesem Vertrag vor, teilt das Krankenhaus dies der Krankenkasse bereits mit dem Aufnahmesatz frühzeitig durch die Angabe der „4“ an der 3. Stelle des Aufnahmegrunds mit.

4. Fachabteilung

Es ist die aufnehmende Fachabteilung nach Schlüssel 6 anzugeben.

5. Voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung

Die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung ist vom Krankenhausarzt anhand der Gegebenheiten des Einzelfalls festzulegen. Das Krankenhaus meldet den voraussichtlichen Tag der Entlassung aus der Krankenhausbehandlung. Bei rein vorstationärer Behandlung ist der letzte Tag der Behandlung anzugeben.

6. Arztnummer des einweisenden Arztes

Die Arztnummer des einweisenden Vertragsarztes ist aus dem Einweisungsvordruck zu übernehmen. (Der Einweisungsvordruck enthält als Folge der Umsetzung des VÄndG ab 1.7.2008 sowohl die Betriebsstättennummer als auch die Arztnummer.)

7. Betriebsstättennummer des einweisenden Arztes

Die Betriebsstättennummer des einweisenden Vertragsarztes ist aus dem Einweisungsvordruck zu übernehmen. (Der Einweisungsvordruck enthält als Folge der Umsetzung des VÄndG ab 1.7.2008 sowohl die Betriebsstättennummer als auch die Arztnummer.)

8. IK des veranlassenden Krankenhauses

Bei Aufnahme eines Versicherten als Folge einer Verlegung aus einem Krankenhaus ist das Institutionskennzeichen des verlegenden (die Aufnahme veranlassenden) Krankenhauses anzugeben.

Bei Verlegung aus einem ausländischen Krankenhaus ist das *Pseudo-IK* „979979956“ anzugeben.

9. Veranlassende Stelle bei Notfallaufnahme

Bei Notfallaufnahme ist die die Aufnahme veranlassende Stelle (z.B. Rettungsdienst) anzugeben.

10. Zahnarztnummer des einweisenden Zahnarztes

Die Zahnarztnummer des einweisenden Vertragszahnarztes (KZV-Nummer) ist aus dem Einweisungsvordruck zu übernehmen.

11. Aufnahmegewicht

Bei Aufnahme von Kleinkindern (eigener Behandlungsfall) mit einem Aufnahmealter bis zu einem Jahr ist das Aufnahmegewicht in Gramm anzugeben.

Segment Behandlungsdiagnose (BDG)

(BDG ist bis zu 30-mal möglich)

1. Behandlungsdiagnose

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement die Angabe einer Diagnose mit ihrem amtlichen ICD-Schlüssel (linksbündig mit Sonderzeichen „.“, „-“ und „#“ (Kreuzdiagnose) ohne Leerzeichen), die für die Indikation zur ambulanten Operation maßgeblich ist. In dem 2. Datenfeld kann eine Lokalisation der Diagnose entsprechend der Spezifizierungen des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Diagnose relevant ist

In dem 3. Datenfeld muss die Diagnosesicherheit der Diagnose entsprechend den Spezifizierungen des Diagnoseschlüssels angegeben werden, soweit die Angabe der Diagnose gem. § 295 Abs. 1 SGB V erfolgt.

2. Sekundär-Diagnose

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement die Angabe eines zusätzlichen Diagnoseschlüssels, sofern die Behandlungsdiagnose eine zweite Diagnoseangabe erfordert. Sie ist nach dem amtlichen ICD-Schlüssel anzugeben (linksbündig mit Sonderzeichen „.“, „-“, „*“ (Sterndiagnose) und „!“ (optionale Diagnose) ohne Leerzeichen). In dem 2. Datenfeld kann eine Lokalisation der Sekundär-Diagnose entsprechend den Spezifizierungen des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Diagnose relevant ist.

In dem 3. Datenfeld muss die Diagnosesicherheit der Diagnose entsprechend den Spezifizierungen des Diagnoseschlüssels angegeben werden, soweit die Angabe der Diagnose gem. § 295 Abs. 1 SGB V erfolgt.

Segment Währung (CUX)

1. Währungskennzeichen

Die allen Entgeltbeträgen der Nachricht zugrundeliegende Währung ist entsprechend der ISO-Norm 4217 mit dreistelligem Währungskennzeichen anzugeben („EUR“ für Euro).

Segment Dauer (DAU)

1. Aufnahmetag siehe AUF

2. a) Voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung (bei Verlängerungsanzeige)

Wenn nach dem Vertrag nach § 112 SGB V erforderlich, wird mit diesem Datenelement die neue voraussichtliche Dauer angegeben. Es wird der voraussichtliche Tag der Entlassung aus der Krankenhausbehandlung gemeldet.

2. b) Entlassungstag (bei Entlassungsanzeige)

Der Entlassungstag ist der Tag der Beendigung der vollstationären oder teilstationären Krankenhausbehandlung durch Entlassung, Verlegung des Versicherten in ein anderes Krankenhaus oder interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Geltungsbereichen der BpflV und des KHEntgG.

Bei Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers (*Entlassungsgrund* „05“) ist in der Entlassungsanzeige an die erste Krankenkasse als Entlassungstag der Tag der Beendigung der Leistungspflicht der ersten Krankenkasse anzugeben.

Bei einer nachstationären Behandlung wird der Krankenkasse über den Entlassungsgrund mitgeteilt, dass eine anschließende nachstationäre Behandlung vorgesehen ist. Das Datum der nachstationären Behandlung wird mit dem Rechnungssatz über die Felder *Abrechnung von* und *Abrechnung bis*, die Beendigung durch die *Rechnungsart* „02“ (Schlussrechnung) mitgeteilt.

3. Nachfolgediagnose, die ab dem ... die Arbeitsunfähigkeit allein begründet hat

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement diejenige Nachfolgediagnose, die an Stelle der Aufnahmediagnose allein die Arbeitsunfähigkeit des Patienten begründet hat. Sie ist mit dem amtlichen ICD-Schlüssel anzugeben (linksbündig mit Sonderzeichen „“, „-“ und „#“ (Kreuzdiagnose) ohne Leerzeichen). In dem 2. Datenelement kann eine Lokalisation entsprechend der Spezifizierung des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Diagnose relevant ist. Die Angabe dient der Krankenkasse dazu, die leistungsrechtlichen Fristen für die Gewährung von Krankengeld zu ermitteln.

4. Sekundär-Diagnose

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement die Angabe eines zusätzlichen Diagnoseschlüssels, sofern die Nachfolgediagnose eine zweite Diagnoseangabe erfordert. Sie ist mit dem amtlichen ICD-Schlüssel anzugeben (linksbündig mit Sonderzeichen „“, „-“, „*“ (Stern-diagnose) und „!“ (optionale Diagnose) ohne Leerzeichen). In dem 2. Datenelement kann eine Lokalisation entsprechend der Spezifizierung des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Diagnose relevant ist.

5. Ab-Datum

Datum, ab dem die Nachfolgediagnose die Arbeitsunfähigkeit allein begründet hat.

6. Beatmungsstunden (nur bei Entlassungsanzeige)

Sofern der Versicherte während des Krankenhausaufenthalts künstlich beatmet wurde, ist die Dauer der künstlichen Beatmung in Stunden anzugeben.

Segment Diagnosen- und Prozedurenversion (DPV)

1. ICD-Version

Es ist die Versionskennung des verwendeten Diagnoseschlüssels anzugeben (Version 2013 mit „2013“). Bei Versionswechsel müssen Fälle nach alter Version abgeschlossen werden.

Einweisungs- und Überweisungsdiagnosen werden, wie im Verordnungsvordruck enthalten, angegeben. Für diese Diagnosen gilt die Versionskennung nicht.

*Bundesministerium für Gesundheit
Bekanntmachung gemäß §§ 295 und 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zur
Anwendung des Diagnoseschlüssels
vom 22. Oktober 2012 (BAnz AT169 31.10.2012 B6)*

Mit Wirkung vom 1. Januar 2013 tritt der Diagnoseschlüssel (ICD-10-GM) in den vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen maschinenlesbaren oder daraus erstellten gedruckten Fassungen als Schlüssel zur Angabe von Diagnosen nach den §§ 295 und 301 SGB V in der Version 2013 in Kraft. Die Bekanntmachung zur Anwendung des Diagnoseschlüssels vom 21. September 2011 (BAnz. S. 3964) tritt am 31. Dezember 2012 außer Kraft.

Für die Anwendung der ICD-10-GM wird Folgendes bestimmt:

- Zur Spezifizierung der Diagnosenangaben für die Seitenlokalisation darf eines der nachgenannten Zusatzkennzeichen angegeben werden:
 - R für rechts
 - L für links
 - B für beidseitig.
- Schlüsselnummern, die mit „*“ oder „!“ gekennzeichnet sind, dürfen ausschließlich als Sekundärkodes, d. h. zusätzlich zu einer Schlüsselnummer, verwendet werden. Sie sind nur anzugeben, soweit dies als notwendige Ergänzung oder Spezifizierung der Diagnose sowie für Zwecke der Abrechnung erforderlich ist.

Für die Anwendung der ICD-10-GM in der vertragsärztlichen Versorgung nach § 295 SGB V wird zusätzlich Folgendes bestimmt:

- Zur Angabe der Diagnosesicherheit ist eines der nachgenannten Zusatzkennzeichen anzugeben (obligatorische Anwendung):
 - A für eine ausgeschlossene Diagnose
 - V für eine Verdachtsdiagnose
 - Z für einen (symptomlosen) Zustand nach der betreffenden Diagnose
 - G für eine gesicherte Diagnose.
- Für die hausärztliche Versorgung, im organisierten Notfalldienst und in der fachärztlichen Versorgung für Diagnosen außerhalb des Fachgebietes ist die Angabe der vierstelligen Schlüsselnummer ausreichend.

2. OPS-Version

Es ist die Versionskennung des verwendeten Prozedurenschlüssels anzugeben (Version 2013 mit „2013“). Bei Versionswechsel müssen Fälle nach alter Version abgeschlossen werden.

Bundesministerium für Gesundheit

Bekanntmachung gemäß §§ 295 und 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Anwendung des Operationen- und Prozedurenschlüssels vom 22. Oktober 2012 (BAnz AT 31.10.2012 B7)

Mit Wirkung vom 1. Januar 2013 tritt der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) in den vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen maschinenlesbaren oder daraus erstellten gedruckten Fassungen als Schlüssel zur Angabe von Operationen und sonstigen Prozeduren nach den §§ 295 und 301 SGB V in der Version 2013 in Kraft. Die Bekanntmachung zur Anwendung des Operationen- und Prozedurenschlüssels vom 21. September 2011 (BAnz. S. 3964) tritt am 31. Dezember 2012 außer Kraft.

Für die Anwendung des OPS wird Folgendes bestimmt:

- Für Prozeduren an paarigen Organen oder Körperteilen ist zur Angabe der Seitenbezeichnung eines der nachgenannten Zusatzkennzeichen anzuwenden (obligatorische Anwendung):
 - R für rechts
 - L für links
 - B für beidseitig.

Für die Anwendung des OPS in der vertragsärztlichen Versorgung nach § 295 SGB V wird zusätzlich bestimmt, dass ausschließlich die vom Bewertungsausschuss für die ärztlichen Leistungen gemäß § 87 SGB V im Anhang 2 des einheitlichen Bewertungsmaßstabs aufgeführten Kodes zu verwenden sind.

Segment Einweisungs- und Aufnahmediagnose (EAD)

(EAD ist bis zu 20-mal möglich)

1. Aufnahmediagnose

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement die vom Krankenhausarzt bei der Aufnahme des Versicherten festgestellte Diagnose. Sie ist mit dem amtlichen ICD-Schlüssel anzugeben (linksbündig mit Sonderzeichen „.“, „-“ und „#“ (Kreuzdiagnose) ohne Leerzeichen). In dem 2. Datenelement kann eine Lokalisation entsprechend der Spezifizierung des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Diagnose relevant ist.

2. Sekundär-Diagnose Aufnahme

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement die Angabe eines zusätzlichen Diagnoseschlüssels, sofern die Aufnahmediagnose eine zweite Diagnoseangabe erfordert. Sie ist mit dem amtlichen ICD-Schlüssel anzugeben (linksbündig mit Sonderzeichen „.“, „-“, „*“ (Sterndiagnose) und „!“ (optionale Diagnose) ohne Leerzeichen). In dem 2. Datenelement kann eine Lokalisation entsprechend der Spezifizierung des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Diagnose relevant ist.

3. Einweisungsdiagnose

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement die vom Vertragsarzt bei Verordnung von Krankenhausbehandlung im Verordnungsvordruck anzugebende Diagnose. Sie ist mit dem amtlichen ICD-Schlüssel anzugeben (linksbündig mit Sonderzeichen „.“, „-“ und „#“ (Kreuzdiagnose) ohne Leerzeichen). In dem 2. Datenelement kann eine Lokalisation entsprechend der Spezifizierung des Diagnoseschlüssels erfolgen. Enthält der Verordnungsvordruck keinen Diagnoseschlüssel/keine Spezifizierung, entfällt die Angabe durch das Krankenhaus.

4. Sekundär-Diagnose Einweisung

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement die Angabe eines zusätzlichen Diagnoseschlüssels, sofern die Einweisungsdiagnose eine zweite Diagnoseangabe erfordert. Sie ist mit dem amtlichen ICD-Schlüssel anzugeben (linksbündig mit Sonderzeichen „.“, „-“, „*“ (Sterndiagnose) und „!“ (optionale Diagnose) ohne Leerzeichen). In dem 2. Datenelement kann eine Lokalisation entsprechend der Spezifizierung des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern diese Angabe im Verordnungsvordruck enthalten ist.

Segment Entbindung (EBG)

(EBG ist bis zu 2-mal möglich)

1. Tag der Entbindung

Es wird der Tag (bei Mehrlingsgeburten über Mitternacht: die Tage) der Entbindung angegeben.

Segment Entgelt Ambulante Operation (ENA)

(ENA ist bis zu 999-mal möglich)

1. Entgeltart

Eine EBM-Ziffer ist fünfstellig (mit Ergänzung führender Nullen) anzugeben.

Zuschläge zu EBM-Ziffern sind in einem gesonderten Entgeltsegment anzugeben (Zuschlagsziffer=Entgeltart).

Eine EBM-Ziffer ist fünfstellig mit Ergänzung führender Nullen anzugeben. Zuschläge zu EBM-Ziffern sind in einem gesonderten Entgeltsegment anzugeben (Zuschlagsziffer = Entgeltart). Der EBM-Katalog wurde um Pseudo-EBM-Ziffern zur Abrechnung von im EBM-Katalog vereinbarten Höchstwerten erweitert. Die Höchstwerte werden wie reguläre EBM-Leistungen im ENA-Segment in Rechnung gestellt und zur Honorarsummenbildung herangezogen. Die tatsächlich erbrachten Leistungen, für die der Höchstwert in Rechnung gestellt wird, werden ebenfalls in den ENA-Segmenten jedoch mit Entgeltanzahl „0“ (Punktzahl, Punktwert und Entgeltbetrag enthalten die korrekten Werte) aufgeführt und gehen somit nicht in die Bildungen der Rechnungssummen ein.

Hinweis: Zu Entgeltarten für andere ambulante Leistungen siehe Schlüssel 4 (Teil II).

2. Zusatzkennzeichen EBM

EBM-Ziffern, die mehrere Leistungen mit unterschiedlichen Punktzahlen oder Entgeltbeträgen bezeichnen, werden durch das Zusatzkennzeichen EBM in die einzelnen Leistungsbereiche untergliedert. Dies betrifft im EBM die Ziffern 32000 und 32001.

3. Abrechnungsbegründung

ab 1.1.2013

Das Feld enthält Angaben, wenn für die Abrechnung von einzelnen Entgeltarten eine Begründung notwendig ist (wenn EBM Positionen einer Begründung bedürfen oder dies vertraglich vereinbart ist).

4. in Honorarsumme für Pauschale enthalten

ab 1.1.2013

Das Feld ist dann mit „J“ zu befüllen, wenn die entsprechende EBM-Position (Entgeltart) zur Berechnung des pauschalen Zuschlags nach § 9 Abs. 3 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V (AOP-Vertrag) herangezogen wird. Ansonsten bleibt das Feld leer.

5. Tag der Behandlung

Das Feld enthält das jeweilige Datum der ambulanten Operation bzw. der abgerechneten prä- oder postoperativen Leistungserbringung. Bei ambulanten Entgeltarten, die über einen Zeitraum abgerechnet werden (z.B. Quartalspauschalen) ist der erste Tag der Leistungserbringung anzugeben.

6. Punktzahl

Für EBM-Ziffern ist die Punktzahl nach EBM-Katalog anzugeben.

Für die postoperativen Behandlungskomplexe des Abschnitts 31.4 des EBM bei Erbringung der Leistung durch den Operateur ist die um 27,5% gekürzte ganzstellig kaufmännisch gerundete Punktzahl anzugeben (§ 7 Abs. 2 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V).

Bei künstlichen Befruchtungen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ist ein Eigenanteil des Patienten von 50% zu leisten (§ 27a Abs. 3 Satz 3 SGB V). Für diese Leistungen für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung nach den EBM-Ziffern 08510, 08530, 08531, 08540, 08541, 08542, 08550, 08551, 08552, 08560, 08561, 08570, 08571, 08572, 08573, 08574 sowie die damit zusammenhängenden ärztlichen Leistungen nach den EBM-Ziffern 01510, 01511, 01512, 02100, 02341, 05310, 05330, 05340, 05341, 05350, 11311, 11312, 11320, 11321, 11322, 31272, 31503, 31600, 31608, 31609, 31822, 33043, 33044, 33090, 32354, 32356, 32357, 32575, 32576, 32614, 32618, 32660, 32781, 36272, 36503 und 36822 (siehe Durchführungsempfehlung des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V zu den Leistungen der künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V in seiner 214. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) mit Wirkung zum 1. Januar 2010) sind die um 50% gekürzten ganzstellig kaufmännisch gerundeten Punktzahlen anzugeben. Die Halbierung der Punktzahlen für die mit den Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung zusammenhängenden ärztlichen Leistungen, die ansonsten voll berechnet werden, ist für die Ermittlung des jeweiligen Entgeltbetrages für den Rechnungssatz Ambulante Operation vorzunehmen und im Datenfeld *Punktzahl* auszuweisen.

ab 1.1.2013 Bei den EBM-Positionen, die keine Punktzahl, sondern einen festen Eurobetrag ausweisen (32354, 32356, 32357, 32575, 32576, 32614, 32618, 32660 und 32781), ist der Eurobetrag im Feld Entgeltbetrag als um 50% gekürzter Wert (mit zwei Nachkommastellen) anzugeben.

7. Punktwert

Für EBM-Ziffern ist der Punktwert für die ambulanten Eingriffe und die in ihrem Zusammenhang abrechenbaren Leistungen entsprechend EBM mit seinem aktuellen Wert in Cent anzugeben. Die Angabe erfolgt nur in Verbindung mit einer Punktzahl.

8. Entgeltbetrag

Der Entgeltbetrag ist der Euro-Betrag (mit zwei Nachkommastellen) für eine Abrechnungseinheit der Entgeltart. Wird der Betrag aus dem Produkt von Punktzahl und Punktwert ermittelt, so erfolgt die Berechnung zunächst mit 8 Nachkommastellen und anschließender kaufmännischer Rundung auf 2 Nachkommastellen.

9. Entgeltanzahl

Es ist die für die Rechnungsstellung maßgebliche Entgeltanzahl (Anzahl der Leistungen je Entgeltart) anzugeben. Die nach § 18 Abs. 1 Satz 4 und 5 des Vertrags nach § 115b Abs.1 SGB V anzugebende belegärztliche Leistung ist durch Angabe der *Entgeltanzahl* „0“ kenntlich zu machen.

10. Doppeluntersuchung

Werden in medizinisch begründeten Fällen bereits durchgeführte Untersuchungen nochmals veranlasst und in Rechnung gestellt, sind diese durch die Angabe „f“ zu kennzeichnen. Für andere Abrechnungspositionen entfällt das Datenfeld (*nur bei ambulanten Operationen, siehe § 4 AOP-Vertrag*).

Segment Entgelt (ENT)

(ENT ist bis zu 98/99-mal möglich)

1. Entgeltart

Jede in Zusammenhang mit der Krankenhausbehandlung abzurechnende Entgeltart wird im Rechnungssatz entsprechend Schlüssel 4 bzw. den im Anhang B zu Anlage 2 aufgelisteten Entgeltarten angegeben.

Abrechnung von Abteilungspflegesätzen in Verbindung mit Sonderentgelten

Bei Berechnung eines Sonderentgeltes wird der Abteilungspflegesatz um 20 v.H. ermäßigt, höchstens jedoch für 12 Berechnungstage; dies gilt nicht bei tagesgleichen Pflegesätzen für Intensivmedizin, neonatologische Intensivbehandlung und Psychiatrie.

Das ENT-Segment für das Sonderentgelt enthält in den Datenelementen *Abrechnung von* und *Abrechnung bis* den Operationstag/Tag der Erbringung des Sonderentgeltes, der nicht mit dem Zeitraum übereinstimmt, für den die Ermäßigung des Abteilungspflegesatzes vorgenommen wird.

Abrechnung von Fallpauschalen und Sonderentgelten mit Instandhaltungszuschlag

Für die Erhöhung des Rechnungsbetrages bei Fallpauschalen und Sonderentgelten nach BpflV auf Grund des Instandhaltungszuschlages wird folgende Lösung vorgesehen:

Um Rundungsprobleme zu vermeiden, sollen die geänderten Beträge auf Landesebene vereinbart und allen Beteiligten bekanntgegeben werden. Diese Beträge sind bei der Rechnungsstellung zu verwenden.

Abrechnung der Zusatzentgelte für DMP

Die Zusatzentgelte für DMP können nur in Verbindung mit einem stationären Krankenhausfall im Rahmen des Datenaustausches nach § 301 SGB V in Rechnung gestellt werden. Erfolgt die Beratung oder Schulung von DMP-Patienten durch das Krankenhaus als Service-/Managementleistung des Krankenhauses im Rahmen der DMP-Behandlung, ohne dass ein konkreter stationärer Krankenhausfall vorliegt, kann die Abrechnung der Leistungen nicht über den Rechnungssatz erfolgen.

Abrechnung von tagesbezogenen teilstationären DRG-Fallpauschalen

Bei Abrechnung von tagesbezogenen teilstationären DRG-Fallpauschalen wird das Entgelt für den ersten Abrechnungstag mit „7070xxxx“ verschlüsselt. Für den zweiten und jeden weiter folgenden Abrechnungstag wird das Entgelt mit „7170xxxx“ verschlüsselt, wobei „xxxx“ in beiden Fällen die DRG-Fallpauschale (z.B. L90B) bezeichnet.

Abrechnung von Pauschalen für (noch) nicht vereinbarte Zusatzentgelte und (noch) nicht vereinbarte nicht kalkulierte DRG mit Aufnahmedatum ab dem 1.1.2006:

Für Leistungen nach Anlage 3 oder 4 bzw. 6 FPV, für die noch keine krankenhausesindividuell vereinbarten Entgelte oder Zusatzentgelte abgerechnet werden können (§ 5 Abs. 2 Satz 4 oder § 7 Abs. 4 Satz 2 und 3 FPV) oder für die keine Entgelte vereinbart sind (§ 5 Abs. 2 Satz 5 oder

§ 7 Abs. 4 Satz 4 FPV), können im Einzelfall Pauschalbeträge in Rechnung gestellt werden. Als Entgeltsschlüssel ist in diesen Fällen der Entgeltsschlüssel für das tagesbezogene Entgelt (85xxxxxx) bzw. das Zusatzentgelt mit dem pauschal vorgegebenen Entgeltbetrag nach FPV anzugeben.

Hinweise zu ENT:

Hinweis zur Rechnungslegung von Kinderkliniken, die als besondere Einrichtung anerkannt werden

Bei Budget-Verhandlungen mit Kinderkliniken, welche für 2005 als besondere Einrichtungen anerkannt werden, für die aber dennoch das gesamte DRG-Leistungsspektrum auf Basis des DRG-Kataloges mit einem erhöhten Basisfallwert ohne Angleichung an den landesdurchschnittlichen Basisfallwert vereinbart wird, wird kein neues Entgeltsschlüsselsystem eingerichtet, sondern ist die Abrechnung über die vorhandenen DRG-Entgeltsschlüssel abzuwickeln. Über den Abschluss derartiger Vereinbarungen informieren die Verhandlungspartner ihre Bundesverbände.

Hinweis zu den Zuschlägen für Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen und für Arzt im Praktikum

1. Für die Zuschläge für Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen und für Arzt im Praktikum nach § 4 Abs. 13 und 14 KHEntgG sind die Entgeltartenschlüssel „47100003“ und „47100004“ festgelegt. Ein zusammengefasster Zuschlag wird mit dem Entgeltartenschlüssel „47100006“ in Rechnung gestellt.
2. Von dem Brutto-Rechnungsbetrag des Krankenhauses werden, sofern darin enthalten, folgende Entgeltarten zur Berechnung der Zuschläge nach § 4 Abs. 13 und 14 KHEntgG herangezogen:

70xxxxxx	DRG-Fallpauschale nach § 7 Nr. 1 KHEntgG (§ 1 Abs. 1 Satz 1 KFPV/FPV)
71xxxxxx	Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD nach § 7 Nr. 3 KHEntgG
72xxxxxx	Abschlag bei Verlegungen nach § 1 Abs. 1 Satz 3 KFPV/FPV
73xxxxxx	Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD nach § 1 Abs. 3 Satz 1 KFPV/FPV
760xxxxx	Zusatzentgelt nach § 7 Nr. 2 KHEntgG - Arzneimittel oder nach Anlage 2 oder 4 KFPV 2004 oder nach Anlage 6 FPV
762xxxxx	Zusatzentgelt nach § 6 Abs. 2a KHEntgG
76ZExxxx	Zusatzentgelt nach § 7 Nr. 2 KHEntgG, nach Anlage 5 FPV
85xxxxxx	Tagesbezogenes Entgelt nach § 7 Nr. 5 KHEntgG (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)
86xxxxxx	Fallbezogenes Entgelt nach § 7 Nr. 5 KHEntgG (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)
87xxxxxx	Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG
88xxxxxx	Abschlag bei Verlegung für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG
89xxxxxx	Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG

3. Der vom Krankenhaus in Rechnung gestellte Zuschlagsbetrag wird wie folgt ermittelt (Abschläge sind mit negativem Vorzeichen zu berücksichtigen):

gerundete Summe über alle Entgeltarten [(Entgeltbetrag) x (Entgeltanzahl) x (auf zwei Nachkommastellen gerundeter Prozentsatz des Zuschlags für Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen) : 100]

+

gerundete Summe über alle Entgeltarten [(Entgeltbetrag) x (Entgeltanzahl) x (auf zwei Nachkommastellen gerundeter Prozentsatz des Zuschlags für Arzt im Praktikum) : 100]

Hinweis zum Abzug nach § 140d SGB V

Für den Abzug nach § 140d SGB V wird ein neuer Entgeltartenschlüssel „47200001“ festgelegt, der nur in Verbindung mit einem Zahlungssatz verwendet werden kann, d.h. die Rechnungskürzung wird durch die Krankenkasse vorgenommen.

Von dem Brutto-Rechnungsbetrag des Krankenhauses werden, sofern darin enthalten, folgende Entgeltarten vor Berechnung des Abzugs nach § 140d SGB V abgesetzt:

40000000	Zuschlag nach § 14 Abs. 3 BpflV oder § 14 Abs. 8 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung (Investitionszuschlag)
41xxxxxx	Entgelt für vorstationäre Behandlung
42xxxxxx	Entgelt für nachstationäre Behandlung
43xxxxxx	Pflegesatz bei Beurlaubung (ggf. bei Abrechnung nach BpflV)
45xxxxxx	Wahlleistung Unterkunft (nur Bundesknappschaft)
46xxxxxx	Zuschlag für Qualitätssicherung nach § 137 oder § 112 Abs. 1 SGB V [Zu- und Abschläge nach GMG]
4710000x	Zuschläge nach GMG
4800000x	DRG-Systemzuschlag
61xxxxxx	Entgelt für integrierte Versorgung nach § 140c SGB V
62xxxxxx	Abschlag bei Entgelten für integrierte Versorgung nach § 140c SGB V
75xxxxxx	Zu- und Abschlag nach § 7 Nr. 4 KHEntgG

Der von der Krankenkasse auszahlende Zahlungsbetrag wird wie folgt ermittelt:

Abzugsgrundlage (Summe der Entgelte mit Abzug)

+ Entgelte ohne Abzug (s.o.)

./. Zuzahlungsbetrag

Rechnungsbetrag des Krankenhauses

./. (Abzugsgrundlage x max. 0,01, Abzug nach § 140d SGB V)

= Rechnungsbetrag zur Zahlung angewiesen (Segment ZPR)

Hinweis zur Abrechnung des Abschlages nach § 8 Abs. 9 KHEntgG

Der Abschlag nach § 8 Abs. 9 KHEntgG in Höhe von 0,5% des Rechnungsbetrages wird mit dem Entgeltartenschlüssel „47200002“ in allen Rechnungen als Euro-Betrag ausgewiesen. Der Ausweis erfolgt für alle stationären Fälle mit Entlassungstag nach dem 30.6.2007 und vor dem 1.1.2009 entsprechend dem im Hinweis des Nachtrages vom 13.4.2007 beschriebenen Berechnungsschema. Die Erstattung für Fälle mit Entlassungsdatum vor dem 1.7.2007 (Rechnung und Zahlung ohne Abschlag) erfolgt in einem gesonderten Verfahren, für das die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft Hinweise in einer gesonderten gemeinsamen Erklärung geben.

1. Für den Abschlag nach § 8 Abs. 9 KHEntgG in Höhe von 0,5% des Rechnungsbetrages wurde der Entgeltartenschlüssel „47200002“ festgelegt. Dieser wird für stationäre Fälle mit Entlassungstag nach dem 30.6.2007 in den Rechnungen als Euro-Betrag ausgewiesen.
2. Von dem Brutto-Rechnungsbetrag des Krankenhauses werden, sofern darin enthalten, folgende Entgeltarten zur Berechnung des Abschlages nach § 8 Abs. 9 KHEntgG herangezogen:

47xxxx1x	Zu-/Abschlag nach § 15 Abs. 2 KHEntgG
70xxxxxx	DRG-Fallpauschale nach § 7 Nr. 1 KHEntgG (§ 1 Abs. 1 Satz 1 KFPV/FPV)
71xxxxxx	Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD nach § 7 Nr. 3 KHEntgG
72xxxxxx	Abschlag bei Verlegungen nach § 1 Abs. 1 Satz 3 KFPV/FPV
73xxxxxx	Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD n. § 1 Abs. 3 Satz 1 KFPV/FPV
760xxxxx	Zusatzentgelt nach § 7 Nr. 2 KHEntgG – Arzneimittel oder nach Anlage 2 oder Anlage 4 KFPV 2004 bzw. nach Anlage 6 FPV
762xxxxx	Zusatzentgelt nach § 6 Abs. 2a KHEntgG
76ZExxxx	Zusatzentgelt nach § 7 Nr. 2 KHEntgG – nach Anlage 5 FPV
85xxxxxx	Tagesbezogenes Entgelt nach § 7 Nr. 5 KHEntgG (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)
86xxxxxx	Fallbezogenes Entgelt nach § 7 Nr. 5 KHEntgG (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)
87xxxxxx	Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG
88xxxxxx	Abschlag bei Verlegung für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG
89xxxxxx	Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG
3. Die vom Krankenhaus in Rechnung gestellten Abschlagsbeträge werden wie folgt ermittelt (Abschläge sind mit negativem Vorzeichen zu berücksichtigen):

Summe über alle Entgeltarten mit Abschlag [(Entgeltbetrag) x (Entgeltanzahl)]
x 0,5/100
4. Der Ausgleich der im ersten Halbjahr 2007 nicht berechneten Abschläge (Erstattung) erfolgt in einem gesonderten Verfahren, für das die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft Hinweise in einer gesonderten gemeinsamen Erklärung geben.

Hinweis zur Abrechnung der prozentualen Zu- und Abschläge für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG und des Pflegezuschlages nach § 4 Abs. 10 KHEntgG

1. Für die Zu- und Abschläge für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG und für den Pflegezuschlag nach § 4 Abs. 10 KHEntgG wurden die Entgeltartenschlüssel „47100011“, „47200011“ und „47100012“ festgelegt.
2. Von dem Brutto-Rechnungsbetrag des Krankenhauses werden, sofern darin enthalten, folgende Entgeltarten zur Berechnung der Zu- und Abschläge herangezogen:

70xxxxxx	DRG-Fallpauschale nach § 7 Nr. 1 KHEntgG (§ 1 Abs. 1 Satz 1 KFPV/FPV)
71xxxxxx	Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD nach § 7 Nr. 3 KHEntgG
72xxxxxx	Abschlag bei Verlegungen nach § 1 Abs. 1 Satz 3 KFPV/FPV
73xxxxxx	Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD nach § 1 Abs. 3 Satz 1 KFPV/FPV
760xxxxx	Zusatzentgelt nach § 7 Nr. 2 KHEntgG – Arzneimittel oder nach Anlage 2 oder Anlage 4 KFPV 2004 bzw. nach Anlage 6 FPV
762xxxxx	Zusatzentgelt nach § 6 Abs. 2a KHEntgG
76Zxxxxx	Zusatzentgelt nach § 7 Nr. 2 KHEntgG –. nach Anlage 5 FPV
85xxxxxx	Tagesbezogenes Entgelt nach § 7 Nr. 5 KHEntgG (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)
86xxxxxx	Fallbezogenes Entgelt nach § 7 Nr. 5 KHEntgG (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)
87xxxxxx	Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG
88xxxxxx	Abschlag bei Verlegung für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG
89xxxxxx	Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG
3. Der vom Krankenhaus in Rechnung gestellte Zu-/Abschlagsbetrag wird wie folgt ermittelt (Abschläge sind mit negativem Vorzeichen zu berücksichtigen):

gerundete Summe über alle Entgeltarten mit Zu-/Abschlag

[(Entgeltbetrag) x (Entgeltanzahl)

x (auf 2 Nachkommastellen gerundeter Prozentsatz des Zu-/Abschlages)/100]

Hinweis zu Jahresüberliegern mit Aufnahme in 2008 und Entlassung in 2009

Der im Jahr 2008 auslaufende Abzug nach § 140d SGB V für Anschubfinanzierung integrierte Versorgung („47200001“), der ebenfalls im Jahr 2008 auslaufende Zuschlag für Arzt im Praktikum, § 4 Abs. 14 KHEntgG („47100004“) und der zusammengefasste Zuschlag für Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen und für Arzt im Praktikum („47100006“) werden bei Jahresüberliegern mit Aufnahmetag in 2008 und Entlassungs-/Verlegungstag in 2009 auf den gesamten Rechnungsbetrag, also auch für Leistungen, die erst in 2009 erbracht wurden, berechnet.

Für die Berechnung des Zuschlages für Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen (§ 4 Abs. 13 KHEntgG) steht der Entgeltschlüssel „47100003“ weiterhin zur Verfügung.

Krankenhäuser im BpflV-Bereich mit lang liegenden Patienten sollten zum Jahresbeginn 2009 eine Entlassung und Neuaufnahme bei diesen Langliegern veranlassen, um eine weitere Berechnung des Abzugs nach § 140d SGB V für Anschubfinanzierung integrierte Versorgung auszuschließen.

Hinweis zum Zu- oder Abschlag wegen Konvergenzverlängerung

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 krankenhaushausindividuelle Basisfallwert 2008 noch nicht fest, wird im Rahmen der Weitergeltung der Entgelte ersatzweise der krankenhaushausindividuelle Basisfallwert 2007 verwendet. Der Abweichungsbetrag wird gemäß § 5 Abs. 6 Satz 4 KHEntgG ausgeglichen.

Hinweis zur Abrechnung der prozentualen Zu- und Abschläge für besondere Einrichtungen nach § 4 Abs. 7 KHEntgG und des Zuschlages für Kappungshäuser nach § 4 Abs. 9 KHEntgG

1. Für die Zu- und Abschläge für besondere Einrichtungen nach § 4 Abs. 7 KHEntgG und für den Zuschlag für Kappungshäuser nach § 4 Abs. 9 KHEntgG wurden die Entgeltartenschlüssel „47100015“, „47200015“ und „47100016“ festgelegt.

2. Von dem Brutto-Rechnungsbetrag des Krankenhauses werden, sofern darin enthalten, folgende Entgeltarten zur Berechnung der Zu- und Abschläge herangezogen:

70xxxxxx	DRG-Fallpauschale nach § 7 Nr. 1 KHEntgG (§ 1 Abs. 1 Satz 1 KFPV/FPV)
71xxxxxx	Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD nach § 7 Nr. 3 KHEntgG
72xxxxxx	Abschlag bei Verlegungen nach § 1 Abs. 1 Satz 3 KFPV/FPV
73xxxxxx	Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD nach § 1 Abs. 3 Satz 1 FPV
760xxxxx	Zusatzentgelt nach § 7 Nr. 2 KHEntgG – Arzneimittel oder nach Anlage 2 oder Anlage 4 KFPV 2004 bzw. nach Anlage 6 FPV
762xxxxx	Zusatzentgelt nach § 6 Abs. 2a KHEntgG
76Zxxxxx	Zusatzentgelt nach § 7 Nr. 2 KHEntgG –. nach Anlage 5 FPV
85xxxxxx	Tagesbezogenes Entgelt nach § 7 Nr. 5 KHEntgG (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)
86xxxxxx	Fallbezogenes Entgelt nach § 7 Nr. 5 KHEntgG (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)
87xxxxxx	Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG
88xxxxxx	Abschlag bei Verlegung für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG
89xxxxxx	Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG

3. Der vom Krankenhaus in Rechnung gestellte Zu-/Abschlagsbetrag wird wie folgt ermittelt (Abschläge sind mit negativem Vorzeichen zu berücksichtigen):

gerundete Summe über alle Entgeltarten mit Zu-/Abschlag [(Entgeltbetrag) x (Entgeltanzahl) x (auf 2 Nachkommastellen gerundeter Prozentsatz des Zu-/Abschlages)/100]

Hinweis zur Abrechnung der Abschläge vom Landesbasisfallwert für Mehrleistungen nach § 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG und zu Tarifierhöhungen nach § 4 Abs. 2a Satz 2 KHEntgG sowie für Zu- und Abschläge vom Landesbasisfallwert wegen Konvergenzverlängerung nach § 5 Abs. 6 KHEntgG

1. Für die Abschläge für Mehrleistungen nach § 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG und zu Tarifierhöhungen nach § 4 Abs. 2a Satz 2 KHEntgG sowie für Zu- und Abschläge wegen Konvergenzverlängerung nach § 5 Abs. 6 KHEntgG wurden die Entgeltartenschlüssel „47200012“, „47200013“, „47100014“ und „47200014“ festgelegt.
2. Zur Berechnung der Zu- und Abschläge werden die Relativgewichte folgender Entgeltarten, sofern in der Rechnung enthalten, herangezogen:

70xxxxxx	DRG-Fallpauschale nach § 7 Nr. 1 KHEntgG (§ 1 Abs. 1 Satz 1 KFPV/FPV)
71xxxxxx	Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD nach § 7 Nr. 3 KHEntgG
72xxxxxx	Abschlag bei Verlegungen nach § 1 Abs. 1 Satz 3 KFPV/FPV
73xxxxxx	Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD nach § 1 Abs. 3 Satz 1 KFPV/FPV

3. Der vom Krankenhaus in Rechnung gestellte Zu-/Abschlagsbetrag wird wie folgt ermittelt (Abschläge sind mit negativem Vorzeichen zu berücksichtigen):

gerundete Summe über alle Entgeltarten mit Zu-/Abschlag [(Relativgewicht der Entgeltart) x (Entgeltanzahl) x (auf 2 Nachkommastellen gerundeter Zu-/Abschlagsbetrag vom Landesbasisfallwert)]

Beispiel:

Es gelten folgende Relativgewichte: DRGx: 2,561, Zuschlag oGVD: 0,333

Es gelten folgende Vereinbarungen: LBFW (70000000): 2900,75 €, 0,64% Abschlag (47200012): 18,56 €

Der Wert für den Abschlagsbetrag (18,56 €) wird durch kaufmännische Rundung anhand der dritten Nachkommastelle ermittelt.

Rechnungslegung bei 2 Tagen Überschreitung oGVD (ohne Berücksichtigung weiterer Rechnungsbeträge):

7010DRGx: 2,561 x 2900,75 € =	7428,82 €
7110DRGx: 0,333 x 2 x 2900,75 € =	1931,90 €
47200012: (2,561 + 0,333 x 2) x 18,56 € =	59,89 €

Rechnungszwischenbetrag:	9300,83 €

Hinweis zur Abrechnung des Versorgungszuschlages gemäß § 8 Abs. 10 Sätze 1 und 2 KHEntgG

1. Für die Zuschläge sind die folgenden Entgeltschlüssel zu verwenden:

- 47100018 Versorgungszuschlag nach § 8 Abs. 10 Satz 1 KHEntgG
 47100019 erhöhter Versorgungszuschlag nach § 8 Abs. 10 Satz 2 KHEntgG

2. In der Rechnung des Krankenhauses werden für ab dem 1. August 2013 stationär aufgenommene Patienten, sofern im Rechnungssatz enthalten, die folgenden Entgeltarten zur Berechnung herangezogen:

- 70xxxxxx DRG-Fallpauschale nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG
 71xxxxxx Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD (§ 1 Abs. 2 Satz 1 FPV)
 oder tagesbezogene teilstationäre DRG-Fallpauschalen ab 2. Tag
 72xxxxxx Abschlag bei Verlegungen (§ 1 Abs. 1 Satz 3 FPV)
 73xxxxxx Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD (§ 1 Abs. 3 Satz 1 FPV)

3. Der vom Krankenhaus in Rechnung gestellte Zuschlagsbetrag wird wie folgt ermittelt:

1. Summenbildung der Relativgewichte über die o.g. Entgeltarten, wobei Relativgewichte für Abschläge (72xxxxxx, 73xxxxxx) abzuziehen sind
2. Multiplikation mit auf 2 Nachkommastellen gerundetem Zuschlagswert (dieser ergibt sich aus der Multiplikation des LBFW mit dem maßgeblichen Vomhundertwert und Division durch 100)
3. kaufmännische Rundung des nach Nr. 2 errechneten Zuschlagsbetrages auf 2 Nachkommastellen

Technisches Beispiel (mit Versorgungszuschlag 47100018 bis 31.12.2013 1,0%):

DRG-Entgeltart 70XXXY1Z mit dem Relativgewicht	0,961
LBFW:	3000,00 €
Zuschlag OGV Entgeltart 71XXXY1Z:	0,151
Anzahl der Tage Überschreitung OGVD	2 Tage
Zuschlagswert (3000,00 € x 1,0 : 100)	30,00 €
7010XY1Z: $0,961 \times 3000,00 \text{ €}$	= 2883,00 €
7110XY1Z: $0,151 \times 3000,00 \text{ €} \times 2$	= 906,00 €
47100018: $[0,961 + (0,151 \times 2)] \times 30,00 \text{ €} = 1,263 \times 30,00 \text{ €}$	= 37,89 €
Rechnungsbetrag	= 3826,89 €

Für alle ab dem Geltungszeitpunkt der Vereinbarung nach § 10 Abs. 5 Satz 6 KHEntgG (Vereinbarung zur Tarifberichtigungsrate) bis einschließlich am 31.12.2013 aufgenommene Patienten wird anstelle des Versorgungszuschlages nach § 8 Abs. 10 Satz 1 KHEntgG (47100018) der erhöhte Versorgungszuschlag nach § 8 Abs. 10 Satz 2 KHEntgG (47100019) abgerechnet.

Hinweis zur Abrechnung des Zuschlages Hygiene-Förderprogramm gemäß § 4 Abs. 11 KHEntgG

1. Für die Zuschläge sind die folgenden Entgeltschlüssel zu verwenden:

47100020 Zuschlag nach § 4 Abs. 11 KHEntgG

2. In der Rechnung des Krankenhauses werden für ab dem 1. August 2013 stationär aufgenommene Patienten, sofern im Rechnungssatz enthalten, die folgenden Entgeltarten zur Berechnung herangezogen:

70xxxxxx DRG-Fallpauschale nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG

71xxxxxx Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD (§ 1 Abs. 2 Satz 1 FPV)
oder tagesbezogene teilstationäre DRG-Fallpauschalen ab 2. Tag

72xxxxxx Abschlag bei Verlegungen (§ 1 Abs. 1 Satz 3 FPV)

73xxxxxx Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD (§ 1 Abs. 3 Satz 1 FPV)

760xxxxx Zusatzentgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG (Anlagen 4 und 6 FPV)

76ZExxxx Zusatzentgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG (Anlagen 2 und 5 FPV)

762xxxxx Zusatzentgelt nach § 6 Abs. 2a KHEntgG

85xxxxxx Tagesbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
(§ 6 Abs. 1 KHEntgG)

86xxxxxx Fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
(§ 6 Abs. 1 KHEntgG)

87xxxxxx Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD für fallbezogene Entgelte
nach § 6 Abs. 1 KHEntgG

88xxxxxx Abschlag bei Verlegung für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG

89xxxxxx Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte
nach § 6 Abs. 1 KHEntgG

3. Der vom Krankenhaus in Rechnung gestellte Zuschlagsbetrag wird wie folgt ermittelt:

1. Summenbildung über die o.g. Entgeltarten, wobei Entgelte für Abschläge abzuziehen sind [(Entgeltbetrag) x (Entgeltanzahl)]
2. Multiplikation mit dem maßgeblichen Vomhundertzertwert
3. Division durch 100
4. kaufmännische Rundung auf 2 Nachkommastellen

5. Entgeltbetrag

Der Entgeltbetrag ist der Euro-Betrag (mit 2 Nachkommastellen) für eine Abrechnungseinheit der Entgeltart, ggf. kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen gerundet.

Abrechnung von Fallpauschalen und Sonderentgelten

Für die Höhe einer Fallpauschale oder eines Sonderentgeltes ist der Tag der Aufnahme in das Krankenhaus maßgeblich.

6. Abrechnung von

Das Feld enthält den ersten Tag, mit dem der Abrechnungszeitraum des Entgeltsegmentes beginnt.

Abrechnung von Fallpauschalen für Neugeborene (FP 16.01 und FP 16.02)

Es ist der erste Belegungstag auf der Säuglingsstation oder im Säuglingszimmer anzugeben.

Zuzahlungseinzugsverfahren bei vollstationären Patienten (ab 1.1.2010)

Für die Abrechnung der dem Krankenhaus im Rahmen des Zuzahlungseinzugsverfahrens entstandenen Kosten ist der Aufnahmetag des zugehörigen Krankenhauses anzugeben.

Abrechnung von PEPP:

Für die Abrechnung einer PEPP-Entgeltart ist der erste Kalendertag des Beginns der jeweiligen Vergütungsstufe anzugeben.

7. Abrechnung bis

Das Feld enthält den letzten Tag, mit dem der Abrechnungszeitraum des Entgeltsegmentes endet.

Abrechnung von Fallpauschalen für Neugeborene (FP 16.01 und FP 16.02)

Es ist der letzte Belegungstag auf der Säuglingsstation oder im Säuglingszimmer anzugeben.

Zuzahlungseinzugsverfahren bei vollstationären Patienten

Für die Abrechnung der dem Krankenhaus im Rahmen des Zuzahlungseinzugsverfahrens entstandenen Kosten ist der Tag vor der Entlassung des zugehörigen Krankenhauses anzugeben.

Abrechnung von PEPP:

Für die Abrechnung einer PEPP-Entgeltart ist der letzte Kalendertag der Zugehörigkeit in der jeweiligen Vergütungsstufe, einschließlich der Tage der vollständigen Abwesenheit vor Beginn der folgenden Vergütungsstufe, anzugeben.

8. Entgeltanzahl

Es ist die für die Rechnungsstellung maßgebliche Entgeltanzahl (Anzahl Berechnungstage oder Leistungen) anzugeben.

Sonderregelung bei Fallpauschalen bei Zusammenarbeit zweier Krankenhäuser

Das erste Krankenhaus rechnet die Fallpauschale ab. Das zweite Krankenhaus (neuer Krankenhausfall) übermittelt den (restlichen) Behandlungszeitraum innerhalb der Grenzverweildauer für die Fallpauschale mit dem eigenen gültigen Entgeltbetrag und *Entgeltanzahl* „0“.

9. Tage ohne Berechnung/Behandlung

Das Feld enthält die Anzahl der Tage, die nicht in die Berechnung einfließen (z.B. Tage der Beurlaubung bzw. Tage der vollständigen Abwesenheit im Bereich der PEPP).

Bei vor-, teil- und nachstationärer Behandlung dient das Feld dazu, die Tage ohne Behandlung innerhalb des durch *Abrechnung von* und *Abrechnung bis* definierten kalendermäßigen Zeitraums anzugeben. Die Angabe wird u.a. bei Fallpauschalen benötigt, um die Überschreitung der Grenzverweildauer zu ermitteln (s. Beispiele im Anhang B).

Abrechnung von Fallpauschalen für Neugeborene (FP 16.01 und FP 16.02)

Im Falle einer Verlegung in die Pädiatrie und anschließender Rückverlegung auf die Säuglingsstation oder in das Säuglingszimmer ist die Anzahl der Tage in der Pädiatrie anzugeben.

ab 1.1.2013 10. Tag der Wundheilung (keine Angabe)

Bei Abrechnung einer A-Fallpauschale ist der Tag der Wundheilung anzugeben. Bei Abrechnung anderer Entgelte entfällt die Angabe.

Segment Entlassung/Verlegung (ETL)

ETL ist das 1. Segment in der Segmentgruppe SG1 (ETL-NDG), die 30x möglich ist. SG1 dient der Dokumentation des Ablaufs der Krankenhausbehandlung. Es werden die bei der Entlassung bzw. Verlegung aus der angegebenen Fachabteilung festgestellten Diagnosen übermittelt. Bei internen Verlegungen ist in der letzten SG1 die für den gesamten Krankenhausbehandlungsfall maßgebliche Hauptdiagnose (und Nebendiagnosen) anzugeben. Als Fachabteilung ist der Pseudocode „0000“ zu übermitteln.

1. Tag der Entlassung/Verlegung

Es ist der Tag der Entlassung oder der externen oder internen Verlegung aus einer Abteilung im Format JJJJMMTT anzugeben.

2. Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit

Die Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit ist in Stunden (00–23) und Minuten (00–59) für jede Entlassung oder externe oder interne Verlegung aus einer Abteilung anzugeben.

3. Entlassungs-/Verlegungsgrund

Der Entlassungs-/Verlegungsgrund wird anhand von Schlüssel 5 angegeben.

4. Fachabteilung

Die Fachabteilungen werden nach Schlüssel 6 angegeben. Es ist die Abteilung anzugeben, aus der entlassen oder extern oder intern verlegt wird.

5. Hauptdiagnose

Die Hauptdiagnose ist bei Beendigung der vollstationären Krankenhausbehandlung durch Entlassung oder externe Verlegung in eine andere Institution oder bei interner Verlegung in eine andere Abteilung anzugeben. Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement die bei der Entlassung/Verlegung des Versicherten festgestellte Hauptdiagnose mit dem amtlichen ICD-Schlüssel (linksbündig mit Sonderzeichen „.“, „-“ und „#“ (Kreuzdiagnose) ohne Leerzeichen). In dem 2. Datenelement kann eine Lokalisation entsprechend der Spezifizierung des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Diagnose relevant ist. Hinweis: Wenn eine Sekundär-Diagnose angegeben wird, wird diese im G-DRG-System immer als Nebendiagnose interpretiert.

Für die Diagnoseangaben sind die Deutschen Kodierrichtlinien zu beachten.

6. Sekundär-Diagnose

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement die Angabe eines zusätzlichen Diagnoseschlüssels, sofern die Hauptdiagnose eine zweite Diagnoseangabe erfordert. Sie ist mit dem amtlichen ICD-Schlüssel anzugeben (linksbündig mit Sonderzeichen „“, „-“, „*“ (Sterndiagnose) und „!“ (optionale Diagnose) ohne Leerzeichen). In dem 2. Datenelement kann eine Lokalisation entsprechend der Spezifizierung des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern dies Angaben zur Spezifikation der Diagnose relevant ist. Hinweis: Wenn eine Sekundär-Diagnose angegeben wird, wird diese im G-DRG-System immer als Nebendiagnose interpretiert.

Für die Diagnoseangaben sind die Deutschen Kodierrichtlinien zu beachten.

7. IK der aufnehmenden Institution

Bei Verlegung des Patienten in ein anderes Krankenhaus, bei interner Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen mit Rückverlegung oder bei interner Verlegung bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung ist das Institutionskennzeichen des aufnehmenden Krankenhauses anzugeben. Wird in ein ausländisches Krankenhaus verlegt, ist das *Pseudo-IK* „979979956“ anzugeben.

Bei Entlassung des Patienten in eine Rehabilitationseinrichtung, eine Pflegeeinrichtung oder ein Hospiz soll das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution angegeben werden.

Segment Einzelvergütung (EZV)

(EZV ist bis zu 30-mal möglich)

1. Einzelvergütung

Nach § 9 Abs. 5 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V werden spezielle Materialien (s. Schlüssel 3 der Anlage 2) nach Einzelaufwand erstattet, soweit sie EUR 12,50 je aufgeführter Sachmittelposition (Schlüssel 3) übersteigen. Zur Rechnungslegung ist für die angefallenen Sachkosten der um den Selbstbehalt von EUR 12,50 reduzierte Betrag anzugeben.

Übersteigt der Preis eines Arzneimittels im Einzelfall den Betrag von EUR 40,00 und ist es nicht Bestandteil der Vergütungen gemäß § 9 Abs. 2 bis 5 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V, erfolgt nach § 9 Abs. 7 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V eine zusätzliche Erstattung in Höhe von 75 v.H. des Apotheken-Einkaufspreises nach Lauertaxe zuzüglich Mehrwertsteuer. Für Photosensibilisatoren bei der photodynamischen Therapie und Hormonpräparate bei Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung erfolgt nach § 9 Abs. 8 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V hiervon abweichend eine zusätzliche Erstattung in Höhe von 80 v.H. des Apotheken-Einkaufspreises nach Lauertaxe zuzüglich Mehrwertsteuer der tatsächlich für den Behandlungsfall verbrauchten Einheiten des jeweiligen Arzneimittels ohne Berücksichtigung eines Mindestbetrages. Der Rechnungsbetrag für Hormonpräparate zur In-vitro-Fertilisation ist um den Eigenanteil der Patienten gekürzt anzugeben

2. Einzelvergütung, Erläuterung

Die im Datenelement *Einzelvergütung* abgerechneten Materialien, Arzneimittel oder Pauschalen werden mit Schlüssel 3 angegeben.

3. Einzelvergütung, Texterläuterung

Das Feld dient der näheren Angabe über die abgerechneten Implantate, Arzneimittel oder die pauschalierten Entgelte.

4. Honorarsummenrelevanter Anteil

In dem Datenelement ist der Anteil der Einzelvergütung von pauschalierten Entgelten (*Einzelvergütung, Erläuterung* „05“ oder „06“) auszuweisen, der entsprechend dem zugrundeliegenden Strukturvertrag zur Honorarsumme hinzuzuzählen ist. In allen anderen Fällen ist das Datenelement leer.

Segment Fachabteilung (FAB)

ab 1.1.2013 *(FAB ist bis zu 10-mal in VERL, 30-mal in RECH oder 999-mal in ENTL möglich)*

1. Fachabteilung

Die Fachabteilungen werden nach Schlüssel 6 angegeben.

In der Verlängerungsanzeige wird die behandelnde Fachabteilung, in der Entlassungsanzeige alle behandelnden Fachabteilungen, im Rechnungssatz die behandelnden Fachabteilungen angegeben.

Bei Behandlung in einer besonderen Einrichtung ist die Fachabteilung, der die besondere Einrichtung zuzuordnen ist, aufzuführen.

2. Diagnose

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement die für den Operationeingriff maßgebliche bzw. abrechnungsrelevante Diagnose nach dem amtlichen ICD-Schlüssel (linksbündig mit Sonderzeichen „.“, „-“ und „#“ (Kreuzdiagnose) ohne Leerzeichen). In dem 2. Datenelement kann eine Lokalisation entsprechend der Spezifizierung des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Diagnose relevant ist. Bei Fallpauschalen und Sonderentgelten ist die Diagnose entsprechend den Festlegungen nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 BpflV mit maximaler Stellenzahl anzugeben.

ab 1.1.2013 **3. ~~Sekundär~~ Diagnose (keine Angabe)**

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement die Angabe eines zusätzlichen Diagnoseschlüssels, sofern die Diagnose eine zweite Diagnoseangabe erfordert. Sie ist mit dem amtlichen ICD-Schlüssel anzugeben (linksbündig mit Sonderzeichen „.“, „-“, „*“ (Sterndiagnose) und „!“ (optionale Diagnose) ohne Leerzeichen). In dem 2. Datenelement kann eine Lokalisation entsprechend der Spezifizierung des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Diagnose relevant ist.

ab 1.1.2013 **4. ~~Zusatzschlüssel~~ Diagnose (keine Angabe)**

~~Bei Fallpauschalen und Sonderentgelten ist entsprechend den Festlegungen nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 BpflV in den Fällen, in denen eine zweite Diagnoseangabe gefordert ist, diese mit dem „Zusatzschlüssel Diagnose“ mit maximaler Stellenzahl im ersten Datenelement der Datenelementgruppe anzugeben (linksbündig mit Sonderzeichen „.“, „-“ und „#“ (Kreuzdiagnose) ohne Leerzeichen). In dem 2. Datenelement kann eine Lokalisation entsprechend der Spezifizierung des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Diagnose relevant ist.~~

5. Sekundär Diagnose Zusatzschlüssel (Angabe entfällt)

ab 1.1.2013

~~Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement die Angabe eines zusätzlichen Diagnoseschlüssels, sofern die Zusatzdiagnose eine zweite Diagnoseangabe erfordert. Sie ist mit dem amtlichen ICD Schlüssel anzugeben (linksbündig mit Sonderzeichen „.“, „.“, „.“ (Stern diagnose) und „!“ (optionale Diagnose) ohne Leerzeichen). In dem 2. Datenelement kann eine Lokalisation entsprechend der Spezifizierung des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Diagnose relevant ist.~~

6. Operationstag

Es ist das Datum der Operation bzw. des Beginns der durchgeführten Prozedur anzugeben. Das Datum ist zwingend anzugeben, sofern eine Angabe im Datenelement *Operation* enthalten ist.

7. Operation

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement eine im Rahmen der Krankenhausbehandlung durchgeführte Operation oder Prozedur nach dem amtlichen Operationenschlüssel nach § 301 SGB V (linksbündig ohne Sonderzeichen „.“ oder „-“). Im zweiten Datenelement kann eine Lokalisation der Operation oder der Prozedur entsprechend der Spezifizierung des amtlichen OP-Schlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Operation oder Prozedur relevant ist.

Bei Fallpauschalen und Sonderentgelten ist der Operationenschlüssel entsprechend den Festlegungen nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung anzugeben.

Weitere im Rahmen der stationären Krankenhausbehandlung durchgeführten Operationen und Prozeduren können durch bis zu 999-maliges Verwenden des Segmentes FAB angegeben werden.

ab 1.1.2013

Als Operation sind grundsätzlich operative Maßnahmen sowie nicht-operative Maßnahmen entsprechend den Deutschen Kodierrichtlinien anzugeben. Insbesondere ist P005 *Multiple/ Bilaterale Prozeduren* zu beachten.

Die Angabe der Operation ist unabhängig von der Diagnosenangabe, gegebenenfalls können Prozeduren auch ohne Diagnosen angegeben werden.

Prozeduren, die im Rahmen der vor- bzw. nachstationären Behandlung erbracht werden, dürfen nur dann angegeben werden, soweit und solange die vor- bzw. nachstationäre Behandlung nicht gesondert vergütet wird (§1 Abs. 6 Satz 4 FPV).

Hinweis zu den neuen OPS-Schlüsseln 9-60 bis 9-69 sowie 1-903 und 1-904

Die Vertragspartner der „Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17 d KHG (Psych-Entgeltsystem)“ sind sich einig, dass im 1. Halbjahr 2010 auf Sanktionen bei fehlender oder fehlerhafter Übermittlung der OPS 9-60 bis 9-69 sowie 1-903 und 1-904 verzichtet wird. Die Rechnung darf nicht aus diesem Grund abgewiesen werden.

ab 1.1.2013 8. ~~Zusatzschlüssel 1 Operation~~ (Angabe entfällt)

~~Bei Fallpauschalen und Sonderentgelten ist entsprechend den Festlegungen nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 BPAV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung in den Fällen, in denen ein zweiter Operationsschlüssel gefordert ist, dieser mit dem Zusatzschlüssel 1 Operation im ersten Datenelement (linksbündig ohne Sonderzeichen „“ oder „“) anzugeben. Im zweiten Datenelement kann eine Lokalisation der Operation oder der Prozedur entsprechend der Spezifizierung des amtlichen OP-Schlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Operation oder Prozedur relevant ist.~~

ab 1.1.2013 9. ~~Zusatzschlüssel 2 Operation~~ (Angabe entfällt)

~~Bei Fallpauschalen und Sonderentgelten ist entsprechend den Festlegungen nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 BPAV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung in den Fällen, in denen ein dritter Operationsschlüssel gefordert ist, dieser mit dem Zusatzschlüssel 2 Operation im ersten Datenelement (linksbündig ohne Sonderzeichen „“ oder „“) anzugeben. Im zweiten Datenelement kann eine Lokalisation der Operation oder der Prozedur entsprechend der Spezifizierung des amtlichen OP-Schlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Operation oder Prozedur relevant ist.~~

Segment Fehlermeldung (FHL)

(FHL ist bis zu 20-mal möglich)

1. Segment

Es ist der Name des fehlerhaften Segmentes anzugeben.

2. Segmentposition

Bei wiederholbaren Segmenten ist anzugeben, welches Segment innerhalb des Wiederholungsblocks fehlerhaft ist. Die Zählung erfolgt segmenttypbezogen (z.B. 4. FAB- oder 3. ENT-Segment).

3. Feldposition

Es ist die Nummer des fehlerhaften Datenelements in dem durch *Segment* (Name) und *Segmentposition* identifizierten Segment anzugeben.

4. Text

Es kann ein freier Text zur Erläuterung des Fehlers angegeben werden.

5. Fehlercode

Siehe Anhang C zu Anlage 2 (Fehlercodes).

6. Anwendungsreferenz (Dateiname)

Name der Datei, in der der Fehler aufgetreten ist (aus UNB).

7. Datum/Uhrzeit der Erstellung

Erstellungsdatum und Uhrzeit der Datei, in der der Fehler aufgetreten ist (aus UNB).

8. Nachrichtenreferenznummer

Laufende Nummer des Datenpaketes, in dem der Fehler aufgetreten ist (aus UNH).

9. Datenaustauschreferenz (Dateinummer)

Laufende Nummer der Datei, in der der Fehler aufgetreten ist (aus UNB).

Segment Funktion (FKT)

1. Verarbeitungskennzeichen

Das Verarbeitungskennzeichen gibt an, ob es sich um einen Normalfall, eine Änderung, ein Storno einer Entlassungsanzeige oder ein Fallstorno handelt (siehe Schlüssel 9 und Anlage 4, Abschnitt 7).

Mit dem Verarbeitungskennzeichen wird für einen Rechnungssatz Ambulante Operation zusätzlich angegeben, ob er für eine ambulante Operation nach § 115b SGB V, eine ambulante Behandlung nach § 116b Abs. 2 SGB V oder eine Leistung nach §§ 117 bis 119, 120 Abs. 1a oder 140a SGB V erstellt wurde.

ab 1.7.2012 Die Schlüsselausprägung im Feld „Verarbeitungskennzeichen“ muss inhaltlich mit der entsprechenden Einrichtungsart im Feld „Entgeltart“ des ENA-Segmentes korrespondieren.

2. Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles

Als laufende Nr. ist als Standardwert „01“ anzugeben. Bei mehrfach vorkommenden Nachrichten ist sie fortlaufend zu erhöhen (siehe Anlage 4, Abschnitt 7.2 und 7.3).

Beispiele Verarbeitungskennzeichen und Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles in FKT:

Nachricht VKz. Lfd. Nr. Bemerkung

Änderung und Fallstorno

AUFN	10	01	normaler Aufnahmesatz
AUFN	20	01	Änderung
AUFN	30	01	Stornierung des Falls

Rechnungskorrektur

RECH	10	01	Rechnungssatz (Zwischenrechnung, <i>Rechnungsart</i> : „01“)
RECH	10	02	Rechnungsstorno mit <i>Rechnungsart</i> : „04“
RECH	10	03	Korrigierte (Zwischen-) Rechnung (<i>Rechnungsart</i> : „01“)

Rechnungskorrektur und Fallstorno bei AMBO

AMBO	10	01	Rechnungssatz Amb. OP (mit <i>Rechnungsart</i> : „02“)
AMBO	10	02	Rechnungsstorno (<i>Rechnungsart</i> : „04“)
AMBO	10	03	korrigierte Rechnung (<i>Rechnungsart</i> : „02“)
AMBO	30	01	Stornierung des Falls (mit <i>Rechnungsart</i> : „02“) wirksam für <i>Lfd. Nr.</i> : „01“ bis „03“

Korrektur einer Entlassungsanzeige

ENTL	10	01	Entlassungsanzeige
RECH	10	01	Rechnungssatz für Schlussrechnung, <i>Rechnungsart</i> : „02“
RECH	10	02	Rechnung für Gutschrift, <i>Rechnungsart</i> : „04“
ENTL	40	01	Stornierung der Entlassungsanzeige
ENTL	10	02	neue (korrigierte) Entlassungsanzeige
RECH	10	03	neue (korrigierte) Schlussrechnung, <i>Rechnungsart</i> : „02“

Eine mit Fehlerhinweis (Segment FHL) zurückgewiesene Nachricht enthält bei erneuter Übermittlung nach Korrektur das Verarbeitungskennzeichen und die laufende Nummer der ursprünglichen Nachricht.

3. IK des Absenders

Als IK des Absenders ist das Institutionskennzeichen des Krankenhauses bzw. der Krankenkasse anzugeben.

Das IK des Absenders darf - bezogen auf einen Krankenhaus-Behandlungsfall - nicht geändert werden (Ausnahme: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers).

4. IK des Empfängers

Als IK des Empfängers ist das Institutionskennzeichen der Krankenkasse bzw. des Krankenhauses anzugeben.

Das Institutionskennzeichen der Krankenkasse ist der Krankenversichertenkarte/eGK zu entnehmen. Es ist auf der Krankenversichertenkarte lediglich mit der 3. bis 9. Stelle enthalten, für die 1. und 2. Stelle ist stets der Wert „10“ (Klassifikation für GKV) hinzuzufügen. Liegt die Krankenversichertenkarte/eGK im Einzelfall nicht vor, so ist das Institutionskennzeichen des Kostenträgers zu verwenden.

Hinweis

ab 1.1.2013

zur Anspruchsberechtigung bei Abrechnung von Behandlungen nach §§ 117-119 SGB V:

Zum Nachweis seiner Anspruchsberechtigung ist der Versicherte verpflichtet, seine Krankenversichertenkarte (§ 291 SGB V) vorzulegen. Endet die Anspruchsberechtigung eines Versicherten bei seiner Krankenkasse im Laufe des Behandlungsfalls im Quartal, hat die am Tag des Zugangs zuständige Krankenkasse die Vergütung für die erbrachten Leistungen zu entrichten. Dasselbe gilt für den Fall des Kassenwechsels.

Bei abweichenden Regelungen in den Vereinbarungen nach § 120 Abs. 2 SGB V sind diese vorrangig anzuwenden.

Verwendung der Institutionskennzeichen (IK)

Die Beantragung eines IK oder einer Änderung der zugehörigen Angaben (Adresse, Kontoverbindung usw.) erfolgt bei der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin, die die für die Verwaltung der IK zuständige Stelle ist. Änderungen sollten immer prospektiv erfolgen. Zur Zeit werden sie erst frühestens 14 Tage nach Bestätigung bei den Krankenkassen wirksam.

Die Krankenhäuser sind für die Richtigkeit der IK-Angaben zuständig. Werden von einem Krankenhaus mehrere IK verwendet, ist zu beachten, dass davon ein IK mit einem Zertifikat für die kryptographische Verschlüsselung verbunden sein muss (s. Anhang zu Anlage 4); dieses IK nimmt die Funktion eines Haupt-IK für die Datenübermittlung und Abrechnung ein.

Ein Wechsel des Haupt-IK ist möglich, ist aber mit erheblichem Aufwand bei der Datenhaltung, der kryptographischen Verschlüsselung und der Abgrenzung von Abrechnungszeit-räumen verbunden und kann durch die Notwendigkeit der Informationsverteilung auf Seiten der Krankenkassen nur mit einem zeitlichen Vorlauf erfolgen. Deshalb sollte ein Wechsel möglichst vermieden werden.

Bei den Krankenkassen wird das Haupt-IK zusätzlich als Ordnungsbegriff für die Datenhaltung von krankenhausesbezogenen Daten benutzt. Verfügt ein Krankenhaus nicht über ein Zertifikat für die kryptographische Verschlüsselung, wird von den Krankenkassen als Haupt-IK das zeitlich erste IK verwendet. Die Information über die von den Krankenkassen verwendeten Haupt-IK aller in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Krankenhäuser wird entsprechend Anlage 4, Ziffer 8.1 über das Internet mit wöchentlicher Aktualisierung bereitge-

stellt. Stellt ein Krankenhaus eine Abweichung zwischen dem von ihm verwendeten und dem in der Datei angegebenen Haupt-IK fest, sollte das Krankenhaus auf das in der Datei angegebene Haupt-IK umstellen oder den vdek als zuständigen Verband informieren.

Beim Wechsel der Bankverbindung sollte für die neue Kontoverbindung kein neues IK beantragt werden, sondern die Kontoverbindung des bisherigen IK auf die neue Bankverbindung aktualisiert werden. Sollte für ein Haupt-IK die alte Bankverbindung noch nicht stillgelegt werden, so wäre die Bankverbindung für das Haupt-IK zu aktualisieren und für die alte Bankverbindung ein neues IK zu beantragen.

Segment Information Versicherter (INV)

1. Krankenversicherten-Nr.

Die Krankenversichertennummer ist eine von der Krankenkasse vergebene Nummer zur eindeutigen Identifikation eines jeden einzelnen Versicherten. Sie ist auf der Krankenversichertenkarte/eGK enthalten. Die Krankenversichertennummer ist in der auf der Krankenversichertenkarte/eGK angegebenen Länge und Ausprägung - einschließlich evtl. vorhandener führender Nullen - zu übermitteln.

Liegt die Krankenversichertenkarte/eGK bei der Aufnahme des Patienten nicht vor, so kann die Krankenversicherten-Nr. aus dem Einweisungsvordruck des Vertragsarztes übernommen werden.

Bei Notfallaufnahmen von Patienten, deren Krankenversicherten-Nr. nicht ermittelt werden kann, wird die Krankenversicherten-Nr. von der Krankenkasse gemeldet.

Bei Neugeborenen (eigener Fall), die noch keine Krankenversicherten-Nr. haben, bleibt das Feld leer. Bei gesunden Neugeborenen muss in den Datenmeldungen zu einer Geburt für nicht im Ausland versicherte Mütter die Krankenversicherten-Nr. der Mutter angegeben werden, siehe Abschnitt 1.4.1 Versorgung von Neugeborenen im G-DRG-System.

Hinweis

Von der neuen Krankenversichertennummer wird nur der unveränderbare Teil der ersten 10 Stellen in den Datenfeldern „*Krankenversicherten-Nr.*“ angegeben.

2. Versichertenstatus

Der Versichertenstatus (Schlüssel 12) enthält die Information über die Art der Versicherung (Mitglied/Familienversicherter/Rentner), über die Zugehörigkeit zu den Stichprobenversicherten im Rahmen der Datenerhebung zum Risikostrukturausgleich nach § 267 SGB V und über den *Ost-/West-Status*. Der Versichertenstatus ist auf der Krankenversichertenkarte enthalten. (*Leerstellen* sind mit „0“ zu übermitteln.) Trotz der geänderten Verschlüsselung des Versichertenstatus in der eGK bleibt dieser inhaltlich unverändert und kann auch bei Vorliegen einer eGK unverändert mit Schlüssel 12 angegeben werden.

Bei Auslandsversicherten: „99999“.

Liegen die Angaben der Krankenversichertenkarte/eGK nicht vor, erfolgt keine Angabe. Das Datenfeld wird bis zum endgültigen Auslaufen der KVK auch aus den Daten der eGK weiterhin gefüllt.

Hinweis:

Trotz der geänderten Verschlüsselung in der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) bleibt der Versichertenstatus inhaltlich unverändert.

3. Gültigkeit der Krankenversichertenkarte

Das Gültigkeitsdatum ist auf der Krankenversichertenkarte enthalten. Liegt sie nicht vor, entfällt die Angabe.

4. KH-internes Kennzeichen des Versicherten

Das krankenhausinterne Kennzeichen dient mit dem IK des Krankenhauses zur eindeutigen Bestimmung des Behandlungsfalls. Mit der Vergabe des KH-internen Kennzeichens muss die eindeutige Identifikation des Behandlungsfalls sichergestellt sein. Es ist in der Regel die fortlaufend vergebene Aufnahmeummer.

Hinweis bei Abrechnung von Behandlungen nach §§ 117-119 SGB V:

Der Behandlungsfall umfasst grundsätzlich alle Leistungen in einem Kalendervierteljahr. Davon abweichend können für einen Versicherten in einem Leistungsbereich unterschiedliche Behandlungsfälle mit jeweils eigenem KH-internen Kennzeichen des Versicherten, entsprechend der jeweiligen Vereinbarung, abrechenbar sein.

5. Fall-Nummer der Krankenkasse

Die Fall-Nummer dient der Krankenkasse zur internen Zuordnung des Behandlungsfalls. Sie wird dem Krankenhaus von der Krankenkasse mit dem Kostenübernahmesatz übermittelt.

6. Aktenzeichen der Krankenkasse

Das Aktenzeichen dient der Krankenkasse zur internen Zuordnung des Behandlungsfalls. Es wird von der Krankenkasse mit dem Kostenübernahmesatz übermittelt.

7. Tag des Beginns des Versicherungsschutzes

Das Datum ist nicht auf der Krankenversichertenkarte enthalten; es wird von der Krankenkasse mit dem Kostenübernahmesatz gemeldet. Die Angabe entfällt im Aufnahmesatz und im Rechnungssatz Ambulante Operation.

8. Vertragskennzeichen

Erfolgt die Behandlung und/oder Abrechnung auf Basis individueller Verträge (z.B. integrierte Versorgung, Modellvorhaben nach § 64b Abs. 1 SGB V oder DMP) ist das Vertragskennzeichen des zu Grunde liegenden Vertrages anzugeben.

Segment Kostenübernahme (KOS)

1. Datum der Kostenübernahme

Es ist das Ausstellungsdatum der Kostenübernahme anzugeben.

1. Merkmal Kostenübernahme

Mit dem Merkmal Kostenübernahme (Schlüssel 8) wird dem Krankenhaus mitgeteilt, ob eine Kostenübernahme erfolgt oder aus welchem Grund diese zurückgestellt/abgelehnt wird. Ein Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers während der Behandlung wird von der neu zuständigen Krankenkasse über das Merkmal „02“ [Änderung der Kostenübernahme (Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers)] mitgeteilt.

2. Kostenübernahme ab

Es ist das Datum anzugeben, ab dem die Kostenübernahme durch die Krankenkasse wirksam ist. Die Abrechenbarkeit einer vorstationären Leistung bleibt von dieser Angabe unberührt.

Bei Wiederaufnahme eines Fallpauschalen-Patienten ist als Datum der Tag der Wiederaufnahme anzugeben, unbeschadet einer noch nicht abgelaufenen Grenzverweildauer der Fallpauschale. Bei Ablehnung: leer.

3. Kostenübernahme bis

Soweit in dem Vertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V auf Landesebene eine befristete Kostenübernahmeerklärung durch die Krankenkasse vereinbart ist, wird das Datum angegeben, bis zu dem die Kostenübernahme durch die Krankenkasse wirksam ist. Bei Ablehnung: leer.

4. Zuzahlungstage

Über das Feld Zuzahlungstage informiert die Krankenkasse das Krankenhaus darüber, für wieviele Tage (längstens 28) der Versicherte zuzahlungspflichtig ist (§ 39 Abs. 4 Satz 1 SGB V). Die Höhe der Zuzahlung ergibt sich aus dem (Zuzahlungs-) Betrag nach § 61 Satz 2 SGB V (je Kalendertag 10 EUR).

Befreiungen von der Zuzahlung sind mit „0“ oder einem leeren Feld zu kennzeichnen. Bei Ablehnung bleibt das Feld leer.

5. Höchstbetrag je Tag

Das Feld hat nur für Versicherte der Knappschaft Bedeutung (siehe Schlüssel 8).

ab 1.1.2013 Segment Leistungsdokumentation (LEI)

(LEI ist bis zu 999-mal möglich)

1. Leistungsart

Zur Unterscheidung der Leistungsarten enthält das Datenelement die Angaben gemäß Schlüssel 24.

2. Leistungsschlüssel

Die Schlüsselausprägungen der unterschiedlichen Leistungsarten (Schlüssel 22, 23 oder „9999“) werden in diesem Datenfeld dargestellt.

Bei geplanten ambulanten Operationen, die nicht zustande kommen (z.B. Nichterscheinen des Patienten), obwohl bereits Vorleistungen erbracht wurden, ist dies durch die Angabe „9999“ anzuzeigen.

3. Leistungstag

Es ist das Datum der Leistung anzugeben. Bei der Ausprägung der Leistungsart „A2“ (Leistungsbereich der Behandlung nach § 116b SGB V gemäß Schlüssel 22) und „A3“ gemäß Schlüssel 24 (Ambulante Operation ist nicht zustande gekommen) ist kein Leistungstag anzugeben.

Segment Name/Adresse (NAD)

1. Name des Versicherten

Es ist der Familienname ohne Namenszusätze oder Vorsatzworte anzugeben.

2. Vorname des Versicherten

Der Vorname ist ohne Namenszusätze oder Vorsatzworte anzugeben.

Bei Neugeborenen (eigener Fall), bei denen der Vorname noch nicht bekannt ist, ist „*Säugling m*“ für männliche und „*Säugling w*“ für weibliche Säuglinge anzugeben.

3. Geschlecht

Es ist mit „w“ für weiblich oder „m“ für männlich das Geschlecht des Versicherten anzugeben (Schlüssel 21).

4. Geburtsdatum des Versicherten

Für Versicherte, deren Geburtsdatum nicht bekannt ist, sind zum Teil Krankenversichertenkarten/eGK mit Geburtsdatum „xxxx0000“ vorhanden (xxxx = tatsächliches oder angebliches Geburtsjahr).

5. Straße und Haus-Nr.

(Bei Inlandsanschriften in kleinen Gemeinden nicht immer vorhanden.)

6. Postleitzahl

Es ist die 5-stellige Postleitzahl als Bestandteil der Postanschrift des Versicherten anzugeben. Bei Auslandsanschriften kann sie entfallen (NAD-8 vorhanden und nicht „D“) oder bis zu 7 Stellen lang sein.

7. Wohnort

8. Titel des Versicherten

9. Internationales Länderkennzeichen

Das internationale Länderkennzeichen (Schlüssel 7) ist Bestandteil der Postanschrift bei im Ausland wohnhaften Versicherten.

Wird im Segment INV die Krankenversicherten-Nr. übermittelt, so können in NAD die Angaben ab „Geburtsdatum des Versicherten“ entfallen.

Name und Vorname des Versicherten sind in NAD immer zu übermitteln.

Segment Nebendiagnose (NDG)

(NDG ist bis zu 40-mal innerhalb einer Segmentgruppe SG1 möglich)

NDG ist das 2. Segment in der Segmentgruppe SG1 (ETL-NDG). SG1 dient der Dokumentation des Ablaufs der Krankenhausbehandlung. Es werden die bei der Entlassung bzw. Verlegung aus der angegebenen Fachabteilung festgestellten Diagnosen übermittelt. Bei internen Verlegungen ist in der letzten SG1 die für den gesamten Krankenhausbehandlungsfall maßgebliche Hauptdiagnose (und Nebendiagnosen) anzugeben. Als Fachabteilung ist der Pseudocode „0000“ zu übermitteln.

1. Nebendiagnose

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement eine zusätzlich zur Hauptdiagnose vom behandelnden Krankenhausarzt festgestellte Nebendiagnose. Sie ist mit dem amtlichen ICD-Schlüssel anzugeben (linksbündig mit Sonderzeichen „“, „-“ und „#“ (Kreuzdiagnose) ohne Leerzeichen). In dem 2. Datenelement kann eine Lokalisation entsprechend der Spezifizierung des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern diese Angaben zur Spezifikation der Diagnose relevant sind.

Weitere Nebendiagnosen können durch bis zu 40-maliges Verwenden des Segmentes NDG angegeben werden.

2. Sekundär-Diagnose

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement die Angabe eines zusätzlichen Diagnoseschlüssels, sofern die Nebendiagnose eine zweite Diagnoseangabe erfordert. Sie ist mit dem amtlichen ICD-Schlüssel anzugeben (linksbündig mit Sonderzeichen „.“, „-“, „*“ (Stern-diagnose) und „!“ (optionale Diagnose) ohne Leerzeichen). In dem 2. Datenelement kann eine Lokalisation entsprechend der Spezifizierung des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern diese Angaben zur Spezifikation der Diagnose relevant sind.

Segment Prozedur (PRZ)

(PRZ ist bis zu 30-mal möglich)

1. Prozedur

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement eine im Rahmen der ambulanten Krankenhausbehandlung durchgeführte Operation oder Prozedur. Sie ist mit dem amtlichen Operationenschlüssel nach § 301 SGB V (linksbündig ohne Sonderzeichen „“ oder „-“) angegeben. Im zweiten Datenelement kann eine Lokalisation der Operation oder der Prozedur entsprechend der Spezifizierung des amtlichen OP-Schlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Operation oder Prozedur relevant ist.

Weitere im Rahmen der ambulanten Krankenhausbehandlung durchgeführten Operationen und Prozeduren können durch bis zu 30-maliges Verwenden des Segmentes PRZ angegeben werden.

~~Bei geplanten ambulanten Operationen, die nicht zustande kommen (z.B. Nichterscheinen des Patienten), obwohl bereits Vorleistungen erbracht wurden, ist dies in einem PRZ-Segment im ersten Datenelement durch die Angabe „9999“ anzuzeigen. Darüber hinaus ist bei Meldung des Pseudo-Prozeduren-Schlüssels das Feld OPS-Version im DPV-Segment zu füllen. Das Feld Lokalisation im PRZ-Segment ist hingegen nicht anzugeben.~~ entfällt ab 1.1.2013

~~Bei ambulanten Behandlungen nach § 116b SGB V ist in einem PRZ-Segment an Stelle eines Prozedurenkodes der Leistungsbereich der Behandlung nach Schlüssel 22 anzugeben.~~ entfällt ab 1.1.2013

Hinweis bei Abrechnung von Behandlungen nach §§ 117–119 SGB V:

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.

2. Prozedurentag

ab 1.1.2013

Es ist das Datum der Operation bzw. des Beginns der durchgeführten Prozedur anzugeben.

3. Lebendspende

ab 1.1.2013

Vorbereitende Untersuchungen, die im Zusammenhang mit einer geplanten Lebendspende im Rahmen der vertraglich vereinbarten ambulanten Behandlung in Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V durchgeführt werden, sind zu übermitteln. Es ist in diesem Fall ein „J“ zu verschlüsseln. In allen anderen Fällen bleibt dieses Feld leer.

Segment Reha/Behandlung/Geeignete Einrichtung (RBG)

(RBG ist bis zu 10-mal möglich)

1. Durchgeführte Rehabilitationsmaßnahme

Das Feld dient zur Angabe der im Krankenhaus durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen anhand des Schlüssels 2.

Die Angabe kann auch mit Vordruck erfolgen, für diesen Fall enthält die Anlage 3 die erforderlichen Angaben.

2. Vorschlag für die weitere Behandlung

Falls vom Krankenhausarzt Vorschläge für die weitere Behandlung gemacht werden, werden diese durch den Schlüssel 13 gemeldet.

Die Angabe kann auch mit Vordruck erfolgen, für diesen Fall enthält die Anlage 3 die erforderlichen Angaben.

3. Vorschlag für geeignete Einrichtungen

Falls vom Krankenhausarzt Vorschläge für geeignete Einrichtungen zur weiteren Behandlung gemacht werden, werden diese durch Schlüssel 14 (Institutionskennzeichen der Einrichtung) angegeben.

Die Angabe kann auch mit Vordruck erfolgen, für diesen Fall enthält die Anlage 3 die erforderlichen Angaben.

Segment Rechnung (REC)

1. Rechnungsnummer

Die Rechnungsnummer dient der eindeutigen Identifizierung der Einzelrechnung. Dies gilt auch über verschiedene Leistungsbereiche hinweg.

2. Rechnungsdatum

Als Rechnungsdatum ist das Datum der Rechnungsstellung anzugeben.

3. Rechnungsart

Die Rechnungsart (Schlüssel 11) enthält die Information, ob es sich bei dem übermittelten Datensatz um eine Zwischenrechnung, Schlussrechnung o.ä. handelt. Mit dem Schlüssel 11 wird auch angegeben, ob das Krankenhaus die Übermittlung des entsprechenden Zahlungssatzes anfordert oder nicht.

4. Aufnahmetag/Tag des Zugangs

Bei einer voll- oder teilstationären Behandlung oder stationären Entbindung ist der Aufnahmetag, bei ambulanter Operation/Behandlung im Krankenhaus oder bei vorstationärer Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung ist der Tag des ersten Zugangs anzugeben. Die Abrechnung ambulanter Operationen/Behandlungen erfolgt nach den am Tag des ersten Zuganges geltenden Abrechnungsregeln mit zugehörigem Leistungskatalog, Schlüsselkatalogen und Punktwert.

Hinweis bei Abrechnung von Behandlungen nach §§ 117–119 SGB V:

Eine Übertragungsdatei kann Fälle aus verschiedenen Quartalen enthalten. Als Tag des Zugangs wird der Tag des Erstkontakts in dem Abrechnungsquartal ausgewiesen.

5. Rechnungsbetrag

Der Rechnungsbetrag (mit zwei Nachkommastellen) enthält den aus den einzelnen Entgeltelementen (Segment Entgelte: *Entgeltbetrag* x *Entgeltanzahl*, bei Abschlägen zu subtrahieren) abzüglich der Zuzahlung bei *Zuzahlungskennzeichen* „2“ oder „3“ (siehe Schlüssel 15) errechneten Betrag, der in Rechnung gestellt wird.

Bei Rechnungssatz Ambulante Operation:

Rechnungsbetrag = Summe (Entgeltbetrag x Entgeltanzahl) + Pauschale + Summe der Einzelvergütungen ./.. Zuzahlung

6. Debitoren-Konto-Nr. des Krankenhauses

Die Debitoren-Konto-Nr. dient zur internen Weiterleitung und Verbuchung des von der Krankenkasse gezahlten Rechnungsbetrages in der Finanzbuchhaltung des Krankenhauses.

7. Referenznummer des Krankenhauses

8. IK des KH für Zahlungsweg

Über das Institutionskennzeichen des Krankenhauses wird auch die Konto-Nr. und Bankleitzahl zugeordnet. Soll der Rechnungsbetrag abweichend von dem im Segment FKT angegebenen IK/Zahlungsweg auf ein anderes Konto überwiesen werden, dient das Feld *IK des KH für Zahlungsweg* zur Angabe des abweichenden Zahlungsweges. Voraussetzung ist, dass das Krankenhaus über ein gültiges weiteres Institutionskennzeichen verfügt.

9. Honorarsumme (für Pauschale) (nur bei Rechnungssatz Ambulante Operation)

ab 1.1.2013,
1.7.2013

Die *Honorarsumme (für Pauschale)* ist die Summe der Beträge, die sich aus den Entgeltsegmenten im Rechnungssatz ambulante OP ergeben (in der Regel: Entgeltbetrag x Entgeltanzahl zuzüglich mit dem Segment Einzelvergütung (EZV) mit Merkmal ,05' (honorarsummenrelevante Pauschalvergütung) oder ,06' (teilweise honorarsummenrelevante Pauschalvergütung) nach Schlüssel 3 (Einzelvergütung Ambulante Operation, Erläuterung) im Feld „Honorarsummenrelevanter Anteil“ in Rechnung gestellter Entgelte. Die aus den ENA-Segmenten in die Honorarsumme (für Pauschale) eingehenden Beträge sind im Feld „in Honorarsumme für Pauschale enthalten“ mit „J“ zu kennzeichnen. In das Feld *Honorarsumme (für Pauschale)* ist die Summe, der Beträge dieser EBM-Ziffern einzutragen. Ggf. wird „Honorarsumme (für Pauschale)“ um „Honorarsummenrelevante Anteile“ erhöht, die über EZV in Rechnung gestellt werden. Sofern eine leistungsbezogene Kostenpauschale des Kapitels 40 des EBM in Rechnung gestellt wird, ist die entsprechende ärztliche Leistung des EBM für die Berechnung der Zuschlagshöhe nach § 9 Abs. 3 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V auszuklammern. Nach § 9 Abs. 4 sind für die Berechnung der Zuschlagshöhe unter anderem die Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM ebenfalls nicht zu berücksichtigen.

ab 1.1.2013,
1.7.2013

Für Leistungen nach §§ 116b, 117, 118 und 119 SGB V, für Leistungen im Rahmen eines Vertrages nach § 140a SGB V oder bei Abrechnung einer Pauschale nach § 120 Abs. 1a SGB V ist als *Honorarsumme (für Pauschale)* „0,00“ anzugeben.

10. Pauschale (nur bei Rechnungssatz Ambulante Operation)

Nach § 9 Abs. 3 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V werden die Sachkosten, die nicht anderweitig abgegolten sind, durch einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 7,0% vergütet. Die Berechnung erfolgt auf Basis des Wertes im Feld „*Honorarsumme (für Pauschale)*“.

Bei ambulanten Behandlungen nach § 116b Abs. 2 SGB V, Leistungen nach §§ 117, 118 und 119 SGB V, Leistungen im Rahmen eines Vertrages nach § 140a SGB V oder bei Abrechnung einer Pauschale nach § 120 Abs. 1a SGB V wird dieses Feld nicht verwendet oder mit „0,00“ gefüllt.

Segment Rechnungsdaten (RED)

(RED ist 1-mal in ZGUT und bis zu 99999-mal in SAMU möglich)

ab 1.1.2013

1. Rechnungsnummer

Die Rechnungsnummer dient der Identifizierung der Einzelrechnungen/Gutschrift.

In einer Sammelüberweisung sind die Rechnungsnummern der ursprünglichen Rechnungen anzugeben

Bei einer Zuzahlungsgutschrift ist für jede Gutschrift eine eigene Rechnungsnummer zu vergeben.

2. a) Rechnungsdatum (bei Sammelüberweisung)

Als Rechnungsdatum ist das Datum der ursprünglichen Rechnungen anzugeben.

2. b) Gutschriftsdatum (bei Zuzahlungsgutschrift)

Als Gutschriftsdatum ist das Datum der Gutschreibung anzugeben.

3. a) Rechnungsbetrag (bei Sammelüberweisung)

Der Rechnungsbetrag enthält die in den ursprünglichen Rechnungen in Rechnung gestellten Beträge.

3. b) Gutschriftsbetrag (bei Zuzahlungsgutschrift)

Der Gutschriftsbetrag enthält den gutgeschriebenen Zuzahlungsbetrag

4. Referenznummer der Krankenkasse (nur bei Sammelüberweisung)

Die Referenznummer dient der Krankenkasse zur internen Zuordnung der Einzelrechnungen (z.B. bei Rückfragen seitens des Krankenhauses.)

5. Rechnungsart

Die Rechnungsart enthält die Information, ob es sich bei dem übermittelten Datensatz um eine Rechnung, Gutschrift o. ä. handelt. Sie ist der ursprünglichen Rechnung des Krankenhauses zu entnehmen. Für Zuzahlungsgutschriften ist als *Rechnungsart* „80“ (Zuzahlungsgutschrift) oder „90“ (Rückforderung von Zuzahlung) zu verwenden.

6. Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen (nur bei Sammelüberweisung)

Das Feld enthält die Information, welcher Betrag der ursprünglichen Rechnung des Krankenhauses von der Krankenkasse zur Zahlung angewiesen wurde. Bei Abweichungen vom Rechnungsbetrag ist dieser dem der ursprünglichen Rechnung zugehörigen Zahlungssatz zu entnehmen.

7. KH-internes Kennzeichen des Versicherten (nur bei Sammelüberweisung)

Das krankenhausinterne Kennzeichen dient mit dem IK des Krankenhauses zur eindeutigen Bestimmung des Behandlungsfalls zur aufgeführten Rechnung. Es ist dem INV-Segment der ursprünglichen Rechnung des Krankenhauses zu entnehmen.

8. IK des Krankenhauses für Zahlungsweg
(nur Zuzahlungsgutschrift/-rückforderung)

Über das Institutionskennzeichen des Krankenhauses wird auch die Konto-Nr. und Bankleitzahl zugeordnet. Soll der Rechnungsbetrag abweichend von dem in dem IK des Krankenhauses im Segment FKT angegebenen Zahlungsweg auf ein anderes Konto überwiesen werden, dient das Feld „IK des KH für Zahlungsweg“ zur Angabe des abweichenden Zahlungsweges. Voraussetzung ist, dass das Krankenhaus über ein gültiges weiteres Institutionskennzeichen verfügt.

Segment Rechnungszusatz Ambulante Operation (RZA)

1. Fachabteilung

Die Fachabteilung ist nach Schlüssel 6 anzugeben.

2. Arztnummer des überweisenden Arztes

Die Arztnummer des überweisenden Arztes ist bei ambulanter Leistung anzugeben, wenn der Versicherte von einem Vertragsarzt in das Krankenhaus zur ambulanten Operation/Behandlung überwiesen wurde. (Der Einweisungsvordruck enthält als Folge der Umsetzung des VÄndG ab 1.7.2008 sowohl die Betriebsstättennummer als auch die Arztnummer.)

Bei Abrechnung von ambulanten Leistungen nach § 116b Abs. 2, 117, 118 oder 119 SGB V nach hausinterner Überweisung ist das Datenfeld mit der Pseudoarztnummer „99999900“ zu füllen.

3. Betriebsstättennummer des überweisenden Arztes

Die Betriebsstättennummer des überweisenden Arztes ist aus dem Überweisungsvordruck zu übernehmen. (Der Überweisungsvordruck enthält als Folge der Umsetzung des VÄndG ab 1.7.2008 sowohl die Betriebsstättennummer als auch die Arztnummer.)

Bei Abrechnung von ambulanten Leistungen nach § 116b Abs. 2, 117, 118 oder 119 SGB V nach hausinterner Überweisung ist das Datenfeld mit der Pseudoarztnummer „99999900“ zu füllen.

4. Zahnarztnummer des überweisenden Zahnarztes

Die Zahnarztnummer des überweisenden Zahnarztes ist bei ambulanter Leistung anzugeben, wenn der Versicherte von einem Vertragszahnarzt in das Krankenhaus zur ambulanten Operation überwiesen wurde.

5. Überweisungsdiagnose

Bei ambulanter Leistung in Verbindung mit einer Überweisung durch einen Vertragsarzt ist im ersten Datenelement der Datenelementgruppe die Überweisungsdiagnose anhand des Überweisungsscheins anzugeben. Sie ist nach dem amtlichen ICD-Schlüssel anzugeben (linksbündig mit Sonderzeichen „“, „-“ und „#“ (Kreuzdiagnose) ohne Leerzeichen). In dem 2. und 3. Datenelement können eine Lokalisation und/oder die Diagnosesicherheit entsprechend der Spezifizierung des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Diagnose relevant ist. Fehlt die Angabe des Vertragsarztes, entfällt eine Angabe durch das Krankenhaus.

6. Sekundär-Diagnose

Die Datenelementgruppe enthält im ersten Datenelement die Angabe eines zusätzlichen Diagnoseschlüssels, sofern die Überweisungsdiagnose eine zweite Diagnoseangabe erfordert. Sie ist nach dem amtlichen ICD-Schlüssel anzugeben (linksbündig mit Sonderzeichen „“, „-“, „*“ (Sterndiagnose) und „!“ (optionale Diagnose) ohne Leerzeichen). In dem 2. und 3. Datenelement kann eine Lokalisation und/oder die Diagnosesicherheit entsprechend der Spezifizierung des Diagnoseschlüssels erfolgen. Fehlt die Angabe des Vertragsarztes, entfällt eine Angabe durch das Krankenhaus.

ab 1.1.2013 7. Arztnummer des Belegarztes/kooperierenden Arztes

Erfolgt eine ambulante Operation oder ein sonstiger stationersetzender Eingriff gemäß § 115b Abs. 1 SGB V durch einen am Krankenhaus tätigen Belegarzt bzw. Vertragsarzt im Rahmen einer vertraglichen Zusammenarbeit, so ist die Arztnummer des Belegarztes bzw. niedergelassenen Vertragsarztes vom Krankenhaus auszuweisen.

ab 1.1.2013 8. Arztnummer eines weiteren kooperierenden Arztes

Erfolgt eine ambulante Operation oder ein sonstiger stationersetzender Eingriff gemäß § 115b Abs. 1 SGB V durch mehrere Vertragsärzte im Rahmen einer vertraglichen Zusammenarbeit, so ist die Arztnummer eines weiteren niedergelassenen Vertragsarztes zusätzlich zur Angabe im Datenfeld „Arztnummer des kooperierenden Arztes“ in diesem Datenfeld vom Krankenhaus auszuweisen.

ab 1.1.2013 9. Betriebsstättennummer

Gleichartige Einrichtungsarten sind über die Fachabteilung im Segment RZA abzugrenzen. Die Betriebsstättennummer wird ergänzend zur Unterscheidung mehrerer gleichartiger Einrichtungsarten verwendet. Das Krankenhaus informiert die Vertragsparteien nach § 120 Abs. 2 SGB V vorab über die verwendeten Betriebsstättennummern. Eine Verpflichtung des Krankenhauses, Betriebsstättennummern zu verwenden, besteht nur in dem Maß, wie sie außerhalb und unabhängig von dieser Vereinbarung durch rechtlich verbindliche Vorgabe festgelegt ist.

Hinweis:

Für die Abrechnung ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung nach § 116b SGB V wird für das Abrechnungsverfahren der Krankenhäuser die Nachricht AMBO vorgesehen. Die Abrechnungsinformationen aller an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser ergeben sich aus der dreiseitigen Vereinbarung nach § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V. Soweit sich daraus ein Änderungsbedarf ergibt, wird die Nachricht AMBO angepasst.

Segment Text (TXT)

(TXT ist bis zu 10-mal möglich)

A Medizinische Begründung

Die medizinische Begründung ist auf Verlangen der Krankenkasse anzugeben, falls die vom Krankenhaus mit dem Aufnahmesatz gemeldete voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung überschritten wird. Sie kann wahlweise in maschinenlesbarer oder in nicht maschinenlesbarer Form angegeben werden. Für die Angabe in nicht maschinenlesbarer Form enthält die Anlage 3 die erforderlichen Angaben.

B Kostenübernahmesatz

Wahlweise Erläuterung zum Merkmal Kostenübernahme, insbesondere bei Ablehnung.

C Anforderung Medizinische Begründung

Erläuterung der Anforderung der Krankenkasse.

Segment Überweisungsdaten (UWD)

1. Rechnungsbetrag, Summe

Es ist die Summe aller im RED-Segment für die Sammelüberweisung zusammengefassten in Rechnung gestellten Rechnungsbeträge anzugeben.

2. Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen

Das Datenelement enthält die Information, welcher Betrag für die zusammengefassten Einzelrechnungen des Krankenhauses von der Krankenkasse zur Zahlung angewiesen wurde.

Bei einem von *Rechnungsbetrag, Summe* abweichenden Rechnungsbetrag erfolgt für jede aufgeführte Einzelrechnung, in der ein vom in Rechnung gestellten Betrag abweichender Zahlungsbetrag beglichen wird, zusätzlich die Übermittlung eines Zahlungssatzes.

3. IK des Krankenhauses für den Zahlungsweg

Über das Institutionskennzeichen des Krankenhauses wird auch die Konto-Nr. und Bankleitzahl zugeordnet. Wird der Rechnungsbetrag abweichend von dem im IK des Krankenhauses im Segment FKT angegebenen Zahlungsweg auf ein anderes Konto überwiesen, dient das Datenelement *IK des Krankenhauses für Zahlungsweg* zur Angabe des abweichenden Zahlungsweges.

Voraussetzung ist, dass das Krankenhaus den abweichenden Zahlungsweg in einem der Sammelüberweisung zu Grunde liegenden Rechnungssatz angegeben hat.

4. Sammelbelegnummer

Die Sammelbelegnummer dient zur eindeutigen Bestimmung der Überweisung. Sie wird von der Krankenkasse vergeben.

Segment Zuzahlung (ZLG)

1. Zuzahlungsbetrag

In der Zwischen- oder Schlussrechnung ist der vollständige Betrag (mit zwei Nachkommastellen) anzugeben, der vom Versicherten an das Krankenhaus zu leisten ist, oder „0,00“, wenn keine Zuzahlungspflicht besteht.

~~Im Rechnungssatz Ambulante Operation ist der Betrag anzugeben, der vom Versicherten an das Krankenhaus gezahlt wurde, oder „0,00“, wenn keine Zuzahlungspflicht besteht. [siehe aber 1.2.8.3 (Eigenbeteiligung)]~~ ab 1.1.2014

Auch der Entlassungstag fällt unter die Zuzahlungspflicht.

~~Im Falle von ambulanten Operationen entspricht der Zuzahlungsbetrag der ggf. zu leistenden Praxisgebühr. Durch Vor- und Nachbehandlungen kann sich eine ambulante Behandlung auf zwei Quartale erstrecken, so dass die Praxisgebühr von 10,00 EUR zweimal anfallen kann.~~ ab 1.1.2014

2. Zuzahlungskennzeichen

Über das Zuzahlungskennzeichen (Schlüssel 15) informiert das Krankenhaus die Krankenkasse über die Zuzahlungspflicht, die Leistung des Zuzahlungsbetrages durch den Versicherten oder eine vom Versicherten vorgelegte Quittung über die Verringerung oder den Wegfall der Zuzahlungspflicht oder eine vorgelegte gültige Bescheinigung über die Befreiung von der Zuzahlungspflicht.

[Hinweis: Mit dem Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen vom 20.12.2012 (BGBl. I S. 2789) ist die Zuzahlung bei ambulanter Behandlung (Praxisgebühr) durch Aufhebung des § 28 Abs. 4 SGB V ersatzlos mit Wirkung ab dem 1. Januar 2013 entfallen.]

Segment Zahlung/Prüfung (ZPR)

1. Rechnungsbetrag, angewiesen

Das Feld enthält die Information, welcher Betrag der Rechnung des Krankenhauses von der Krankenkasse zur Zahlung angewiesen wurde.

2. Prüfungsvermerk

Der Prüfungsvermerk (Schlüssel 10) enthält die Information der Krankenkasse, ob die Rechnung beglichen oder aus welchem Grund noch nicht beglichen wird.

Im Rahmen des Zuzahlungseinzugsverfahrens kann die Krankenkasse über den Prüfungsvermerk Belege über die entstandenen Kosten oder die Unzustellbarkeit im Verwaltungsverfahren anfordern und den Verzicht des Vollstreckungsverfahrens durch das Krankenhaus bestimmen.

3. Honorarsumme, neu berechnet

nur bei Zahlungssatz Ambulante Operation

4. Pauschale, neu berechnet

nur bei Zahlungssatz Ambulante Operation

Allgemeiner Hinweis

Datenelemente, die von einem Absender erstmalig gefüllt werden, müssen in einer vom Empfänger zurückzuübermittelnden Nachricht unverändert erhalten bleiben (z.B. KH-internes Kennzeichen des Versicherten, Fallnummer und Aktenzeichen der Krankenkasse, Rechnungsnummer des Krankenhauses).

Für die Versichertendaten der Krankenkasse gelten besondere Regelungen (siehe Anlage 4, Abschnitt 7.4).

Zur Verwendung von Verarbeitungskennzeichen und laufender Nummer des Geschäftsvorfalles im FKT-Segment siehe Beispiele in Anhang D.

Die besonderen Festlegungen für die Übermittlung auf Grund des Ersatzverfahrens der Vereinbarung nach § 120 Abs. 3 SGB V sind zu beachten.

3. Fortschreibung der Schlüssel für Entgeltarten und Fachabteilungen

Im Rahmen der Vorgespräche nach § 17 Abs. 6 BpflV bzw. § 11 Abs. 5 KHEntgG soll geprüft werden, ob zu den in der Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung enthaltenen Schlüsseln für Fachabteilungen und Entgeltarten eine Fortschreibung auf Bundesebene erforderlich ist.

Bei der Vergabe neuer Schlüssel wird wie folgt verfahren:

Die Vertragsparteien melden an den GKV-Spitzenverband oder die DKG, dass ein neuer Schlüssel benötigt wird. Unter <https://kh-entgeltschlüssel.gkv-datenaustausch.de> können Entgeltschlüssel online beantragt werden. Werden Entgeltschlüssel nicht online beantragt, können diese auch der DKG bzw. dem GKV-Spitzenverband per Email (an die DKG: Entgeltantrag301@dkgev.de, an den GKV-Spitzenverband: datenaustausch301@gkv-spitzenverband.de) gemeldet werden oder z.B. über Formblatt (siehe Anhang C) beantragt werden. Hierbei sind folgende Informationen zu übermitteln:

Daten des Antragstellers:

- Name, Vorname
- PLZ, Ort
- Institution
- Email, Telefonnummer
- Bundesland

Daten des Entgeltschlüssel- bzw. Fachabteilungsantrags:

Generelle Informationen:

- Antragsdatum
- Antragsbereich (stationär, ambulant, Fachabteilung)
- Krankenhaus (Name, Ort, IK)
- Name der Einrichtung (ggf. Betriebsstättennummer)
- Bundesland

Je nach Antragsbereich darüber hinaus:

Entgelte stationär:

- Bezug (Tag/Fall)
- Untergruppe (ZE nach § 6 Abs. 1, gesonderte Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 2a, NUB etc.)
- zugehörige Prozedurenschlüssel
- Bezeichnung des Entgeltschlüssels
- gültig von
- gültig bis, sofern vereinbart

Entgelte ambulant:

- Bezug (Tag/Fall)
- Einrichtungsart für ambulante Abrechnung (AOP, §116b, HSA, PIA, SPZ, etc.)
- Abrechnungsart (EBM, Quartalspauschale, Behandlungspauschale etc.)
- Art des Kontaktes (Einmal, Mehrfach etc.)
- Art der Leistung (Leistungsart, Fachabteilung, Leistungsart Erwachsene, Kinder und Jugendliche etc.)
- zugehörige Prozedurenschlüssel
- Bezeichnung des Entgeltschlüssels
- gültig von
- gültig bis, sofern vereinbart

Fachabteilungsschlüssel:

- Bezeichnung der Fachabteilung
- Fachgebiet der Musterweiterbildungsordnung für Ärzte (Fachabteilungsantrag)
- gültig ab

Der GKV-Spitzenverband und die DKG gewährleisten eine gegenseitige Information über eingegangene Schlüsselanträge und sorgen für eine umgehende Vergabe und gemeinsame, einheitliche Bekanntgabe der geeigneten bundeseinheitlichen Schlüssel.

Teil 2

Anhänge zu den Anlagen

Anhang A zu Anlage 2

Rehabilitationsmaßnahmen

Krankengymnastik

Thermo-, Hydro- und Balneotherapie

Elektrotherapie

Inhalation

Massage

Ergotherapie

Sozial- und Berufsberatung

Ernährung

Information, Motivation, Schulung

Sport- und Bewegungstherapie

Rekreationstherapie, Üben, unter anderem auch von sozialen Kompetenzen

Reha-Pflege

Psychotherapie (Psychotherapie, Psychosomatik, Psychiatrie)

Kreativtherapie (Neurologie und Psychotherapie/Psychosomatik/Psychiatrie)

Soziotherapie (Neurologie und Psychotherapie/Psychosomatik/Psychiatrie)

Spezielle Leistungseinheiten in der Neurologischen Rehabilitation)

Spezielle Leistungseinheiten in der Dermatologischen und Allergologischen Rehabilitation)

Krankengymnastik

- b01- Indikationsspezifische Krankengymnastik als Einzelbehandlung
mindestens 45 Minuten
- b0110 bei postoperativem Zustand, z.B. nach TEP oder nach Bandscheibenoperation
- b0120 bei Morbus Bechterew, CP u.a.
- b0130 bei HWS-Syndrom, LWS-Syndrom u.a.
- b0140 bei Paresen, Koordinationsstörungen u.a.
- b0199 bei sonstigen Krankheitsbildern
- b03- Indikationsspezifische Krankengymnastik als Einzelbehandlung
mindestens 30 Minuten
- b0310 bei postoperativem Zustand, z.B. nach TEP oder nach Bandscheibenoperation
- b0320 bei Morbus Bechterew, CP u.a.
- b0330 bei HWS-Syndrom, LWS-Syndrom u.a.
- b0340 bei Paresen, Koordinationsstörungen u.a.
- b0399 bei sonstigen Krankheitsbildern
- b05- Indikationsspezifische Krankengymnastik als Einzelbehandlung
mindestens 20 Minuten
- b0510 bei postoperativem Zustand, z.B. nach TEP oder nach Bandscheibenoperation
- b0520 bei Morbus Bechterew, CP u.a.
- b0530 bei HWS-Syndrom, LWS-Syndrom u.a.
- b0540 bei Paresen, Koordinationsstörungen u.a.
- b0599 bei sonstigen Krankheitsbildern
- b11- Indikationsspezifische Krankengymnastik als Gruppenbehandlung
mindestens 45 Minuten
- b1110 als Bandscheibengymnastik
- b1120 als Entstauungsgymnastik
- b1130 als Hüftgymnastik
- b1140 als Kniegymnastik
- b1150 als Mukoviszidosegymnastik
- b1160 als Skoliosegymnastik
- b1199 als sonstige Gruppe
- b13- Indikationsspezifische Krankengymnastik als Gruppenbehandlung
mindestens 30 Minuten
- b1310 als Bandscheibengymnastik
- b1320 als Entstauungsgymnastik
- b1330 als Hüftgymnastik
- b1340 als Kniegymnastik
- b1350 als Mukoviszidosegymnastik
- b1360 als Skoliosegymnastik
- b1399 als sonstige Gruppe
- b15- Indikationsspezifische Krankengymnastik als Gruppenbehandlung
mindestens 20 Minuten
- b1510 als Bandscheibengymnastik
- b1520 als Entstauungsgymnastik
- b1530 als Hüftgymnastik
- b1540 als Kniegymnastik
- b1550 als Mukoviszidosegymnastik
- b1560 als Skoliosegymnastik
- b1599 als sonstige Gruppe
- b21- Funktionsspezifische Krankengymnastik als Einzelbehandlung
mindestens 45 Minuten

b2110	als Atemgymnastik
b2120	als Gefäßtraining
b2130	als Gehschule für Amputierte
b2140	als Gleichgewichtstraining
b2150	als Kontrakturbehandlung
b2160	als Rollstuhltraining
b2199	als sonstige Einzel-KG
b23-	Funktionsspezifische Krankengymnastik als Einzelbehandlung mindestens 30 Minuten
b2310	als Atemgymnastik
b2320	als Gefäßtraining
b2330	als Gehschule für Amputierte
b2340	als Gleichgewichtstraining
b2350	als Kontrakturbehandlung
b2360	als Rollstuhltraining
b2399	als sonstige Einzel-KG
b25-	Funktionsspezifische Krankengymnastik als Einzelbehandlung mindestens 20 Minuten
b2510	als Atemgymnastik
b2520	als Gefäßtraining
b2530	als Gehschule für Amputierte
b2540	als Gleichgewichtstraining
b2550	als Kontrakturbehandlung
b2560	als Rollstuhltraining
b2599	als sonstige Einzel-KG
b31-	Begleitende Krankengymnastik als Gruppenbehandlung mindestens 30 Minuten
b3110	als Adipositasgymnastik
b3120	als Atemschule
b3130	als Atemtherapie
b3140	als Beckenbodengymnastik
b3150	als Kopfschmerzgymnastik
b3160	als Osteoporosegymnastik
b3170	als Wirbelsäulengymnastik
b3199	als sonstige Gruppe
b33-	Begleitende Krankengymnastik als Gruppenbehandlung mindestens 20 Minuten
b3310	als Adipositasgymnastik
b3320	als Atemschule
b3330	als Atemtherapie
b3340	als Beckenbodengymnastik
b3350	als Kopfschmerzgymnastik
b3360	als Osteoporosegymnastik
b3370	als Wirbelsäulengymnastik
b3399	als sonstige Gruppe
b41-	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage als Einzelbehandlung mindestens 45 Minuten
b44-	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage als Einzelbehandlung mindestens 30 Minuten
b47-	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage als Einzelbehandlung mindestens 20 Minuten

- b51- Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage als Kleingruppenbehandlung mindestens 45 Minuten
- b54- Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage als Kleingruppenbehandlung mindestens 30 Minuten
- b57- Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage als Kleingruppenbehandlung mindestens 20 Minuten
- b71- Krankengymnastik im Bewegungsbad als Einzelbehandlung mindestens 30 Minuten
- b72- Krankengymnastik im Bewegungsbad als Einzelbehandlung mindestens 20 Minuten
- b75- Krankengymnastik im Bewegungsbad als Kleingruppenbehandlung mindestens 30 Minuten
- b76- Krankengymnastik im Bewegungsbad als Kleingruppenbehandlung mindestens 20 Minuten
- b81- Krankengymnastik im Bewegungsbad als Gruppenbehandlung mindestens 30 Minuten
- b82- Krankengymnastik im Bewegungsbad als Gruppenbehandlung mindestens 20 Minuten
- b86- Manuelle Extension
- b87- Mechanische Extension
- b91- Hippotherapie
- b96- Autogene Drainage

Thermo-, Hydro- und Balneotherapie

- c01- Ganzkörperkältetherapie einzeln
- c03- Ganzkörperkältetherapie in der Kleingruppe
- c06- Heißluft
- c11- Lokale Kälteapplikation
- c1110 als Eis
- c1120 als Kaltluft
- c1130 als Stickstoff
- c1199 als sonstige lokale Kältetherapie
- c16- Peloidkneten
- c1610 als Schlickhandschuh
- c1699 als sonstiges Peloidkneten
- c21- Peloidtreten
- c2110 als Schlickstiefel
- c2120 als Schlicktreten
- c2199 als sonstiges Peloidtreten
- c26- Rotlicht
- c31- Ganzkörperpackung mit Peloiden
- c3110 als Fango
- c3120 als Paraffin
- c3130 als Schlick
- c3199 als sonstige Peloidpackung
- c36- Teilkörperpackung (Wärme oder Kälte) mit Peloiden
- c3610 als Fango
- c3620 als Parafango
- c3630 als Paraffin
- c3640 als Schlick
- c3699 als sonstige Peloidpackung

- c41- Heiße Rolle
- c46- Kneippgüsse
- c51- Wechselbäder
- c5110 nach Hauffe
- c5199 als sonstige Wechselbäder
- c56- Bewegungsbad (ohne Krankengymnastik)
- c61- Vollbäder, medizinische Bäder
- c6110 mit Meerwasser
- c6120 mit Moor
- c6130 mit Sole
- c6199 als sonstige Vollbäder
- c66- Teilbäder, medizinische Bäder
- c6610 mit Meerwasser
- c6620 mit Moor
- c6630 mit Sole
- c6699 als sonstige Teilbäder

Elektrotherapie

Galvanischer Strom

- d01- Lokal-elektrische Galvanisation
- d02- Hydrogalvanische Anwendung
- d0210 als Stangerbad
- d0220 als Vierzellenbad
- d0230 als Zweizellenbad
- d0299 als sonstige Hydrogalvanische Anwendung
- d03- Iontophorese (Medikamentenangabe erforderlich, z.B. Diclofenac-Natrium)

Niederfrequente Elektrotherapie

- d11- Diodynamischer Strom
- d12- Ultrareizstromtherapie nach Träbert
- d13- Hochvolttherapie
- d14- Elektrostimulation des neuromuskulären Systems
- d15- Anleitung zur Elektrostimulation, z.B. TENS (transcutane Elektroneurostimulation) zur Schmerzbekämpfung
- d21- Mittelfrequenztherapie
- d2110 als Interferenzstromverfahren
- d2120 als extern amplitudenmodulierter MF-Strom
- d2199 als sonstige Mittelfrequenztherapie
- d31- Hochfrequenzwärmetherapie
- d3110 als Kurzwellentherapie im Kondensatorfeld
- d3120 als Kurzwellentherapie im Spulenfeld
- d3130 als Mikrowellentherapie
- d3199 als Therapie mit anderen elektromagnetischen Wellen
- d41- Ultraschalltherapie
- d4110 als Beschallung mit Ankopplungsgelen
- d4120 als Kombination Ultraschall mit Reizstrom
- d4130 als Beschallung im Wasserbad
- d4199 als sonstige Ultraschalltherapie
- d51- Magnetfeldtherapie

Inhalation

Inhalation mit Gerät

- e01- Inhalation-dampfgetrieben
- e02- Inhalation-druckunterstützt mit/ohne Medikament
- e03- Inhalation mit Düse/Ultraschall mit Medikament
- e04- Inhalation mit Düse/Ultraschall ohne Medikament

Sauerstofftherapie

- e11- Sauerstoffinsufflation
- e12- Sauerstofflangzeittherapie

Massage

Klassische Massage, ggf. Vorbereitung durch Rotlicht, Heißluft, heiße Rolle

- f01- Ganzkörpermassagef
- f02- Teilkörpermassage

Massage mit apparativen Voraussetzungen

- f11- Unterwassermassage
- f12- Hydroxeurbad
- f13- Instrumentelle Lymphdrainage
- f14- Anleitung zur Bürstenmassage

Andere Massagen

- f21- Akupunkturmassage und Akupressur
- f22- Bindegewebsmassage
- f23- Colonmassage
- f24- Manuelle Lymphdrainage
- f25- Querfriktion
- f26- Reflexzonenmassage
- f27- Vibrationsmassage
- f28- Thoraxmassage

Ergotherapie

- g01- Angehörigenanleitung
- g06- Arbeitsplatztraining
- g11- Funktionstraining mit geeignetem Material einzeln mindestens 60 Minuten
- g13- Funktionstraining mit geeignetem Material einzeln mindestens 45 Minuten
- g15- Funktionstraining mit geeignetem Material in Kleingruppen, mindestens 60 Minuten
- g17- Funktionstraining mit geeignetem Material in Kleingruppen, mindestens 45 Minuten
- g21- Funktionstraining mit geeignetem Gerät einzeln mindestens 60 Minuten
- g23- Funktionstraining mit geeignetem Gerät einzeln mindestens 45 Minuten

- g25- Funktionstraining mit geeignetem Gerät in Kleingruppen
mindestens 60 Minuten
- g28- Funktionstraining mit geeignetem Gerät in Kleingruppen
mindestens 45 Minuten
- g31- Funktionstraining indikationsspezifisch einzeln mindestens 60 Minuten
- g3110 Behandlung nach Bobath u.a.
- g3120 Gelenkschutz
- g3130 Gleichgewichtstraining
- g3140 Koordinationsschulung
- g3150 Rückenschonendes Arbeiten
- g3160 Schreibtraining
- g3170 Funktionelle Spiele
- g3171 Wahrnehmungstraining
- g3199 sonstiges indikationsspezifisches Funktionstraining
- g33- Funktionstraining indikationsspezifisch einzeln mindestens 45 Minuten
- g3310 Behandlung nach Bobath u.a.
- g3320 Gelenkschutz
- g3330 Gleichgewichtstraining
- g3340 Koordinationsschulung
- g3350 Rückenschonendes Arbeiten
- g3360 Schreibtraining
- g3370 Funktionelle Spiele
- g3371 Wahrnehmungstraining
- g3399 sonstiges indikationsspezifisches Funktionstraining
- g35- Funktionstraining indikationsspezifisch in Kleingruppen
mindestens 60 Minuten
- g3510 Behandlung nach Bobath u.a.
- g3520 Gelenkschutz
- g3530 Gleichgewichtstraining
- g3540 Koordinationsschulung
- g3550 Rückenschonendes Arbeiten
- g3560 Schreibtraining
- g3570 Funktionelle Spiele
- g3571 Wahrnehmungstraining
- g3599 sonstiges indikationsspezifisches Funktionstraining
- g38- Funktionstraining indikationsspezifisch in Kleingruppen mindestens 45 Minuten
- g3810 Behandlung nach Bobath u.a.
- g3820 Gelenkschutz
- g3830 Gleichgewichtstraining
- g3840 Koordinationsschulung
- g3850 Rückenschonendes Arbeiten
- g3860 Schreibtraining
- g3870 Funktionelle Spiele
- g3871 Wahrnehmungstraining
- g3899 sonstiges indikationsspezifisches Funktionstraining
- g40- Gartentherapie
- g41- Gestaltungstherapie i.w.S. einzeln mindestens 60 Minuten
- g42- Gestaltungstherapie i.w.S. einzeln mindestens 45 Minuten
- g43- Gestaltungstherapie i.w.S. in Kleingruppen mindestens 60 Minuten
- g44- Gestaltungstherapie i.w.S. in Kleingruppen mindestens 45 Minuten
- g45- Gestaltungstherapie i.w.S. in Gruppen mindestens 60 Minuten

g46-	Gestaltungstherapie i.w.S. in Gruppen mindestens 45 Minuten
g50-	Hausbesuch und/oder Arbeitsplatzbesuch
g51-	Haushaltstraining einzeln mindestens 60 Minuten
g53-	Haushaltstraining einzeln mindestens 45 Minuten
g55-	Haushaltstraining einzeln mindestens 30 Minuten
g57-	Haushaltstraining in Kleingruppen mindestens 120 Minuten
g60-	Hilfsmittelbezogene Ergotherapie
g6010	Hilfsmittelanpassung
g6020	Hilfsmittelberatung
g6030	Schienenversorgung
g6040	Hilfsmitteltraining
g6050	Hilfsmittelversorgung
g6099	sonstige hilfsmittelbezogene Ergotherapie
g61-	Selbsthilfetraining einzeln mindestens 60 Minuten
g6110	Aufbau von sozialer Kompetenz und Selbstsicherheit
g6120	Freizeitkompetenztraining
g6130	Training in Aktivitäten des täglichen Lebens
g6199	sonstiges Selbsthilfetraining
g63-	Selbsthilfetraining einzeln mindestens 45 Minuten
g6310	Aufbau von sozialer Kompetenz und Selbstsicherheit
g6320	Freizeitkompetenztraining
g6330	Training in Aktivitäten des täglichen Lebens
g6399	sonstiges Selbsthilfetraining
g65-	Selbsthilfetraining in Kleingruppen mindestens 60 Minuten
g6510	Aufbau von sozialer Kompetenz und Selbstsicherheit
g6520	Freizeitkompetenztraining
g6530	Training in Aktivitäten des täglichen Lebens
g6599	sonstiges Selbsthilfetraining
g67-	Selbsthilfetraining in Kleingruppen mindestens 45 Minuten
g6710	Aufbau von sozialer Kompetenz und Selbstsicherheit
g6720	Freizeitkompetenztraining
g6730	Training in Aktivitäten des täglichen Lebens
g6799	sonstiges Selbsthilfetraining
g70-	Verhaltensbeobachtung zur Leistungsbeurteilung
g75-	Projektgruppe
g7510	Gruppencollage
g7520	Gruppenkulptur
g7599	sonstige Projektgruppe
g80-	Produktorientiertes Arbeiten z.B. Anfertigung eines Werkstücks
g85-	Freies Werken als Gruppenbehandlung
g90-	Meditatives Malen i.w.S.

Sozial- und Berufsberatung

h01-	Sozialberatung
h11-	Rehabilitationsberatung
h21-	Organisation weitergehender Maßnahmen
h2110	Kontaktaufnahme/Vermittlung in ambulante Herzgruppen
h2120	Organisation häuslicher Pflege
h2130	Organisation nachstationärer Betreuung
h2140	Kontaktaufnahme/Vermittlung in stationäre Einrichtungen
h2199	sonstige Organisation weitergehender Maßnahmen

Ernährung

- i01- Vollkost
- i11- Leichte Vollkost, gastroenterologische Basisdiät ohne Einschränkung

Modifizierte leichte Vollkost

- i21- Energiedefinierte Kost
- i2110 Reduktionskost 1200 kcal (=1200 kcal Diabeteskost)
- i2120 Diabeteskost: 1400, 1600, 1800, 2000 kcal
- i2130 Antiatherogene Kost
- i2140 Purinarme Kost
- i2150 Aufbaukost bei definierten Krankheitsbildern (z.B. Mukoviszidose)
- i2199 sonstige
- i26- Sonderkostformen
- i2610 Laktosefrei
- i2620 Glutenfrei
- i2630 Oxalsäurearm
- i2640 Austausch von langkettigen gegen mittelkettige Triglyceride
- i2650 Ballaststoffarm
- i2660 Milcheiweißfrei
- i2670 Fruktosefrei
- i2671 Sorbitfrei
- i2672 Galaktosefrei
- i2699 sonstige
- i31- Eiweiß- und elektrolytdefinierte Kost
- i3110 Streng eiweiß- u. Na-arm (<20g Eiweiß/Tag, <2,4g Na/Tag)
- i3120 Mäßig eiweiß- u. Na-arm (<40g Eiweiß/Tag, <2,4g Na/Tag)
- i3130 Normalzufuhr Na-arm (50g Eiweiß/Tag, <2,4g Na/Tag)
- i3140 Eiweißreich (>60g Eiweiß/Tag)
- i3150 Kaliumarm (<1,6g Kalium/Tag)
- i3199 sonstige
- i51- Vegetarische Kost
- i61- Sondenernährung

Eliminationsdiät

- i71- Allergensuchdiät
- i72- Allergenfreie Kost

Information, Motivation, Schulung

Beratung

- k01- Ärztliche Beratung
- k02- Ernährungsberatung einzeln
- k03- Ernährungsberatung in der Gruppe
- k04- Gespräche mit Patienten und Partner (Angehörigen)

Patientenschulung auf der Grundlage von strukturierten und evaluierten Schulungsprogrammen

- k11- Motivationsförderung

- k12- Lehrküche praktisch
- k13- Schulungsbuffet
- k14- Rückenschule
- k15- Patientenschulung zur Quickwertselbstbestimmung
- k16- Strukturiertes Schulungsprogramm für Typ I Diabetiker
- k17- Strukturiertes Schulungsprogramm für Typ II Diabetiker
- k18- Patientenschulung zur Blutdruckselbstmessung
- k19- Erwachsenenschulung bei obstruktiver Atemwegserkrankung
- k20- Kinderschulung bei obstruktiver Atemwegserkrankung
- k21- Patientenschulung bei Mukoviszidose
- k22- Patientenschulung bei Allergosen
- k23- Erwachsenenschulung bei chronischen Dermatosen
- k24- Kinderschulung bei chronischen Dermatosen
- k25- Patientenschulung bei Morbus Crohn und Colitis ulcerosa
- k26- Patientenschulung in der postoperativen Onkologie
- k27- Patientenschulung bei Lebererkrankungen
- k28- Patientenschulung bei funktionellen Darmerkrankungen
- k29- Patientenschulung bei chronischer Pankreatitis

Seminar

- k41- Stoffwechselstörungen
- k42- Z.n. Herzklappenoperationen, Herzklappenfehler
- k43- Koronare Herzkrankheit (Z.n. Infarkt, Bypass, PTCA)
- k44- Atemwegserkrankungen
- k45- Hauterkrankungen
- k46- Gesundheit selber machen (BfA)

Vortrag

- k51- Gesundheitsinformation
- k52- Krankheitsinformation, z.B. Thema KHK
- k53- Abschlußgedanken zur Rehabilitation
- k54- Klimatherapie

Sport- und Bewegungstherapie

- l01- Gezieltes Training für Ausdauer, Koordination u.a.
- l0110 Ausdauer-gymnastik
- l0120 Fitnessstraining
- l0130 Gehschule
- l0140 Geh- und Lauftraining
- l0150 Gleichgewichtstraining
- l0160 Intervalltraining
- l0170 Konditionstraining
- l0171 Koordinationsgymnastik
- l0172 Radfahren
- l0173 Stretching
- l0174 Tanztherapie
- l0175 Terrainstraining
- l0176 Waldlauf
- l0177 Wandern

l0178	Zirkeltraining
l0199	sonstiges
l11-	Gezieltes Training für Behinderte mindestens 45 Minuten
l1110	Behindertensport
l1120	Rollstuhlsport
l1130	Behindertenschwimmen
l1199	sonstiges
l12-	Gezieltes Training für Behinderte mindestens 30 Minuten
l1210	Behindertensport
l1220	Rollstuhlsport
l1230	Behindertenschwimmen
l1299	sonstiges
l21-	Sequenztraining ohne Monitoring
l22-	Ergometertraining ohne Monitoring
l31-	Sequenztraining mit Monitoring
l32-	Ergometertraining mit Monitoring (EKG) bei definierter Belastung
l41-	Schwimmen indikationsspezifisch
l4110	Anfängerschwimmen
l4120	Schwimmen für Angstpatienten
l4130	Ausdauerschwimmen
l4140	therapeutisches Rückenschwimmen
l4150	Wassergymnastik
l4199	sonstiges Schwimmen
l51-	Indikationsspezifische Gymnastikgruppe
l5110	Adipositasgymnastik
l5120	Beckengymnastik
l5130	Funktionsgymnastik
l5140	Atemgymnastik
l5150	Kopfschmerzgymnastik
l5199	sonstige Gymnastikgruppe
l61-	Dynamisches und statisches Muskeltraining
l71-	Gefäßtraining
l81-	Sportarten mit spezieller psychotherapeutischer Zielsetzung mindestens 90 Minuten
l8110	Bogenschießen mit psychotherapeutischer Zielsetzung
l8120	Boxen mit psychotherapeutischer Zielsetzung
l8130	Reiten mit psychotherapeutischer Zielsetzung
l8199	sonstige geeignete Sportart
l82-	Sportarten mit spezieller psychotherapeutischer Zielsetzung mindestens 60 Minuten
l8210	Bogenschießen mit psychotherapeutischer Zielsetzung
l8220	Boxen mit psychotherapeutischer Zielsetzung
l8230	Reiten mit psychotherapeutischer Zielsetzung
l8299	sonstige geeignete Sportart
l91-	Gymnastikgruppe mit verhaltenstherapeutischer Zielsetzung mindestens 90 Minuten
l92-	Gymnastikgruppe mit verhaltenstherapeutischer Zielsetzung mindestens 60 Minuten

Rekreationstherapie, Üben, u.a. auch von sozialen Kompetenzen

m01-	Sport und Bewegung im Freien
m0110	Fahrradwandern
m0120	Skilanglauf
m0130	Spaziergänge und geführte Wanderungen
m0199	sonstige geeignete Sportart
m11-	Sport und Spiel in Halle und Gelände
m1110	Ballspiele
m1120	Bogenschießen
m1130	Schwimmen
m1140	Tischtennis
m1199	sonstige geeignete Sportart
m21-	Strukturierte soziale Kommunikation und Interaktion
m2110	Besichtigungsfahrten
m2120	Dia- und Filmvorführungen
m2130	Kegeln
m2140	Musik und Bewegung
m2150	Singen
m2199	sonstige geeignete Veranstaltung

Andere ärztlich empfohlene Leistungseinheiten

m31-	Freies Schwimmen im Meer, Brandungsschwimmen
m32-	Sauna
m33-	Wassertreten
m34-	Inhalation im Gradierwerk oder in der Brandungszone

Reha-Pflege

*Therapeutische Leistungen im Rahmen Klinischer Psychologie
Einzelberatung und/oder psychotherapeutische Intervention*

p01-	Einzelberatung
p02-	Beratung von Patienten und Angehörigen
p03-	Therapeutische Einzelintervention
p0310	psychoanalytisch orientiert
p0320	verhaltenstherapeutisch orientiert
p0399	andere anerkannte Verfahren
p04-	Krisenintervention

Gruppenarbeit

p11-	Diagnosebezogene Gruppenarbeit
p1110	Gesprächsgruppen für Patienten mit AVK
p1120	Gesprächsgruppen für Patienten mit Bluthochdruck
p1130	Gesprächsgruppen für Patienten mit CEDE
p1140	Leben nach dem Herzinfarkt
p1150	Gesprächsgruppen für Patienten mit Krebs
p1199	sonstige
p12-	Problemorientierte Gruppenarbeit
p1210	Stressbewältigung
p1220	Umgang mit Alkohol

- p1230 Schlafraining
- p1240 Selbstsicherheitstraining
- p1250 Nichtrauchertraining
- p1260 Übergewichtigengruppe
- p1299 sonstige

Entspannungsverfahren als Einzelbehandlung

- p21- Anwendung spezieller Verfahren
- p2110 Autogenes Training
- p2120 Progressive Muskelentspannung nach Jacobson
- p2130 Funktionelle Entspannung
- p2199 sonstige
- p22- Biofeedback (Temperatur/Hautwiderstand/Muskelspannung)
- p23- Atemfeedback (RFB)

Entspannungsverfahren als Gruppenbehandlung

- p31- Einführung in die Technik
- p3110 Progressive Muskelentspannung nach Jacobson
- p3120 Funktionelle Entspannung
- p3199 sonstige
- p32- Durchführung des Entspannungstrainings
- p3210 Progressive Muskelentspannung nach Jacobson
- p3220 Funktionelle Entspannung
- p3299 sonstige
- p33- Autogenes Training in der Gruppe

Psychotherapie (Psychotherapie, Psychosomatik, Psychiatrie)

Psychoanalytische, psychodynamische und tiefenpsychologische Verfahren als Einzeltherapie

- r01- Psychoanalytische Einzeltherapie i.e.S.
- r02- Psychoanalytische Einzeltherapie i.w.S., z.B. Fokaltherapie
- r03- Psychoanalytisch orientierte Einzeltherapie i.e.S. mindestens 50 Minuten
- r04- Psychoanalytisch orientierte Einzeltherapie i.e.S. mindestens 20 Minuten
- r05- Psychoanalytisch orientierte Einzeltherapie i.w.S. mindestens 50 Minuten
- r0510 als Kurztherapie
- r0520 als Krisenintervention
- r0530 als supportive Therapie
- r0540 als interaktionelle Therapie
- r0550 als psychodynamische Therapie
- r0599 als sonstige Therapie
- r06- Psychoanalytisch orientierte Einzeltherapie i.w.S. mindestens 20 Minuten
- r0610 als Kurztherapie
- r0620 als Krisenintervention
- r0630 als supportive Therapie
- r0640 als interaktionelle Therapie
- r0650 als psychodynamische Therapie
- r0699 als sonstige Therapie
- r07- Tiefenpsychologisch fundierte Einzeltherapie i.e.S. mindestens 50 Minuten
- r08- Tiefenpsychologisch fundierte Einzeltherapie i.e.S. mindestens 20 Minuten

- r09- Tiefenpsychologisch fundierte Einzeltherapie i.w.S. mindestens 50 Minuten
- r0910 als Belastungserprobung
- r0920 als Krisenintervention
- r0930 als Kurztherapie
- r0999 als sonstige Therapie
- r10- Tiefenpsychologisch fundierte Einzeltherapie i.w.S. mindestens 20 Minuten
- r1010 als Belastungserprobung
- r1020 als Krisenintervention
- r1030 als Kurztherapie
- r1099 als sonstige Therapie
- r11- Ich-strukturell modifizierte psychoanalytische Einzeltherapie
mindestens 50 Minuten
- r12- Ich-strukturell modifizierte psychoanalytische Einzeltherapie
mindestens 20 Minuten
- r13- Körperzentrierte, psychoanalytisch orientierte Einzeltherapie
mindestens 50 Minuten
- r14- Körperzentrierte, psychoanalytisch orientierte Einzeltherapie
mindestens 20 Minuten

*Psychoanalytische, psychodynamische und tiefenpsychologische Verfahren als
Gruppentherapie*

- r16- Psychoanalytische Gruppentherapie mindestens 90 Minuten
- r17- Psychoanalytisch orientierte Gruppentherapie mindestens 90 Minuten
- r18- Psychoanalytisch orientierte Gruppentherapie mindestens 60 Minuten
- r19- Psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie mindestens 90 Minuten
- r20- Psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie mindestens 60 Minuten
- r21- Modifikation der themenzentriert-interaktionellen Methode, z.B. nach R. Cohn
mindestens 90 Minuten
- r22- Modifikation der themenzentriert-interaktionellen Methode, z.B. nach R. Cohn
mindestens 60 Minuten
- r23- Modifizierte interaktionelle Gruppentherapie mindestens 90 Minuten
- r24- Modifizierte interaktionelle Gruppentherapie mindestens 60 Minuten
- r25- Ich-strukturell modifizierte psychoanalytische Gruppentherapie
mindestens 90 Minuten
- r26- Ich-strukturell modifizierte psychoanalytische Gruppentherapie
mindestens 60 Minuten
- r27- Körperzentrierte, psychoanalytisch orientierte Gruppentherapie
mindestens 90 Minuten
- r28- Körperzentrierte, psychoanalytisch orientierte Gruppentherapie
mindestens 60 Minuten

*Psychoanalytische, psychodynamische und tiefenpsychologische Verfahren als Paar- und
Familientherapie:*

- r29- Paargespräch mindestens 90 Minuten
- r30- Paargespräch mindestens 60 Minuten
- r31- Familiengespräch mindestens 90 Minuten
- r32- Familiengespräch mindestens 60 Minuten

Verhaltenstherapie als Einzeltherapie

- r33- Verhaltenstherapeutische Einzelsitzung mindestens 50 Minuten
- r34- Verhaltenstherapeutische Einzelsitzung mindestens 20 Minuten
- r35- Expositionsbehandlung in Visa
- r36- Verhaltenstherapeutische Krisenintervention
- r37- Organisation und Monitoring interner Belastungserprobung
- r38- Organisation und Monitoring externer Belastungserprobung

Verhaltenstherapie als Gruppentherapie

- r41- Standardgruppe: Verhaltenstherapeutische Problemlösegruppe (PLG)
- r42- Standardgruppe: Einführung in das Selbstsicherheitstraining (soziales Kompetenztraining)
- r43- Standardgruppe: Selbstsicherheitstraining
- r4310 nach Ullrich & Ullrich
- r4320 nach Liberman (PET)
- r4330 nach Feldhege & Krauthahn
- r4399 sonstige
- r51- Indikative Gruppe: Angst
- r52- Indikative Gruppe: Schmerz
- r53- Indikative Gruppe: Depression
- r54- Indikative Gruppe: Adipositas
- r55- Indikative Gruppe: Zwang
- r56- Indikative Gruppe: Anorexie/Bulimie
- r57- Indikative Gruppe: Körperwahrnehmung
- r58- Psychomotorische Therapie (Körpertherapie für Essgestörte)
- r61- Psychoedukative Gruppe für Angehörige von Anorexie-/Bulimiekranken
- r62- Psychoedukative Gruppe: Genußtraining
- r63- Psychoedukative Gruppe: Berufliche Orientierung
- r65- Psychoedukative Gruppe als Einführungstraining (Motivationsgruppe)

Verhaltenstherapie als Paar- und Familientherapie

- r71- Paartherapie
- r72- Familientherapie

Anderer (z.B. durch Landesärztekammern und KV der Länder) anerkannte Psychotherapieverfahren

- r81- Therapie einzeln, mindestens 50 Minuten
- r8110 als Systemische Therapie
- r8120 als Gestalttherapie
- r8130 als Psychodrama
- r8199 als sonstige anerkannte Therapie
- r82- Therapie einzeln, mindestens 20 Minuten
- r8210 als Systemische Therapie
- r8220 als Gestalttherapie
- r8230 als Psychodrama
- r8299 als sonstige anerkannte Therapie
- r83- Therapie in der Kleingruppe
- r8310 als Systemische Therapie
- r8320 als Gestalttherapie

- r8330 als Psychodrama
- r8399 als sonstige anerkannte Therapie
- r84- Therapie in der Gruppe
- r8410 als Systemische Therapie
- r8420 als Gestalttherapie
- r8430 als Psychodrama
- r8499 als sonstige anerkannte Therapie

Kreativtherapie

(Neurologie und Psychotherapie/Psychosomatik/Psychiatrie)

- s01- Kunst- und Gestaltungstherapie als Einzelbehandlung mindestens 60 Minuten
- s06- Kunst- und Gestaltungstherapie als Einzelbehandlung mindestens 30 Minuten
- s11- Kunst- und Gestaltungstherapie als Gruppenbehandlung
mindestens 90 Minuten
- s16- Kunst- und Gestaltungstherapie als Gruppenbehandlung
mindestens 60 Minuten
- s21- Musiktherapie als Einzelbehandlung mindestens 60 Minuten
- s26- Musiktherapie als Einzelbehandlung mindestens 30 Minuten
- s31- Musiktherapie als Gruppenbehandlung mindestens 90 Minuten
- s36- Musiktherapie als Gruppenbehandlung mindestens 60 Minuten
- s41- Bewegungs- und Körpertherapie als Einzelbehandlung mindestens 60 Minuten
- s46- Bewegungs- und Körpertherapie als Einzelbehandlung mindestens 30 Minuten
- s51- Bewegungs- und Körpertherapie als Gruppenbehandlung mindestens 90 Minuten
- s56- Bewegungs- und Körpertherapie als Gruppenbehandlung mindestens 60 Minuten

Soziotherapie

(Neurologie und Psychotherapie/Psychosomatik/Psychiatrie)

- t01- Milieutherapeutische Einzelbetreuung mindestens 90 Minuten
- t02- Milieutherapeutische Einzelbetreuung mindestens 60 Minuten
- t03- Milieutherapeutische Einzelbetreuung mindestens 30 Minuten
- t11- Milieutherapeutische Aktivgruppe mindestens 120 Minuten
- t12- Milieutherapeutische Aktivgruppe mindestens 90 Minuten
- t13- Milieutherapeutische Aktivgruppe mindestens 60 Minuten
- t21- Milieutherapeutische Großgruppe, z.B. Stationsvollversammlung
mindestens 60 Minuten
- t22- Milieutherapeutische Großgruppe, z.B. Stationsvollversammlung
mindestens 30 Minuten

Spezielle Leistungseinheiten in der Neurologischen Rehabilitation

Neuropsychologie

- u01- Neuropsychologie als Einzeltherapie mindestens 60 Minuten
- u03- Neuropsychologie als Einzeltherapie mindestens 45 Minuten
- u09- Neuropsychologie als Kleingruppentherapie mindestens 60 Minuten
- u11- Neuropsychologie als Kleingruppentherapie mindestens 45 Minuten
- u17- Neuropsychologie als Gruppentherapie mindestens 60 Minuten
- u19- Neuropsychologie als Gruppentherapie mindestens 45 Minuten

- u25- Computergestütztes kognitives Hirnleistungstraining als Einzeltherapie mindestens 60 Minuten
- u27- Computergestütztes kognitives Hirnleistungstraining als Einzeltherapie mindestens 45 Minuten
- u30- Computergestütztes kognitives Hirnleistungstraining als Einzeltherapie mindestens 30 Minuten
- u33- Computergestütztes kognitives Hirnleistungstraining als Kleingruppentherapie mindestens 60 Minuten
- u35- Computergestütztes kognitives Hirnleistungstraining als Kleingruppentherapie mindestens 45 Minuten
- u38- Computergestütztes kognitives Hirnleistungstraining als Kleingruppentherapie mindestens 30 Minuten

Sprach- und Sprechtherapie

- u41- Sprachtherapie einzeln
- u44- Sprachtherapie in Kleingruppen
- u51- Sprechtherapie einzeln
- u53- Sprechtherapie in Kleingruppen
- u61- Kommunikationstraining einzeln
- u64- Kommunikationstraining in Kleingruppen
- u67- Fazio-orale Therapie

Neuropädagogik

- u71- Neuropädagogik als Einzeltherapie mindestens 60 Minuten
- u73- Neuropädagogik als Einzeltherapie mindestens 45 Minuten
- u82- Neuropädagogik als Kleingruppentherapie mindestens 60 Minuten
- u84- Neuropädagogik als Kleingruppentherapie mindestens 45 Minuten
- u88- Neuropädagogik als Gruppentherapie mindestens 60 Minuten
- u90- Neuropädagogik als Gruppentherapie mindestens 45 Minuten
- u96- Belastungserprobung
- u97- Arbeitstherapie

Spezielle Leistungseinheiten in der Dermatologischen und Allergologischen Rehabilitation

- w01- Hyposensibilisierung
- w11- Externe Dermatotherapie
- w12- Interne Dermatotherapie
- w21- Medizinisch-kosmetische Behandlung
- w22- Medizinisch-kosmetische Beratung
- w31- Infrarotlicht-Bestrahlung

UV-Bestrahlungen

- w32- PUVA-Ganzkörperbestrahlung
- w33- PUVA-Teilkörperbestrahlung
- w34- UVA-Bestrahlung
- w35- UVB/UVA-Bestrahlung in Leitungswasser
- w36- UVB/UVA-Ganzkörperbestrahlung
- w37- UVB/UVA-Lichtkamm-Bestrahlung
- w38- UVB/UVA-Punktbestrahlung
- w39- UVB/UVA-Teilkörperbestrahlung

Quelle: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Hrsg.), Dezernat für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit: „KTL Klassifikation therapeutischer Leistungen in der stationären medizinischen Rehabilitation“. Berlin, 1995

Anhang B zu Anlage 2

Entgeltarten (stationär)

Entgeltschlüssel aus Jahren vor 2012 für bundesweit oder individuell vereinbarte stationäre Entgelte sind in „Entgeltarten (vereinbart vor 2012)“ aufgeführt.

Entgelte nach BpflV

Tagesgleicher Pflegesatz

Basispflegesatz

- 01000001 Basispflegesatz, vollstationär
- 01000002 Basispflegesatz, teilstationär

Abteilungspflegesätze

- 01010000 Krankenhaus (§ 28 Abs. 10 in der am 31.12.1997 BpflV geltenden Fassung)
- 01010100 ff. Fachabteilungen (siehe Anlage 2, Schlüssel 6)

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

- 01020010 Behandlung von Querschnittsgelähmten
- 01020012 Behandlung von Querschnittsgelähmten mit Zwerchfellähmung
- 01020020 Behandlung von Schwerst-Schädel-Hirn-Verletzten
- 01020030 Behandlung von Schwerbrandverletzten
- 01020031 Behandlung von Schwerbrandverletzten (Kinder)
- 01020032 Behandlung von Schwerbrandverletzten mit Intensivtherapie
- 01020040 Behandlung von AIDS-Patienten
- 01020041 Behandlung von AIDS-Patienten (Kinder)
- 01020050 Behandlung von onkologisch zu behandelnden Patienten
- 01020051 Behandlung von onkologisch zu behandelnden Patienten (Kinder)
- 01020060 Behandlung von Dialysepatienten
- 01020061 Behandlung von Dialysepatienten (Kinder)
- 01020070 Neonatologische Intensivbehandlung von Säuglingen
- 01020080 Behandlung von Transplantationspatienten
- 01020090 Behandlung von mucoviszidosekranken Patienten
- 01020091 Behandlung von mucoviszidosekranken Patienten (Kinder)

Teilstationäre Pflegesätze (§ 13 Abs. 4 BpflV)

- 01030000 Krankenhaus (§ 28 Abs. 10 BpflV in der am 31.12.1997 geltenden Fassung)
- 01030100 ff. Fachabteilungen (siehe Anlage 2, Schlüssel 6)
- 010300[10–91] Besondere Einrichtungen (s. 0102 Pflegesätze für besondere Einrichtungen)

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

- 01040000 Krankenhaus (§ 28 Abs. 10 BpflV in der am 31.12.1997 geltenden Fassung oder § 13 Abs. 2 Satz 2, 2. Halbsatz BpflV)
- 01040100 ff. Fachabteilungen (siehe Anlage 2, Schlüssel 6)

Teilstationäre Pflegesätze für Belegpatienten

- 01050000 Krankenhaus (§ 28 Abs. 10 BpflV in der am 31.12.1997 geltenden Fassung oder § 13 Abs. 2 Satz 2, 2. Halbsatz BpflV)
- 01050100 ff. Fachabteilungen (siehe Anlage 2, Schlüssel 6)

Ermäßigte Abteilungspflegesätze (vollstationärer Aufenthalt)

- 02010000 Krankenhaus (§ 28 Abs. 10 BpflV in der am 31.12.1997 geltenden Fassung)
- 02010100 ff. Fachabteilungen (siehe Anlage 2, Schlüssel 6)

Ermäßigte Abteilungspflegesätze (Besondere Einrichtungen)

- 020200[10–91] Besondere Einrichtungen (s. 0102 Pflegesätze für besondere Einrichtungen)

Ermäßigte Abteilungspflegesätze (teilstationärer Aufenthalt)

- 02030000 Krankenhaus (§ 28 Abs. 10 BpflV in der am 31.12.1997 geltenden Fassung)
- 02030100 ff. Fachabteilungen (siehe Anlage 2, Schlüssel 6)
- 020300[10–91] Besondere Einrichtungen (s. 0102 Pflegesätze für besondere Einrichtungen)

Ermäßigte Abteilungspflegesätze (vollstationärer Aufenthalt, Belegabteilung)

- 02040000 Krankenhaus (§ 28 Abs. 10 BpflV in der am 31.12.1997 geltenden Fassung oder § 13 Abs. 2 Satz 2, 2. Halbsatz BpflV)
- 02040100 ff. Fachabteilungen (siehe Anlage 2, Schlüssel 6)

Ermäßigte Abteilungspflegesätze (teilstationärer Aufenthalt, Belegabteilung)

- 02050000 Krankenhaus (§ 28 Abs. 10 BpflV in der am 31.12.1997 geltenden Fassung oder § 13 Abs. 2 Satz 2, 2. Halbsatz BpflV)
- 02050100 ff. Fachabteilungen (siehe Anlage 2, Schlüssel 6)

Betrag nach § 14 Abs. 5 Satz 4 und 5 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

- 03000000 Betrag nach § 14 Abs. 5 Satz 4 und 5 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

Zuschlag nach § 14 Abs. 3 BPfIV oder § 14 Abs. 8 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung oder § 8 Abs. 3 KHEntgG (Investitionszuschlag)

40000000 Zuschlag nach § 14 Abs. 3 BPfIV oder § 14 Abs. 8 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung bzw. § 8 Abs. 3 KHEntgG (Investitionszuschlag)

Fallpauschalen

10[1-6]02010 ff. Fallpauschalen nach § 15 Abs. 1 Nr.1 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung (Bundesebene)
Fallpauschalen nach § 16 Abs. 2 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung (Landesvereinbarung)
4.-5. Stelle: Länderschlüssel

10[1-6]31{001-999} Schleswig-Holstein (Länderschlüssel: 31, 51, 71)
10[1-6]32{001-999} Hamburg (Länderschlüssel: 32, 52, 72)
10[1-6]33{001-999} Niedersachsen (Länderschlüssel: 33, 53, 73)
10[1-6]34{001-999} Bremen (Länderschlüssel: 34, 54, 74)
10[1-6]35{001-999} Nordrhein-Westfalen (Länderschlüssel: 35, 55, 75)
10[1-6]36{001-999} Hessen (Länderschlüssel: 36, 56, 76)
10[1-6]37{001-999} Rheinland-Pfalz (Länderschlüssel: 37, 57, 77)
10[1-6]38{001-999} Baden-Württemberg (Länderschlüssel: 38, 58, 78)
10[1-6]39{001-999} Bayern (Länderschlüssel: 39, 59, 79)
10[1-6]40{001-999} Saarland (Länderschlüssel: 40, 60, 80)
10[1-6]41{001-999} Berlin (Länderschlüssel: 41, 61, 81)
10[1-6]42{001-999} Brandenburg (Länderschlüssel: 42, 62, 82)
10[1-6]43{001-999} Mecklenburg-Vorpommern (Länderschlüssel: 43, 63, 83)
10[1-6]44{001-999} Sachsen (Länderschlüssel: 44, 64, 84)
10[1-6]45{001-999} Sachsen-Anhalt (Länderschlüssel: 45, 65, 85)
10[1-6]46{001-999} Thüringen (Länderschlüssel: 46, 66, 86)
10[1-6]9{5000-8999} Sonderregelung (mit Sonderschlüssel, siehe Anlage 5)
10999999 Wiederaufnahme innerhalb GVD (§ 14 Abs.2 Satz 5 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)

Zuschläge/Abschläge bei Fallpauschalen

(11-14|16-18)[1-6]02010 ff. Fallpauschalen nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung (Bundesebene)

Fallpauschalen nach § 16 Abs. 2 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung (Landesvereinbarung)

(11-14|16-18)[1-6][31]{001-999} Schleswig-Holstein
...
(11-14|16-18)[1-6]9{5000-8999} Sonderregelung (mit Sonderschlüssel ab 95000, siehe Anlage 5)

Sonderentgelte

20[1-6]01010 ff. Sonderentgelte nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung (Bundesebene)
Sonderentgelte nach § 16 Abs. 2 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung (Landesvereinbarung)

- 4.–5. Stelle: Länderschlüssel
20[1–6]9{5000–8999} Sonderregelung (mit Sonderschlüssel ab 95000, siehe Anlage 5)
- Sonderentgelte nach § 14 Abs. 6 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung
- [21–24][1–6]01010 ff. Sonderentgelte nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung (Bundesebene)
Sonderentgelte nach § 16 Abs. 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung (Landesebene)
- [21–24][1–6]31{001–999} Schleswig-Holstein
...
[21–24][1–6]9{5000–8999} Sonderregelung (mit Sonderschlüssel ab 95000, siehe Anlage 5)
- Zuschläge/Abschläge bei Sonderentgelten
- [25–28][1–6]01010 ff. Sonderentgelte nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung (Bundesebene)
Sonderentgelte nach § 16 Abs. 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung (Landesebene)
- [25–28][1–6]31[001–999] Schleswig-Holstein
...
[25–28][1–6]9{5000–8999} Sonderregelung (mit Sonderschlüssel ab 95000, siehe Anlage 5)

Entgelte für vorstationäre Behandlung

Fallbezogene Pauschale

41090100	Innere Medizin
41090200	Geriatric
41090300	Kardiologie
41090400	Nephrologie
41090500	Hämatologie und internistische Onkologie
41090600	Endokrinologie
41090700	Gastroenterologie
41090800	Pneumologie
41090900	Rheumatologie
41091000	Pädiatrie
41091100	Kinderkardiologie
41091200	Neonatologie
41091300	Kinderchirurgie
41091400	Lungen- und Bronchialheilkunde
41091500	Allgemeine Chirurgie
41091600	Unfallchirurgie
41091700	Neurochirurgie
41091800	Gefäßchirurgie
41091900	Plastische Chirurgie
41092000	Thoraxchirurgie
41092100	Herzchirurgie
41092200	Urologie
41092300	Orthopädie
41092400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
41092500	Geburtshilfe
41092600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
41092700	Augenheilkunde
41092800	Neurologie
41092900	Allgemeine Psychiatrie
41093000	Kinder- und Jugendpsychiatrie
41093100	Psychosomatik/Psychotherapie
41093200	Nuklearmedizin
41093300	Strahlenheilkunde
41093400	Dermatologie
41093500	Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
41093600	Intensivmedizin
41093700	Sonstige Fachabteilung

Einzelleistungsvergütung med.-tech. Großgeräte (nach DKG-NT I/BG-T-Ziffern)

Leistung mit Linksherzkatheter-Meßplatz (LHM)

41000627	Linksherzkatheterismus - einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen sowie fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle
41000628	Herzkatheterismus mit Druckmessungen und oxymetrischen Untersuchungen - einschließlich fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle - im zeitlichen Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 355 und/oder 360

- 41000629 Transseptaler Linksherzkatheterismus - einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen sowie fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle
- 41005315 Angiokardiographie einer Herzhälfte, eine Serie
- 41005316 Angiokardiographie beider Herzhälften, eine Serie
- 41005317 Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5315 oder 5316, je Serie
- 41005318 Weitere Serien im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5317, insgesamt
- 41005324 Selektive Koronarangiographie eines Herzkranzgefäßes oder Bypasses mittels Cinetechnik, eine Serie
- 41005325 Selektive Koronarangiographie aller Herzkranzgefäße oder Bypässe mittels Cinetechnik, eine Serie
- 41005326 Selektive Koronarangiographie eines oder aller Herzkranzgefäße im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5324 oder 5325, zweite bis fünfte Serie, je Serie
- 41005327 Zusätzliche Linksventrikulographie bei selektiver Koronarangiographie
- 41005328 Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5327 bei Anwendung der simultanen Zwei-Ebenen-Technik

Leistung mit Computer-Tomographie-Gerät (CT)

- 41005369 Höchstwert für die Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5374
- 41005370 Computergesteuerte Tomographie im Kopfbereich - gegebenenfalls einschließlich des kraniozervikalen Übergangs
- 41005371 Computergesteuerte Tomographie im Hals und/oder Thoraxbereich
- 41005372 Computergesteuerte Tomographie im Abdominalbereich
- 41005373 Computergesteuerte Tomographie des Skeletts (Wirbelsäule, Extremitäten oder Gelenke bzw. Gelenkpaare)
- 41005374 Computergesteuerte Tomographie der Zwischenwirbelräume im Bereich der Hals-, Brust- und/oder Lendenwirbelsäule - gegebenenfalls einschließlich der Übergangsregionen
- 41005375 Computergesteuerte Tomographie der Aorta in ihrer gesamten Länge
- 41005376 Ergänzende computergesteuerte Tomographie(n) mit mindestens einer zusätzlichen Serie (z.B. Einsatz von Xenon, bei Einsatz der High-Resolution-Technik, bei zusätzlichen Kontrastmittelgaben) - zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5375
- 41005377 Zuschlag für computergesteuerte Analyse - einschließlich speziell nachfolgender 3D-Rekonstruktion
- 41005378 Computergesteuerte Tomographie zur Bestrahlungsplanung oder zu interventionellen Maßnahmen
- 41005380 Bestimmung des Mineralgehalts (Osteodensitometrie) von repräsentativen (auch mehreren) Skeletteilen mit quantitativer Computertomographie oder quantitativer digitaler Röntgentechnik

Leistung mit Positronen-Emissions-Tomographie-Gerät (PET)

- 41005488 Positronen-Emissions-Tomographie (PET) - gegebenenfalls einschließlich Darstellung in mehreren Ebenen
- 41005489 Positronen-Emissions-Tomographie (PET) mit quantifizierender Auswertung - gegebenenfalls einschließlich Darstellung in mehreren Ebenen

Leistung mit Magnet-Resonanz-Gerät (MR)

- 41005700 Magnetresonanztomographie im Bereich des Kopfes - gegebenenfalls einschließlich des Halses -, in zwei Projektionen, davon mindestens eine Projektion unter Einschluß T2-gewichtiger Aufnahmen
- 41005705 Magnetresonanztomographie im Bereich der Wirbelsäule, in zwei Projektionen
- 41005715 Magnetresonanztomographie im Bereich des Thorax - gegebenenfalls einschließlich des Halses -, der Thoraxorgane und/oder der Aorta in ihrer gesamten Länge
- 41005720 Magnetresonanztomographie im Bereich des Abdomens und/oder des Beckens
- 41005721 Magnetresonanztomographie im Bereich der Mamma(e)
- 41005729 Magnetresonanztomographie eines oder mehrerer Gelenke oder Abschnitte von Extremitäten
- 41005730 Magnetresonanztomographie einer oder mehrerer Extremität(en) mit Darstellung von mindestens zwei großen Gelenken oder Extremität
- 41005731 Ergänzende Serie(n) zu den Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 (z.B. nach Kontrastmitteleinbringung. Darstellung von Arterien als MR-Angiographie)
- 41005732 Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 für Positionswechsel und/oder Spulenwechsel
- 41005733 Zuschlag für computergesteuerte Analyse (z.B. Kinetik, 3D-Rekonstruktion)
- 41005735 Höchstwert für Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730

Leistung mit Hochvolttherapie-Gerät (Linearbeschleuniger = LIN, Telecobaltgerät = CO)

- 41005831 Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach den Nummern 5834 bis 5837, je Bestrahlungsserie
- 41005832 Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5831 bei Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen (z.B. Computertomogramm), je Bestrahlungsserie
- 41005833 Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5831 bei individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozeßrechners, je Bestrahlungsserie
- 41005834 Bestrahlung mittels Telecobaltgerät mit bis zu zwei Strahleneintrittsfeldern - gegebenenfalls unter Anwendung von vorgefertigten, wiederverwendbaren Ausblendungen -, je Fraktion
- 41005835 Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5734 bei Bestrahlung mit Großfeld oder von mehr als zwei Strahleneintrittsfeldern, je Fraktion
- 41005836 Bestrahlung mittels Beschleuniger mit bis zu zwei Strahleneintrittsfeldern - gegebenenfalls unter Anwendung von vorgefertigten, wiederverwendbaren Ausblendungen -, je Fraktion
- 41005837 Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5836 bei Bestrahlung mit Großfeld oder von mehr als zwei Strahleneintrittsfeldern, je Fraktion
- 41080010 Vergütung für Leistungen nach Maßgabe des § 5 der Allgemeinen Tarifbestimmungen des DKG-NT/BG-T (z.B. Kontrastmittel) nach Einstandspreis
- 4109[5000–8999] Sonderregelung (mit Sonderschlüssel ab 95000, siehe Anlage 5)

Vergütung vorstationär (Sonderregelung Bayern)

41010901	Schlafbezogene Atmungsstörungen bei Erwachsenen, Bayern, erster Behandlungstag
41010902	Schlafbezogene Atmungsstörungen bei Erwachsenen, Bayern, zweiter und jeder weitere Behandlungstag

Entgelte für nachstationäre Behandlung

Tagesbezogene Pauschale

42090100	Innere Medizin
42090200	Geriatric
42090300	Kardiologie
42090400	Nephrologie
42090500	Hämatologie und internistische Onkologie
42090600	Endokrinologie
42090700	Gastroenterologie
42090800	Pneumologie
42090900	Rheumatologie
42091000	Pädiatrie
42091100	Kinderkardiologie
42091200	Neonatologie
42091300	Kinderchirurgie
42091400	Lungen- und Bronchialheilkunde
42091500	Allgemeine Chirurgie
42091600	Unfallchirurgie
42091700	Neurochirurgie
42091800	Gefäßchirurgie
42091900	Plastische Chirurgie
42092000	Thoraxchirurgie
42092100	Herzchirurgie
42092200	Urologie
42092300	Orthopädie
42092400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
42092500	Geburtshilfe
42092600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
42092700	Augenheilkunde
42092800	Neurologie
42092900	Allgemeine Psychiatrie
42093000	Kinder- und Jugendpsychiatrie
42093100	Psychosomatik/Psychotherapie
42093200	Nuklearmedizin
42093300	Strahlenheilkunde
42093400	Dermatologie
42093500	Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
42093600	Intensivmedizin
42093700	Sonstige Fachabteilung

Einzelleistungsvergütung med.-tech. Großgeräte (nach DKG-NT I/BG-T-Ziffern)

Leistung mit Linksherzkatheter-Meßplatz (LHM)

42000627	Linksherzkatheterismus - einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen sowie fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle -
42000628	Herzkatheterismus mit Druckmessungen und oxymetrischen Untersuchungen - einschließlich fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle - im zeitlichen Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 355 und/oder 360

- 42000629 Transseptaler Linksherzkatheterismus - einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen sowie fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle
- 42005315 Angiokardiographie einer Herzhälfte, eine Serie
- 42005316 Angiokardiographie beider Herzhälften, eine Serie
- 42005317 Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5315 oder 5316, je Serie
- 42005318 Weitere Serien im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5317, insgesamt
- 42005324 Selektive Koronarangiographie eines Herzkranzgefäßes oder Bypasses mittels Cinetchnik, eine Serie
- 42005325 Selektive Koronarangiographie aller Herzkranzgefäße oder Bypässe mittels Cinetchnik, eine Serie
- 42005326 Selektive Koronarangiographie eines oder aller Herzkranzgefäße im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5324 oder 5325, zweite bis fünfte Serie, je Serie
- 42005327 Zusätzliche Linksventrikulographie bei selektiver Koronarangiographie
- 42005328 Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5327 bei Anwendung der simultanen Zwei-Ebenen-Technik

Leistung mit Computer-Tomographie-Gerät (CT)

- 42005369 Höchstwert für die Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5374
- 42005370 Computergesteuerte Tomographie im Kopfbereich - gegebenenfalls einschließlich des kraniozervikalen Übergangs
- 42005371 Computergesteuerte Tomographie im Hals und/oder Thoraxbereich
- 42005372 Computergesteuerte Tomographie im Abdominalbereich
- 42005373 Computergesteuerte Tomographie des Skeletts (Wirbelsäule, Extremitäten oder Gelenke bzw. Gelenkpaare)
- 42005374 Computergesteuerte Tomographie der Zwischenwirbelräume im Bereich der Hals-, Brust- und/oder Lendenwirbelsäule - gegebenenfalls einschließlich der Übergangsregionen
- 42005375 Computergesteuerte Tomographie der Aorta in ihrer gesamten Länge
- 42005376 Ergänzende computergesteuerte Tomographie(n) mit mindestens einer zusätzlichen Serie (z.B. Einsatz von Xenon, bei Einsatz der High-Resolution-Technik, bei zusätzlichen Kontrastmittelgaben) - zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5375
- 42005377 Zuschlag für computergesteuerte Analyse - einschließlich speziell nachfolgender 3D-Rekonstruktion
- 42005378 Computergesteuerte Tomographie zur Bestrahlungsplanung oder zu interventionellen Maßnahmen
- 42005380 Bestimmung des Mineralgehalts (Osteodensitometrie) von repräsentativen (auch mehreren) Skeletteilen mit quantitativer Computertomographie oder quantitativer digitaler Röntgentechnik

Leistung mit Positronen-Emissions-Tomographie-Gerät (PET)

- 42005488 Positronen-Emissions-Tomographie (PET) - gegebenenfalls einschließlich Darstellung in mehreren Ebenen
- 42005489 Positronen-Emissions-Tomographie (PET) mit quantifizierender Auswertung - gegebenenfalls einschließlich Darstellung in mehreren Ebenen

Leistung mit Magnet-Resonanz-Gerät (MR)

- 42005700 Magnetresonanztomographie im Bereich des Kopfes - gegebenenfalls einschließlich des Halses -, in zwei Projektionen, davon mindestens eine Projektion unter Einschluß T2-gewichtiger Aufnahmen
- 42005705 Magnetresonanztomographie im Bereich der Wirbelsäule, in zwei Projektionen
- 42005715 Magnetresonanztomographie im Bereich des Thorax - gegebenenfalls einschließlich des Halses -, der Thoraxorgane und/oder der Aorta in ihrer gesamten Länge
- 42005720 Magnetresonanztomographie im Bereich des Abdomens und/oder des Beckens
- 42005721 Magnetresonanztomographie im Bereich der Mamma(e)
- 42005729 Magnetresonanztomographie eines oder mehrerer Gelenke oder Abschnitte von Extremitäten
- 42005730 Magnetresonanztomographie einer oder mehrerer Extremität(en) mit Darstellung von mindestens zwei großen Gelenken oder Extremität
- 42005731 Ergänzende Serie(n) zu den Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 (z.B. nach Kontrastmitteleinbringung. Darstellung von Arterien als MR-Angiographie)
- 42005732 Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 für Positionswechsel und/oder Spulenwechsel
- 42005733 Zuschlag für computergesteuerte Analyse (z.B. Kinetik, 3D-Rekonstruktion)
- 42005735 Höchstwert für Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730

Leistung mit Hochvolttherapie-Gerät (Linearbeschleuniger = LIN, Telecobaltgeräte = CO)

- 42005831 Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach den Nummern 5834 bis 5837, je Bestrahlungsserie
- 42005832 Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5831 bei Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen (z.B. Computertomogramm), je Bestrahlungsserie
- 42005833 Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5831 bei individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozeßrechners, je Bestrahlungsserie
- 42005834 Bestrahlung mittels Telecobaltgerät mit bis zu zwei Strahleneintrittsfeldern - gegebenenfalls unter Anwendung von vorgefertigten, wiederverwendbaren Ausblendungen -, je Fraktion
- 42005835 Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5734 bei Bestrahlung mit Großfeld oder von mehr als zwei Strahleneintrittsfeldern, je Fraktion
- 42005836 Bestrahlung mittels Beschleuniger mit bis zu zwei Strahleneintrittsfeldern - gegebenenfalls unter Anwendung von vorgefertigten, wiederverwendbaren Ausblendungen -, je Fraktion
- 42005837 Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5836 bei Bestrahlung mit Großfeld oder von mehr als zwei Strahleneintrittsfeldern, je Fraktion
- 42080010 Vergütung für Leistungen nach Maßgabe des § 5 der Allgemeinen Tarifbestimmungen des DKG-NT/BG-T (z. B. Kontrastmittel) nach Einstandspreis
- 4209[5000–8999] Sonderregelung (mit Sonderschlüssel ab 95000, siehe Anlage 5)

Pflugesätze bei Beurlaubung

43000000	(krankenhausindividuelle Festlegung)
430[1 3–5]0100	Pflugesatz bei Beurlaubung/Innere Medizin
...	Pflugesatz bei Beurlaubung/weitere Fachabteilungen (siehe Schlüssel 6)
430200[10–91]	Pflugesatz bei Beurlaubung/besondere Einrichtungen

Modellvorhaben nach § 24 BpflV oder § 26 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

44[0–6][01–16]001 ff.	4.–5. Stelle: Länderschlüssel
44007062-142	Rheinland-Pfalz, Altvorhaben
44109105-107	Bayern, Altvorhaben

Wahlleistung Unterkunft (nur für Knappschaft)

45000001	Einbettzimmer-Zuschlag, (wird bei Zahlung durch übernahmefähigen Zweibettzimmer-Zuschlag ersetzt)
4500000[2–9]	Zweibettzimmer-Zuschlag, krankenhausindividuelle Staffelung

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

	4.–5. Stelle:
	01–35 Länderschlüssel 01–16, zusätzlich: 25 Nordrhein, 35 Westfalen-Lippe
460[01-35]000	Allgemeiner Zuschlag
46001000	Schleswig-Holstein
46002000	Hamburg
46003000	Niedersachsen
46004000	Bremen
46005000	(Nordrhein-Westfalen, s.u.)
46006000	Hessen
46007000	Rheinland-Pfalz
46008000	Baden-Württemberg
46009000	Bayern
46010000	Saarland
46011000	Berlin
46012000	Brandenburg
46013000	Mecklenburg-Vorpommern
46014000	Sachsen
46015000	Sachsen-Anhalt
46016000	Thüringen
46025000	Nordrhein
46035000	Westfalen-Lippe

Hinweis:

Die drei Bestandteile des Qualitätssicherungszuschlags, Zuschlagsanteil Krankenhaus, Zuschlagsanteil Land (länderindividuell) und Zuschlagsanteil Bund, sind nicht einzeln zu deklarieren. Unter dem Entgeltschlüssel darf nur einmal die Summe der drei Bestandteile in einem ENT-Segment in Rechnung gestellt werden.

Für die Zuschlagserhebung und die Zuschlagshöhe ist der Aufnahmetag maßgeblich.

Zuschläge nach GMG und sonstige Zuschläge

47100000	Zuschlag für Gemeinsamen Bundesausschuss (§ 91 Abs. 3 SGB V), teilstationär
47100001	Zuschlag für Gemeinsamen Bundesausschuss (§ 91 Abs. 3 SGB V), vollstationär
47100002	[Zuschlag für Institut nach § 139c SGB V, in G-BA-Zuschlag enthalten]
47100003	Zuschlag für Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen (§ 4 Abs. 13 KHEntgG)
47100004	Zuschlag für Arzt im Praktikum (§ 4 Abs. 14 KHEntgG)
47100005	Zuschlag für Vorhaltekosten von besonderen Einrichtungen
47100006	Zusammengefasster Zuschlag für Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen und für Arzt im Praktikum
47100007	Zuschlag für Zentren und Schwerpunkte (§ 5 Abs. 3 KHEntgG)
47100008	Aufwandspauschale bei erfolgloser MDK-Prüfung (§ 275 Abs. 1c SGB V)
47100009	Telematikzuschlag, vollstationär (§ 291a Abs. 7a i.V.m. Abs. 7 Satz 4 SGB V)
47100010	Zuschlag nach § 15 Abs. 2 KHEntgG
47100011	Zuschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG
47100012	Pflegezuschlag nach § 4 Abs. 10 KHEntgG
47100013	Telematikzuschlag, teilstationär (§ 291a Abs. 7a i.V. mit Abs. 7 Satz 4 SGB V)
47100014	Zuschlag wegen Konvergenzverlängerung nach § 5 Abs. 6 KHEntgG
47100015	Zuschlag für besondere Einrichtungen nach § 4 Abs. 7 KHEntgG
47100016	Zuschlag für Kappungshaus nach § 4 Abs. 9 KHEntgG
47100017	Ausgleich Erhöhungsrates (Bayern-Vereinbarung zu § 10 Abs. 5 KHEntgG)
47100018	Versorgungszuschlag nach § 8 Abs. 10 Satz 1 KHEntgG
47100019	erhöhter Versorgungszuschlag nach § 8 Abs. 10 Satz 2 KHEntgG
47100020	Zuschlag Hygiene-Förderprogramm nach § 4 Abs. 11 KHEntgG
47120001	Kostenpauschale für Verwaltungsverfahren
47120002	Portokosten für erneute Zustellung zwecks Beweissicherung

Abschläge nach GMG und sonstige Abschläge

47200000	intern reserviert
47200001	Abzug nach § 140d SGB V für Anschubfinanzierung integrierte Versorgung
47200002	Abschlag nach § 8 Abs. 9 KHEntgG
47200010	Abschlag nach § 15 Abs. 2 KHEntgG
47200011	Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG
47200012	Abschlag für Mehrleistungen nach § 4 Abs. 2a Satz 4 KHEntgG
47200013	Abschlag zu Tarifierhöhung nach § 4 Abs. 2a Satz 2 KHEntgG
47200014	Abschlag wegen Konvergenzverlängerung nach § 5 Abs. 6 KHEntgG
47200015	Abschlag für besondere Einrichtungen nach § 4 Abs. 7 KHEntgG

DRG-Systemzuschlag

48000001	DRG-Systemzuschlag, vollstationärer Fall
48000002	DRG-Systemzuschlag, teilstationärer Fall

Abrechnungsergänzungen

491[1-6]000[1-5]	Zuschläge für Zentren und Schwerpunkte
492[1-6]000[1-5]	Abschläge für Zentren und Schwerpunkte (für Korrekturen)

Berechnung nach BpflV alt

Allgemeine Pflegesätze

50000001	Normalfall
50000002	Belegarzt
50000003	Entbindung
50000004	Dialyse

Teilstationäre Pflegesätze

50010001	Tagesklinik
50010002	Nachtklinik
50010003 ff.	krankenhausindividuelle Festlegung

Besondere Pflegesätze

50020001 ff.	krankenhausindividuelle Festlegung
--------------	------------------------------------

Sonderentgelte

50030001 ff.	krankenhausindividuelle Festlegung
--------------	------------------------------------

Abweichende Vereinbarungen nach § 21 BpflV

50040001 ff.	krankenhausindividuelle Festlegung
--------------	------------------------------------

Sonderfälle

60000001	Entgelt für Aufnahmeuntersuchung
60000002	Weihnachtsgeld
60000003	Taschengeld
60000004	Bekleidungsgeld
60000005	Früherkennungsuntersuchungen für Neugeborene (Brandenburg)
60000006	Entgelt für gutachterliche Stellungnahme bei Transplantationen nach § 7 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 BpflV oder § 4 Abs. 1 Nr. 4 FPV
60000007	Entgelt für Transport von Knochenmark oder hämatopoetischer Stammzellen nach § 4 Abs. 1 Nr. 6 KFPV 2004/FPV
600[1 3–5]0100	Entgelt für Aufnahmeuntersuchung/Innere Medizin
...	Entgelt für Aufnahmeuntersuchung/weitere Fachabteilungen (siehe Anlage 2, Schlüssel 6)
600200[10–91]	Entgelt für Aufnahmeuntersuchung/besondere Einrichtungen

Entgelte für integrierte Versorgung nach § 140c SGB V

611[00–99][000–üüü]	Ortskrankenkassen
612[00–99][000–üüü]	Angestellten-Krankenkassen
613[00–99][000–üüü]	Arbeiter-Ersatzkassen
614[00–99][000–üüü]	Betriebskrankenkassen
615[00–99][000–üüü]	Innungskrankenkassen
616[00–99][000–üüü]	Knappschaft
617[00–99][000–üüü]	Landwirtschaftliche Krankenkassen
618[00–99][000–üüü]	Seekrankenkasse

Abschläge für Entgelte für integrierte Versorgung nach § 140c SGB V

621[00–99][000–üüü]	Ortskrankenkassen
622[00–99][000–üüü]	Angestellten-Krankenkassen
623[00–99][000–üüü]	Arbeiter-Ersatzkassen
624[00–99][000–üüü]	Betriebskrankenkassen
625[00–99][000–üüü]	Innungskrankenkassen
626[00–99][000–üüü]	Knappschaft
627[00–99][000–üüü]	Landwirtschaftliche Krankenkassen
628[00–99][000–üüü]	Seekrankenkasse

Entgelte für Modellvorhaben nach § 63 SGB V

631[00–99][000–999]	Ortskrankenkassen
632[00–99][000–999]	Angestellten-Krankenkassen
633[00–99][000–999]	Arbeiter-Ersatzkassen
634[00–99][000–999]	Betriebskrankenkassen
635[00–99][000–999]	Innungskrankenkassen
636[00–99][000–999]	Knappschaft
637[00–99][000–999]	Landwirtschaftliche Krankenkassen
638[00–99][000–999]	Seekrankenkasse

Zusatzentgelt für DMP

	mit KV-Nummer (3. und 4. Stelle)
6501[00–27][01–06]	Schleswig-Holstein
6502[00–27][01–06]	Hamburg
6503[00–27][01–06]	Bremen
6517[00–27][01–06]	Niedersachsen
6520[00–27][01–06]	Westfalen-Lippe
6538[00–27][01–06]	Nordrhein
6546[00–27][01–06]	Hessen
6551[00–27][01–06]	Rheinland-Pfalz
6552[00–27][01–06]	Baden-Württemberg
6571[00–27][01–06]	Bayern
6573[00–27][01–06]	Saarland
6572[00–27][01–06]	Berlin
6583[00–27][01–06]	Brandenburg
6578[00–27][01–06]	Mecklenburg-Vorpommern
6598[00–27][01–06]	Sachsen
6588[00–27][01–06]	Sachsen-Anhalt
6593[00–27][01–06]	Thüringen

Entgelte nach KHEntgG

DRG-Fallpauschalen nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG

70[1–8]0A01A ff.	DRG-Fallpauschalen nach Anlage 1 FPV
70000000	intern reserviert
70888888	Teilzahlung nach § 11 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG
70999999	im Rahmen der Zusammenarbeit nach § 3 Abs. 2 KFPV (0,00 EUR) oder bei Wiederaufnahme wegen Komplikation innerhalb der GVD nach § 8 Abs. 5 KHEntgG (0,00 EUR)

Entgelte bei Überschreiten der oberen GVD nach § 1 Abs. 2 FPV oder tagesbezogene teilstationäre DRG-Fallpauschalen ab 2. Tag

71[1–8]0A01A ff.	DRG-Fallpauschalen nach Anlage 1 FPV
71999999	Entgelt nach Überschreiten der GVD im Rahmen der Zusammenarbeit nach § 3 Abs. 2 KFPV (150,00 EUR)

Abschläge bei Verlegungen nach § 1 Abs. 1 Satz 3 FPV

72[1–6, 8]0A01A ff.	DRG-Fallpauschalen nach Anlage 1 FPV
---------------------	--------------------------------------

Abschläge bei Nichterreichen der unteren GVD nach § 1 Abs. 3 Satz 1 FPV

73[1–6, 8]0A01A ff.	DRG-Fallpauschalen nach Anlage 1 FPV
---------------------	--------------------------------------

Rückforderung von Abschlägen bei Nichterreichen der unteren GVD nach § 8 Abs. 5 Satz 2 KHEntgG

74[1–6]0A01A ff.	DRG-Fallpauschalen nach Anlage 1 KFPV
------------------	---------------------------------------

Zuschläge nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG

75100001	Sicherstellungszuschlag nach § 17b Abs. 1 Satz 7 KHG, Festbetrag
75100002	Sicherstellungszuschlag auf den Basisfallwert n. § 17b Abs. 1 Satz 7 KHG
75100003	Zuschlag für Begleitperson nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG
751[01–16]001	Zuschlag nach § 17b Abs. 1 Satz 7 KHG, mit Länderschlüssel

Ausbildungszuschlag nach § 17a Abs. 6 oder 9 KHG

75101002	Schleswig-Holstein
75102002	Hamburg
75103002	Niedersachsen
75104002	Bremen
75105002	Nordrhein-Westfalen
75106002	Hessen
75107002	Rheinland-Pfalz
75108002	Baden-Württemberg
75109002	Bayern
75110002	Saarland
75111002	Berlin
75112002	Brandenburg
75113002	Mecklenburg-Vorpommern

75114002	Sachsen
75115002	Sachsen-Anhalt
75116002	Thüringen

Abschläge nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG

75200001	Abschlag für Nichtbeteiligung an der Notfallversorgung nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG
75205002	Ausbildungsabschlag nach § 17a Abs. 6 bzw. 9 KHG Nordrhein-Westfalen (für Korrekturen)
75209002	Ausbildungsabschlag nach § 17a Abs. 6 bzw. 9 KHG Bayern (für Korrekturen)
75213002	Ausbildungsabschlag nach § 17a Abs. 6 bzw. 9 KHG Mecklenburg- Vorpommern (für Korrekturen)

Zusatzentgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG

Hinweis: Zusatzentgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3, 5 und 6 KHEntgG (vereinbart) sind gesondert in Teil Ib aufgeführt.

Bundesweit nach Anlage 2 und 5 DRG-Entgeltkatalog 2013

Zusatzentgelte-Katalog, bewertet

ZE01	Hämodialyse
76ZE0101	ZE0101 Hämodialyse, intermittierend, Alter > 14 Jahre; OPS 8-854.2 oder 8-854.3 oder 8-854.4 oder 8-854.5 oder 8-854.8
76ZE0102	ZE0102 Hämodialyse, intermittierend, Alter < 15 Jahre; OPS 8-854.2 oder 8-854.3 oder 8-854.4 oder 8-854.5 oder 8-854.8
ZE02	Hämodiafiltration, intermittierend
76ZE0200	- (ZE02) OPS 8-855.3 oder 8-855.4 oder 8-855.5 oder 8-855.6
ZE09	Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit programmierbarem variablen Tagesprofil
76ZE0900	- (ZE09) OPS 5-028.11 oder 5-038.41
ZE10	Künstlicher Blasenschließmuskel
76ZE1000	- (ZE10) OPS 5-597.0* oder 5-597.3*
ZE11	Wirbelkörperersatz Wirbelkörperersatz und komplexe Rekonstruktion der Wirbelsäule: Wirbelkörperersatz durch Implantat:
76ZE1101	- (ZE1101) 1 Wirbelkörper; OPS 5-837.00
76ZE1102	- (ZE1102) 2 Wirbelkörper; OPS 5-837.01
76ZE1103	- (ZE1103) 3 Wirbelkörper; OPS 5-837.02
76ZE1104	- (ZE1104) 4 Wirbelkörper; OPS 5-837.04
76ZE1105	- (ZE1105) 5 oder mehr Wirbelkörper; OPS 5-837.05
ZE17	Gabe von Gemcitabin, parenteral
76ZE1710	- (ZE1710) 19,0 g bis unter 22,0 g; OPS 6-001.19
76ZE1711	- (ZE1711) 22,0 g bis unter 25,0 g; OPS 6-001.1a
76ZE1712	- (ZE1712) 25,0 g bis unter 28,0 g; OPS 6-001.1b
76ZE1713	- (ZE1713) 28,0 g bis unter 31,0 g; OPS 6-001.1c
76ZE1714	- (ZE1714) 31,0 g bis unter 34,0 g; OPS 6-001.1d
76ZE1715	- (ZE1715) 34,0 g und mehr; OPS 6-001.1e
ZE19	Gabe von Irinotecan, parenteral
76ZE1914	- (ZE1914) 2.000 mg bis unter 2.200 mg; OPS 6-001.3d
76ZE1915	- (ZE1915) 2.200 mg bis unter 2.400 mg; OPS 6-001.3e
76ZE1916	- (ZE1916) 2.400 mg bis unter 2.600 mg; OPS 6-001.3f
76ZE1917	- (ZE1917) 2.600 mg bis unter 2.800 mg; OPS 6-001.3g

- 76ZE1918 - (ZE1918) 2.800 mg bis unter 3.000 mg; OPS 6-001.3h
 76ZE1919 - (ZE1919) 3.000 mg und mehr; OPS 6-001.3j

ZE27 Gabe von Trastuzumab, parenteral

- 76ZE2701 - (ZE2701) 100 mg bis unter 150 mg; OPS 6-001.70
 76ZE2702 - (ZE2702) 150 mg bis unter 200 mg; OPS 6-001.71
 76ZE2703 - (ZE2703) 200 mg bis unter 250 mg; OPS 6-001.72
 76ZE2704 - (ZE2704) 250 mg bis unter 300 mg; OPS 6-001.73
 76ZE2705 - (ZE2705) 300 mg bis unter 350 mg; OPS 6-001.74
 76ZE2706 - (ZE2706) 350 mg bis unter 400 mg; OPS 6-001.75
 76ZE2707 - (ZE2707) 400 mg bis unter 450 mg; OPS 6-001.76
 76ZE2708 - (ZE2708) 450 mg bis unter 500 mg; OPS 6-001.77
 76ZE2709 - (ZE2709) 500 mg bis unter 600 mg; OPS 6-001.78
 76ZE2710 - (ZE2710) 600 mg bis unter 700 mg; OPS 6-001.79
 76ZE2711 - (ZE2711) 700 mg bis unter 800 mg; OPS 6-001.7a
 76ZE2712 - (ZE2712) 800 mg bis unter 900 mg; OPS 6-001.7b
 76ZE2713 - (ZE2713) 900 mg bis unter 1.000 mg; OPS 6-001.7c
 76ZE2714 - (ZE2714) 1.000 mg bis unter 1.200 mg; OPS 6-001.7d
 76ZE2715 - (ZE2715) 1.200 mg bis unter 1.400 mg; OPS 6-001.7e
 76ZE2716 - (ZE2716) 1.400 mg bis unter 1.600 mg; OPS 6-001.7f
 76ZE2718 - (ZE2718) 1.600 mg bis unter 1.800 mg; OPS 6-001.7h
 76ZE2719 - (ZE2719) 1.800 mg bis unter 2.000 mg; OPS 6-001.7j
 76ZE2720 - (ZE2720) 2.000 mg bis unter 2.200 mg; OPS 6-001.7k
 76ZE2721 - (ZE2721) 2.200 mg bis unter 2.400 mg; OPS 6-001.7m
 76ZE2722 - (ZE2722) 2.400 mg und mehr; OPS 6-001.7n

ZE30 Gabe von Prothrombinkomplex, parenteral

- 76ZE3002 - (ZE3002) 3.500 IE bis unter 4.500 IE; OPS 8-812.53
 76ZE3003 - (ZE3003) 4.500 IE bis unter 5.500 IE; OPS 8-812.54
 76ZE3004 - (ZE3004) 5.500 IE bis unter 6.500 IE; OPS 8-812.55
 76ZE3005 - (ZE3005) 6.500 IE bis unter 7.500 IE; OPS 8-812.56
 76ZE3006 - (ZE3006) 7.500 IE bis unter 8.500 IE; OPS 8-812.57
 76ZE3007 - (ZE3007) 8.500 IE bis unter 9.500 IE; OPS 8-812.58
 76ZE3008 - (ZE3008) 9.500 IE bis unter 10.500 IE; OPS 8-812.59
 76ZE3009 - (ZE3009) 10.500 IE bis unter 15.500 IE; OPS 8-812.5a
 76ZE3010 - (ZE3010) 15.500 IE bis unter 20.500 IE; OPS 8-812.5b
 76ZE3011 - (ZE3011) 20.500 IE bis unter 25.500 IE; OPS 8-812.5c
 76ZE3012 - (ZE3012) 25.500 IE bis unter 30.500 IE; OPS 8-812.5d
 76ZE3013 - (ZE3013) 30.500 IE und mehr; OPS 8-812.5e

ZE36 Plasmapherese

- 76ZE3601 - (ZE3601) 1 Plasmapherese oder Doppelfiltrationsplasmapherese;
 OPS 8-820.00 oder 8-820.10 oder 8-820.20 oder 8-826.*0
 76ZE3602 - (ZE3602) 2 Plasmapheresen oder Doppelfiltrationsplasmapheresen;
 OPS 8-820.01 oder 8-820.11 oder 8-820.21 oder 8-826.*1
 76ZE3603 - (ZE3603) 3 Plasmapheresen oder Doppelfiltrationsplasmapheresen;
 OPS 8-820.02 oder 8-820.12 oder 8-820.22 oder 8-826.*2
 76ZE3604 - (ZE3604) 4 Plasmapheresen oder Doppelfiltrationsplasmapheresen;
 OPS 8-820.03 oder 8-820.13 oder 8-820.23 oder 8-826.*3

76ZE3605	- (ZE3605) 5 Plasmapheresen oder Doppelfiltrationsplasmapheresen; OPS 8-820.04 oder 8-820.14 oder 8-820.24 oder 8-826.*4
76ZE3606	- (ZE3606) 6 Plasmapheresen oder Doppelfiltrationsplasmapheresen; OPS 8-820.08 oder 8-820.18 oder 8-820.25 oder 8-826.*5
76ZE3607	- (ZE3607) 7 Plasmapheresen oder Doppelfiltrationsplasmapheresen; OPS 8-820.09 oder 8-820.19 oder 8-820.26 oder 8-826.*6
76ZE3608	- (ZE3608) 8 Plasmapheresen oder Doppelfiltrationsplasmapheresen; OPS 8-820.0a oder 8-820.1a oder 8-820.27 oder 8-826.*7
76ZE3609	- (ZE3609) 9 Plasmapheresen oder Doppelfiltrationsplasmapheresen; OPS 8-820.0b oder 8-820.1b oder 8-820.28 oder 8-826.*8
76ZE3610	- (ZE3610) 10 Plasmapheresen oder Doppelfiltrationsplasmapheresen; OPS 8-820.0c oder 8-820.1c oder 8-820.29 oder 8-826.*9
76ZE3611	- (ZE3611) 11 Plasmapheresen oder Doppelfiltrationsplasmapheresen; OPS 8-820.0d oder 8-820.1d oder 8-820.2a oder 8-826.*a
76ZE3612	- (ZE3612) 12 Plasmapheresen oder Doppelfiltrationsplasmapheresen; OPS 8-820.0e oder 8-820.1e oder 8-820.2b oder 8-826.*b
76ZE3613	- (ZE3613) 13 Plasmapheresen oder Doppelfiltrationsplasmapheresen; OPS 8-820.0f oder 8-820.1f oder 8-820.2c oder 8-826.*c
76ZE3614	- (ZE3614) 14 Plasmapheresen oder Doppelfiltrationsplasmapheresen; OPS 8-820.0g oder 8-820.1g oder 8-820.2d oder 8-826.*d
76ZE3615	- (ZE3615) 15 Plasmapheresen oder Doppelfiltrationsplasmapheresen; OPS 8-820.0h oder 8-820.1h oder 8-820.2e oder 8-826.*e
76ZE3616	- (ZE3616) 16 bis 17 Plasmapheresen oder Doppelfiltrationsplasmapheresen; OPS 8-820.0j oder 8-820.1j oder 8-820.2f oder 8-826.*f
76ZE3617	- (ZE3617) 18 bis 19 Plasmapheresen oder Doppelfiltrationsplasmapheresen; OPS 8-820.0k oder 8-820.1k oder 8-820.2g oder 8-826.*g
76ZE3618	- (ZE3618) 20 bis 21 Plasmapheresen oder Doppelfiltrationsplasmapheresen; OPS 8-820.0m oder 8-820.1m oder 8-820.2h oder 8-826.*h
76ZE3619	- (ZE3619) 22 bis 23 Plasmapheresen oder Doppelfiltrationsplasmapheresen; OPS 8-820.0n oder 8-820.1n oder 8-820.2j oder 8-826.*j
76ZE3620	- (ZE3620) 24 bis 25 Plasmapheresen oder Doppelfiltrationsplasmapheresen; OPS 8-820.0p oder 8-820.1p oder 8-820.2k oder 8-826.*k
76ZE3621	- (ZE3621) 26 bis 28 Plasmapheresen oder Doppelfiltrationsplasmapheresen; OPS 8-820.0q oder 8-820.1q oder 8-820.2m oder 8-826.*m
76ZE3622	- (ZE3622) 29 bis 31 Plasmapheresen oder Doppelfiltrationsplasmapheresen; OPS 8-820.0r oder 8-820.1r oder 8-820.2n oder 8-826.*n
76ZE3623	- (ZE3623) 32 bis 34 Plasmapheresen oder Doppelfiltrationsplasmapheresen; OPS 8-820.0s oder 8-820.1s oder 8-820.2p oder 8-826.*p
76ZE3624	- (ZE3624) 35 bis 39 Plasmapheresen oder Doppelfiltrationsplasmapheresen; OPS 8-820.0t oder 8-820.1t oder 8-820.2q oder 8-826.*q
76ZE3625	- (ZE3625) 40 bis 44 Plasmapheresen oder Doppelfiltrationsplasmapheresen; OPS 8-820.0u oder 8-820.1u oder 8-820.2r oder 8-826.*r
76ZE3626	- (ZE3626) 45 bis 49 Plasmapheresen oder Doppelfiltrationsplasmapheresen; OPS 8-820.0v oder 8-820.1v oder 8-820.2s oder 8-826.*s
76ZE3627	- (ZE3627) 50 und mehr Plasmapheresen oder Doppelfiltrationsplasmapheresen; OPS 8-820.0w oder 8-820.1w oder 8-820.2t oder 8-826.*t
ZE37	Extrakorporale Photopherese
76ZE3700	- (ZE37) OPS 8-824

ZE40	Gabe von Filgrastim, parenteral
76ZE4001	- (ZE4001) 70 Mio. IE bis unter 130 Mio. IE; OPS 6-002.10
76ZE4002	- (ZE4002) 130 Mio. IE bis unter 190 Mio. IE; OPS 6-002.11
76ZE4003	- (ZE4003) 190 Mio. IE bis unter 250 Mio. IE; OPS 6-002.12
76ZE4004	- (ZE4004) 250 Mio. IE bis unter 350 Mio. IE; OPS 6-002.13
76ZE4005	- (ZE4005) 350 Mio. IE bis unter 450 Mio. IE; OPS 6-002.14
76ZE4006	- (ZE4006) 450 Mio. IE bis unter 550 Mio. IE; OPS 6-002.15
76ZE4007	- (ZE4007) 550 Mio. IE bis unter 650 Mio. IE; OPS 6-002.16
76ZE4008	- (ZE4008) 650 Mio. IE bis unter 750 Mio. IE; OPS 6-002.17
76ZE4009	- (ZE4009) 750 Mio. IE bis unter 850 Mio. IE; OPS 6-002.18
76ZE4010	- (ZE4010) 850 Mio. IE bis unter 950 Mio. IE; OPS 6-002.19
76ZE4011	- (ZE4011) 950 Mio. IE bis unter 1.050 Mio. IE; OPS 6-002.1a
76ZE4012	- (ZE4012) 1.050 Mio. IE bis unter 1.250 Mio. IE; OPS 6-002.1b
76ZE4013	- (ZE4013) 1.250 Mio. IE bis unter 1.450 Mio. IE; OPS 6-002.1c
76ZE4014	- (ZE4014) 1.450 Mio. IE bis unter 1.650 Mio. IE; OPS 6-002.1d
76ZE4015	- (ZE4015) 1.650 Mio. IE bis unter 1.850 Mio. IE; OPS 6-002.1e
76ZE4016	- (ZE4016) 1.850 Mio. IE bis unter 2.050 Mio. IE; OPS 6-002.1f
76ZE4017	- (ZE4017) 2.050 Mio. IE bis unter 2.250 Mio. IE; OPS 6-002.1g
76ZE4018	- (ZE4018) 2.250 Mio. IE bis unter 2.450 Mio. IE; OPS 6-002.1h
76ZE4019	- (ZE4019) 2.450 Mio. IE und mehr; OPS 6-002.1j
ZE42	Gabe von Lenograstim, parenteral
76ZE4201	- (ZE4201) 75 Mio. IE bis unter 150 Mio. IE; OPS 6-002.20
76ZE4202	- (ZE4202) 150 Mio. IE bis unter 225 Mio. IE; OPS 6-002.21
76ZE4203	- (ZE4203) 225 Mio. IE bis unter 300 Mio. IE; OPS 6-002.22
76ZE4204	- (ZE4204) 300 Mio. IE bis unter 400 Mio. IE; OPS 6-002.23
76ZE4205	- (ZE4205) 400 Mio. IE bis unter 500 Mio. IE; OPS 6-002.24
76ZE4206	- (ZE4206) 500 Mio. IE bis unter 600 Mio. IE; OPS 6-002.25
76ZE4207	- (ZE4207) 600 Mio. IE bis unter 800 Mio. IE; OPS 6-002.26
76ZE4208	- (ZE4208) 800 Mio. IE bis unter 1.000 Mio. IE; OPS 6-002.27
76ZE4209	- (ZE4209) 1.000 Mio. IE bis unter 1.200 Mio. IE; OPS 6-002.28
76ZE4210	- (ZE4210) 1.200 Mio. IE bis unter 1.400 Mio. IE; OPS 6-002.29
76ZE4211	- (ZE4211) 1.400 Mio. IE bis unter 1.600 Mio. IE; OPS 6-002.2a
76ZE4212	- (ZE4212) 1.600 Mio. IE bis unter 1.800 Mio. IE; OPS 6-002.2b
76ZE4213	- (ZE4213) 1.800 Mio. IE bis unter 2.000 Mio. IE; OPS 6-002.2c
76ZE4214	- (ZE4214) 2.000 Mio. IE bis unter 2.200 Mio. IE; OPS 6-002.2d
76ZE4215	- (ZE4215) 2.200 Mio. IE bis unter 2.400 Mio. IE; OPS 6-002.2e
76ZE4216	- (ZE4216) 2.400 Mio. IE bis unter 2.600 Mio. IE; OPS 6-002.2f
76ZE4217	- (ZE4217) 2.600 Mio. IE bis unter 2.800 Mio. IE; OPS 6-002.2g
76ZE4218	- (ZE4218) 2.800 Mio. IE bis unter 3.000 Mio. IE; OPS 6-002.2h
76ZE4219	- (ZE4219) 3.000 Mio. IE und mehr; OPS 6-002.2j
ZE47	Gabe von Antithrombin III, parenteral
76ZE4701	- (ZE4701) 2.000 IE bis unter 3.500 IE; OPS 8-810.g1
76ZE4702	- (ZE4702) 3.500 IE bis unter 5.000 IE; OPS 8-810.g2
76ZE4703	- (ZE4703) 5.000 IE bis unter 7.000 IE; OPS 8-810.g3
76ZE4704	- (ZE4704) 7.000 IE bis unter 10.000 IE; OPS 8-810.g4
76ZE4705	- (ZE4705) 10.000 IE bis unter 15.000 IE; OPS 8-810.g5
76ZE4706	- (ZE4706) 15.000 IE bis unter 20.000 IE; OPS 8-810.g6

76ZE4707	- (ZE4707) 20.000 IE bis unter 25.000 IE; OPS 8-810.g7
76ZE4708	- (ZE4708) 25.000 IE bis unter 30.000 IE; OPS 8-810.g8
76ZE4709	- (ZE4709) 30.000 IE bis unter 40.000 IE; OPS 8-810.ga
76ZE4710	- (ZE4710) 40.000 IE bis unter 50.000 IE; OPS 8-810.gb
76ZE4711	- (ZE4711) 50.000 IE bis unter 60.000 IE; OPS 8-810.gc
76ZE4712	- (ZE4712) 60.000 IE bis unter 70.000 IE; OPS 8-810.gd
76ZE4713	- (ZE4713) 70.000 IE bis unter 90.000 IE; OPS 8-810.ge
76ZE4714	- (ZE4714) 90.000 IE bis unter 110.000 IE; OPS 8-810.gf
76ZE4715	- (ZE4715) 110.000 IE bis unter 130.000 IE; OPS 8-810.gg
76ZE4716	- (ZE4716) 130.000 IE bis unter 150.000 IE; OPS 8-810.gh
76ZE4717	- (ZE4717) 150.000 IE und mehr; OPS 8-810.gj

ZE48 Gabe von Aldesleukin, parenteral

76ZE4801	- (ZE4801) 45 Mio. IE bis unter 65 Mio. IE; OPS 6-001.80
76ZE4802	- (ZE4802) 65 Mio. IE bis unter 85 Mio. IE; OPS 6-001.81
76ZE4803	- (ZE4803) 85 Mio. IE bis unter 105 Mio. IE; OPS 6-001.82
76ZE4804	- (ZE4804) 105 Mio. IE bis unter 125 Mio. IE; OPS 6-001.83
76ZE4805	- (ZE4805) 125 Mio. IE bis unter 145 Mio. IE; OPS 6-001.84
76ZE4806	- (ZE4806) 145 Mio. IE bis unter 165 Mio. IE; OPS 6-001.85
76ZE4807	- (ZE4807) 165 Mio. IE bis unter 185 Mio. IE; OPS 6-001.86
76ZE4808	- (ZE4808) 185 Mio. IE bis unter 205 Mio. IE; OPS 6-001.87
76ZE4809	- (ZE4809) 205 Mio. IE bis unter 245 Mio. IE; OPS 6-001.88
76ZE4810	- (ZE4810) 245 Mio. IE bis unter 285 Mio. IE; OPS 6-001.89
76ZE4811	- (ZE4811) 285 Mio. IE bis unter 325 Mio. IE; OPS 6-001.8a
76ZE4812	- (ZE4812) 325 Mio. IE bis unter 365 Mio. IE; OPS 6-001.8b
76ZE4813	- (ZE4813) 365 Mio. IE bis unter 405 Mio. IE; OPS 6-001.8c
76ZE4814	- (ZE4814) 405 Mio. IE bis unter 445 Mio. IE; OPS 6-001.8d
76ZE4815	- (ZE4815) 445 Mio. IE bis unter 485 Mio. IE; OPS 6-001.8e
76ZE4816	- (ZE4816) 485 Mio. IE bis unter 525 Mio. IE; OPS 6-001.8f
76ZE4817	- (ZE4817) 525 Mio. IE bis unter 565 Mio. IE; OPS 6-001.8g
76ZE4818	- (ZE4818) 565 Mio. IE bis unter 625 Mio. IE; OPS 6-001.8h
76ZE4819	- (ZE4819) 625 Mio. IE bis unter 685 Mio. IE; OPS 6-001.8j
76ZE4820	- (ZE4820) 685 Mio. IE bis unter 745 Mio. IE; OPS 6-001.8k
76ZE4821	- (ZE4821) 745 Mio. IE bis unter 805 Mio. IE; OPS 6-001.8m
76ZE4822	- (ZE4822) 805 Mio. IE und mehr; OPS 6-001.8n

ZE49 Gabe von Bortezomib, parenteral

76ZE4901	- (ZE4901) 1,5 mg bis unter 2,5 mg; OPS 6-001.90
76ZE4902	- (ZE4902) 2,5 mg bis unter 3,5 mg; OPS 6-001.91
76ZE4903	- (ZE4903) 3,5 mg bis unter 4,5 mg; OPS 6-001.92
76ZE4904	- (ZE4904) 4,5 mg bis unter 5,5 mg; OPS 6-001.93
76ZE4905	- (ZE4905) 5,5 mg bis unter 6,5 mg; OPS 6-001.94
76ZE4906	- (ZE4906) 6,5 mg bis unter 7,5 mg; OPS 6-001.95
76ZE4907	- (ZE4907) 7,5 mg bis unter 8,5 mg; OPS 6-001.96
76ZE4908	- (ZE4908) 8,5 mg bis unter 9,5 mg; OPS 6-001.97
76ZE4909	- (ZE4909) 9,5 mg bis unter 10,5 mg; OPS 6-001.98
76ZE4910	- (ZE4910) 10,5 mg bis unter 11,5 mg; OPS 6-001.99
76ZE4911	- (ZE4911) 11,5 mg bis unter 13,5 mg; OPS 6-001.9a
76ZE4912	- (ZE4912) 13,5 mg bis unter 15,5 mg; OPS 6-001.9b
76ZE4913	- (ZE4913) 15,5 mg bis unter 17,5 mg; OPS 6-001.9c

76ZE4914	- (ZE4914) 17,5 mg bis unter 19,5 mg; OPS 6-001.9d
76ZE4915	- (ZE4915) 19,5 mg bis unter 21,5 mg; OPS 6-001.9e
76ZE4916	- (ZE4916) 21,5 mg bis unter 23,5 mg; OPS 6-001.9f
76ZE4917	- (ZE4917) 23,5 mg bis unter 25,5 mg; OPS 6-001.9g
76ZE4918	- (ZE4918) 25,5 mg bis unter 27,5 mg; OPS 6-001.9h
76ZE4919	- (ZE4919) 27,5 mg bis unter 29,5 mg; OPS 6-001.9j
76ZE4920	- (ZE4920) 29,5 mg und mehr; OPS 6-001.9k

ZE50 Gabe von Cetuximab, parenteral

76ZE5001	- (ZE5001) 250 mg bis unter 350 mg; OPS 6-001.a0
76ZE5002	- (ZE5002) 350 mg bis unter 450 mg; OPS 6-001.a1
76ZE5003	- (ZE5003) 450 mg bis unter 550 mg; OPS 6-001.a2
76ZE5004	- (ZE5004) 550 mg bis unter 650 mg; OPS 6-001.a3
76ZE5005	- (ZE5005) 650 mg bis unter 750 mg; OPS 6-001.a4
76ZE5006	- (ZE5006) 750 mg bis unter 850 mg; OPS 6-001.a5
76ZE5007	- (ZE5007) 850 mg bis unter 1.050 mg; OPS 6-001.a6
76ZE5008	- (ZE5008) 1.050 mg bis unter 1.250 mg; OPS 6-001.a7
76ZE5009	- (ZE5009) 1.250 mg bis unter 1.450 mg; OPS 6-001.a8
76ZE5010	- (ZE5010) 1.450 mg bis unter 1.650 mg; OPS 6-001.a9
76ZE5011	- (ZE5011) 1.650 mg bis unter 1.850 mg; OPS 6-001.aa
76ZE5012	- (ZE5012) 1.850 mg bis unter 2.150 mg; OPS 6-001.ab
76ZE5013	- (ZE5013) 2.150 mg bis unter 2.450 mg; OPS 6-001.ac
76ZE5014	- (ZE5014) 2.450 mg bis unter 2.750 mg; OPS 6-001.ad
76ZE5015	- (ZE5015) 2.750 mg bis unter 3.050 mg; OPS 6-001.ae
76ZE5016	- (ZE5016) 3.050 mg bis unter 3.350 mg; OPS 6-001.af
76ZE5018	- (ZE5018) 3.350 mg bis unter 3.950 mg; OPS 6-001.ah
76ZE5019	- (ZE5019) 3.950 mg bis unter 4.550 mg; OPS 6-001.aj
76ZE5020	- (ZE5020) 4.550 mg und mehr; OPS 6-001.ak

ZE51 Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Hepatitis-B-surface-Antigen, parenteral

76ZE5101	- (ZE5101) 2.000 IE bis unter 4.000 IE; OPS 8-810.q0
76ZE5102	- (ZE5102) 4.000 IE bis unter 6.000 IE; OPS 8-810.q1
76ZE5103	- (ZE5103) 6.000 IE bis unter 8.000 IE; OPS 8-810.q2
76ZE5104	- (ZE5104) 8.000 IE bis unter 10.000 IE; OPS 8-810.q3
76ZE5105	- (ZE5105) 10.000 IE bis unter 12.000 IE; OPS 8-810.q4
76ZE5106	- (ZE5106) 12.000 IE bis unter 14.000 IE; OPS 8-810.q5
76ZE5107	- (ZE5107) 14.000 IE bis unter 16.000 IE; OPS 8-810.q6
76ZE5108	- (ZE5108) 16.000 IE bis unter 18.000 IE; OPS 8-810.q7
76ZE5109	- (ZE5109) 18.000 IE bis unter 20.000 IE; OPS 8-810.q8
76ZE5110	- (ZE5110) 20.000 IE bis unter 22.000 IE; OPS 8-810.q9
76ZE5111	- (ZE5111) 22.000 IE bis unter 24.000 IE; OPS 8-810.qa
76ZE5112	- (ZE5112) 24.000 IE bis unter 28.000 IE; OPS 8-810.qb
76ZE5113	- (ZE5113) 28.000 IE bis unter 32.000 IE; OPS 8-810.qc
76ZE5114	- (ZE5114) 32.000 IE bis unter 36.000 IE; OPS 8-810.qd
76ZE5115	- (ZE5115) 36.000 IE bis unter 40.000 IE; OPS 8-810.qe
76ZE5116	- (ZE5116) 40.000 IE bis unter 46.000 IE; OPS 8-810.qf
76ZE5117	- (ZE5117) 46.000 IE bis unter 52.000 IE; OPS 8-810.qg
76ZE5118	- (ZE5118) 52.000 IE bis unter 58.000 IE; OPS 8-810.qh
76ZE5119	- (ZE5119) 58.000 IE bis unter 64.000 IE; OPS 8-810.qj
76ZE5120	- (ZE5120) 64.000 IE und mehr; OPS 8-810.qk

ZE52	Gabe von Liposomalem Doxorubicin, parenteral
76ZE5201	- (ZE5201) 10 mg bis unter 20 mg; OPS 6-001.b0
76ZE5202	- (ZE5202) 20 mg bis unter 30 mg; OPS 6-001.b1
76ZE5203	- (ZE5203) 30 mg bis unter 40 mg; OPS 6-001.b2
76ZE5204	- (ZE5204) 40 mg bis unter 50 mg; OPS 6-001.b3
76ZE5205	- (ZE5205) 50 mg bis unter 60 mg; OPS 6-001.b4
76ZE5206	- (ZE5206) 60 mg bis unter 70 mg; OPS 6-001.b5
76ZE5207	- (ZE5207) 70 mg bis unter 80 mg; OPS 6-001.b6
76ZE5208	- (ZE5208) 80 mg bis unter 90 mg; OPS 6-001.b7
76ZE5209	- (ZE5209) 90 mg bis unter 100 mg; OPS 6-001.b8
76ZE5210	- (ZE5210) 100 mg bis unter 110 mg; OPS 6-001.b9
76ZE5211	- (ZE5211) 110 mg bis unter 120 mg; OPS 6-001.ba
76ZE5212	- (ZE5212) 120 mg bis unter 140 mg; OPS 6-001.bb
76ZE5213	- (ZE5213) 140 mg bis unter 160 mg; OPS 6-001.bc
76ZE5214	- (ZE5214) 160 mg bis unter 180 mg; OPS 6-001.bd
76ZE5215	- (ZE5215) 180 mg bis unter 200 mg; OPS 6-001.be
76ZE5216	- (ZE5216) 200 mg bis unter 220 mg; OPS 6-001.bf
76ZE5217	- (ZE5217) 220 mg bis unter 240 mg; OPS 6-001.bg
76ZE5218	- (ZE5218) 240 mg bis unter 260 mg; OPS 6-001.bh
76ZE5219	- (ZE5219) 260 mg bis unter 280 mg; OPS 6-001.bj
76ZE5220	- (ZE5220) 280 mg bis unter 300 mg; OPS 6-001.bk
76ZE5221	- (ZE5221) 300 mg bis unter 320 mg; OPS 6-001.bm
76ZE5222	- (ZE5222) 320 mg und mehr; OPS 6-001.bn
ZE53	Gabe von Pemetrexed, parenteral
76ZE5301	- (ZE5301) 600 mg bis unter 700 mg; OPS 6-001.c0
76ZE5302	- (ZE5302) 700 mg bis unter 800 mg; OPS 6-001.c1
76ZE5303	- (ZE5303) 800 mg bis unter 900 mg; OPS 6-001.c2
76ZE5304	- (ZE5304) 900 mg bis unter 1.000 mg; OPS 6-001.c3
76ZE5305	- (ZE5305) 1.000 mg bis unter 1.100 mg; OPS 6-001.c4
76ZE5306	- (ZE5306) 1.100 mg bis unter 1.200 mg; OPS 6-001.c5
76ZE5307	- (ZE5307) 1.200 mg bis unter 1.400 mg; OPS 6-001.c6
76ZE5308	- (ZE5308) 1.400 mg bis unter 1.600 mg; OPS 6-001.c7
76ZE5309	- (ZE5309) 1.600 mg bis unter 1.800 mg; OPS 6-001.c8
76ZE5310	- (ZE5310) 1.800 mg bis unter 2.000 mg; OPS 6-001.c9
76ZE5311	- (ZE5311) 2.000 mg bis unter 2.200 mg; OPS 6-001.ca
76ZE5312	- (ZE5312) 2.200 mg bis unter 2.400 mg; OPS 6-001.cb
76ZE5313	- (ZE5313) 2.400 mg bis unter 2.600 mg; OPS 6-001.cc
76ZE5314	- (ZE5314) 2.600 mg bis unter 2.800 mg; OPS 6-001.cd
76ZE5315	- (ZE5315) 2.800 mg bis unter 3.000 mg; OPS 6-001.ce
76ZE5316	- (ZE5316) 3.000 mg bis unter 3.300 mg; OPS 6-001.cf
76ZE5317	- (ZE5317) 3.300 mg bis unter 3.600 mg; OPS 6-001.cg
76ZE5318	- (ZE5318) 3.600 mg bis unter 3.900 mg; OPS 6-001.ch
76ZE5319	- (ZE5319) 3.900 mg und mehr; OPS 6-001.cj
ZE56	Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit konstanter Flussrate
76ZE5600	- (ZE56) OPS 5-028.10 oder 5-038.40

ZE58	Hydraulische Penisprothesen
76ZE5800	- (ZE58) OPS 5-649.51 oder 5-649.71
ZE60	Palliativmedizinische Komplexbehandlung, Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung
76ZE6001	- (ZE6001) Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage; OPS 8-982.1 oder 8-98e.1
76ZE6002	- (ZE6002) Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage; OPS 8-982.2 oder 8-98e.2
76ZE6003	- (ZE6003) Mindestens 21 Behandlungstage; OPS 8-982.3 oder 8-98e.3
ZE61	LDL-Apherese
76ZE6100	- (ZE61) OPS 8-822
ZE62	Hämofiltration, intermittierend
76ZE6200	- (ZE62) OPS 8-853.3 oder 8-853.4 oder 8-853.5 oder 8-853.6
ZE63	Gabe von Paclitaxel, parenteral
76ZE6308	- (ZE6308) 1.320 mg bis unter 1.500 mg; OPS 6-001.f7
76ZE6309	- (ZE6309) 1.500 mg bis unter 1.680 mg; OPS 6-001.f8
76ZE6310	- (ZE6310) 1.680 mg bis unter 1.860 mg; OPS 6-001.f9
76ZE6311	- (ZE6311) 1.860 mg bis unter 2.040 mg; OPS 6-001.fa
76ZE6312	- (ZE6312) 2.040 mg bis unter 2.220 mg; OPS 6-001.fb
76ZE6313	- (ZE6313) 2.220 mg bis unter 2.400 mg; OPS 6-001.fc
76ZE6314	- (ZE6314) 2.400 mg und mehr; OPS 6-001.fd
ZE64	Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Zytomegalie-Virus, parenteral
76ZE6401	- (ZE6401) 1,0 g bis unter 2,0 g; OPS 8-810.s0
76ZE6402	- (ZE6402) 2,0 g bis unter 3,0 g; OPS 8-810.s1
76ZE6403	- (ZE6403) 3,0 g bis unter 5,0 g; OPS 8-810.s2
76ZE6404	- (ZE6404) 5,0 g bis unter 7,5 g; OPS 8-810.s3
76ZE6405	- (ZE6405) 7,5 g bis unter 10,0 g; OPS 8-810.s4
76ZE6406	- (ZE6406) 10,0 g bis unter 12,5 g; OPS 8-810.s5
76ZE6407	- (ZE6407) 12,5 g bis unter 15,0 g; OPS 8-810.s6
76ZE6408	- (ZE6408) 15,0 g bis unter 20,0 g; OPS 8-810.s7
76ZE6409	- (ZE6409) 20,0 g bis unter 25,0 g; OPS 8-810.s8
76ZE6410	- (ZE6410) 25,0 g bis unter 30,0 g; OPS 8-810.s9
76ZE6411	- (ZE6411) 30,0 g bis unter 35,0 g; OPS 8-810.sa
76ZE6412	- (ZE6412) 35,0 g bis unter 40,0 g; OPS 8-810.sb
76ZE6413	- (ZE6413) 40,0 g bis unter 45,0 g; OPS 8-810.sc
76ZE6414	- (ZE6414) 45,0 g bis unter 50,0 g; OPS 8-810.sd
76ZE6415	- (ZE6415) 50,0 g und mehr; OPS 8-810.se

ZE66	Gabe von Adalimumab, parenteral
76ZE6601	- (ZE6601) 10 mg bis unter 25 mg; OPS 6-001.d0
76ZE6602	- (ZE6602) 25 mg bis unter 40 mg; OPS 6-001.d1
76ZE6603	- (ZE6603) 40 mg bis unter 80 mg; OPS 6-001.d2
76ZE6604	- (ZE6604) 80 mg bis unter 120 mg; OPS 6-001.d3
76ZE6605	- (ZE6605) 120 mg bis unter 160 mg; OPS 6-001.d4
76ZE6606	- (ZE6606) 160 mg bis unter 200 mg; OPS 6-001.d5
76ZE6607	- (ZE6607) 200 mg bis unter 240 mg; OPS 6-001.d6
76ZE6608	- (ZE6608) 240 mg bis unter 280 mg; OPS 6-001.d7
76ZE6609	- (ZE6609) 280 mg bis unter 320 mg; OPS 6-001.d8
76ZE6610	- (ZE6610) 320 mg bis unter 360 mg; OPS 6-001.d9
76ZE6611	- (ZE6611) 360 mg bis unter 400 mg; OPS 6-001.da
76ZE6612	- (ZE6612) 400 mg bis unter 440 mg; OPS 6-001.db
76ZE6613	- (ZE6613) 440 mg und mehr; OPS 6-001.dc
ZE67	Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Varicella-Zoster-Virus, parenteral
76ZE6701	- (ZE6701) 250 IE bis unter 500 IE; OPS 8-810.t0
76ZE6702	- (ZE6702) 500 IE bis unter 750 IE; OPS 8-810.t1
76ZE6703	- (ZE6703) 750 IE bis unter 1.000 IE; OPS 8-810.t2
76ZE6704	- (ZE6704) 1.000 IE bis unter 1.500 IE; OPS 8-810.t3
76ZE6705	- (ZE6705) 1.500 IE bis unter 2.000 IE; OPS 8-810.t4
76ZE6706	- (ZE6706) 2.000 IE bis unter 2.500 IE; OPS 8-810.t5
76ZE6707	- (ZE6707) 2.500 IE bis unter 3.000 IE; OPS 8-810.t6
76ZE6708	- (ZE6708) 3.000 IE bis unter 3.500 IE; OPS 8-810.t7
76ZE6709	- (ZE6709) 3.500 IE bis unter 4.000 IE; OPS 8-810.t8
76ZE6710	- (ZE6710) 4.000 IE bis unter 5.000 IE; OPS 8-810.t9
76ZE6711	- (ZE6711) 5.000 IE bis unter 6.000 IE; OPS 8-810.ta
76ZE6712	- (ZE6712) 6.000 IE bis unter 7.000 IE; OPS 8-810.tb
76ZE6713	- (ZE6713) 7.000 IE bis unter 8.000 IE; OPS 8-810.tc
76ZE6714	- (ZE6714) 8.000 IE und mehr; OPS 8-810.td
ZE68	Gabe von Infliximab, parenteral
76ZE6801	- (ZE6801) 50 mg bis unter 100 mg; OPS 6-001.e0
76ZE6802	- (ZE6802) 100 mg bis unter 150 mg; OPS 6-001.e1
76ZE6803	- (ZE6803) 150 mg bis unter 200 mg; OPS 6-001.e2
76ZE6804	- (ZE6804) 200 mg bis unter 300 mg; OPS 6-001.e3
76ZE6805	- (ZE6805) 300 mg bis unter 400 mg; OPS 6-001.e4
76ZE6806	- (ZE6806) 400 mg bis unter 500 mg; OPS 6-001.e5
76ZE6807	- (ZE6807) 500 mg bis unter 600 mg; OPS 6-001.e6
76ZE6808	- (ZE6808) 600 mg bis unter 700 mg; OPS 6-001.e7
76ZE6809	- (ZE6809) 700 mg bis unter 800 mg; OPS 6-001.e8
76ZE6810	- (ZE6810) 800 mg bis unter 900 mg; OPS 6-001.e9
76ZE6811	- (ZE6811) 900 mg bis unter 1.000 mg; OPS 6-001.ea
76ZE6812	- (ZE6812) 1.000 mg bis unter 1.200 mg; OPS 6-001.eb
76ZE6813	- (ZE6813) 1.200 mg bis unter 1.400 mg; OPS 6-001.ec
76ZE6814	- (ZE6814) 1.400 mg bis unter 1.600 mg; OPS 6-001.ed
76ZE6815	- (ZE6815) 1.600 mg bis unter 1.800 mg; OPS 6-001.ee
76ZE6816	- (ZE6816) 1.800 mg bis unter 2.000 mg; OPS 6-001.ef
76ZE6817	- (ZE6817) 2.000 mg und mehr; OPS 6-001.eg

ZE70	Gabe von C1-Esteraseinhibitor, parenteral
76ZE7001	- (ZE7001) 500 Einheiten bis unter 1.000 Einheiten; OPS 8-810.h3
76ZE7002	- (ZE7002) 1.000 Einheiten bis unter 1.500 Einheiten; OPS 8-810.h4
76ZE7003	- (ZE7003) 1.500 Einheiten bis unter 2.000 Einheiten; OPS 8-810.h5
76ZE7004	- (ZE7004) 2.000 Einheiten bis unter 2.500 Einheiten; OPS 8-810.h6
76ZE7005	- (ZE7005) 2.500 Einheiten bis unter 3.000 Einheiten; OPS 8-810.h7
76ZE7006	- (ZE7006) 3.000 Einheiten bis unter 4.000 Einheiten; OPS 8-810.h8
76ZE7007	- (ZE7007) 4.000 Einheiten bis unter 5.000 Einheiten; OPS 8-810.h9
76ZE7008	- (ZE7008) 5.000 Einheiten bis unter 6.000 Einheiten; OPS 8-810.ha
76ZE7009	- (ZE7009) 6.000 Einheiten bis unter 7.000 Einheiten; OPS 8-810.hb
76ZE7010	- (ZE7010) 7.000 Einheiten bis unter 9.000 Einheiten; OPS 8-810.hc
76ZE7011	- (ZE7011) 9.000 Einheiten bis unter 11.000 Einheiten; OPS 8-810.hd
76ZE7012	- (ZE7012) 11.000 Einheiten und mehr; OPS 8-810.he
ZE71	Gabe von Pegfilgrastim, parenteral
76ZE7101	- (ZE7101) 1 mg bis unter 3 mg; OPS 6-002.70
76ZE7102	- (ZE7102) 3 mg bis unter 6 mg; OPS 6-002.71
76ZE7103	- (ZE7103) 6 mg bis unter 12 mg; OPS 6-002.72
76ZE7104	- (ZE7104) 12 mg bis unter 18 mg; OPS 6-002.73
76ZE7105	- (ZE7105) 18 mg bis unter 24 mg; OPS 6-002.74
76ZE7106	- (ZE7106) 24 mg bis unter 30 mg; OPS 6-002.75
76ZE7107	- (ZE7107) 30 mg und mehr; OPS 6-002.76
ZE72	Gabe von Pegyliertem liposomalen Doxorubicin, parenteral
76ZE7201	- (ZE7201) 10 mg bis unter 20 mg; OPS 6-002.80
76ZE7202	- (ZE7202) 20 mg bis unter 30 mg; OPS 6-002.81
76ZE7203	- (ZE7203) 30 mg bis unter 40 mg; OPS 6-002.82
76ZE7204	- (ZE7204) 40 mg bis unter 50 mg; OPS 6-002.83
76ZE7205	- (ZE7205) 50 mg bis unter 60 mg; OPS 6-002.84
76ZE7206	- (ZE7206) 60 mg bis unter 70 mg; OPS 6-002.85
76ZE7207	- (ZE7207) 70 mg bis unter 80 mg; OPS 6-002.86
76ZE7208	- (ZE7208) 80 mg bis unter 90 mg; OPS 6-002.87
76ZE7209	- (ZE7209) 90 mg bis unter 100 mg; OPS 6-002.88
76ZE7210	- (ZE7210) 100 mg bis unter 110 mg; OPS 6-002.89
76ZE7211	- (ZE7211) 110 mg bis unter 120 mg; OPS 6-002.8a
76ZE7212	- (ZE7212) 120 mg bis unter 140 mg; OPS 6-002.8b
76ZE7213	- (ZE7213) 140 mg bis unter 160 mg; OPS 6-002.8c
76ZE7214	- (ZE7214) 160 mg bis unter 180 mg; OPS 6-002.8d
76ZE7215	- (ZE7215) 180 mg bis unter 200 mg; OPS 6-002.8e
76ZE7216	- (ZE7216) 200 mg bis unter 220 mg; OPS 6-002.8f
76ZE7217	- (ZE7217) 220 mg bis unter 240 mg; OPS 6-002.8g
76ZE7218	- (ZE7218) 240 mg und mehr; OPS 6-002.8h
ZE74	Gabe von Bevacizumab, parenteral
76ZE7401	- (ZE7401) 150 mg bis unter 250 mg; OPS 6-002.90
76ZE7402	- (ZE7402) 250 mg bis unter 350 mg; OPS 6-002.91
76ZE7403	- (ZE7403) 350 mg bis unter 450 mg; OPS 6-002.92
76ZE7404	- (ZE7404) 450 mg bis unter 550 mg; OPS 6-002.93
76ZE7405	- (ZE7405) 550 mg bis unter 650 mg; OPS 6-002.94

76ZE7406	- (ZE7406) 650 mg bis unter 750 mg; OPS 6-002.95
76ZE7407	- (ZE7407) 750 mg bis unter 850 mg; OPS 6-002.96
76ZE7408	- (ZE7408) 850 mg bis unter 950 mg; OPS 6-002.97
76ZE7409	- (ZE7409) 950 mg bis unter 1.150 mg; OPS 6-002.98
76ZE7410	- (ZE7410) 1.150 mg bis unter 1.350 mg; OPS 6-002.99
76ZE7411	- (ZE7411) 1.350 mg bis unter 1.550 mg; OPS 6-002.9a
76ZE7412	- (ZE7412) 1.550 mg bis unter 1.750 mg; OPS 6-002.9b
76ZE7413	- (ZE7413) 1.750 mg bis unter 1.950 mg; OPS 6-002.9c
76ZE7414	- (ZE7414) 1.950 mg bis unter 2.350 mg; OPS 6-002.9d
76ZE7415	- (ZE7415) 2.350 mg bis unter 2.750 mg; OPS 6-002.9e
76ZE7417	- (ZE7417) 2.750 mg bis unter 3.350 mg; OPS 6-002.9g
76ZE7418	- (ZE7418) 3.350 mg bis unter 3.950 mg; OPS 6-002.9h
76ZE7419	- (ZE7419) 3.950 mg bis unter 4.550 mg; OPS 6-002.9j
76ZE7420	- (ZE7420) 4.550 mg und mehr; OPS 6-002.9k

ZE75 Gabe von Liposomalem Cytarabin, intrathekal

76ZE7501	- (ZE7501) 25 mg bis unter 50 mg; OPS 6-002.a0
76ZE7502	- (ZE7502) 50 mg bis unter 100 mg; OPS 6-002.a1
76ZE7503	- (ZE7503) 100 mg bis unter 150 mg; OPS 6-002.a2
76ZE7504	- (ZE7504) 150 mg bis unter 200 mg; OPS 6-002.a3
76ZE7505	- (ZE7505) 200 mg und mehr; OPS 6-002.a4

ZE76 Gabe von Etanercept, parenteral

76ZE7601	- (ZE7601) 25 mg bis unter 50 mg; OPS 6-002.b0
76ZE7602	- (ZE7602) 50 mg bis unter 75 mg; OPS 6-002.b1
76ZE7603	- (ZE7603) 75 mg bis unter 100 mg; OPS 6-002.b2
76ZE7604	- (ZE7604) 100 mg bis unter 125 mg; OPS 6-002.b3
76ZE7605	- (ZE7605) 125 mg bis unter 150 mg; OPS 6-002.b4
76ZE7606	- (ZE7606) 150 mg bis unter 200 mg; OPS 6-002.b5
76ZE7607	- (ZE7607) 200 mg bis unter 250 mg; OPS 6-002.b6
76ZE7608	- (ZE7608) 250 mg bis unter 300 mg; OPS 6-002.b7
76ZE7609	- (ZE7609) 300 mg und mehr; OPS 6-002.b8

ZE78 Gabe von Temozolomid, oral

76ZE7801	- (ZE7801) 200 mg bis unter 350 mg; OPS 6-002.e0
76ZE7802	- (ZE7802) 350 mg bis unter 500 mg; OPS 6-002.e1
76ZE7803	- (ZE7803) 500 mg bis unter 750 mg; OPS 6-002.e2
76ZE7804	- (ZE7804) 750 mg bis unter 1.000 mg; OPS 6-002.e3
76ZE7805	- (ZE7805) 1.000 mg bis unter 1.250 mg; OPS 6-002.e4
76ZE7806	- (ZE7806) 1.250 mg bis unter 1.500 mg; OPS 6-002.e5
76ZE7807	- (ZE7807) 1.500 mg bis unter 1.750 mg; OPS 6-002.e6
76ZE7808	- (ZE7808) 1.750 mg bis unter 2.000 mg; OPS 6-002.e7
76ZE7809	- (ZE7809) 2.000 mg bis unter 2.250 mg; OPS 6-002.e8
76ZE7810	- (ZE7810) 2.250 mg bis unter 2.500 mg; OPS 6-002.e9
76ZE7811	- (ZE7811) 2.500 mg bis unter 2.750 mg; OPS 6-002.ea
76ZE7812	- (ZE7812) 2.750 mg bis unter 3.000 mg; OPS 6-002.eb
76ZE7813	- (ZE7813) 3.000 mg bis unter 3.500 mg; OPS 6-002.ec
76ZE7814	- (ZE7814) 3.500 mg bis unter 4.000 mg; OPS 6-002.ed
76ZE7815	- (ZE7815) 4.000 mg bis unter 4.500 mg; OPS 6-002.ee

76ZE7816	- (ZE7816) 4.500 mg bis unter 5.000 mg; OPS 6-002.ef
76ZE7817	- (ZE7817) 5.000 mg bis unter 5.500 mg; OPS 6-002.eg
76ZE7818	- (ZE7818) 5.500 mg bis unter 6.000 mg; OPS 6-002.eh
76ZE7819	- (ZE7819) 6.000 mg bis unter 7.000 mg; OPS 6-002.ej
76ZE7820	- (ZE7820) 7.000 mg und mehr; OPS 6-002.ek

ZE79 Gabe von Busulfan, parenteral

76ZE7901	- (ZE7901) 25 mg bis unter 50 mg; OPS 6-002.d0
76ZE7902	- (ZE7902) 50 mg bis unter 75 mg; OPS 6-002.d1
76ZE7903	- (ZE7903) 75 mg bis unter 100 mg; OPS 6-002.d2
76ZE7904	- (ZE7904) 100 mg bis unter 150 mg; OPS 6-002.d3
76ZE7905	- (ZE7905) 150 mg bis unter 200 mg; OPS 6-002.d4
76ZE7906	- (ZE7906) 200 mg bis unter 250 mg; OPS 6-002.d5
76ZE7907	- (ZE7907) 250 mg bis unter 300 mg; OPS 6-002.d6
76ZE7908	- (ZE7908) 300 mg bis unter 350 mg; OPS 6-002.d7
76ZE7909	- (ZE7909) 350 mg bis unter 400 mg; OPS 6-002.d8
76ZE7910	- (ZE7910) 400 mg bis unter 450 mg; OPS 6-002.d9
76ZE7911	- (ZE7911) 450 mg bis unter 500 mg; OPS 6-002.da
76ZE7912	- (ZE7912) 500 mg bis unter 600 mg; OPS 6-002.db
76ZE7913	- (ZE7913) 600 mg bis unter 700 mg; OPS 6-002.dc
76ZE7914	- (ZE7914) 700 mg bis unter 800 mg; OPS 6-002.dd
76ZE7915	- (ZE7915) 800 mg bis unter 900 mg; OPS 6-002.de
76ZE7916	- (ZE7916) 900 mg bis unter 1.000 mg; OPS 6-002.df
76ZE7917	- (ZE7917) 1.000 mg und mehr; OPS 6-002.dg

ZE80 Gabe von Docetaxel, parenteral

76ZE8013	- (ZE8013) 720 mg bis unter 840 mg; OPS 6-002.hc
76ZE8014	- (ZE8014) 840 mg bis unter 960 mg; OPS 6-002.hd
76ZE8015	- (ZE8015) 960 mg bis unter 1.080 mg; OPS 6-002.he
76ZE8016	- (ZE8016) 1.080 mg und mehr; OPS 6-002.hf

ZE8201 Gabe von Rituximab, parenteral

76ZE8201	- (ZE8201) 150 mg bis unter 250 mg; OPS 6-001.60
76ZE8202	- (ZE8202) 250 mg bis unter 350 mg; OPS 6-001.61
76ZE8203	- (ZE8203) 350 mg bis unter 450 mg; OPS 6-001.62
76ZE8204	- (ZE8204) 450 mg bis unter 550 mg; OPS 6-001.63
76ZE8205	- (ZE8205) 550 mg bis unter 650 mg; OPS 6-001.64
76ZE8206	- (ZE8206) 650 mg bis unter 750 mg; OPS 6-001.65
76ZE8207	- (ZE8207) 750 mg bis unter 850 mg; OPS 6-001.66
76ZE8208	- (ZE8208) 850 mg bis unter 950 mg; OPS 6-001.67
76ZE8209	- (ZE8209) 950 mg bis unter 1.050 mg; OPS 6-001.68
76ZE8210	- (ZE8210) 1.050 mg bis unter 1.250 mg; OPS 6-001.69
76ZE8211	- (ZE8211) 1.250 mg bis unter 1.450 mg; OPS 6-001.6a
76ZE8212	- (ZE8212) 1.450 mg bis unter 1.650 mg; OPS 6-001.6b
76ZE8213	- (ZE8213) 1.650 mg bis unter 1.850 mg; OPS 6-001.6c
76ZE8214	- (ZE8214) 1.850 mg bis unter 2.050 mg; OPS 6-001.6d
76ZE8215	- (ZE8215) 2.050 mg bis unter 2.450 mg; OPS 6-001.6e
76ZE8216	- (ZE8216) 2.450 mg bis unter 2.850 mg; OPS 6-001.6f
76ZE8217	- (ZE8217) 2.850 mg bis unter 3.250 mg; OPS 6-001.6g

- 76ZE8218 - (ZE8218) 3.250 mg bis unter 3.650 mg; OPS 6-001.6h
76ZE8219 - (ZE8219) 3.650 mg und mehr; OPS 6-001.6j

ZE84 Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten

- 76ZE8401 - (ZE8401) 1 Apherese-Thrombozytenkonzentrat; OPS 8-800.9v
76ZE8402 - (ZE8402) 2 Apherese-Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.90
76ZE8403 - (ZE8403) 3 Apherese-Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.91
76ZE8404 - (ZE8404) 4 Apherese-Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.92
76ZE8405 - (ZE8405) 5 Apherese-Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.93
76ZE8406 - (ZE8406) 6 bis unter 8 Konzentrate; OPS 8-800.94
76ZE8407 - (ZE8407) 8 bis unter 10 Konzentrate; OPS 8-800.95
76ZE8408 - (ZE8408) 10 bis unter 12 Konzentrate; OPS 8-800.96
76ZE8409 - (ZE8409) 12 bis unter 14 Konzentrate; OPS 8-800.97
76ZE8410 - (ZE8410) 14 bis unter 16 Konzentrate; OPS 8-800.98
76ZE8411 - (ZE8411) 16 bis unter 18 Konzentrate; OPS 8-800.99
76ZE8412 - (ZE8412) 18 bis unter 20 Konzentrate; OPS 8-800.9a
76ZE8413 - (ZE8413) 20 bis unter 24 Konzentrate; OPS 8-800.9b
76ZE8414 - (ZE8414) 24 bis unter 28 Konzentrate; OPS 8-800.9c
76ZE8415 - (ZE8415) 28 bis unter 32 Konzentrate; OPS 8-800.9d
76ZE8416 - (ZE8416) 32 bis unter 36 Konzentrate; OPS 8-800.9e
76ZE8417 - (ZE8417) 36 bis unter 40 Konzentrate; OPS 8-800.9f
76ZE8418 - (ZE8418) 40 bis unter 46 Konzentrate; OPS 8-800.9g
76ZE8419 - (ZE8419) 46 bis unter 52 Konzentrate; OPS 8-800.9h
76ZE8420 - (ZE8420) 52 bis unter 58 Konzentrate; OPS 8-800.9j
76ZE8421 - (ZE8421) 58 bis unter 64 Konzentrate; OPS 8-800.9k
76ZE8422 - (ZE8422) 64 bis unter 70 Konzentrate; OPS 8-800.9m
76ZE8423 - (ZE8423) 70 bis unter 78 Konzentrate; OPS 8-800.9n
76ZE8424 - (ZE8424) 78 bis unter 86 Konzentrate; OPS 8-800.9p
76ZE8425 - (ZE8425) 86 bis unter 94 Konzentrate; OPS 8-800.9q
76ZE8426 - (ZE8426) 94 bis unter 102 Konzentrate; OPS 8-800.9r
76ZE8427 - (ZE8427) 102 bis unter 110 Konzentrate; OPS 8-800.9s
76ZE8428 - (ZE8428) 110 bis unter 118 Konzentrate; OPS 8-800.9t
76ZE8429 - (ZE8429) 118 Konzentrate und mehr; OPS 8-800.9u

ZE86 Neurostimulatoren zur Hirnstimulation, Einkanalssystem

- 76ZE8600 - (ZE86) OPS 5-028.90 oder 5-028.a0

ZE92 Gabe von Imatinib, oral

- 76ZE9201 - (ZE9201) 800 mg bis unter 1.200 mg; OPS 6-001.g0
76ZE9202 - (ZE9202) 1.200 mg bis unter 2.000 mg; OPS 6-001.g1
76ZE9203 - (ZE9203) 2.000 mg bis unter 2.800 mg; OPS 6-001.g2
76ZE9204 - (ZE9204) 2.800 mg bis unter 4.000 mg; OPS 6-001.g3
76ZE9205 - (ZE9205) 4.000 mg bis unter 5.200 mg; OPS 6-001.g4
76ZE9206 - (ZE9206) 5.200 mg bis unter 6.400 mg; OPS 6-001.g5
76ZE9207 - (ZE9207) 6.400 mg bis unter 7.600 mg; OPS 6-001.g6
76ZE9208 - (ZE9208) 7.600 mg bis unter 8.800 mg; OPS 6-001.g7
76ZE9209 - (ZE9209) 8.800 mg bis unter 11.200 mg; OPS 6-001.g8
76ZE9210 - (ZE9210) 11.200 mg bis unter 13.600 mg; OPS 6-001.g9
76ZE9211 - (ZE9211) 13.600 mg bis unter 16.000 mg; OPS 6-001.ga

76ZE9212	- (ZE9212) 16.000 mg bis unter 18.400 mg; OPS 6-001.gb
76ZE9213	- (ZE9213) 18.400 mg bis unter 20.800 mg; OPS 6-001.gd
76ZE9214	- (ZE9214) 20.800 mg bis unter 23.200 mg; OPS 6-001.ge
76ZE9215	- (ZE9215) 23.200 mg bis unter 25.600 mg; OPS 6-001.gf
76ZE9216	- (ZE9216) 25.600 mg bis unter 30.400 mg; OPS 6-001.gg
76ZE9217	- (ZE9217) 30.400 mg bis unter 35.200 mg; OPS 6-001.gh
76ZE9218	- (ZE9218) 35.200 mg und mehr; OPS 6-001.gj

ZE93 Gabe von Human-Immun-globulin, polyvalent, parenteral

76ZE9301	- (ZE9301) 2,5 g bis unter 5 g; OPS 8-810.w0
76ZE9302	- (ZE9302) 5 g bis unter 10 g; OPS 8-810.w1
76ZE9303	- (ZE9303) 10 g bis unter 15 g; OPS 8-810.w2
76ZE9304	- (ZE9304) 15 g bis unter 25 g; OPS 8-810.w3
76ZE9305	- (ZE9305) 25 g bis unter 35 g; OPS 8-810.w4
76ZE9306	- (ZE9306) 35 g bis unter 45 g; OPS 8-810.w5
76ZE9307	- (ZE9307) 45 g bis unter 55 g; OPS 8-810.w6
76ZE9308	- (ZE9308) 55 g bis unter 65 g; OPS 8-810.w7
76ZE9309	- (ZE9309) 65 g bis unter 75 g; OPS 8-810.w8
76ZE9310	- (ZE9310) 75 g bis unter 85 g; OPS 8-810.w9
76ZE9311	- (ZE9311) 85 g bis unter 105 g; OPS 8-810.wa
76ZE9312	- (ZE9312) 105 g bis unter 125 g; OPS 8-810.wb
76ZE9313	- (ZE9313) 125 g bis unter 145 g; OPS 8-810.wc
76ZE9314	- (ZE9314) 145 g bis unter 165 g; OPS 8-810.wd
76ZE9315	- (ZE9315) 165 g bis unter 185 g; OPS 8-810.we
76ZE9316	- (ZE9316) 185 g bis unter 205 g; OPS 8-810.wf
76ZE9317	- (ZE9317) 205 g bis unter 225 g; OPS 8-810.wg
76ZE9318	- (ZE9318) 225 g bis unter 245 g; OPS 8-810.wh
76ZE9319	- (ZE9319) 245 g bis unter 285 g; OPS 8-810.wj
76ZE9320	- (ZE9320) 285 g bis unter 325 g; OPS 8-810.wk
76ZE9321	- (ZE9321) 325 g bis unter 365 g; OPS 8-810.wm
76ZE9322	- (ZE9322) 365 g bis unter 445 g; OPS 8-810.wn
76ZE9323	- (ZE9323) 445 g bis unter 525 g; OPS 8-810.wp
76ZE9324	- (ZE9324) 525 g bis unter 605 g; OPS 8-810.wq
76ZE9325	- (ZE9325) 605 g bis unter 685 g; OPS 8-810.wr
76ZE9326	- (ZE9326) 685 g bis unter 765 g; OPS 8-810.ws
76ZE9327	- (ZE9327) 765 g bis unter 845 g; OPS 8-810.wt
76ZE9328	- (ZE9328) 845 g und mehr; OPS 8-810.wu

ZE94 Gabe von Thrombozyten-konzentraten

76ZE9401	- (ZE9401) 2 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.b1
76ZE9402	- (ZE9402) 3 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.b2
76ZE9403	- (ZE9403) 4 bis unter 6 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.b3
76ZE9404	- (ZE9404) 6 bis unter 8 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.b4
76ZE9405	- (ZE9405) 8 bis unter 10 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.b5
76ZE9406	- (ZE9406) 10 bis unter 12 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.b6
76ZE9407	- (ZE9407) 12 bis unter 14 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.b7
76ZE9408	- (ZE9408) 14 bis unter 16 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.b8
76ZE9409	- (ZE9409) 16 bis unter 18 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.b9
76ZE9410	- (ZE9410) 18 bis unter 20 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.ba
76ZE9411	- (ZE9411) 20 bis unter 22 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.bb

76ZE9412	- (ZE9412) 22 bis unter 24 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.bc
76ZE9413	- (ZE9413) 24 bis unter 28 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.bd
76ZE9414	- (ZE9414) 28 bis unter 32 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.be
76ZE9415	- (ZE9415) 32 bis unter 36 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.bf
76ZE9416	- (ZE9416) 36 bis unter 40 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.bg
76ZE9417	- (ZE9417) 40 bis unter 44 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.bh
76ZE9418	- (ZE9418) 44 bis unter 48 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.bj
76ZE9419	- (ZE9419) 48 bis unter 56 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.bk
76ZE9420	- (ZE9420) 56 bis unter 64 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.bm
76ZE9421	- (ZE9421) 64 bis unter 72 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.bn
76ZE9423	- (ZE9423) 72 bis unter 80 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.bp
76ZE9424	- (ZE9424) 80 bis unter 88 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.bq
76ZE9425	- (ZE9425) 88 bis unter 96 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.br
76ZE9426	- (ZE9426) 96 bis unter 104 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.bs
76ZE9427	- (ZE9427) 104 bis unter 112 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.bt
76ZE9428	- (ZE9428) 112 bis unter 120 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.bu
76ZE9429	- (ZE9429) 120 bis unter 128 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.bv
76ZE9430	- (ZE9430) 128 Thrombozytenkonzentrate und mehr; OPS 8-800.bw

ZE95 Gabe von Palifermin, parenteral

76ZE9501	- (ZE9501) 1,25 mg bis unter 2,50 mg; OPS 6-003.20
76ZE9502	- (ZE9502) 2,50 mg bis unter 3,75 mg; OPS 6-003.21
76ZE9503	- (ZE9503) 3,75 mg bis unter 5,00 mg; OPS 6-003.22
76ZE9504	- (ZE9504) 5,00 mg bis unter 10,0 mg; OPS 6-003.23
76ZE9505	- (ZE9505) 10,0 mg bis unter 15,0 mg; OPS 6-003.24
76ZE9506	- (ZE9506) 15,0 mg bis unter 20,0 mg; OPS 6-003.25
76ZE9507	- (ZE9507) 20,0 mg bis unter 25,0 mg; OPS 6-003.26
76ZE9508	- (ZE9508) 25,0 mg bis unter 30,0 mg; OPS 6-003.27
76ZE9509	- (ZE9509) 30,0 mg bis unter 35,0 mg; OPS 6-003.28
76ZE9510	- (ZE9510) 35,0 mg bis unter 40,0 mg; OPS 6-003.29
76ZE9511	- (ZE9511) 40,0 mg bis unter 50,0 mg; OPS 6-003.2a
76ZE9512	- (ZE9512) 50,0 mg und mehr; OPS 6-003.2b

ZE96 Gabe von Carmustin-Implantaten, intrathekal

76ZE9601	- (ZE9601) 4 Implantate bis unter 7 Implantate; OPS 6-003.30
76ZE9602	- (ZE9602) 7 Implantate bis unter 10 Implantate; OPS 6-003.31
76ZE9603	- (ZE9603) 10 Implantate und mehr; OPS 6-003.32

ZE97 Gabe von Natalizumab, parenteral

76ZE9701	- (ZE9701) 300 mg bis unter 600 mg; OPS 6-003.f0
76ZE9702	- (ZE9702) 600 mg bis unter 900 mg; OPS 6-003.f1
76ZE9703	- (ZE9703) 900 mg und mehr; OPS 6-003.f2

ZE98 Gabe von Palivizumab, parenteral

76ZE9801	- (ZE9801) 15 mg bis unter 30 mg; OPS 6-004.00
76ZE9802	- (ZE9802) 30 mg bis unter 45 mg; OPS 6-004.01
76ZE9803	- (ZE9803) 45 mg bis unter 60 mg; OPS 6-004.02
76ZE9804	- (ZE9804) 60 mg bis unter 75 mg; OPS 6-004.03
76ZE9805	- (ZE9805) 75 mg bis unter 90 mg; OPS 6-004.04

76ZE9806	- (ZE9806) 90 mg bis unter 120 mg; OPS 6-004.05
76ZE9807	- (ZE9807) 120 mg bis unter 150 mg; OPS 6-004.06
76ZE9808	- (ZE9808) 150 mg bis unter 180 mg; OPS 6-004.07
76ZE9809	- (ZE9809) 180 mg bis unter 240 mg; OPS 6-004.08
76ZE9810	- (ZE9810) 240 mg bis unter 300 mg; OPS 6-004.09
76ZE9811	- (ZE9811) 300 mg bis unter 360 mg; OPS 6-004.0a
76ZE9812	- (ZE9812) 360 mg bis unter 420 mg; OPS 6-004.0b
76ZE9813	- (ZE9813) 420 mg bis unter 480 mg; OPS 6-004.0c
76ZE9814	- (ZE9814) 480 mg bis unter 540 mg; OPS 6-004.0d
76ZE9815	- (ZE9815) 540 mg bis unter 600 mg; OPS 6-004.0e
76ZE9816	- (ZE9816) 600 mg und mehr; OPS 6-004.0f
ZE99	Distractionsmarknagel, nicht motorisiert
76ZE9900	- (ZE99) OPS 5-786.j0
ZE100	Implantation eines endobronchialen Klappensystems, Andere Operationen an Lunge und Bronchien: Implantation oder Wechsel eines endobronchialen Klappensystems, endoskopisch
76ZEA001	- (ZE10001) 1 Ventil; OPS 5-339.50
76ZEA002	- (ZE10002) 2 Ventile; OPS 5-339.51
76ZEA003	- (ZE10003) 3 Ventile; OPS 5-339.52
76ZEA004	- (ZE10004) 4 Ventile; OPS 5-339.53
76ZEA005	- (ZE10005) 5 oder mehr Ventile; OPS 5-339.54
ZE101	Medikamente-freisetzende Koronarstents
76ZEA101	- (ZE10101) Ein Stent in eine Koronararterie; OPS 8-837.m0 oder 8-83d.00
76ZEA102	- (ZE10102) 2 Stents in eine oder mehrere Koronararterien; OPS 8-837.m1, 8-837.m2, 8-83d.01 oder 8-83d.02
76ZEA103	- (ZE10103) 3 Stents in eine oder mehrere Koronararterien; OPS 8-837.m3, 8-837.m4, 8-83d.03 oder 8-83d.04
76ZEA104	- (ZE10104) 4 Stents in eine oder mehrere Koronararterien; OPS 8-837.m5, 8-837.m6, 8-83d.05 oder 8-83d.06
76ZEA105	- (ZE10105) 5 Stents in eine oder mehrere Koronararterien; OPS 8-837.m7, 8-837.m8, 8-83d.07 oder 8-83d.08
76ZEA106	- (ZE10106) Mindestens 6 Stents in eine oder mehrere Koronararterien; OPS 8-837.m9, 8-837.ma, 8-83d.09 oder 8-83d.0a
ZE102	Vagusnervstimulationssysteme
76ZEA200	- (ZE102) OPS 5-059.c3 oder 5-059.d3
ZE105	Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils) an Kopf, Hals (intra- und extrakraniell) und spinalen Gefäßen oder mit großlumigem Gefäßverschlusskörper; OPS 8-836.m0, 8-836.m1, 8-836.mf oder 8-83b.34 in Verbindung mit:
76ZEA501	- (ZE10501) 1 Metallspirale; OPS 8-836.n1
76ZEA502	- (ZE10502) 2 Metallspiralen; OPS 8-836.n2
76ZEA503	- (ZE10503) 3 Metallspiralen; OPS 8-836.n3
76ZEA504	- (ZE10504) 4 Metallspiralen; OPS 8-836.n4

76ZEA505	- (ZE10505) 5 Metallspiralen; OPS 8-836.n5
76ZEA506	- (ZE10506) 6 Metallspiralen; OPS 8-836.n6
76ZEA507	- (ZE10507) 7 Metallspiralen; OPS 8-836.n7
76ZEA508	- (ZE10508) 8 Metallspiralen; OPS 8-836.n8
76ZEA509	- (ZE10509) 9 Metallspiralen; OPS 8-836.n9
76ZEA510	- (ZE10510) 10 Metallspiralen; OPS 8-836.na
76ZEA511	- (ZE10511) 11 Metallspiralen; OPS 8-836.nb
76ZEA512	- (ZE10512) 12 Metallspiralen; OPS 8-836.nc
76ZEA513	- (ZE10513) 13 Metallspiralen; OPS 8-836.nd
76ZEA514	- (ZE10514) 14 Metallspiralen; OPS 8-836.ne
76ZEA515	- (ZE10515) 15 Metallspiralen; OPS 8-836.nf
76ZEA516	- (ZE10516) 16 Metallspiralen; OPS 8-836.ng
76ZEA517	- (ZE10517) 17 Metallspiralen; OPS 8-836.nh
76ZEA518	- (ZE10518) 18 Metallspiralen; OPS 8-836.nj
76ZEA519	- (ZE10519) 19 Metallspiralen; OPS 8-836.nk
76ZEA520	- (ZE10520) 20 Metallspiralen; OPS 8-836.nm
76ZEA521	- (ZE10521) Mehr als 20 Metallspiralen; OPS 8-836.nn

ZE106 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisationen, OPS 8-836.m2, .m3, .m4, .m5, .m6, .m7, .m8, .m9, .ma, .mb, .mc, .md, .me, .mg, .mx, 8-838.90, .91, .92, .93, .94, .95 oder .9x in Verbindung mit:

76ZEA601	- (ZE10601) 1 Metallspirale; OPS 8-836.n1
76ZEA602	- (ZE10602) 2 Metallspiralen; OPS 8-836.n2
76ZEA603	- (ZE10603) 3 Metallspiralen; OPS 8-836.n3
76ZEA604	- (ZE10604) 4 Metallspiralen; OPS 8-836.n4
76ZEA605	- (ZE10605) 5 Metallspiralen; OPS 8-836.n5
76ZEA606	- (ZE10606) 6 Metallspiralen; OPS 8-836.n6
76ZEA607	- (ZE10607) 7 Metallspiralen; OPS 8-836.n7
76ZEA608	- (ZE10608) 8 Metallspiralen; OPS 8-836.n8
76ZEA609	- (ZE10609) 9 Metallspiralen; OPS 8-836.n9
76ZEA610	- (ZE10610) 10 Metallspiralen; OPS 8-836.na
76ZEA611	- (ZE10611) 11 Metallspiralen; OPS 8-836.nb
76ZEA612	- (ZE10612) 12 Metallspiralen; OPS 8-836.nc
76ZEA613	- (ZE10613) 13 Metallspiralen; OPS 8-836.nd
76ZEA614	- (ZE10614) 14 Metallspiralen; OPS 8-836.ne
76ZEA615	- (ZE10615) 15 Metallspiralen; OPS 8-836.nf
76ZEA616	- (ZE10616) 16 Metallspiralen; OPS 8-836.ng
76ZEA617	- (ZE10617) 17 Metallspiralen; OPS 8-836.nh
76ZEA618	- (ZE10618) 18 Metallspiralen; OPS 8-836.nj
76ZEA619	- (ZE10619) 19 Metallspiralen; OPS 8-836.nk
76ZEA620	- (ZE10620) 20 Metallspiralen; OPS 8-836.nm
76ZEA621	- (ZE10621) Mehr als 20 Metallspiralen; OPS 8-836.nn

ZE107 Gabe von Erythrozytenkonzentraten

76ZEA701	- (ZE10701) 6 TE bis unter 11 TE; OPS 8-800.c1
76ZEA702	- (ZE10702) 11 TE bis unter 16 TE; OPS 8-800.c2
76ZEA703	- (ZE10703) 16 TE bis unter 24 TE; OPS 8-800.c3
76ZEA704	- (ZE10704) 24 TE bis unter 32 TE; OPS 8-800.c4
76ZEA705	- (ZE10705) 32 TE bis unter 40 TE; OPS 8-800.c5

76ZEA706	- (ZE10706) 40 TE bis unter 48 TE; OPS 8-800.c6
76ZEA707	- (ZE10707) 48 TE bis unter 56 TE; OPS 8-800.c7
76ZEA708	- (ZE10708) 56 TE bis unter 64 TE; OPS 8-800.c8
76ZEA709	- (ZE10709) 64 TE bis unter 72 TE; OPS 8-800.c9
76ZEA710	- (ZE10710) 72 TE bis unter 80 TE; OPS 8-800.ca
76ZEA711	- (ZE10711) 80 TE bis unter 88 TE; OPS 8-800.cb
76ZEA712	- (ZE10712) 88 TE bis unter 104 TE; OPS 8-800.cc
76ZEA713	- (ZE10713) 104 TE bis unter 120 TE; OPS 8-800.cd
76ZEA714	- (ZE10714) 120 TE bis unter 136 TE; OPS 8-800.ce
76ZEA715	- (ZE10715) 136 TE bis unter 152 TE; OPS 8-800.cf
76ZEA716	- (ZE10716) 152 TE bis unter 168 TE; OPS 8-800.cg
76ZEA717	- (ZE10717) 168 TE bis unter 184 TE; OPS 8-800.ch
76ZEA718	- (ZE10718) 184 TE bis unter 200 TE; OPS 8-800.cj
76ZEA719	- (ZE10719) 200 TE bis unter 216 TE; OPS 8-800.ck
76ZEA720	- (ZE10720) 216 TE bis unter 232 TE; OPS 8-800.cm
76ZEA721	- (ZE10721) 232 TE bis unter 248 TE; OPS 8-800.cn
76ZEA722	- (ZE10722) 248 TE bis unter 264 TE; OPS 8-800.cp
76ZEA723	- (ZE10723) 264 TE bis unter 280 TE; OPS 8-800.cq
76ZEA724	- (ZE10724) 280 TE und mehr; OPS 8-800.cr

ZE108 Gabe von patientenbezogenen Thrombozytenkonzentraten

76ZEA801	- (ZE10801) 1 patientenbezogenes Thrombozytenkonzentrat; OPS 8-800.60
76ZEA802	- (ZE10802) 2 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.61
76ZEA803	- (ZE10803) 3 bis unter 5 patientenbezogene Konzentrate; OPS 8-800.62
76ZEA804	- (ZE10804) 5 bis unter 7 patientenbezogene Konzentrate; OPS 8-800.63
76ZEA805	- (ZE10805) 7 bis unter 9 patientenbezogene Konzentrate; OPS 8-800.64
76ZEA806	- (ZE10806) 9 bis unter 11 patientenbezogene Konzentrate; OPS 8-800.65
76ZEA807	- (ZE10807) 11 bis unter 13 patientenbezogene Konzentrate; OPS 8-800.66
76ZEA808	- (ZE10808) 13 bis unter 15 patientenbezogene Konzentrate; OPS 8-800.67
76ZEA809	- (ZE10809) 15 bis unter 17 patientenbezogene Konzentrate; OPS 8-800.68
76ZEA810	- (ZE10810) 17 bis unter 19 patientenbezogene Konzentrate; OPS 8-800.69
76ZEA811	- (ZE10811) 19 bis unter 23 patientenbezogene Konzentrate; OPS 8-800.6a
76ZEA812	- (ZE10812) 23 bis unter 27 patientenbezogene Konzentrate; OPS 8-800.6b
76ZEA813	- (ZE10813) 27 bis unter 31 patientenbezogene Konzentrate; OPS 8-800.6c
76ZEA814	- (ZE10814) 31 bis unter 35 patientenbezogene Konzentrate; OPS 8-800.6d
76ZEA815	- (ZE10815) 35 bis unter 39 patientenbezogene Konzentrate; OPS 8-800.6e
76ZEA816	- (ZE10816) 39 bis unter 43 patientenbezogene Konzentrate; OPS 8-800.6g
76ZEA817	- (ZE10817) 43 bis unter 47 patientenbezogene Konzentrate; OPS 8-800.6h
76ZEA818	- (ZE10818) 47 bis unter 51 patientenbezogene Konzentrate; OPS 8-800.6j
76ZEA819	- (ZE10819) 51 bis unter 55 patientenbezogene Konzentrate; OPS 8-800.6k
76ZEA820	- (ZE10820) 55 bis unter 59 patientenbezogene Konzentrate; OPS 8-800.6m
76ZEA821	- (ZE10821) 59 bis unter 63 patientenbezogene Konzentrate; OPS 8-800.6n
76ZEA822	- (ZE10822) 63 bis unter 67 patientenbezogene Konzentrate; OPS 8-800.6p
76ZEA823	- (ZE10823) 67 bis unter 71 patientenbezogene Konzentrate; OPS 8-800.6q
76ZEA824	- (ZE10824) 71 patientenbezogene Konzentrate und mehr; OPS 8-800.6r

ZE109 Gabe von Caspofungin, parenteral

76ZEA901	- (ZE10901) 35 mg bis unter 65 mg; OPS 6-002.p0
76ZEA902	- (ZE10902) 65 mg bis unter 100 mg; OPS 6-002.p1
76ZEA903	- (ZE10903) 100 mg bis unter 150 mg; OPS 6-002.p2

76ZEA904	- (ZE10904) 150 mg bis unter 200 mg; OPS 6-002.p3
76ZEA905	- (ZE10905) 200 mg bis unter 250 mg; OPS 6-002.p4
76ZEA906	- (ZE10906) 250 mg bis unter 300 mg; OPS 6-002.p5
76ZEA907	- (ZE10907) 300 mg bis unter 350 mg; OPS 6-002.p6
76ZEA908	- (ZE10908) 350 mg bis unter 400 mg; OPS 6-002.p7
76ZEA909	- (ZE10909) 400 mg bis unter 450 mg; OPS 6-002.p8
76ZEA910	- (ZE10910) 450 mg bis unter 500 mg; OPS 6-002.p9
76ZEA911	- (ZE10911) 500 mg bis unter 600 mg; OPS 6-002.pa
76ZEA912	- (ZE10912) 600 mg bis unter 700 mg; OPS 6-002.pb
76ZEA913	- (ZE10913) 700 mg bis unter 800 mg; OPS 6-002.pc
76ZEA914	- (ZE10914) 800 mg bis unter 900 mg; OPS 6-002.pd
76ZEA915	- (ZE10915) 900 mg bis unter 1.000 mg; OPS 6-002.pe
76ZEA916	- (ZE10916) 1.000 mg bis unter 1.200 mg; OPS 6-002.pf
76ZEA917	- (ZE10917) 1.200 mg bis unter 1.400 mg; OPS 6-002.pg
76ZEA918	- (ZE10918) 1.400 mg bis unter 1.600 mg; OPS 6-002.ph
76ZEA919	- (ZE10919) 1.600 mg bis unter 2.000 mg; OPS 6-002.pj
76ZEA920	- (ZE10920) 2.000 mg bis unter 2.400 mg; OPS 6-002.pk
76ZEA921	- (ZE10921) 2.400 mg bis unter 2.800 mg; OPS 6-002.pm
76ZEA922	- (ZE10922) 2.800 mg bis unter 3.600 mg; OPS 6-002.pn
76ZEA923	- (ZE10923) 3.600 mg bis unter 4.400 mg; OPS 6-002.pp
76ZEA924	- (ZE10924) 4.400 mg bis unter 5.200 mg; OPS 6-002.pq
76ZEA925	- (ZE10925) 5.200 mg bis unter 6.000 mg; OPS 6-002.pr
76ZEA926	- (ZE10926) 6.000 mg bis unter 6.800 mg; OPS 6-002.ps
76ZEA927	- (ZE10927) 6.800 mg bis unter 7.600 mg; OPS 6-002.pt
76ZEA928	- (ZE10928) 7.600 mg bis unter 8.400 mg; OPS 6-002.pu
76ZEA929	- (ZE10929) 8.400 mg und mehr; OPS 6-002.pv

ZE110 Gabe von Liposomalem Amphotericin B, parenteral

76ZEB001	- (ZE11001) 100 mg bis unter 175 mg; OPS 6-002.q0
76ZEB002	- (ZE11002) 175 mg bis unter 250 mg; OPS 6-002.q1
76ZEB003	- (ZE11003) 250 mg bis unter 350 mg; OPS 6-002.q2
76ZEB004	- (ZE11004) 350 mg bis unter 450 mg; OPS 6-002.q3
76ZEB005	- (ZE11005) 450 mg bis unter 550 mg; OPS 6-002.q4
76ZEB006	- (ZE11006) 550 mg bis unter 650 mg; OPS 6-002.q5
76ZEB007	- (ZE11007) 650 mg bis unter 750 mg; OPS 6-002.q6
76ZEB008	- (ZE11008) 750 mg bis unter 850 mg; OPS 6-002.q7
76ZEB009	- (ZE11009) 850 mg bis unter 950 mg; OPS 6-002.q8
76ZEB010	- (ZE11010) 950 mg bis unter 1.150 mg; OPS 6-002.q9
76ZEB011	- (ZE11011) 1.150 mg bis unter 1.350 mg; OPS 6-002.qa
76ZEB012	- (ZE11012) 1.350 mg bis unter 1.550 mg; OPS 6-002.qb
76ZEB013	- (ZE11013) 1.550 mg bis unter 1.750 mg; OPS 6-002.qc
76ZEB014	- (ZE11014) 1.750 mg bis unter 1.950 mg; OPS 6-002.qd
76ZEB015	- (ZE11015) 1.950 mg bis unter 2.150 mg; OPS 6-002.qe
76ZEB016	- (ZE11016) 2.150 mg bis unter 3.150 mg; OPS 6-002.qf
76ZEB017	- (ZE11017) 3.150 mg bis unter 4.150 mg; OPS 6-002.qg
76ZEB018	- (ZE11018) 4.150 mg bis unter 5.150 mg; OPS 6-002.qh
76ZEB019	- (ZE11019) 5.150 mg bis unter 6.150 mg; OPS 6-002.qj
76ZEB020	- (ZE11020) 6.150 mg bis unter 8.650 mg; OPS 6-002.qk
76ZEB021	- (ZE11021) 8.650 mg bis unter 11.150 mg; OPS 6-002.qm
76ZEB022	- (ZE11022) 11.150 mg bis unter 13.650 mg; OPS 6-002.qn
76ZEB023	- (ZE11023) 13.650 mg bis unter 18.650 mg; OPS 6-002.qp

76ZEB024	- (ZE11024) 18.650 mg bis unter 23.650 mg; OPS 6-002.qq
76ZEB025	- (ZE11025) 23.650 mg bis unter 28.650 mg; OPS 6-002.qr
76ZEB026	- (ZE11026) 28.650 mg bis unter 33.650 mg; OPS 6-002.qs
76ZEB027	- (ZE11027) 33.650 mg bis unter 38.650 mg; OPS 6-002.qt
76ZEB028	- (ZE11028) 38.650 mg bis unter 43.650 mg; OPS 6-002.qu
76ZEB029	- (ZE11029) 43.650 mg und mehr; OPS 6-002.qv

ZE111 Gabe von Voriconazol, oral

76ZEB101	- (ZE11101) 1,00 g bis unter 1,75 g; OPS 6-002.50
76ZEB102	- (ZE11102) 1,75 g bis unter 2,50 g; OPS 6-002.51
76ZEB103	- (ZE11103) 2,50 g bis unter 3,50 g; OPS 6-002.52
76ZEB104	- (ZE11104) 3,50 g bis unter 4,50 g; OPS 6-002.53
76ZEB105	- (ZE11105) 4,50 g bis unter 6,50 g; OPS 6-002.54
76ZEB106	- (ZE11106) 6,50 g bis unter 8,50 g; OPS 6-002.55
76ZEB107	- (ZE11107) 8,50 g bis unter 10,50 g; OPS 6-002.56
76ZEB108	- (ZE11108) 10,50 g bis unter 15,50 g; OPS 6-002.57
76ZEB109	- (ZE11109) 15,50 g bis unter 20,50 g; OPS 6-002.58
76ZEB110	- (ZE11110) 20,50 g bis unter 25,50 g; OPS 6-002.59
76ZEB111	- (ZE11111) 25,50 g bis unter 30,50 g; OPS 6-002.5a
76ZEB112	- (ZE11112) 30,50 g bis unter 35,50 g; OPS 6-002.5c
76ZEB113	- (ZE11113) 35,50 g bis unter 40,50 g; OPS 6-002.5d
76ZEB114	- (ZE11114) 40,50 g bis unter 45,50 g; OPS 6-002.5e
76ZEB115	- (ZE11115) 45,50 g und mehr; OPS 6-002.5f

ZE112 Gabe von Voriconazol, parenteral

76ZEB201	- (ZE11201) 0,4 g bis unter 0,6 g; OPS 6-002.r0
76ZEB202	- (ZE11202) 0,6 g bis unter 0,8 g; OPS 6-002.r1
76ZEB203	- (ZE11203) 0,8 g bis unter 1,2 g; OPS 6-002.r2
76ZEB204	- (ZE11204) 1,2 g bis unter 1,6 g; OPS 6-002.r3
76ZEB205	- (ZE11205) 1,6 g bis unter 2,0 g; OPS 6-002.r4
76ZEB206	- (ZE11206) 2,0 g bis unter 2,4 g; OPS 6-002.r5
76ZEB207	- (ZE11207) 2,4 g bis unter 3,2 g; OPS 6-002.r6
76ZEB208	- (ZE11208) 3,2 g bis unter 4,0 g; OPS 6-002.r7
76ZEB209	- (ZE11209) 4,0 g bis unter 4,8 g; OPS 6-002.r8
76ZEB210	- (ZE11210) 4,8 g bis unter 5,6 g; OPS 6-002.r9
76ZEB211	- (ZE11211) 5,6 g bis unter 6,4 g; OPS 6-002.ra
76ZEB212	- (ZE11212) 6,4 g bis unter 7,2 g; OPS 6-002.rb
76ZEB213	- (ZE11213) 7,2 g bis unter 8,8 g; OPS 6-002.rc
76ZEB214	- (ZE11214) 8,8 g bis unter 10,4 g; OPS 6-002.rd
76ZEB215	- (ZE11215) 10,4 g bis unter 12,0 g; OPS 6-002.re
76ZEB216	- (ZE11216) 12,0 g bis unter 13,6 g; OPS 6-002.rf
76ZEB217	- (ZE11217) 13,6 g bis unter 16,8 g; OPS 6-002.rg
76ZEB218	- (ZE11218) 16,8 g bis unter 20,0 g; OPS 6-002.rh
76ZEB219	- (ZE11219) 20,0 g bis unter 23,2 g; OPS 6-002.rj
76ZEB220	- (ZE11220) 23,2 g bis unter 26,4 g; OPS 6-002.rk
76ZEB221	- (ZE11221) 26,4 g bis unter 32,8 g; OPS 6-002.rm
76ZEB222	- (ZE11222) 32,8 g bis unter 39,2 g; OPS 6-002.rn
76ZEB223	- (ZE11223) 39,2 g bis unter 45,6 g; OPS 6-002.rp
76ZEB224	- (ZE11224) 45,6 g bis unter 52,0 g; OPS 6-002.rq
76ZEB225	- (ZE11225) 52,0 g bis unter 64,8 g; OPS 6-002.rr

76ZEB226	- (ZE11226) 64,8 g bis unter 77,6 g; OPS 6-002.rs
76ZEB227	- (ZE11227) 77,6 g bis unter 90,4 g; OPS 6-002.rt
76ZEB228	- (ZE11228) 90,4 g und mehr; OPS 6-002.ru
ZE113	Gabe von Itraconazol, parenteral
76ZEB301	- (ZE11301) 400 mg bis unter 800 mg; OPS 6-002.c0
76ZEB302	- (ZE11302) 800 mg bis unter 1.200 mg; OPS 6-002.c1
76ZEB303	- (ZE11303) 1.200 mg bis unter 1.600 mg; OPS 6-002.c2
76ZEB304	- (ZE11304) 1.600 mg bis unter 2.000 mg; OPS 6-002.c3
76ZEB305	- (ZE11305) 2.000 mg bis unter 2.400 mg; OPS 6-002.c4
76ZEB306	- (ZE11306) 2.400 mg bis unter 2.800 mg; OPS 6-002.c5
76ZEB307	- (ZE11307) 2.800 mg bis unter 3.200 mg; OPS 6-002.c6
76ZEB308	- (ZE11308) 3.200 mg bis unter 3.600 mg; OPS 6-002.c7
76ZEB309	- (ZE11309) 3.600 mg bis unter 4.000 mg; OPS 6-002.c8
76ZEB310	- (ZE11310) 4.000 mg bis unter 4.800 mg; OPS 6-002.c9
76ZEB311	- (ZE11311) 4.800 mg bis unter 5.600 mg; OPS 6-002.ca
76ZEB312	- (ZE11312) 5.600 mg bis unter 6.400 mg; OPS 6-002.cb
76ZEB313	- (ZE11313) 6.400 mg bis unter 7.200 mg; OPS 6-002.cc
76ZEB314	- (ZE11314) 7.200 mg bis unter 8.000 mg; OPS 6-002.cd
76ZEB315	- (ZE11315) 8.000 mg bis unter 8.800 mg; OPS 6-002.ce
76ZEB316	- (ZE11316) 8.800 mg bis unter 10.400 mg; OPS 6-002.cg
76ZEB317	- (ZE11317) 10.400 mg bis unter 12.000 mg; OPS 6-002.ch
76ZEB318	- (ZE11318) 12.000 mg bis unter 13.600 mg; OPS 6-002.cj
76ZEB319	- (ZE11319) 13.600 mg bis unter 16.800 mg; OPS 6-002.ck
76ZEB320	- (ZE11320) 16.800 mg bis unter 20.000 mg; OPS 6-002.cm
76ZEB321	- (ZE11321) 20.000 mg bis unter 23.200 mg; OPS 6-002.cn
76ZEB322	- (ZE11322) 23.200 mg und mehr; OPS 6-002.cp
ZE114	Gabe von Posaconazol, oral
76ZEB401	- (ZE11401) 1.000 mg bis unter 2.000 mg; OPS 6-003.00
76ZEB402	- (ZE11402) 2.000 mg bis unter 3.000 mg; OPS 6-003.01
76ZEB403	- (ZE11403) 3.000 mg bis unter 4.200 mg; OPS 6-003.02
76ZEB404	- (ZE11404) 4.200 mg bis unter 5.400 mg; OPS 6-003.03
76ZEB405	- (ZE11405) 5.400 mg bis unter 6.600 mg; OPS 6-003.04
76ZEB406	- (ZE11406) 6.600 mg bis unter 7.800 mg; OPS 6-003.05
76ZEB407	- (ZE11407) 7.800 mg bis unter 9.000 mg; OPS 6-003.06
76ZEB408	- (ZE11408) 9.000 mg bis unter 11.400 mg; OPS 6-003.07
76ZEB409	- (ZE11409) 11.400 mg bis unter 13.800 mg; OPS 6-003.08
76ZEB410	- (ZE11410) 13.800 mg bis unter 16.200 mg; OPS 6-003.09
76ZEB411	- (ZE11411) 16.200 mg bis unter 18.600 mg; OPS 6-003.0a
76ZEB412	- (ZE11412) 18.600 mg bis unter 21.000 mg; OPS 6-003.0b
76ZEB413	- (ZE11413) 21.000 mg bis unter 25.800 mg; OPS 6-003.0c
76ZEB414	- (ZE11414) 25.800 mg bis unter 30.600 mg; OPS 6-003.0d
76ZEB415	- (ZE11415) 30.600 mg bis unter 35.400 mg; OPS 6-003.0e
76ZEB416	- (ZE11416) 35.400 mg bis unter 40.200 mg; OPS 6-003.0g
76ZEB417	- (ZE11417) 40.200 mg bis unter 45.000 mg; OPS 6-003.0h
76ZEB418	- (ZE11418) 45.000 mg bis unter 54.600 mg; OPS 6-003.0j
76ZEB419	- (ZE11419) 54.600 mg bis unter 64.200 mg; OPS 6-003.0k
76ZEB420	- (ZE11420) 64.200 mg bis unter 73.800 mg; OPS 6-003.0m
76ZEB421	- (ZE11421) 73.800 mg bis unter 83.400 mg; OPS 6-003.0n
76ZEB422	- (ZE11422) 83.400 mg bis unter 93.000 mg; OPS 6-003.0p
76ZEB423	- (ZE11423) 93.000 mg und mehr; OPS 6-003.0q

ZE115 Gabe von Anidulafungin, parenteral

76ZEB501	- (ZE11501) 75 mg bis unter 125 mg; OPS 6-003.k0
76ZEB502	- (ZE11502) 125 mg bis unter 200 mg; OPS 6-003.k1
76ZEB503	- (ZE11503) 200 mg bis unter 300 mg; OPS 6-003.k2
76ZEB504	- (ZE11504) 300 mg bis unter 400 mg; OPS 6-003.k3
76ZEB505	- (ZE11505) 400 mg bis unter 500 mg; OPS 6-003.k4
76ZEB506	- (ZE11506) 500 mg bis unter 600 mg; OPS 6-003.k5
76ZEB507	- (ZE11507) 600 mg bis unter 700 mg; OPS 6-003.k6
76ZEB508	- (ZE11508) 700 mg bis unter 800 mg; OPS 6-003.k7
76ZEB509	- (ZE11509) 800 mg bis unter 900 mg; OPS 6-003.k8
76ZEB510	- (ZE11510) 900 mg bis unter 1.000 mg; OPS 6-003.k9
76ZEB511	- (ZE11511) 1.000 mg bis unter 1.200 mg; OPS 6-003.ka
76ZEB512	- (ZE11512) 1.200 mg bis unter 1.400 mg; OPS 6-003.kb
76ZEB513	- (ZE11513) 1.400 mg bis unter 1.600 mg; OPS 6-003.kc
76ZEB514	- (ZE11514) 1.600 mg bis unter 1.800 mg; OPS 6-003.kd
76ZEB515	- (ZE11515) 1.800 mg bis unter 2.000 mg; OPS 6-003.ke
76ZEB516	- (ZE11516) 2.000 mg bis unter 2.400 mg; OPS 6-003.kf
76ZEB517	- (ZE11517) 2.400 mg bis unter 2.800 mg; OPS 6-003.kg
76ZEB518	- (ZE11518) 2.800 mg bis unter 3.200 mg; OPS 6-003.kh
76ZEB519	- (ZE11519) 3.200 mg bis unter 4.000 mg; OPS 6-003.kj
76ZEB520	- (ZE11520) 4.000 mg bis unter 4.800 mg; OPS 6-003.kk
76ZEB521	- (ZE11521) 4.800 mg bis unter 5.600 mg; OPS 6-003.km
76ZEB522	- (ZE11522) 5.600 mg bis unter 6.400 mg; OPS 6-003.kn
76ZEB523	- (ZE11523) 6.400 mg bis unter 8.000 mg; OPS 6-003.kp
76ZEB524	- (ZE11524) 8.000 mg bis unter 9.600 mg; OPS 6-003.kq
76ZEB525	- (ZE11525) 9.600 mg bis unter 11.200 mg; OPS 6-003.kr
76ZEB526	- (ZE11526) 11.200 mg bis unter 12.800 mg; OPS 6-003.ks
76ZEB527	- (ZE11527) 12.800 mg und mehr; OPS 6-003.kt

ZE116 Gabe von Panitumumab, parenteral

76ZEB601	- (ZE11601) 180 mg bis unter 300 mg; OPS 6-004.70
76ZEB602	- (ZE11602) 300 mg bis unter 420 mg; OPS 6-004.71
76ZEB603	- (ZE11603) 420 mg bis unter 540 mg; OPS 6-004.72
76ZEB604	- (ZE11604) 540 mg bis unter 660 mg; OPS 6-004.73
76ZEB605	- (ZE11605) 660 mg bis unter 780 mg; OPS 6-004.74
76ZEB606	- (ZE11606) 780 mg bis unter 900 mg; OPS 6-004.75
76ZEB607	- (ZE11607) 900 mg bis unter 1.020 mg; OPS 6-004.76
76ZEB608	- (ZE11608) 1.020 mg bis unter 1.260 mg; OPS 6-004.77
76ZEB609	- (ZE11609) 1.260 mg bis unter 1.500 mg; OPS 6-004.78
76ZEB610	- (ZE11610) 1.500 mg bis unter 1.740 mg; OPS 6-004.79
76ZEB611	- (ZE11611) 1.740 mg bis unter 1.980 mg; OPS 6-004.7a
76ZEB612	- (ZE11612) 1.980 mg bis unter 2.220 mg; OPS 6-004.7b
76ZEB613	- (ZE11613) 2.220 mg bis unter 2.460 mg; OPS 6-004.7c
76ZEB614	- (ZE11614) 2.460 mg und mehr; OPS 6-004.7d

ZE117 Gabe von Trabectedin, parenteral

76ZEB701	- (ZE11701) 0,25 mg bis unter 0,50 mg; OPS 6-004.a0
76ZEB702	- (ZE11702) 0,50 mg bis unter 0,75 mg; OPS 6-004.a1
76ZEB703	- (ZE11703) 0,75 mg bis unter 1,00 mg; OPS 6-004.a2

76ZEB704	- (ZE11704) 1,00 mg bis unter 1,25 mg; OPS 6-004.a3
76ZEB705	- (ZE11705) 1,25 mg bis unter 1,50 mg; OPS 6-004.a4
76ZEB706	- (ZE11706) 1,50 mg bis unter 1,75 mg; OPS 6-004.a5
76ZEB707	- (ZE11707) 1,75 mg bis unter 2,00 mg; OPS 6-004.a6
76ZEB708	- (ZE11708) 2,00 mg bis unter 2,25 mg; OPS 6-004.a7
76ZEB709	- (ZE11709) 2,25 mg bis unter 2,50 mg; OPS 6-004.a8
76ZEB710	- (ZE11710) 2,50 mg bis unter 2,75 mg; OPS 6-004.a9
76ZEB711	- (ZE11711) 2,75 mg bis unter 3,00 mg; OPS 6-004.aa
76ZEB712	- (ZE11712) 3,00 mg bis unter 3,25 mg; OPS 6-004.ab
76ZEB713	- (ZE11713) 3,25 mg bis unter 3,50 mg; OPS 6-004.ac
76ZEB714	- (ZE11714) 3,50 mg bis unter 4,00 mg; OPS 6-004.ad
76ZEB715	- (ZE11715) 4,00 mg bis unter 4,50 mg; OPS 6-004.ae
76ZEB716	- (ZE11716) 4,50 mg bis unter 5,00 mg; OPS 6-004.af
76ZEB717	- (ZE11717) 5,00 mg bis unter 5,50 mg; OPS 6-004.ag
76ZEB718	- (ZE11718) 5,50 mg bis unter 6,00 mg; OPS 6-004.ah
76ZEB719	- (ZE11719) 6,00 mg und mehr; OPS 6-004.aj

ZE118 Gabe von Abatacept, parenteral

76ZEB801	- (ZE11801) 125 mg bis unter 250 mg; OPS 6-003.m0
76ZEB802	- (ZE11802) 250 mg bis unter 500 mg; OPS 6-003.m1
76ZEB803	- (ZE11803) 500 mg bis unter 750 mg; OPS 6-003.m2
76ZEB804	- (ZE11804) 750 mg bis unter 1.000 mg; OPS 6-003.m3
76ZEB805	- (ZE11805) 1.000 mg bis unter 1.250 mg; OPS 6-003.m4
76ZEB806	- (ZE11806) 1.250 mg bis unter 1.500 mg; OPS 6-003.m5
76ZEB807	- (ZE11807) 1.500 mg bis unter 1.750 mg; OPS 6-003.m6
76ZEB808	- (ZE11808) 1.750 mg bis unter 2.000 mg; OPS 6-003.m7
76ZEB809	- (ZE11809) 2.000 mg bis unter 2.250 mg; OPS 6-003.m8
76ZEB810	- (ZE11810) 2.250 mg bis unter 2.500 mg; OPS 6-003.m9
76ZEB811	- (ZE11811) 2.500 mg bis unter 2.750 mg; OPS 6-003.ma
76ZEB812	- (ZE11812) 2.750 mg bis unter 3.000 mg; OPS 6-003.mb
76ZEB813	- (ZE11813) 3.000 mg und mehr; OPS 6-003.mc

ZE119 Hämofiltration, kontinuierlich

76ZEB901	- (ZE11901) Bis 24 Stunden; OPS 8-853.13, .70 oder .80
76ZEB902	- (ZE11902) Mehr als 24 bis 72 Stunden; OPS 8-853.14, .71 oder .81
76ZEB903	- (ZE11903) Mehr als 72 bis 144 Stunden; OPS 8-853.15, .72 oder .82
76ZEB904	- (ZE11904) Mehr als 144 bis 264 Stunden; OPS 8-853.16, .73 oder .83
76ZEB905	- (ZE11905) Mehr als 264 bis 432 Stunden; OPS 8-853.17, .74 oder .84
76ZEB906	- (ZE11906) Mehr als 432 bis 600 Stunden; OPS 8-853.19, .76 oder .86
76ZEB907	- (ZE11907) Mehr als 600 bis 960 Stunden; OPS 8-853.1a, .77 oder .87
76ZEB908	- (ZE11908) Mehr als 960 bis 1.320 Stunden; OPS 8-853.1b, .78 oder .88
76ZEB909	- (ZE11909) Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden; OPS 8-853.1c, .79 oder .89
76ZEB910	- (ZE11910) Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden; OPS 8-853.1d, .7a oder .8a
76ZEB911	- (ZE11911) Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden; OPS 8-853.1e, .7b oder .8b
76ZEB912	- (ZE11912) Mehr als 2.400 Stunden; OPS 8-853.1f, .7c oder .8c

ZE120 Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD)

76ZEC001	- (ZE12001) Bis 24 Stunden; OPS 8-854.60 oder 8-854.70
----------	--

76ZEC002	- (ZE12002) Mehr als 24 bis 72 Stunden; OPS 8-854.61 oder 8-854.71
76ZEC003	- (ZE12003) Mehr als 72 bis 144 Stunden; OPS 8-854.62 oder 8-854.72
76ZEC004	- (ZE12004) Mehr als 144 bis 264 Stunden; OPS 8-854.63 oder 8-854.73
76ZEC005	- (ZE12005) Mehr als 264 bis 432 Stunden; OPS 8-854.64 oder 8-854.74
76ZEC006	- (ZE12006) Mehr als 432 bis 600 Stunden; OPS 8-854.66 oder 8-854.76
76ZEC007	- (ZE12007) Mehr als 600 bis 960 Stunden; OPS 8-854.67 oder 8-854.77
76ZEC008	- (ZE12008) Mehr als 960 bis 1.320 Stunden; OPS 8-854.68 oder 8-854.78
76ZEC009	- (ZE12009) Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden; OPS 8-854.69 oder .79
76ZEC010	- (ZE12010) Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden; OPS 8-854.6a oder 8-854.7a
76ZEC011	- (ZE12011) Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden; OPS 8-854.6b oder .7b
76ZEC012	- (ZE12012) Mehr als 2.400 Stunden; OPS 8-854.6c oder 8-854.7c

ZE121 Hämodiafiltration, kontinuierlich

76ZEC101	- (ZE12101) Bis 24 Stunden; OPS 8-855.13, 8-855.70 oder 8-855.80
76ZEC102	- (ZE12102) Mehr als 24 bis 72 Stunden; OPS 8-855.14, .71 oder .81
76ZEC103	- (ZE12103) Mehr als 72 bis 144 Stunden; OPS 8-855.15, .72 oder .82
76ZEC104	- (ZE12104) Mehr als 144 bis 264 Stunden; OPS 8-855.16, .73 oder .83
76ZEC105	- (ZE12105) Mehr als 264 bis 432 Stunden; OPS 8-855.17, .74 oder .84
76ZEC106	- (ZE12106) Mehr als 432 bis 600 Stunden; OPS 8-855.19, .76 oder .86
76ZEC107	- (ZE12107) Mehr als 600 bis 960 Stunden; OPS 8-855.1a, .77 oder .87
76ZEC108	- (ZE12108) Mehr als 960 bis 1.320 Stunden; OPS 8-855.1b, .78 oder .88
76ZEC109	- (ZE12109) Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden; OPS 8-855.1c, .79 oder .89
76ZEC110	- (ZE12110) Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden; OPS 8-855.1d, .7a oder .8a
76ZEC111	- (ZE12111) Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden; OPS 8-855.1e, .7b oder .8b
76ZEC112	- (ZE12112) Mehr als 2.400 Stunden; OPS 8-855.1f, .7c oder .8c

ZE122 Peritonealdialyse, intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)

76ZEC200	- (ZE122) OPS 8-857.0
----------	-----------------------

ZE123 Peritonealdialyse, kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt (CAPD)

76ZEC301	- (ZE12301) Bis 24 Stunden; OPS 8-857.10
76ZEC302	- (ZE12302) Mehr als 24 bis 72 Stunden; OPS 8-857.11
76ZEC303	- (ZE12303) Mehr als 72 bis 144 Stunden; OPS 8-857.12
76ZEC304	- (ZE12304) Mehr als 144 bis 264 Stunden; OPS 8-857.13
76ZEC305	- (ZE12305) Mehr als 264 bis 432 Stunden; OPS 8-857.14
76ZEC306	- (ZE12306) Mehr als 432 bis 600 Stunden; OPS 8-857.16
76ZEC307	- (ZE12307) Mehr als 600 bis 960 Stunden; OPS 8-857.17
76ZEC308	- (ZE12308) Mehr als 960 bis 1.320 Stunden; OPS 8-857.18
76ZEC309	- (ZE12309) Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden; OPS 8-857.19
76ZEC310	- (ZE12310) Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden; OPS 8-857.1a
76ZEC311	- (ZE12311) Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden; OPS 8-857.1b
76ZEC312	- (ZE12312) Mehr als 2.400 Stunden; OPS 8-857.1c

ZE124 Gabe von Azacytidin, parenteral

76ZEC401	- (ZE12401) 150 mg bis unter 225 mg; OPS 6-005.00
76ZEC402	- (ZE12402) 225 mg bis unter 300 mg; OPS 6-005.01
76ZEC403	- (ZE12403) 300 mg bis unter 375 mg; OPS 6-005.02
76ZEC404	- (ZE12404) 375 mg bis unter 450 mg; OPS 6-005.03
76ZEC405	- (ZE12405) 450 mg bis unter 600 mg; OPS 6-005.04

76ZEC406	- (ZE12406) 600 mg bis unter 750 mg; OPS 6-005.05
76ZEC407	- (ZE12407) 750 mg bis unter 900 mg; OPS 6-005.06
76ZEC408	- (ZE12408) 900 mg bis unter 1.200 mg; OPS 6-005.07
76ZEC409	- (ZE12409) 1.200 mg bis unter 1.500 mg; OPS 6-005.08
76ZEC410	- (ZE12410) 1.500 mg bis unter 1.800 mg; OPS 6-005.09
76ZEC411	- (ZE12411) 1.800 mg bis unter 2.100 mg; OPS 6-005.0a
76ZEC412	- (ZE12412) 2.100 mg bis unter 2.400 mg; OPS 6-005.0b
76ZEC413	- (ZE12413) 2.400 mg bis unter 2.700 mg; OPS 6-005.0c
76ZEC414	- (ZE12414) 2.700 mg bis unter 3.000 mg; OPS 6-005.0d
76ZEC415	- (ZE12415) 3.000 mg und mehr; OPS 6-005.0e
ZE125	Implantation oder Wechsel eines interspinösen Spreizers
76ZEC501	- (ZE12501) 1 Segment; OPS 5-839.b0 oder 5-839.c0
76ZEC502	- (ZE12502) 2 Segmente; OPS 5-839.b2 oder 5-839.c2
76ZEC503	- (ZE12503) 3 oder mehr Segmente; OPS 5-839.b3 oder 5-839.c3
ZE126	Autogene/Autologe matrixinduzierte Chondrozyten-transplantation
76ZEC600	- (ZE126) OPS 5-801.k* oder 5-812.h*
ZE128	Gabe von Micafungin, parenteral
76ZEC801	- (ZE12801) 75 mg bis unter 150 mg; OPS 6-004.50
76ZEC802	- (ZE12802) 150 mg bis unter 250 mg; OPS 6-004.51
76ZEC803	- (ZE12803) 250 mg bis unter 350 mg; OPS 6-004.52
76ZEC804	- (ZE12804) 350 mg bis unter 450 mg; OPS 6-004.53
76ZEC805	- (ZE12805) 450 mg bis unter 550 mg; OPS 6-004.54
76ZEC806	- (ZE12806) 550 mg bis unter 650 mg; OPS 6-004.55
76ZEC807	- (ZE12807) 650 mg bis unter 750 mg; OPS 6-004.56
76ZEC808	- (ZE12808) 750 mg bis unter 850 mg; OPS 6-004.57
76ZEC809	- (ZE12809) 850 mg bis unter 950 mg; OPS 6-004.58
76ZEC810	- (ZE12810) 950 mg bis unter 1.150 mg; OPS 6-004.59
76ZEC811	- (ZE12811) 1.150 mg bis unter 1.350 mg; OPS 6-004.5a
76ZEC812	- (ZE12812) 1.350 mg bis unter 1.550 mg; OPS 6-004.5b
76ZEC813	- (ZE12813) 1.550 mg bis unter 1.950 mg; OPS 6-004.5c
76ZEC814	- (ZE12814) 1.950 mg bis unter 2.350 mg; OPS 6-004.5d
76ZEC815	- (ZE12815) 2.350 mg bis unter 2.750 mg; OPS 6-004.5e
76ZEC816	- (ZE12816) 2.750 mg bis unter 3.150 mg; OPS 6-004.5f
76ZEC817	- (ZE12817) 3.150 mg bis unter 3.950 mg; OPS 6-004.5g
76ZEC818	- (ZE12818) 3.950 mg bis unter 4.750 mg; OPS 6-004.5h
76ZEC819	- (ZE12819) 4.750 mg bis unter 5.550 mg; OPS 6-004.5j
76ZEC820	- (ZE12820) 5.550 mg bis unter 6.350 mg; OPS 6-004.5k
76ZEC821	- (ZE12821) 6.350 mg bis unter 7.950 mg; OPS 6-004.5m
76ZEC822	- (ZE12822) 7.950 mg bis unter 9.550 mg; OPS 6-004.5n
76ZEC823	- (ZE12823) 9.550 mg bis unter 11.150 mg; OPS 6-004.5p
76ZEC824	- (ZE12824) 11.150 mg bis unter 12.750 mg; OPS 6-004.5q
76ZEC825	- (ZE12825) 12.750 mg bis unter 14.350 mg; OPS 6-004.5r
76ZEC826	- (ZE12826) 14.350 mg bis unter 15.950 mg; OPS 6-004.5s
76ZEC827	- (ZE12827) 15.950 mg bis unter 17.550 mg; OPS 6-004.5t
76ZEC828	- (ZE12828) 17.550 mg und mehr; OPS 6-004.5u

ZE129	Gabe von Tocilizumab, parenteral
76ZEC901	- (ZE12901) 80 mg bis unter 200 mg; OPS 6-005.30
76ZEC902	- (ZE12902) 200 mg bis unter 320 mg; OPS 6-005.31
76ZEC903	- (ZE12903) 320 mg bis unter 480 mg; OPS 6-005.32
76ZEC904	- (ZE12904) 480 mg bis unter 640 mg; OPS 6-005.33
76ZEC905	- (ZE12905) 640 mg bis unter 800 mg; OPS 6-005.34
76ZEC906	- (ZE12906) 800 mg bis unter 960 mg; OPS 6-005.35
76ZEC907	- (ZE12907) 960 mg bis unter 1.120 mg; OPS 6-005.36
76ZEC908	- (ZE12908) 1.120 mg bis unter 1.280 mg; OPS 6-005.37
76ZEC909	- (ZE12909) 1.280 mg bis unter 1.440 mg; OPS 6-005.38
76ZEC910	- (ZE12910) 1.440 mg bis unter 1.600 mg; OPS 6-005.39
76ZEC911	- (ZE12911) 1.600 mg bis unter 1.760 mg; OPS 6-005.3a
76ZEC912	- (ZE12912) 1.760 mg bis unter 1.920 mg; OPS 6-005.3b
76ZEC913	- (ZE12913) 1.920 mg bis unter 2.080 mg; OPS 6-005.3c
76ZEC914	- (ZE12914) 2.080 mg und mehr; OPS 6-005.3d
ZE130	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen
76ZED001	- (ZE13001) 43 bis 129 Aufwandspunkte; OPS 9-200.0, .1 oder .5
76ZED002	- (ZE13002) 130 bis 362 und mehr Aufwandspunkte; OPS 9-200.6, .7, .8, .9, .a, .b, .c, .d oder .e
ZE131	Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen
76ZED101	- (ZE13101) 43 bis 129 Aufwandspunkte; OPS 9-201.0, .1, .5, 9-202.0, .1 oder .5
76ZED102	- (ZE13102) 130 bis 362 und mehr Aufwandspunkte; OPS 9-201.6, .7, .8, .9, .a, .b, .c, .d, .e, 9-202.6, .7, .8, .9, .a, .b, .c, .d oder .e
ZE132	Implantation eines Wachstumsstents
76ZED201	- (ZE13201) Ein Stent; OPS 8-838.k*, .m*, 8-845.0*, 8-846.0* oder 8-847
76ZED202	- (ZE13202) Zwei und mehr Stents; OPS 8-845.1* oder 8-846.1*
ZE133	Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Mikrodraht-retriever- oder Stentretreiver-Systems, OPS 8-836.60 oder 8-836.80 in Verbindung mit:
76ZED301	- (ZE13301) 1 Mikrodrahtretriever- oder Stentretreiver-System; OPS 8-83b.80 oder 8-83b.84
76ZED302	- (ZE13302) 2 Mikrodrahtretriever- oder Stentretreiver-Systeme; OPS 8-83b.82 oder 8-83b.85
76ZED303	- (ZE13303) 3 oder mehr Mikrodrahtretriever- oder Stentretreiver-Systeme; OPS 8-83b.83 oder 8-83b.86
ZE134	Verschiedene Harnkontinenztherapien
76ZED400	- (ZE134) OPS 5-594.31, 5-596.70, .73 oder 5-598.0

ZE135	Gabe von Vinflunin, parenteral
76ZED501	- (ZE13501) 100 mg bis unter 200 mg; OPS 6-005.b0
76ZED502	- (ZE13502) 200 mg bis unter 300 mg; OPS 6-005.b1
76ZED503	- (ZE13503) 300 mg bis unter 400 mg; OPS 6-005.b2
76ZED504	- (ZE13504) 400 mg bis unter 500 mg; OPS 6-005.b3
76ZED505	- (ZE13505) 500 mg bis unter 600 mg; OPS 6-005.b4
76ZED506	- (ZE13506) 600 mg bis unter 700 mg; OPS 6-005.b5
76ZED507	- (ZE13507) 700 mg bis unter 800 mg; OPS 6-005.b6
76ZED508	- (ZE13508) 800 mg bis unter 900 mg; OPS 6-005.b7
76ZED509	- (ZE13509) 900 mg bis unter 1.000 mg; OPS 6-005.b8
76ZED510	- (ZE13510) 1.000 mg bis unter 1.200 mg; OPS 6-005.b9
76ZED511	- (ZE13511) 1.200 mg bis unter 1.400 mg; OPS 6-005.ba
76ZED512	- (ZE13512) 1.400 mg bis unter 1.600 mg; OPS 6-005.bb
76ZED513	- (ZE13513) 1.600 mg bis unter 1.800 mg; OPS 6-005.bc
76ZED514	- (ZE13514) 1.800 mg bis unter 2.000 mg; OPS 6-005.bd
76ZED515	- (ZE13515) 2.000 mg bis unter 2.200 mg; OPS 6-005.be
76ZED516	- (ZE13516) 2.200 mg bis unter 2.400 mg; OPS 6-005.bf
76ZED517	- (ZE13517) 2.400 mg bis unter 2.600 mg; OPS 6-005.bg
76ZED518	- (ZE13518) 2.600 mg bis unter 2.800 mg; OPS 6-005.bh
76ZED519	- (ZE13519) 2.800 mg und mehr; OPS 6-005.bj
ZE136	Medikamente-freisetzende Ballons an Koronargefäßen, OPS 8-837.00 oder 8-837.01 in Verbindung mit:
76ZED601	- (ZE13601) Ein medikamente-freisetzender Ballon: OPS 8-83b.b6
76ZED602	- (ZE13602) Zwei medikamente-freisetzende Ballons: OPS 8-83b.b7
76ZED603	- (ZE13603) Drei medikamente-freisetzende Ballons: OPS 8-83b.b8
76ZED604	- (ZE13604) Vier und mehr medikamente-freisetzende Ballons: OPS 8-83b.b9
ZE137	Medikamente-freisetzende Ballons an anderen Gefäßen, OPS 8-836.02, .03, .08, .09, .0a, .0b oder .0c in Verbindung mit:
76ZED701	- (ZE13701) Ein medikamente-freisetzender Ballon: OPS 8-83b.ba
76ZED702	- (ZE13702) Zwei medikamente-freisetzende Ballons: OPS 8-83b.bb
76ZED703	- (ZE13703) Drei medikamente-freisetzende Ballons: OPS 8-83b.bc
76ZED704	- (ZE13704) Vier und mehr medikamente-freisetzende Ballons; OPS 8-83b.bd
ZE138	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalssystem, mit Sondenimplantation
76ZED800	- (ZE138) OPS 5-039.e0 oder 5-059.c0
ZE139	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalssystem, ohne Sondenimplantation
76ZED900	- (ZE139) OPS 5-039.f0 oder 5-059.d0

ZE140	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation
76ZEE000	- (ZE140) OPS 5-039.e1 oder 5-059.c1
ZE141	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, nicht wiederaufladbar, ohne Sondenimplantation
776ZEE100	- (ZE141) OPS 5-039.f1 oder 5-059.d1

Bundesweit nach Anlage 4 und 6 DRG-Entgeltkatalog 2013

Zusatzentgelt-Katalog, unbewertet

ZE2013-01 Beckenimplantate

- 76000010 - (ZE2013-01) OPS 5-785.2d, 5-785.3d oder 5-785.4d
- 7600001A - (ZE2013-01) OPS 5-785.2d
- 7600001B - (ZE2013-01) OPS 5-785.3d
- 7600001C - (ZE2013-01) OPS 5-785.4d

ZE2013-02 Links- und rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“)

- 76000020 - (ZE2013-02) OPS 5-376.20, 5-376.22, 5-376.30, 5-376.32, 5-376.40, 5-376.50, 5-376.60, 5-376.70, 5-376.72, 5-376.80 oder 5-376.82
- 7600002A - (ZE2013-02) OPS 5-376.20
- 7600002B - (ZE2013-02) OPS 5-376.30
- 7600002C - (ZE2013-02) OPS 5-376.40
- 7600002D - (ZE2013-02) OPS 5-376.50
- 7600002E - (ZE2013-02) OPS 5-376.60
- 7600002F - (ZE2013-02) OPS 5-376.70
- 7600002G - (ZE2013-02) OPS 5-376.80
- 7600002H - (ZE2013-02) OPS 5-376.22
- 7600002I - (ZE2013-02) OPS 5-376.32
- 7600002J - (ZE2013-02) OPS 5-376.72
- 7600002K - (ZE2013-02) OPS 5-376.82
- 76096817 - (ZE2013-02) extrakorporale Pumpe, univentrikulär, isolierter Pumpenwechsel, nicht offen chirurgisch, bei Erwachsenen; OPS 5-376.22
- 76096818 - (ZE2013-02) extrakorporale Pumpe, univentrikulär, isolierter Pumpenwechsel, nicht offen chirurgisch, bei Kindern; OPS 5-376.22
- 76096919 - (ZE2013-02) System ohne Take-Home-Set; OPS 5-376.40
- 76096920 - (ZE2013-02) System nur Take-Home-Set; OPS 5-376.40

ZE2013-03 ECMO und PECLA

- 76000030 - (ZE2013-03) OPS 8-852.0*, 8-852.2* oder 8-852.3*
- 7600003A - (ZE2013-03) OPS 8-852.0*
- 76000774 - (ZE2013-03) OPS 8-852.00
- 76000775 - (ZE2013-03) OPS 8-852.01
- 76000E78 - (ZE2013-03) OPS 8-852.03
- 76000E79 - (ZE2013-03) OPS 8-852.04
- 76000E7A - (ZE2013-03) OPS 8-852.05
- 76000E7B - (ZE2013-03) OPS 8-852.06
- 76000E7C - (ZE2013-03) OPS 8-852.07
- 76000E7D - (ZE2013-03) OPS 8-852.08
- 76000E7E - (ZE2013-03) OPS 8-852.09
- 76000E7F - (ZE2013-03) OPS 8-852.0a
- 7600003B - (ZE2013-03) OPS 8-852.2*
- 76000B42 - (ZE2013-03) OPS 8-852.20
- 76000B43 - (ZE2013-03) OPS 8-852.21
- 76000B44 - (ZE2013-03) OPS 8-852.22
- 76000B45 - (ZE2013-03) OPS 8-852.23

76000B46	- (ZE2013-03) OPS 8-852.24
76000B47	- (ZE2013-03) OPS 8-852.25
7600003C	- (ZE2013-03) OPS 8-852.3*
76000777	- (ZE2013-03) OPS 8-852.30
76000778	- (ZE2013-03) OPS 8-852.31
76000E7G	- (ZE2013-03) OPS 8-852.33
76000E7H	- (ZE2013-03) OPS 8-852.34
76000E7I	- (ZE2013-03) OPS 8-852.35
76000E7J	- (ZE2013-03) OPS 8-852.36
76000E7K	- (ZE2013-03) OPS 8-852.37
76000E7L	- (ZE2013-03) OPS 8-852.38
76000E7M	- (ZE2013-03) OPS 8-852.39
76000E7N	- (ZE2013-03) OPS 8-852.3a

ZE2013-04 Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktions-implantate im
Gesichts- und Schädelbereich

76000040	- (ZE2013-04) OPS 5-020.65, 5-020.66, 5-020.67, 5-020.68, 5-020.71, 5-020.72, 5-774.71, 5-774.72, 5-775.71 oder 5-775.72
7600004A	- (ZE2013-04) OPS 5-020.65
7600004B	- (ZE2013-04) OPS 5-020.66
7600004C	- (ZE2013-04) OPS 5-020.67
7600004D	- (ZE2013-04) OPS 5-020.68
7600004E	- (ZE2013-04) OPS 5-020.71
7600004F	- (ZE2013-04) OPS 5-020.72
7600004G	- (ZE2013-04) OPS 5-774.71
7600004H	- (ZE2013-04) OPS 5-774.72
7600004I	- (ZE2013-04) OPS 5-775.71
7600004J	- (ZE2013-04) OPS 5-775.72

ZE2013-05 Distraction am Gesichtsschädel

76000050	- (ZE2013-05) OPS 5-776.6, 5-776.7, 5-776.9 oder 5-777.*1
7600005A	- (ZE2013-05) OPS 5-776.6
7600005B	- (ZE2013-05) OPS 5-776.7
7600005C	- (ZE2013-05) OPS 5-776.9
7600005D	- (ZE2013-05) OPS 5-777.*1
76000504	- (ZE2013-05) OPS 5-777.01
76000505	- (ZE2013-05) OPS 5-777.11
76000506	- (ZE2013-05) OPS 5-777.21
76000507	- (ZE2013-05) OPS 5-777.31
76000508	- (ZE2013-05) OPS 5-777.41
76000509	- (ZE2013-05) OPS 5-777.51
76000510	- (ZE2013-05) OPS 5-777.61
76000511	- (ZE2013-05) OPS 5-777.71
76000512	- (ZE2013-05) OPS 5-777.81
76000513	- (ZE2013-05) OPS 5-777.91

ZE2013-07 Andere implantierbare Medikamentenpumpen

76000070	- (ZE2013-07) OPS 5-028.1x oder 5-038.4x
7600007C	- (ZE2013-07) OPS 5-028.1x
7600007D	- (ZE2013-07) OPS 5-038.4x

ZE2013-08	Sonstige Dialyse
76000080	- (ZE2013-08) OPS 8-853.x, 8-853.y, 8-854.x, 8-854.y, 8-855.x, 8-855.y, 8-857.x oder 8-857.y
7600008M	- (ZE2013-08) OPS 8-853.x
7600008N	- (ZE2013-08) OPS 8-853.y
7600008C	- (ZE2013-08) OPS 8-854.x
7600008D	- (ZE2013-08) OPS 8-854.y
7600008G	- (ZE2013-08) OPS 8-855.x
7600008H	- (ZE2013-08) OPS 8-855.y
7600008U	- (ZE2013-08) OPS 8-857.x
7600008V	- (ZE2013-08) OPS 8-857.y
ZE2013-09	Hämoperfusion
76000090	- (ZE2013-09) OPS 8-856
ZE2013-10	Leberersatztherapie
76000100	- (ZE2013-10) OPS 8-858
ZE2013-13	Immunadsorption
76000130	- (ZE2013-13) OPS 8-821.**
76000822	- (ZE2013-13) OPS 8-821.0
76000A57	- (ZE2013-13) OPS 8-821.10
76000A58	- (ZE2013-13) OPS 8-821.11
ZE2013-15	Zellapherese
76000150	- (ZE2013-15) OPS 8-823 oder 8-825.*
7600015A	- (ZE2013-15) OPS 8-823
7600015B	- (ZE2013-15) OPS 8-825.*
76000772	- (ZE2013-15) OPS 8-825.0
76000824	- (ZE2013-15) OPS 8-825.1
76000773	- (ZE2013-15) OPS 8-825.x
ZE2013-16	Isolierte Extremitätenperfusion
76000160	- (ZE2013-16) OPS 8-859
76096862	- (ZE2013-16) Beromun, je Leistung; OPS 8-859
ZE2013-17	Retransplantation von Organen während desselben stationären Aufenthalts
76000170	- (ZE2013-17) OPS 5-125.5, 5-335.3, 5-375.3*, 5-375.4, 5-467.9*, 5-504.3, 5-504.4, 5-504.5, 5-528.3, 5-528.4, 5-528.5, 5-555.6, 5-555.7 oder 5-555.8
7600017A	- (ZE2013-17) OPS 5-125.5
7600017B	- (ZE2013-17) OPS 5-335.3
7600017C	- (ZE2013-17) OPS 5-375.3*
76000B54	- (ZE2013-17) OPS 5-375.30
76000B55	- (ZE2013-17) OPS 5-375.31
7600017D	- (ZE2013-17) OPS 5-375.4

7600017E	- (ZE2013-17) OPS 5-467.9*
76000587	- (ZE2013-17) OPS 5-467.90
76000588	- (ZE2013-17) OPS 5-467.91
76000589	- (ZE2013-17) OPS 5-467.92
76000591	- (ZE2013-17) OPS 5-467.9x
7600017F	- (ZE2013-17) OPS 5-504.3
7600017G	- (ZE2013-17) OPS 5-504.4
7600017H	- (ZE2013-17) OPS 5-504.5
7600017I	- (ZE2013-17) OPS 5-528.3
7600017J	- (ZE2013-17) OPS 5-528.4
7600017K	- (ZE2013-17) OPS 5-528.5
7600017L	- (ZE2013-17) OPS 5-555.6
7600017M	- (ZE2013-17) OPS 5-555.7
7600017N	- (ZE2013-17) OPS 5-555.8
ZE2013-18	Zwerchfellschrittmacher
76000180	- (ZE2013-18) OPS 5-347.6
ZE2013-22	IABP
76000220	- (ZE2013-22) OPS 5-376.00 oder 8-839.0
7600022B	- (ZE2013-22) OPS 5-376.00
7600022A	- (ZE2013-22) OPS 8-839.0
ZE2013-24	Andere Penisprothesen
76000240	- (ZE2013-24) OPS 5-649.50, 5-649.5x, 5-649.70 oder 5-649.7x
7600024C	- (ZE2013-24) OPS 5-649.50
7600024D	- (ZE2013-24) OPS 5-649.5x
7600024E	- (ZE2013-24) OPS 5-649.70
7600024F	- (ZE2013-24) OPS 5-649.7x
ZE2013-25	Modulare Endoprothesen
76000250	- (ZE2013-25) OPS 5-829.k oder 5-829.m
7600025A	- (ZE2013-25) OPS 5-829.k
7600025B	- (ZE2013-25) OPS 5-829.m
76096876	- (ZE2013-25) Schulter; OPS 5-829.k
76096911	- (ZE2013-25) Schulter; OPS 5-829.m
76096912	- (ZE2013-25) Hüfte; OPS 5-829.k
76096913	- (ZE2013-25) Hüfte; OPS 5-829.m
76096914	- (ZE2013-25) Knie; OPS 5-829.k
76096915	- (ZE2013-25) Knie; OPS 5-829.m
76096916	- (ZE2013-25) Ellenbogen; OPS 5-829.k
76096917	- (ZE2013-25) Ellenbogen; OPS 5-829.m
76096921	- (ZE2013-25) Knie; OPS 5-829.k oder 5-829.m
76096922	- (ZE2013-25) Hüfte; OPS 5-829.k oder 5-829.m
76096923	- (ZE2013-25) Schulter; OPS 5-829.k oder 5-829.m
76096933	- (ZE2013-25) übrige Gelenke; OPS 5-829.k oder 5-829.m

ZE2013-26 Anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung

76000260 - (ZE2013-26) OPS 8-975.3

ZE2013-33 Gabe von Sargramostim, parenteral

76000330 - (ZE2013-33) OPS 6-001.4*

76000712 - (ZE2013-33) OPS 6-001.40

76000713 - (ZE2013-33) OPS 6-001.41

76000714 - (ZE2013-33) OPS 6-001.42

76000715 - (ZE2013-33) OPS 6-001.43

76000716 - (ZE2013-33) OPS 6-001.44

76000717 - (ZE2013-33) OPS 6-001.45

76000718 - (ZE2013-33) OPS 6-001.46

76000719 - (ZE2013-33) OPS 6-001.47

76000720 - (ZE2013-33) OPS 6-001.48

76000721 - (ZE2013-33) OPS 6-001.49

76000722 - (ZE2013-33) OPS 6-001.4a

76000723 - (ZE2013-33) OPS 6-001.4b

76000724 - (ZE2013-33) OPS 6-001.4c

76000725 - (ZE2013-33) OPS 6-001.4d

76000726 - (ZE2013-33) OPS 6-001.4e

76000727 - (ZE2013-33) OPS 6-001.4f

76000728 - (ZE2013-33) OPS 6-001.4g

76000729 - (ZE2013-33) OPS 6-001.4h

76000730 - (ZE2013-33) OPS 6-001.4j

76000731 - (ZE2013-33) OPS 6-001.4k

76000732 - (ZE2013-33) OPS 6-001.4m

76000733 - (ZE2013-33) OPS 6-001.4n

76000734 - (ZE2013-33) OPS 6-001.4p

76000735 - (ZE2013-33) OPS 6-001.4q

ZE2013-34 Gabe von Granulozytenkonzentraten

76000340 - (ZE2013-34) OPS 8-802.6*

76000736 - (ZE2013-34) OPS 8-802.60

76000737 - (ZE2013-34) OPS 8-802.61

76000738 - (ZE2013-34) OPS 8-802.62

76000739 - (ZE2013-34) OPS 8-802.63

76000740 - (ZE2013-34) OPS 8-802.64

76000741 - (ZE2013-34) OPS 8-802.65

76000742 - (ZE2013-34) OPS 8-802.66

76000743 - (ZE2013-34) OPS 8-802.67

76000744 - (ZE2013-34) OPS 8-802.68

76000745 - (ZE2013-34) OPS 8-802.69

76000746 - (ZE2013-34) OPS 8-802.6a

76000747 - (ZE2013-34) OPS 8-802.6b

ZE2013-35 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen

76000350 - (ZE2013-35)

ZE2013-36	Versorgung von Schwerstbehinderten
76000360	- (ZE2013-36)
76096926	- (ZE2013-36) Verweildauer 1 bis 5 Tage, je vollstationärem Fall
76096927	- (ZE2013-36) Verweildauer ab dem 6. Tag, je vollstationärem Fall
ZE2013-40	Naturheilkundliche Komplexbehandlung
76000400	- (ZE2013-40) OPS 8-975.23 oder 8-975.24
7600040A	- (ZE2013-40) OPS 8-975.23
7600040B	- (ZE2013-40) OPS 8-975.24
ZE2013-41	Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems
76000410	- (ZE2013-41) OPS 8-977
ZE2013-44	Stammzellboost nach erfolgreicher Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen, nach In-vitro-Aufbereitung
76000440	- (ZE2013-44) OPS 8-805.62
ZE2013-45	Komplexe Diagnostik bei hämatologischen und onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
76000450	- (ZE2013-45) OPS 1-940
ZE2013-46	Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral
76000460	- (ZE2013-46) OPS 8-812.3 oder 8-812.4
7600046A	- (ZE2013-46) OPS 8-812.3
7600046B	- (ZE2013-46) OPS 8-812.4
ZE2013-49	Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC) in Kombination mit Peritonektomie und ggf. mit Multiviszeralresektion oder hypertherme intrathorakale Chemotherapie (HITOC) in Kombination mit Pleurektomie und ggf. Tumorreduktion
76000490	- (ZE2013-49)
76096931	- (ZE2013-49) OPS 8-546.y oder 8-546.0 oder 8-546.1
76096932	- (ZE2013-49) ECMO und PECLA; OPS 8-546.x oder 8-546.0 oder 8-546.1
ZE2013-50	Implantation einer (Hybrid)-Prothese an der Aorta
76090500	- (ZE2013-50) OPS 5-384.8, 5-38a.a0, 5-38a.a1, 5-38a.a2, 5-38a.b0, 5-38a.b1 oder 5-38a.b2
7609050C	- (ZE2013-50) OPS 5-384.8
7609050J	- (ZE2013-50) OPS 5-38a.a0
7609050K	- (ZE2013-50) OPS 5-38a.a1
7609050L	- (ZE2013-50) OPS 5-38a.a2
7609050M	- (ZE2013-50) OPS 5-38a.b0
7609050N	- (ZE2013-50) OPS 5-38a.b1
7609050O	- (ZE2013-50) OPS 5-38a.b2

ZE2013-53	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm
76090530	- (ZE2013-53) OPS 5-38a.13, 5-38a.16, 5-38a.17, 5-38a.18, 5-38a.19, 5-38a.1a, 5-38a.1b, 5-38a.1c, 5-38a.1d, 5-38a.1f, 5-38a.1g, 5-38a.1h, 5-38a.1j, 5-38a.1k, 5-38a.1m, 5-38a.1n, 5-38a.1p, 5-38a.1q, 5-38a.1r, 5-38a.1s, 5-38a.1t, 5-38a.1u, 5-38a.1v, 5-38a.72, 5-38a.73, 5-38a.74, 5-38a.75, 5-38a.76, 5-38a.77, 5-38a.78, 5-38a.79, 5-38a.7a, 5-38a.81, 5-38a.82, 5-38a.83, 5-38a.84, 5-38a.85, 5-38a.86, 5-38a.87, 5-38a.88, 5-38a.89, 5-38a.8a oder 5-38a.8b
7609053A	- (ZE2013-53) OPS 5-38a.13
7609053D	- (ZE2013-53) OPS 5-38a.16
7609053E	- (ZE2013-53) OPS 5-38a.17
7609053F	- (ZE2013-53) OPS 5-38a.18
7609053G	- (ZE2013-53) OPS 5-38a.19
7609053H	- (ZE2013-53) OPS 5-38a.1a
7609053I	- (ZE2013-53) OPS 5-38a.1b
7609053J	- (ZE2013-53) OPS 5-38a.1c
7609053K	- (ZE2013-53) OPS 5-38a.1d
7609053L	- (ZE2013-53) OPS 5-38a.1f
7609053M	- (ZE2013-53) OPS 5-38a.1g
7609053N	- (ZE2013-53) OPS 5-38a.1h
7609053O	- (ZE2013-53) OPS 5-38a.1j
7609053P	- (ZE2013-53) OPS 5-38a.1k
7609053Q	- (ZE2013-53) OPS 5-38a.1m
7609053R	- (ZE2013-53) OPS 5-38a.1n
7609053S	- (ZE2013-53) OPS 5-38a.1p
7609053T	- (ZE2013-53) OPS 5-38a.72
7609053U	- (ZE2013-53) OPS 5-38a.73
7609053V	- (ZE2013-53) OPS 5-38a.74
7609053W	- (ZE2013-53) OPS 5-38a.75
7609053X	- (ZE2013-53) OPS 5-38a.76
7609053Y	- (ZE2013-53) OPS 5-38a.77
7609053Z	- (ZE2013-53) OPS 5-38a.81
7609953A	- (ZE2013-53) OPS 5-38a.82
7609953B	- (ZE2013-53) OPS 5-38a.83
7609953C	- (ZE2013-53) OPS 5-38a.84
7609953D	- (ZE2013-53) OPS 5-38a.85
7609953E	- (ZE2013-53) OPS 5-38a.86
7609953F	- (ZE2013-53) OPS 5-38a.87
7609953G	- (ZE2013-53) OPS 5-38a.88
7609953H	- (ZE2013-53) OPS 5-38a.1q
7609953I	- (ZE2013-53) OPS 5-38a.1r
7609953J	- (ZE2013-53) OPS 5-38a.1s
7609953K	- (ZE2013-53) OPS 5-38a.1t
7609953L	- (ZE2013-53) OPS 5-38a.1u
7609953M	- (ZE2013-53) OPS 5-38a.1v
7609953N	- (ZE2013-53) OPS 5-38a.78
7609953O	- (ZE2013-53) OPS 5-38a.79
7609953P	- (ZE2013-53) OPS 5-38a.7a
7609953Q	- (ZE2013-53) OPS 5-38a.89
7609953R	- (ZE2013-53) OPS 5-38a.8a
7609953S	- (ZE2013-53) OPS 5-38a.8b

ZE2013-54	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt
76090540	- (ZE2013-54) OPS 5-429.j0, 5-429.j1, 5-429.j3, 5-429.j4, 5-429.j9, 5-429.ja, 5-429.jb, 5-429.jc, 5-429.jd, 5-429.je, 5-429.jf, 5-429.jg, 5-449.h*, 5-469.k*, 5-489.g0, 5-513.m*, 5-513.n*, 5-517.**, 5-526.e0, 5-526.f0, 5-529.g* oder 5-529.j*
7609054A	- (ZE2013-54) OPS 5-429.j0
7609054B	- (ZE2013-54) OPS 5-429.j1
7609054C	- (ZE2013-54) SOPS 5-429.j3
7609054D	- (ZE2013-54) OPS 5-429.j4
7609054E	- (ZE2013-54) OPS 5-429.j9
7609054F	- (ZE2013-54) OPS 5-429.ja
7609054U	- (ZE2013-54) OPS 5-429.jb
7609054V	- (ZE2013-54) OPS 5-429.jc
7609054W	- (ZE2013-54) OPS 5-429.jd
7609054X	- (ZE2013-54) OPS 5-429.je
7609054Y	- (ZE2013-54) OPS 5-429.jf
7609054Z	- (ZE2013-54) OPS 5-429.jg
7609054G	- (ZE2013-54) OPS 5-449.h*
76000904	- (ZE2013-54) OPS 5-449.h0
76000906	- (ZE2013-54) OPS 5-449.h1
76000907	- (ZE2013-54) OPS 5-449.h2
76000908	- (ZE2013-54) OPS 5-449.h3
76000909	- (ZE2013-54) OPS 5-449.hx
7609054H	- (ZE2013-54) OPS 5-469.k*
76000910	- (ZE2013-54) OPS 5-469.k0
76000911	- (ZE2013-54) OPS 5-469.k1
76000912	- (ZE2013-54) OPS 5-469.k2
76000913	- (ZE2013-54) OPS 5-469.k3
76000914	- (ZE2013-54) OPS 5-469.kx
7609054I	- (ZE2013-54) OPS 5-489.g0
7609954A	- (ZE2013-54) OPS 5-513.m*
76000D59	- (ZE2013-54) OPS 5-513.m0
76000D60	- (ZE2013-54) OPS 5-513.m1
76000D61	- (ZE2013-54) OPS 5-513.m2
7609954B	- (ZE2013-54) OPS 5-513.n*
76000D62	- (ZE2013-54) OPS 5-513.n0
76000D63	- (ZE2013-54) OPS 5-513.n1
76000D64	- (ZE2013-54) OPS 5-513.n2
7609954C	- (ZE2013-54) OPS 5-517.**
76000D65	- (ZE2013-54) OPS 5-517.00
76000D66	- (ZE2013-54) OPS 5-517.01
76000D67	- (ZE2013-54) OPS 5-517.02
76000D68	- (ZE2013-54) OPS 5-517.03
76000D69	- (ZE2013-54) OPS 5-517.0x
76000D70	- (ZE2013-54) OPS 5-517.10
76000D71	- (ZE2013-54) OPS 5-517.11
76000D72	- (ZE2013-54) OPS 5-517.12
76000D73	- (ZE2013-54) OPS 5-517.13
76000D74	- (ZE2013-54) OPS 5-517.1x
76000D75	- (ZE2013-54) OPS 5-517.20
76000D76	- (ZE2013-54) OPS 5-517.21

76000D77	- (ZE2013-54) OPS 5-517.22
76000D78	- (ZE2013-54) OPS 5-517.23
76000D79	- (ZE2013-54) OPS 5-517.2x
76000D80	- (ZE2013-54) OPS 5-517.30
76000D81	- (ZE2013-54) OPS 5-517.31
76000D82	- (ZE2013-54) OPS 5-517.32
76000D83	- (ZE2013-54) OPS 5-517.33
76000D84	- (ZE2013-54) OPS 5-517.3x
76000D85	- (ZE2013-54) OPS 5-517.40
76000D86	- (ZE2013-54) OPS 5-517.41
76000D87	- (ZE2013-54) OPS 5-517.42
76000D89	- (ZE2013-54) OPS 5-517.43
76000D90	- (ZE2013-54) OPS 5-517.4x
76000D91	- (ZE2013-54) OPS 5-517.50
76000D92	- (ZE2013-54) OPS 5-517.51
76000D93	- (ZE2013-54) OPS 5-517.52
76000D94	- (ZE2013-54) OPS 5-517.53
76000D95	- (ZE2013-54) OPS 5-517.5x
76000D96	- (ZE2013-54) OPS 5-517.60
76000D97	- (ZE2013-54) OPS 5-517.61
76000D98	- (ZE2013-54) OPS 5-517.62
76000D99	- (ZE2013-54) OPS 5-517.63
76000E00	- (ZE2013-54) OPS 5-517.6x
76000E01	- (ZE2013-54) OPS 5-517.70
76000E02	- (ZE2013-54) OPS 5-517.71
76000E03	- (ZE2013-54) OPS 5-517.72
76000E04	- (ZE2013-54) OPS 5-517.73
76000E05	- (ZE2013-54) OPS 5-517.7x
76000E06	- (ZE2013-54) OPS 5-517.x0
76000E07	- (ZE2013-54) OPS 5-517.x1
76000E08	- (ZE2013-54) OPS 5-517.x2
76000E09	- (ZE2013-54) OPS 5-517.x3
76000E10	- (ZE2013-54) OPS 5-517.xx
76000E11	- (ZE2013-54) OPS 5-517.y
7609054Q	- (ZE2013-54) OPS 5-526.e0
7609054R	- (ZE2013-54) OPS 5-526.f0
7609054S	- (ZE2013-54) OPS 5-529.g*
76000948	- (ZE2013-54) OPS 5-529.g0
76000949	- (ZE2013-54) OPS 5-529.g1
76000950	- (ZE2013-54) OPS 5-529.g2
76000951	- (ZE2013-54) OPS 5-529.gx
7609054T	- (ZE2013-54) OPS 5-529.j*
76000952	- (ZE2013-54) OPS 5-529.j0
76000953	- (ZE2013-54) OPS 5-529.j1
76000954	- (ZE2013-54) OPS 5-529.j2
76000955	- (ZE2013-54) OPS 5-529.jx
76096918	- (ZE2013-54) endoskopisch; OPS 5-429.j1 oder 5-429.j4 oder 5-429.ja oder 5-429.jc oder 5-429.je oder 5-429.jg
ZE2013-56	Gabe von Bosentan, oral
76090560	- (ZE2013-56) OPS 6-002.f*

76000956	- (ZE2013-56) OPS 6-002.f0
76000957	- (ZE2013-56) OPS 6-002.f1
76000958	- (ZE2013-56) OPS 6-002.f2
76000959	- (ZE2013-56) OPS 6-002.f3
76000960	- (ZE2013-56) OPS 6-002.f4
76000961	- (ZE2013-56) OPS 6-002.f5
76000962	- (ZE2013-56) OPS 6-002.f6
76000963	- (ZE2013-56) OPS 6-002.f7
76000964	- (ZE2013-56) OPS 6-002.f8
76000965	- (ZE2013-56) OPS 6-002.f9
76000966	- (ZE2013-56) OPS 6-002.fa
76000967	- (ZE2013-56) OPS 6-002.fb
76000968	- (ZE2013-56) OPS 6-002.fc
76000969	- (ZE2013-56) OPS 6-002.fd
76000970	- (ZE2013-56) OPS 6-002.fe
76000971	- (ZE2013-56) OPS 6-002.ff
76000972	- (ZE2013-56) OPS 6-002.fg
76000973	- (ZE2013-56) OPS 6-002.fh
76000974	- (ZE2013-56) OPS 6-002.fj
76000975	- (ZE2013-56) OPS 6-002.fk
76000976	- (ZE2013-56) OPS 6-002.fm
76000977	- (ZE2013-56) OPS 6-002.fn
76000978	- (ZE2013-56) OPS 6-002.fp

ZE2013-57 Gabe von Jod-131-MIBG (Metajodobenzylguanidin), parenteral

76090570	- (ZE2013-57) OPS 6-002.g*
76000979	- (ZE2013-57) OPS 6-002.g0
76000980	- (ZE2013-57) OPS 6-002.g1
76000981	- (ZE2013-57) OPS 6-002.g2
76000982	- (ZE2013-57) OPS 6-002.g3
76000983	- (ZE2013-57) OPS 6-002.g4
76000984	- (ZE2013-57) OPS 6-002.g5
76000985	- (ZE2013-57) OPS 6-002.g6
76000986	- (ZE2013-57) OPS 6-002.g7
76000987	- (ZE2013-57) OPS 6-002.g8

ZE2013-58 Gabe von Alpha-1-Proteinaseinhibitor human, parenteral

76090580	- (ZE2013-58) OPS 8-812.0*
76000988	- (ZE2013-58) OPS 8-812.00
76000989	- (ZE2013-58) OPS 8-812.01
76000990	- (ZE2013-58) OPS 8-812.02
76000991	- (ZE2013-58) OPS 8-812.03
76000992	- (ZE2013-58) OPS 8-812.04
76000993	- (ZE2013-58) OPS 8-812.05
76000994	- (ZE2013-58) OPS 8-812.06
76000995	- (ZE2013-58) OPS 8-812.07
76000996	- (ZE2013-58) OPS 8-812.08
76000997	- (ZE2013-58) OPS 8-812.09
76000998	- (ZE2013-58) OPS 8-812.0a
76000999	- (ZE2013-58) OPS 8-812.0b

76000A00	- (ZE2013-58) OPS 8-812.0c
76000A01	- (ZE2013-58) OPS 8-812.0d
76000A02	- (ZE2013-58) OPS 8-812.0e
76000A03	- (ZE2013-58) OPS 8-812.0f
76000A04	- (ZE2013-58) OPS 8-812.0g
76000A05	- (ZE2013-58) OPS 8-812.0h
76000A06	- (ZE2013-58) OPS 8-812.0j
76000A07	- (ZE2013-58) OPS 8-812.0k
76000A08	- (ZE2013-58) OPS 8-812.0m
76000A09	- (ZE2013-58) OPS 8-812.0n
76000A10	- (ZE2013-58) OPS 8-812.0p
76000A11	- (ZE2013-58) OPS 8-812.0q

ZE2013-59 Gabe von Interferon alfa-2a (nicht pegylierte Form), parenteral

76090590	- (ZE2013-59) OPS 8-812.1*
76000A12	- (ZE2013-59) OPS 8-812.10
76000A13	- (ZE2013-59) OPS 8-812.11
76000A14	- (ZE2013-59) OPS 8-812.12
76000A15	- (ZE2013-59) OPS 8-812.13
76000A16	- (ZE2013-59) OPS 8-812.14
76000A17	- (ZE2013-59) OPS 8-812.15
76000A18	- (ZE2013-59) OPS 8-812.16
76000A19	- (ZE2013-59) OPS 8-812.17
76000A20	- (ZE2013-59) OPS 8-812.18
76000A21	- (ZE2013-59) OPS 8-812.19
76000A22	- (ZE2013-59) OPS 8-812.1a
76000A23	- (ZE2013-59) OPS 8-812.1b
76000A24	- (ZE2013-59) OPS 8-812.1c
76000A25	- (ZE2013-59) OPS 8-812.1d
76000A26	- (ZE2013-59) OPS 8-812.1e
76000A27	- (ZE2013-59) OPS 8-812.1f
76000A28	- (ZE2013-59) OPS 8-812.1g
76000A29	- (ZE2013-59) OPS 8-812.1h
76000A30	- (ZE2013-59) OPS 8-812.1j
76000A31	- (ZE2013-59) OPS 8-812.1k
76000A32	- (ZE2013-59) OPS 8-812.1m
76000A33	- (ZE2013-59) OPS 8-812.1n

ZE2013-60 Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral

76090600	- (ZE2013-60) OPS 8-812.2*
76000A34	- (ZE2013-60) OPS 8-812.20
76000A35	- (ZE2013-60) OPS 8-812.21
76000A36	- (ZE2013-60) OPS 8-812.22
76000A37	- (ZE2013-60) OPS 8-812.23
76000A38	- (ZE2013-60) OPS 8-812.24
76000A39	- (ZE2013-60) OPS 8-812.25
76000A40	- (ZE2013-60) OPS 8-812.26
76000A41	- (ZE2013-60) OPS 8-812.27
76000A42	- (ZE2013-60) OPS 8-812.28
76000A43	- (ZE2013-60) OPS 8-812.29

76000A44	- (ZE2013-60) OPS 8-812.2a
76000A45	- (ZE2013-60) OPS 8-812.2b
76000A46	- (ZE2013-60) OPS 8-812.2c
76000A47	- (ZE2013-60) OPS 8-812.2d
76000A48	- (ZE2013-60) OPS 8-812.2e
76000A49	- (ZE2013-60) OPS 8-812.2f
76000A50	- (ZE2013-60) OPS 8-812.2g
76000A51	- (ZE2013-60) OPS 8-812.2h
76000A52	- (ZE2013-60) OPS 8-812.2j
76000A53	- (ZE2013-60) OPS 8-812.2k
76000A54	- (ZE2013-60) OPS 8-812.2m
76000A55	- (ZE2013-60) OPS 8-812.2n
76000A56	- (ZE2013-60) OPS 8-812.2p
ZE2013-61	Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmark-stimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, wiederaufladbar
76090610	- (ZE2013-61) OPS 5-028.92, 5-028.a2, 5-039.e2, 5-039.f2, 5-059.c2, 5-059.d2
7609061D	- (ZE2013-61) OPS 5-028.92
7609061E	- (ZE2013-61) OPS 5-028.a2
7609061F	- (ZE2013-61) OPS 5-039.e2
7609061G	- (ZE2013-61) OPS 5-039.f2
7609061H	- (ZE2013-61) OPS 5-059.c2
7609061I	- (ZE2013-61) OPS 5-059.d2
ZE2013-62	Mikroaxial-Blutpumpe
76090620	- (ZE2013-62) OPS 8-839.42 oder 8-839.43
7609062A	- (ZE2013-62) OPS 8-839.42
7609062B	- (ZE2013-62) OPS 8-839.43
76096928	- (ZE2013-62) Fördermenge bis 2,5 l; OPS 8-839.42
76096929	- (ZE2013-62) Fördermenge mehr als 2,5 l; OPS 8-839.42
ZE2013-63	Gabe von Dibotermine alfa, Implantation am Knochen
76090630	- (ZE2013-63) OPS 6-003.4*
76000A64	- (ZE2013-63) OPS 6-003.40
76000A65	- (ZE2013-63) OPS 6-003.41
76000A66	- (ZE2013-63) OPS 6-003.42
ZE2013-64	Gabe von Eptotermine alfa, Implantation am Knochen
76090640	- (ZE2013-64) OPS 6-003.5*
76000B56	- (ZE2013-64) OPS 6-003.53
76000B57	- (ZE2013-64) OPS 6-003.54
76000B58	- (ZE2013-64) OPS 6-003.55
ZE2013-65	Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Yttrium-90- oder Rhenium-188-markierten Mikrosphären
7609065C	- (ZE2013-65) OPS 8-530.a5
7609065D	- (ZE2013-65) OPS 8-530.a6

ZE2013-66	Enzymersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten
76090660	- (ZE2013-66) OPS 6-003.7
ZE2013-67	Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal
76090670	- (ZE2013-67) OPS 8-840.04, 8-840.14, 8-840.24, 8-840.34, 8-840.44, 8-840.54, 8-841.04, 8-841.14, 8-841.24, 8-841.34, 8-841.44, 8-841.54, 8-843.04, 8-843.14, 8-843.24, 8-843.34, 8-843.44, 8-843.54, 8-849.04, 8-849.14, 8-84a.04, 8-84a.14, 8-84b.04, 8-84b.24, 8-84b.34, 8-84b.44, 8-84b.54 oder 8-84b.64
7609067A	- (ZE2013-67) OPS 8-840.04
7609067B	- (ZE2013-67) OPS 8-840.14
7609067C	- (ZE2013-67) OPS 8-840.24
7609067D	- (ZE2013-67) OPS 8-840.34
7609067E	- (ZE2013-67) OPS 8-840.44
7609067F	- (ZE2013-67) OPS 8-840.54
7609067G	- (ZE2013-67) OPS 8-841.04
7609067H	- (ZE2013-67) OPS 8-841.14
7609067I	- (ZE2013-67) I OPS 8-841.24
7609067J	- (ZE2013-67) OPS 8-841.34
7609067K	- (ZE2013-67) OPS 8-841.44
7609067L	- (ZE2013-67) OPS 8-841.54
7609067S	- (ZE2013-67) OPS 8-843.04
7609067T	- (ZE2013-67) OPS 8-843.14
7609067U	- (ZE2013-67) OPS 8-843.24
7609067V	- (ZE2013-67) OPS 8-843.34
7609067W	- (ZE2013-67) OPS 8-843.44
7609067X	- (ZE2013-67) OPS 8-843.54
7609967E	- (ZE2013-67) OPS 8-849.04
7609967F	- (ZE2013-67) OPS 8-849.14
7609967G	- (ZE2013-67) OPS 8-84a.04
7609967H	- (ZE2013-67) OPS 8-84a.14
7609967I	- (ZE2013-67) OPS 8-84b.04
7609967K	- (ZE2013-67) OPS 8-84b.24
7609967L	- (ZE2013-67) OPS 8-84b.34
7609967M	- (ZE2013-67) OPS 8-84b.44
7609967N	- (ZE2013-67) OPS 8-84b.54
7609967O	- (ZE2013-67) OPS 8-84b.64
ZE2013-69	Gabe von Hämin, parenteral
76090690	- (ZE2013-69) OPS 6-004.1*
76000B59	- (ZE2013-69) OPS 6-004.10
76000B60	- (ZE2013-69) OPS 6-004.11
76000B61	- (ZE2013-69) OPS 6-004.12
76000B62	- (ZE2013-69) OPS 6-004.13
76000B63	- (ZE2013-69) OPS 6-004.14
76000B64	- (ZE2013-69) OPS 6-004.15
76000B65	- (ZE2013-69) OPS 6-004.16
76000B66	- (ZE2013-69) OPS 6-004.17
76000B67	- (ZE2013-69) OPS 6-004.18
76000B68	- (ZE2013-69) OPS 6-004.19

ZE2013-70	Radioimmuntherapie mit ⁹⁰ Y-Ibritumomab-Tiuxetan, parenteral
76090700	- (ZE2013-70) OPS 6-003.6
ZE2013-71	Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga
76090710	- (ZE2013-71) OPS 8-530.60 oder 8-530.a0
7609071A	- (ZE2013-71) OPS 8-530.60
7609071B	- (ZE2013-71) OPS 8-530.a0
76096934	- (ZE2013-71) Lu-177; OPS 8-530.a0
76096935	- (ZE2013-71) Yttrium-90; OPS 8-530.a0
ZE2013-72	Distraktionsmarknagel, motorisiert
76090720	- (ZE2013-72) OPS 5-786.j1
ZE2013-74	Gabe von Sunitinib, oral
76090740	- (ZE2013-74) OPS 6-003.a*
76000B95	- (ZE2013-74) OPS 6-003.a0
76000B96	- (ZE2013-74) OPS 6-003.a1
76000B97	- (ZE2013-74) OPS 6-003.a2
76000B98	- (ZE2013-74) OPS 6-003.a3
76000B99	- (ZE2013-74) OPS 6-003.a4
76000C00	- (ZE2013-74) OPS 6-003.a5
76000C01	- (ZE2013-74) OPS 6-003.a6
76000C02	- (ZE2013-74) OPS 6-003.a7
76000C03	- (ZE2013-74) OPS 6-003.a8
76000C04	- (ZE2013-74) OPS 6-003.a9
76000C05	- (ZE2013-74) OPS 6-003.aa
76000C06	- (ZE2013-74) OPS 6-003.ab
76000C07	- (ZE2013-74) OPS 6-003.ac
76000C08	- (ZE2013-74) OPS 6-003.ad
76000C09	- (ZE2013-74) OPS 6-003.ae
76096813	- (ZE2013-74) je mg; OPS 6-003.a*
ZE2013-75	Gabe von Sorafenib, oral
76090750	- (ZE2013-75) OPS 6-003.b*
76000C10	- (ZE2013-75) OPS 6-003.b0
76000C11	- (ZE2013-75) OPS 6-003.b1
76000C12	- (ZE2013-75) OPS 6-003.b2
76000C13	- (ZE2013-75) OPS 6-003.b3
76000C14	- (ZE2013-75) OPS 6-003.b4
76000C15	- (ZE2013-75) OPS 6-003.b5
76000C16	- (ZE2013-75) OPS 6-003.b6
76000C17	- (ZE2013-75) OPS 6-003.b7
76000C18	- (ZE2013-75) OPS 6-003.b8
76000C19	- (ZE2013-75) OPS 6-003.b9
76000C20	- (ZE2013-75) OPS 6-003.ba
76000C21	- (ZE2013-75) OPS 6-003.bb
76000C22	- (ZE2013-75) OPS 6-003.bc
76000C23	- (ZE2013-75) OPS 6-003.bd

76000C24 - (ZE2013-75) OPS 6-003.be
76000C25 - (ZE2013-75) OPS 6-003.bf
76000C26 - (ZE2013-75) OPS 6-003.bg
76000C27 - (ZE2013-75) OPS 6-003.bh

ZE2013-77 Gabe von Lenalidomid, oral

76090770 - (ZE2013-77) OPS 6-003.g*
76000C41 - (ZE2013-77) OPS 6-003.g0
76000C42 - (ZE2013-77) OPS 6-003.g1
76000C43 - (ZE2013-77) OPS 6-003.g2
76000C44 - (ZE2013-77) OPS 6-003.g3
76000C45 - (ZE2013-77) OPS 6-003.g4
76000C46 - (ZE2013-77) OPS 6-003.g5
76000C47 - (ZE2013-77) OPS 6-003.g6
76000C48 - (ZE2013-77) OPS 6-003.g7
76000C49 - (ZE2013-77) OPS 6-003.g8
76000C50 - (ZE2013-77) OPS 6-003.g9
76000C51 - (ZE2013-77) OPS 6-003.ga
76000C52 - (ZE2013-77) OPS 6-003.gb
76000C53 - (ZE2013-77) OPS 6-003.gc
76000C54 - (ZE2013-77) OPS 6-003.gd
76000C55 - (ZE2013-77) OPS 6-003.ge
76000C56 - (ZE2013-77) OPS 6-003.gf
76000C57 - (ZE2013-77) OPS 6-003.gg
76000C58 - (ZE2013-77) OPS 6-003.gh
76000C59 - (ZE2013-77) OPS 6-003.gj
76000C60 - (ZE2013-77) OPS 6-003.gk

ZE2013-78 Gabe von Clofarabin, parenteral

76090780 - (ZE2013-78) OPS 6-003.j*
76090C61 - (ZE2013-78) OPS 6-003.j0
76090C62 - (ZE2013-78) OPS 6-003.j1
76090C63 - (ZE2013-78) OPS 6-003.j2
76090C64 - (ZE2013-78) OPS 6-003.j3
76090C65 - (ZE2013-78) OPS 6-003.j4
76090C66 - (ZE2013-78) OPS 6-003.j5
76090C67 - (ZE2013-78) OPS 6-003.j6
76090C68 - (ZE2013-78) OPS 6-003.j7
76090C69 - (ZE2013-78) OPS 6-003.j8
76090C70 - (ZE2013-78) OPS 6-003.j9
76090C71 - (ZE2013-78) OPS 6-003.ja
76090C72 - (ZE2013-78) OPS 6-003.jb
76090C73 - (ZE2013-78) OPS 6-003.jc
76090C74 - (ZE2013-78) OPS 6-003.jd
76090C75 - (ZE2013-78) OPS 6-003.je
76090C76 - (ZE2013-78) OPS 6-003.jf
76090C77 - (ZE2013-78) OPS 6-003.jg
76090C78 - (ZE2013-78) OPS 6-003.jh
76090C79 - (ZE2013-78) OPS 6-003.jj
76090C80 - (ZE2013-78) OPS 6-003.jk

76090C81 - (ZE2013-78) OPS 6-003.jm
 76090C82 - (ZE2013-78) OPS 6-003.jn
 76090C83 - (ZE2013-78) OPS 6-003.jp
 76090C84 - (ZE2013-78) OPS 6-003.jq
 76090C85 - (ZE2013-78) OPS 6-003.jr
 76090C86 - (ZE2013-78) OPS 6-003.js
 76090C87 - (ZE2013-78) OPS 6-003.jt
 76090C88 - (ZE2013-78) OPS 6-003.ju
 76090C89 - (ZE2013-78) OPS 6-003.jv

ZE2013-79 Gabe von Nelarabin, parenteral

76090790 - (ZE2013-79) OPS 6-003.e*
 76090C90 - (ZE2013-79) OPS 6-003.e0
 76090C91 - (ZE2013-79) OPS 6-003.e1
 76090C92 - (ZE2013-79) OPS 6-003.e2
 76090C93 - (ZE2013-79) OPS 6-003.e3
 76090C94 - (ZE2013-79) OPS 6-003.e4
 76090C95 - (ZE2013-79) OPS 6-003.e5
 76090C96 - (ZE2013-79) OPS 6-003.e6
 76090C97 - (ZE2013-79) OPS 6-003.e7
 76090C98 - (ZE2013-79) OPS 6-003.e8
 76090C99 - (ZE2013-79) OPS 6-003.e9
 76090D00 - (ZE2013-79) OPS 6-003.ea
 76090D01 - (ZE2013-79) OPS 6-003.eb
 76090D02 - (ZE2013-79) OPS 6-003.ec
 76090D03 - (ZE2013-79) OPS 6-003.ed
 76090D04 - (ZE2013-79) OPS 6-003.ee
 76090D05 - (ZE2013-79) OPS 6-003.ef
 76090D06 - (ZE2013-79) OPS 6-003.eg
 76090D07 - (ZE2013-79) OPS 6-003.eh
 76090D08 - (ZE2013-79) OPS 6-003.ej
 76090D09 - (ZE2013-79) OPS 6-003.ek
 76090D10 - (ZE2013-79) OPS 6-003.em
 76090D11 - (ZE2013-79) OPS 6-003.en
 76090D12 - (ZE2013-79) OPS 6-003.ep
 76090D13 - (ZE2013-79) OPS 6-003.eq

ZE2013-80 Gabe von Amphotericin-B-Lipidkomplex, parenteral

76090800 - (ZE2013-80) OPS 6-003.1*
 76000D14 - (ZE2013-80) OPS 6-003.10
 76000D15 - (ZE2013-80) OPS 6-003.11
 76000D16 - (ZE2013-80) OPS 6-003.12
 76000D17 - (ZE2013-80) OPS 6-003.13
 76000D18 - (ZE2013-80) OPS 6-003.14
 76000D19 - (ZE2013-80) OPS 6-003.15
 76000D20 - (ZE2013-80) OPS 6-003.16
 76000D21 - (ZE2013-80) OPS 6-003.17
 76000D22 - (ZE2013-80) OPS 6-003.18
 76000D23 - (ZE2013-80) OPS 6-003.19
 76000D24 - (ZE2013-80) OPS 6-003.1a
 76000D25 - (ZE2013-80) OPS 6-003.1b

76000D26	- (ZE2013-80) OPS 6-003.1c
76000D27	- (ZE2013-80) OPS 6-003.1d
76000D28	- (ZE2013-80) OPS 6-003.1e
76000D29	- (ZE2013-80) OPS 6-003.1f
76000D30	- (ZE2013-80) OPS 6-003.1g
76000D31	- (ZE2013-80) OPS 6-003.1h
76000D32	- (ZE2013-80) OPS 6-003.1j
76000D33	- (ZE2013-80) OPS 6-003.1k
76000D34	- (ZE2013-80) OPS 6-003.1m
76000D35	- (ZE2013-80) OPS 6-003.1n
76000D36	- (ZE2013-80) OPS 6-003.1p
76000D37	- (ZE2013-80) OPS 6-003.1q
76000D38	- (ZE2013-80) OPS 6-003.1r
76000D39	- (ZE2013-80) OPS 6-003.1s
76000D40	- (ZE2013-80) OPS 6-003.1t

ZE2013-82 Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD)

76090820	- (ZE2013-82) OPS 8-857.2*
76000D47	- (ZE2013-82) OPS 8-857.20
76000D48	- (ZE2013-82) OPS 8-857.21
76000D49	- (ZE2013-82) OPS 8-857.22
76000D50	- (ZE2013-82) OPS 8-857.23
76000D51	- (ZE2013-82) OPS 8-857.24
76000D52	- (ZE2013-82) OPS 8-857.26
76000D53	- (ZE2013-82) OPS 8-857.27
76000D54	- (ZE2013-82) OPS 8-857.28
76000D55	- (ZE2013-82) OPS 8-857.29
76000D56	- (ZE2013-82) OPS 8-857.2a
76000D57	- (ZE2013-82) OPS 8-857.2b
76000D58	- (ZE2013-82) OPS 8-857.2c

ZE2013-84 Gabe von Ambrisentan, oral

76090840	- (ZE2013-84) OPS 6-004.2*
76000E40	- (ZE2013-84) OPS 6-004.20
76000E41	- (ZE2013-84) OPS 6-004.21
76000E42	- (ZE2013-84) OPS 6-004.22
76000E43	- (ZE2013-84) OPS 6-004.23
76000E44	- (ZE2013-84) OPS 6-004.24
76000E45	- (ZE2013-84) OPS 6-004.25
76000E46	- (ZE2013-84) OPS 6-004.26
76000E47	- (ZE2013-84) OPS 6-004.27
76000E48	- (ZE2013-84) OPS 6-004.28
76000E49	- (ZE2013-84) OPS 6-004.29
76000E50	- (ZE2013-84) OPS 6-004.2a
76000E51	- (ZE2013-84) OPS 6-004.2b
76000E52	- (ZE2013-84) OPS 6-004.2c
76000E53	- (ZE2013-84) OPS 6-004.2d
76000E54	- (ZE2013-84) OPS 6-004.2e
76000E55	- (ZE2013-84) OPS 6-004.2f
76000E56	- (ZE2013-84) OPS 6-004.2g
76096819	- (ZE2013-84) oral, je mg; OPS 6-004.2*

ZE2013-85 Gabe von Temsirolimus, parenteral

76090850	- (ZE2013-85) OPS 6-004.e*
76000E57	- (ZE2013-85) OPS 6-004.e0
76000E58	- (ZE2013-85) OPS 6-004.e1
76000E59	- (ZE2013-85) OPS 6-004.e2
76000E60	- (ZE2013-85) OPS 6-004.e3
76000E61	- (ZE2013-85) OPS 6-004.e4
76000E62	- (ZE2013-85) OPS 6-004.e5
76000E63	- (ZE2013-85) OPS 6-004.e6
76000E64	- (ZE2013-85) OPS 6-004.e7
76000E65	- (ZE2013-85) OPS 6-004.e8
76000E66	- (ZE2013-85) OPS 6-004.e9
76000E67	- (ZE2013-85) OPS 6-004.ea
76000E68	- (ZE2013-85) OPS 6-004.eb
76000E69	- (ZE2013-85) OPS 6-004.ec

ZE2013-86 Andere Neurostimulatoren und Neuroprothesen

76090860	- (ZE2013-86) OPS 5-029.4, 5-039.g, 5-039.h, 5-059.5, 5-059.c4, 5-059.c5, 5-059.c6, 5-059.d4, 5-059.d5 oder 5-059.d6
7609086A	- (ZE2013-86) OPS 5-029.4
7609086B	- (ZE2013-86) OPS 5-039.g
7609086C	- (ZE2013-86) OPS 5-039.h
7609086D	- (ZE2013-86) OPS 5-059.5
7609086E	- (ZE2013-86) OPS 5-059.c4
7609086F	- (ZE2013-86) OPS 5-059.c5
7609086G	- (ZE2013-86) OPS 5-059.c6
7609086H	- (ZE2013-86) OPS 5-059.d4
7609086I	- (ZE2013-86) OPS 5-059.d5
7609086J	- (ZE2013-86) OPS 5-059.d6

ZE2013-88 Komplexe neuropädiatrische Diagnostik mit weiteren Maßnahmen

76090880	- (ZE2013-88) OPS 1-942.1, 1-942.2 oder 1-942.3
7609088A	- (ZE2013-88) OPS 1-942.1
7609088B	- (ZE2013-88) OPS 1-942.2
7609088C	- (ZE2013-88) OPS 1-942.3

ZE2013-91 Gabe von Dasatinib, oral

76090910	- (ZE2013-91) OPS 6-004.3*
76000E86	- (ZE2013-91) OPS 6-004.30
76000E87	- (ZE2013-91) OPS 6-004.31
76000E88	- (ZE2013-91) OPS 6-004.32
76000E89	- (ZE2013-91) OPS 6-004.33
76000E8A	- (ZE2013-91) OPS 6-004.34
76000E8B	- (ZE2013-91) OPS 6-004.35
76000E8C	- (ZE2013-91) OPS 6-004.36
76000E8D	- (ZE2013-91) OPS 6-004.37
76000E8E	- (ZE2013-91) OPS 6-004.38
76000E8F	- (ZE2013-91) OPS 6-004.39
76000E8G	- (ZE2013-91) OPS 6-004.3a

76000E8H	- (ZE2013-91) OPS 6-004.3b
76000E8I	- (ZE2013-91) OPS 6-004.3c
76000E8J	- (ZE2013-91) OPS 6-004.3d
76000E8K	- (ZE2013-91) OPS 6-004.3e
76000E8L	- (ZE2013-91) OPS 6-004.3f
76000E8M	- (ZE2013-91) OPS 6-004.3g
76000E8N	- (ZE2013-91) OPS 6-004.3h
ZE2013-92	Gabe von Catumaxomab, parenteral
76090920	- (ZE2013-92) OPS 6-005.1*
76000E8O	- (ZE2013-92) OPS 6-005.10
76000E8P	- (ZE2013-92) OPS 6-005.11
76000E8Q	- (ZE2013-92) OPS 6-005.12
76000E8R	- (ZE2013-92) OPS 6-005.13
76000E8S	- (ZE2013-92) OPS 6-005.14
76000E8T	- (ZE2013-92) OPS 6-005.15
76000E8U	- (ZE2013-92) OPS 6-005.16
76000E8V	- (ZE2013-92) OPS 6-005.17
76000E8W	- (ZE2013-92) OPS 6-005.18
76000E8X	- (ZE2013-92) OPS 6-005.19
76000E8Y	- (ZE2013-92) OPS 6-005.1a
76000E8Z	- (ZE2013-92) OPS 6-005.1b
76000E90	- (ZE2013-92) OPS 6-005.1c
76000E91	- (ZE2013-92) OPS 6-005.1d
76000E92	- (ZE2013-92) OPS 6-005.1e
76000E93	- (ZE2013-92) OPS 6-005.1f
76000E94	- (ZE2013-92) OPS 6-005.1g
76000E95	- (ZE2013-92) OPS 6-005.1h
ZE2013-93	Gabe von Eculizumab, parenteral
76090930	- (ZE2013-93) OPS 6-003.h*
76000E96	- (ZE2013-93) OPS 6-003.h0
76000E97	- (ZE2013-93) OPS 6-003.h1
76000E98	- (ZE2013-93) OPS 6-003.h2
76000E99	- (ZE2013-93) OPS 6-003.h3
76000E9A	- (ZE2013-93) OPS 6-003.h4
76000E9B	- (ZE2013-93) OPS 6-003.h5
76000E9C	- (ZE2013-93) OPS 6-003.h6
76000E9D	- (ZE2013-93) OPS 6-003.h7
76000E9E	- (ZE2013-93) OPS 6-003.h8
76000E9F	- (ZE2013-93) OPS 6-003.h9
76000E9G	- (ZE2013-93) OPS 6-003.ha
76000E9H	- (ZE2013-93) OPS 6-003.hb
76000E9I	- (ZE2013-93) OPS 6-003.hc
76000E9J	- (ZE2013-93) OPS 6-003.hd
76000E9K	- (ZE2013-93) OPS 6-003.he
76000E9L	- (ZE2013-93) OPS 6-003.hf
76000E9M	- (ZE2013-93) OPS 6-003.hg
76000E9N	- (ZE2013-93) OPS 6-003.hh
76000E9O	- (ZE2013-93) OPS 6-003.hj

76000E9P - (ZE2013-93) OPS 6-003.hk
 76096924 - (ZE2013-93) je mg; OPS 6-003.h*

ZE2013-94 Gabe von Plerixafor, parenteral

76090940 - (ZE2013-94) OPS 6-005.e*
 76000E9Q - (ZE2013-94) OPS 6-005.e0
 76000E9R - (ZE2013-94) OPS 6-005.e1
 76000E9S - (ZE2013-94) OPS 6-005.e2
 76000E9T - (ZE2013-94) OPS 6-005.e3
 76000E9U - (ZE2013-94) OPS 6-005.e4
 76000E9V - (ZE2013-94) OPS 6-005.e5
 76000E9W - (ZE2013-94) OPS 6-005.e6
 76000E9X - (ZE2013-94) OPS 6-005.e7
 76000E9Y - (ZE2013-94) OPS 6-005.e8
 76000E9Z - (ZE2013-94) OPS 6-005.e9
 76000EA0 - (ZE2013-94) OPS 6-005.ea
 76000EA1 - (ZE2013-94) OPS 6-005.eb
 76000EA2 - (ZE2013-94) OPS 6-005.ec
 76000EA3 - (ZE2013-94) OPS 6-005.ed
 76000EA4 - (ZE2013-94) OPS 6-005.ee
 76000EA5 - (ZE2013-94) OPS 6-005.ef
 76000EA6 - (ZE2013-94) OPS 6-005.eg
 76000EA7 - (ZE2013-94) OPS 6-005.eh
 76000EA8 - (ZE2013-94) OPS 6-005.ej
 76000EA9 - (ZE2013-94) OPS 6-005.ek
 76000EAA - (ZE2013-94) OPS 6-005.em
 76000EAB - (ZE2013-94) OPS 6-005.en

ZE2013-95 Gabe von Romiplostim, parenteral

76090950 - (ZE2013-95) OPS 6-005.9*
 76000EAC - (ZE2013-95) OPS 6-005.90
 76000EAD - (ZE2013-95) OPS 6-005.91
 76000EAE - (ZE2013-95) OPS 6-005.92
 76000EAF - (ZE2013-95) OPS 6-005.93
 76000EAG - (ZE2013-95) OPS 6-005.94
 76000EAH - (ZE2013-95) OPS 6-005.95
 76000EAI - (ZE2013-95) OPS 6-005.96
 76000EAJ - (ZE2013-95) OPS 6-005.97
 76000EAK - (ZE2013-95) OPS 6-005.98
 76000EAL - (ZE2013-95) OPS 6-005.99
 76000EAM - (ZE2013-95) OPS 6-005.9a
 76000EAN - (ZE2013-95) OPS 6-005.9b
 76000EAO - (ZE2013-95) OPS 6-005.9c
 76000EAP - (ZE2013-95) OPS 6-005.9d
 76000EAQ - (ZE2013-95) OPS 6-005.9e
 76000EAR - (ZE2013-95) OPS 6-005.9f
 76000EAS - (ZE2013-95) OPS 6-005.9g
 76000EAT - (ZE2013-95) OPS 6-005.9h
 76000EAU - (ZE2013-95) OPS 6-005.9j
 76000EAV - (ZE2013-95) OPS 6-005.9k

76000EAW - (ZE2013-95) OPS 6-005.9m
 76000EAX - (ZE2013-95) OPS 6-005.9n
 76000EAY - (ZE2013-95) OPS 6-005.9p
 76000EAZ - (ZE2013-95) OPS 6-005.9q
 76096925 - (ZE2013-95) je µg; OPS 6-005.9*

ZE2013-96 Gabe von Topotecan, parenteral

76090960 - (ZE2013-96) OPS 6-002.4*
 76000EB0 - (ZE2013-96) OPS 6-002.40
 76000EB1 - (ZE2013-96) OPS 6-002.41
 76000EB2 - (ZE2013-96) OPS 6-002.42
 76000EB3 - (ZE2013-96) OPS 6-002.43
 76000EB4 - (ZE2013-96) OPS 6-002.44
 76000EB5 - (ZE2013-96) OPS 6-002.45
 76000EB6 - (ZE2013-96) OPS 6-002.46
 76000EB7 - (ZE2013-96) OPS 6-002.47
 76000EB8 - (ZE2013-96) OPS 6-002.48
 76000EB9 - (ZE2013-96) OPS 6-002.49
 76000EBA - (ZE2013-96) OPS 6-002.4a
 76000EBB - (ZE2013-96) OPS 6-002.4b
 76096822 - (ZE2013-96) 1 mg; OPS 6-002.4*

**ZE2013-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren
 (siehe auch Anlage 7 FPV 2013)**

76090970 - (ZE2013-97) OPS 8-810.6*, 8-810.7*, 8-810.8*, 8-810.9*, 8-810.a*,
 8-810.b*, 8-810.c*, 8-810.d*, 8-810.e*, 8-810.j*, 8-812.5* oder 8-812.9
 7609097A - (ZE2013-97) OPS 8-810.6*
 76000EBC - (ZE2013-97) OPS 8-810.60
 76000EBD - (ZE2013-97) OPS 8-810.61
 76000EBE - (ZE2013-97) OPS 8-810.62
 7609097B - (ZE2013-97) OPS 8-810.7*
 76000EBF - (ZE2013-97) OPS 8-810.70
 76000EBG - (ZE2013-97) OPS 8-810.71
 76000EBH - (ZE2013-97) OPS 8-810.72
 7609097C - (ZE2013-97) OPS 8-810.8*
 76000EBI - (ZE2013-97) OPS 8-810.80
 76000EBJ - (ZE2013-97) OPS 8-810.81
 76000EBK - (ZE2013-97) OPS 8-810.82
 7609097D - (ZE2013-97) OPS 8-810.9*
 76000EBL - (ZE2013-97) OPS 8-810.90
 76000EBM - (ZE2013-97) OPS 8-810.91
 76000EBN - (ZE2013-97) OPS 8-810.92
 7609097E - (ZE2013-97) OPS 8-810.a*
 76000EBO - (ZE2013-97) OPS 8-810.a0
 76000EBP - (ZE2013-97) OPS 8-810.a1
 76000EBQ - (ZE2013-97) OPS 8-810.a2
 7609097F - (ZE2013-97) OPS 8-810.b*
 76000EBR - (ZE2013-97) OPS 8-810.b0
 76000EBS - (ZE2013-97) OPS 8-810.b1
 76000EBT - (ZE2013-97) OPS 8-810.b2

7609097G	- (ZE2013-97) OPS 8-810.c*
76000EBU	- (ZE2013-97) OPS 8-810.c0
76000EBV	- (ZE2013-97) OPS 8-810.c1
76000EBW	- (ZE2013-97) OPS 8-810.c2
7609097H	- (ZE2013-97) OPS 8-810.d*
76000EBX	- (ZE2013-97) OPS 8-810.d0
76000EBY	- (ZE2013-97) OPS 8-810.d1
76000EBZ	- (ZE2013-97) OPS 8-810.d2
7609097I	- (ZE2013-97) OPS 8-810.e*
76000EC0	- (ZE2013-97) OPS 8-810.e0
76000EC1	- (ZE2013-97) OPS 8-810.e1
76000EC2	- (ZE2013-97) OPS 8-810.e3
76000EC3	- (ZE2013-97) OPS 8-810.e4
7609097J	- (ZE2013-97) OPS 8-810.j*
76000EC4	- (ZE2013-97) OPS 8-810.j0
76000EC5	- (ZE2013-97) OPS 8-810.j1
76000EC6	- (ZE2013-97) OPS 8-810.j2
7609097K	- (ZE2013-97) OPS 8-812.5*
76000EC7	- (ZE2013-97) OPS 8-812.50
76000EC8	- (ZE2013-97) OPS 8-812.51
76000EC9	- (ZE2013-97) OPS 8-812.52
76000ECA	- (ZE2013-97) OPS 8-812.53
76000ECB	- (ZE2013-97) OPS 8-812.54
76000ECC	- (ZE2013-97) OPS 8-812.55
76000ECD	- (ZE2013-97) OPS 8-812.56
76000ECE	- (ZE2013-97) OPS 8-812.57
76000ECF	- (ZE2013-97) OPS 8-812.58
76000ECG	- (ZE2013-97) OPS 8-812.59
76000ECH	- (ZE2013-97) OPS 8-812.5a
76000ECI	- (ZE2013-97) OPS 8-812.5b
76000ECJ	- (ZE2013-97) OPS 8-812.5c
76000ECK	- (ZE2013-97) OPS 8-812.5d
76000ECL	- (ZE2013-97) OPS 8-812.5e
7609097L	- (ZE2013-97) OPS 8-812.9
76096793	- (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor VII, je 600 IE; OPS 8-810.7*
76096795	- (ZE2013-97) Rekombinanter aktivierter Faktor VII, je 50 KIE; OPS 8-810.6*
76096797	- (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor VIII, je 250 IE; OPS 8-810.9*
76096798	- (ZE2013-97) Von-Willebrand-Faktor, je 250 IE; OPS 8-810.d*
76096801	- (ZE2013-97) Rekombinanter Faktor VIII, je 250 IE; OPS 8-810.8*
76096803	- (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor IX, je 250 IE; OPS 8-810.b*
76096805	- (ZE2013-97) Rekombinanter Faktor IX, je 250 IE; OPS 8-810.a*
76096807	- (ZE2013-97) Feiba-Prothrombinkomplex mit Faktor-VIII-Inhibitor- Bypass-Aktivität, je 500 IE; OPS 8-810.c*
76096809	- (ZE2013-97) Fibrinogenkonzentrat, je 1 g; OPS 8-810.j*
76096811	- (ZE2013-97) Faktor XIII, je 250 IE; OPS 8-810.e*
76096814	- (ZE2013-97) Humanes Protein C, parenteral, je 500 IE; OPS 8-812.9
76096820	- (ZE2013-97) Rekombinanter Faktor VIII, Advate, je 250 IE; OPS 8-810.8*
76096821	- (ZE2013-97) Rekombinanter Faktor VIII, Helixate NexGen, je 250 IE; OPS 8-810.8*

76096823	- (ZE2013-97) Rekombinanter Faktor VIII, Kogenate, je 250 IE; OPS 8-810.8*
76096824	- (ZE2013-97) Rekombinanter Faktor VIII, Recombinate, je 500 IE; OPS 8-810.8*
76096825	- (ZE2013-97) Rekombinanter Faktor VIII, ReFacto, je 250 IE; OPS 8-810.8*
76096831	- (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor VIII, Beriate, je 250 IE; OPS 8-810.9*
76096833	- (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor VIII, SDH Intersero, je 250 IE; OPS 8-810.9*
76096835	- (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor VIII, Fanhdi, je 250 IE; OPS 8-810.9*
76096837	- (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor VIII, Haemoctin SDH, je 250 IE; OPS 8-810.9*
76096839	- (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor VIII, Octanate, je 250 IE; OPS 8-810.9*
76096841	- (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor IX, Alphanine, je 500 IE; OPS 8-810.b*
76096843	- (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor IX, Berinin P, je 600 IE; OPS 8-810.b*
76096845	- (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor IX, Haemonine, je 250 IE; OPS 8-810.b*
76096847	- (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor IX, Immunine, je 600 IE; OPS 8-810.b*
76096849	- (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor IX, Mononine, je 500 IE; OPS 8-810.b*
76096851	- (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor IX, Octanine F, je 500 IE; OPS 8-810.b*
76096853	- (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor VIII in Verbindung mit Von Willebrand-Faktor, Haemate P, je 250 IE; OPS 8-810.9* in Verbindung mit OPS 8-810.d*
76096855	- (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor VIII in Verbindung mit Von Willebrand-Faktor, Wilate, je 500 IE; OPS 8-810.9* in Verbindung mit OPS 8-810.d*
76096857	- (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor VIII in Verbindung mit Von Willebrand-Faktor, Willfact, je 1000 IE; OPS 8-810.9* in Verbindung mit OPS 8-810.d*
76096859	- (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor VIII in Verbindung mit Von Willebrand-Faktor, Immunate STIM plus, je 250 IE; OPS 8-810.9* in Verbindung mit OPS 8-810.d*
76096861	- (ZE2013-97) Rekombinanter aktivierter Faktor VII, Novoseven, je IE; OPS 8-810.6*
76096863	- (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor VII, Immuseven, je IE; OPS 8-810.7*
76096864	- (ZE2013-97) Rekombinanter Faktor VIII, Advate, je IE; OPS 8-810.8*
76096865	- (ZE2013-97) Rekombinanter Faktor VIII, Helixate NexGen, je IE; OPS 8-810.8*
76096866	- (ZE2013-97) Rekombinanter Faktor VIII, Kogenate, je IE; OPS 8-810.8*
76096867	- (ZE2013-97) Rekombinanter Faktor VIII, Recombinate, je IE; OPS 8-810.8*
76096868	- (ZE2013-97) Rekombinanter Faktor VIII, ReFacto AF, je IE; OPS 8-810.8*
76096869	- (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor VIII, Beriate, je IE; OPS 8-810.9*
76096870	- (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor VIII, Haemate P, je IE; OPS 8-810.9*
76096871	- (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor VIII, Haemoctin SDH, je IE; OPS 8-810.9*
76096872	- (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor VIII, SDH Intersero, je IE; OPS 8-810.9*
76096873	- (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor VIII, Wilate, je IE; OPS 8-810.9*
76096874	- (ZE2013-97) Rekombinanter Faktor IX, BeneFIX, je IE; OPS 8-810.a*

76096875	- (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor IX, Berinin P, je IE; OPS 8-810.b*
76096877	- (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor IX, Haemonine, je IE; OPS 8-810.b*
76096878	- (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor IX, Immunine, je IE; OPS 8-810.b*
76096879	- (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor IX, Octanine F, je IE; OPS 8-810.b*
76096880	- (ZE2013-97) Feiba-Prothrombinkomplex mit Faktor VIII-Inhibitor-Bypass-Aktivität, FEIBA NF, je IE; OPS 8-810.c*
76096881	- (ZE2013-97) Von-Willebrand Faktor, Haemate P, je IE; OPS 8-810.d*
76096882	- (ZE2013-97) Von-Willebrand Faktor, Wilate, je IE; OPS 8-810.d*
76096883	- (ZE2013-97) Faktor XIII, Fibrogammin, je IE; OPS 8-810.e*
76096884	- (ZE2013-97) Fibrinogenkonzentrat, Haemocomplettan, je g; OPS 8-810.j*
76096885	- (ZE2013-97) Prothrombinkomplex, Beriplex, je IE; OPS 8-812.5*
76096886	- (ZE2013-97) Humanes Protein C, parental, je IE; OPS 8-812.9*
76096930	- (ZE2013-97) Prothrombinkomplex, CoFact, je IE; OPS 8-812.5*

ZE2013-98 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren (s. Anlage 7 FPV 2013)

76090980	- (ZE2013-98) OPS 8-810.6*, 8-810.7*, 8-810.8*, 8-810.9*, 8-810.a*, 8-810.b*, 8-810.c*, 8-810.d*, 8-810.e*, 8-810.j* oder 8-812.9
7609098A	- (ZE2013-98) OPS 8-810.6*
76000ECM	- (ZE2013-98) OPS 8-810.60
76000ECN	- (ZE2013-98) OPS 8-810.61
76000ECO	- (ZE2013-98) OPS 8-810.62
7609098B	- (ZE2013-98) OPS 8-810.7*
76000ECP	- (ZE2013-98) OPS 8-810.70
76000ECQ	- (ZE2013-98) OPS 8-810.71
76000ECR	- (ZE2013-98) OPS 8-810.72
7609098C	- (ZE2013-98) OPS 8-810.8*
76000ECS	- (ZE2013-98) OPS 8-810.80
76000ECT	- (ZE2013-98) OPS 8-810.81
76000ECU	- (ZE2013-98) OPS 8-810.82
7609098D	- (ZE2013-98) OPS 8-810.9*
76000ECV	- (ZE2013-98) OPS 8-810.90
76000ECW	- (ZE2013-98) OPS 8-810.91
76000ECX	- (ZE2013-98) OPS 8-810.92
7609098E	- (ZE2013-98) OPS 8-810.a*
76000ECY	- (ZE2013-98) OPS 8-810.a0
76000ECZ	- (ZE2013-98) OPS 8-810.a1
76000ED0	- (ZE2013-98) OPS 8-810.a2
7609098F	- (ZE2013-98) OPS 8-810.b*
76000ED1	- (ZE2013-98) OPS 8-810.b0
76000ED2	- (ZE2013-98) OPS 8-810.b1
76000ED3	- (ZE2013-98) OPS 8-810.b2
7609098G	- (ZE2013-98) OPS 8-810.c*
76000ED4	- (ZE2013-98) OPS 8-810.c0
76000ED5	- (ZE2013-98) OPS 8-810.c1
76000ED6	- (ZE2013-98) OPS 8-810.c2
7609098H	- (ZE2013-98) OPS 8-810.d*
76000ED7	- (ZE2013-98) OPS 8-810.d0
76000ED8	- (ZE2013-98) OPS 8-810.d1
76000ED9	- (ZE2013-98) OPS 8-810.d2
7609098I	- (ZE2013-98) OPS 8-810.e*
76000EDA	- (ZE2013-98) OPS 8-810.e0

76000EDB	- (ZE2013-98) OPS 8-810.e1
76000EDC	- (ZE2013-98) OPS 8-810.e3
76000EDD	- (ZE2013-98) OPS 8-810.e4
7609098J	- (ZE2013-98) OPS 8-810.j*
76000EDE	- (ZE2013-98) OPS 8-810.j0
76000EDF	- (ZE2013-98) OPS 8-810.j1
76000EDG	- (ZE2013-98) OPS 8-810.j2
7609098K	- (ZE2013-98) OPS 8-812.9
76096794	- (ZE2013-98) Plasmatischer Faktor VII, je 600 IE; OPS 8-810.7*
76096796	- (ZE2013-98) Rekombinanter aktivierter Faktor VII, je 50 KIE; OPS 8-810.6*
76096799	- (ZE2013-98) Plasmatischer Faktor VIII, je 250 IE; OPS 8-810.9*
76096800	- (ZE2013-98) Von-Willebrand-Faktor, je 250 IE; OPS 8-810.d*
76096802	- (ZE2013-98) Rekombinanter Faktor VIII, je 250 IE; OPS 8-810.8*
76096804	- (ZE2013-98) Plasmatischer Faktor IX, je 250 IE; OPS 8-810.b*
76096806	- (ZE2013-98) Rekombinanter Faktor IX, je 250 IE; OPS 8-810.a*
76096808	- (ZE2013-98) Feiba-Prothrombinkomplex mit Faktor-VIII-Inhibitor- Bypass-Aktivität, je 500 IE; OPS 8-810.c*
76096810	- (ZE2013-98) Fibrinogenkonzentrat, je 1 g; OPS 8-810.j*
76096812	- (ZE2013-98) Faktor XIII, je 250 IE; OPS 8-810.e*
76096815	- (ZE2013-98) Humanes Protein C, parenteral, je 500 IE; OPS 8-812.9
76096826	- (ZE2013-98) Rekombinanter Faktor VIII, Advate, je 250 IE; OPS 8-810.8*
76096827	- (ZE2013-98) Rekombinanter Faktor VIII, Helixate NexGen, je 250 IE; OPS 8-810.8*
76096828	- (ZE2013-98) Rekombinanter Faktor VIII, Kogenate, je 250 IE; OPS 8-810.8*
76096829	- (ZE2013-98) Rekombinanter Faktor VIII, Recombinate, je 500 IE; OPS 8-810.8*
76096830	- (ZE2013-98) Rekombinanter Faktor VIII, ReFacto, je 250 IE; OPS 8-810.8*
76096832	- (ZE2013-98) Plasmatischer Faktor VIII, Beriate, je 250 IE; OPS 8-810.9*
76096834	- (ZE2013-98) Plasmatischer Faktor VIII, SDH Intersero, je 250 IE; OPS 8-810.9*
76096836	- (ZE2013-98) Plasmatischer Faktor VIII, Fanhdi, je 250 IE; OPS 8-810.9*
76096838	- (ZE2013-98) Plasmatischer Faktor VIII, Haemoctin SDH, je 250 IE; OPS 8-810.9*
76096840	- (ZE2013-98) Plasmatischer Faktor VIII, Octanate, je 250 IE; OPS 8-810.9*
76096842	- (ZE2013-98) Plasmatischer Faktor IX, Alphanine, je 500 IE; OPS 8-810.b*
76096844	- (ZE2013-98) Plasmatischer Faktor IX, Berinin P, je 600 IE; OPS 8-810.b*
76096846	- (ZE2013-98) Plasmatischer Faktor IX, Haemonine, je 250 IE; OPS 8-810.b*
76096848	- (ZE2013-98) Plasmatischer Faktor IX, Immunine, je 600 IE; OPS 8-810.b*
76096850	- (ZE2013-98) Plasmatischer Faktor IX, Mononine, je 500 IE; OPS 8-810.b*
76096852	- (ZE2013-98) Plasmatischer Faktor IX, Octanine F, je 500 IE; OPS 8-810.b*
76096854	- (ZE2013-98) Plasmatischer Faktor VIII in Verbindung mit Von Willebrand-Faktor, Haemate P, je 250 IE; OPS 8-810.9* in Verbindung mit OPS 8-810.d*
76096856	- (ZE2013-98) Plasmatischer Faktor VIII in Verbindung mit Von Willebrand-Faktor, Wilate, je 500 IE; OPS 8-810.9* in Verbindung mit OPS 8-810.d*

76096858	- (ZE2013-98) Plasmatischer Faktor VIII in Verbindung mit Von Willebrand-Faktor, Willfact, je 1000 IE; OPS 8-810.9* in Verbindung mit OPS 8-810.d*
76096860	- (ZE2013-98) Plasmatischer Faktor VIII in Verbindung mit Von Willebrand-Faktor, Immunate STIM plus, je 250 IE; OPS 8-810.9* in Verbindung mit OPS 8-810.d*
76096887	- (ZE2013-98) Rekombinanter aktivierter Faktor VII, Novoseven, je IE; OPS 8-810.6*
76096888	- (ZE2013-98) Plasmatischer Faktor VII, Immuseven, je IE; OPS 8-810.7*
76096889	- (ZE2013-98) Rekombinanter Faktor VIII, Advate, je IE; OPS 8-810.8*
76096890	- (ZE2013-98) Rekombinanter Faktor VIII, Helixate NexGen, je IE; OPS 8-810.8*
76096891	- (ZE2013-98) Rekombinanter Faktor VIII, Kogenate, je IE; OPS 8-810.8*
76096892	- (ZE2013-98) Rekombinanter Faktor VIII, Recombinate, je IE; OPS 8-810.8*
76096893	- (ZE2013-98) Rekombinanter Faktor VIII, ReFacto AF, je IE; OPS 8-810.8*
76096894	- (ZE2013-98) Plasmatischer Faktor VIII, Beriate, je IE; OPS 8-810.9*
76096895	- (ZE2013-98) Plasmatischer Faktor VIII, Haemate P, je IE; OPS 8-810.9*
76096896	- (ZE2013-98) Plasmatischer Faktor VIII, Haemoctin SDH, je IE; OPS 8-810.9*
76096897	- (ZE2013-98) Plasmatischer Faktor VIII, SDH Intersero, je IE; OPS 8-810.9*
76096898	- (ZE2013-98) Plasmatischer Faktor VIII, Wilate, je IE; OPS 8-810.9*
76096899	- (ZE2013-98) Rekombinanter Faktor IX, BeneFIX, je IE; OPS 8-810.a*
76096900	- (ZE2013-98) Plasmatischer Faktor IX, Berinin P, je IE; OPS 8-810.b*
76096901	- (ZE2013-98) Plasmatischer Faktor IX, Haemonine, je IE; OPS 8-810.b*
76096902	- (ZE2013-98) Plasmatischer Faktor IX, Immunine, je IE; OPS 8-810.b*
76096903	- (ZE2013-98) Plasmatischer Faktor IX, Octanine F, je IE; OPS 8-810.b*
76096904	- (ZE2013-98) Feiba-Prothrombinkomplex mit Faktor VIII-Inhibitor-Bypass-Aktivität, FEIBA NF, je IE; OPS 8-810.c*
76096905	- (ZE2013-98) Von-Willebrand Faktor, Haemate P, je IE; OPS 8-810.d*
76096906	- (ZE2013-98) Von-Willebrand Faktor, Wilate, je IE; OPS 8-810.d*
76096907	- (ZE2013-98) Faktor XIII, Fibrogammin, je IE; OPS 8-810.e*
76096908	- (ZE2013-98) Fibrinogenkonzentrat, Haemocomplettan, je g; OPS 8-810.j*
76096909	- (ZE2013-98) Humanes Protein C, parenteral, je IE; OPS 8-812.9

Bundesweit nach § 6 Abs. 1 KHEntgG (ab 2012)

ZE...02	(ZE2012: Links- und rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“)
76096768	- (ZE2012-02) OPS 5-376.70 in Verbindung mit OPS 8-83a.30
76096769	- (ZE2012-02) OPS 5-376.70 in Verbindung mit OPS 8-83a.31
76096770	- (ZE2012-02) OPS 5-376.70 in Verbindung mit OPS 8-83a.32
76096771	- (ZE2012-02) OPS 5-376.70 in Verbindung mit OPS 8-83a.33
ZE...03	(ZE2012-03: ECMO und PECLA)
76096690	- (ZE2012-03) ECMO bei Kindern; OPS 8-852.03
76096691	- (ZE2012-03) ECMO bei Kindern; OPS 8-852.04
76096692	- (ZE2012-03) ECMO bei Kindern; OPS 8-852.05
76096693	- (ZE2012-03) ECMO bei Kindern; OPS 8-852.06
76096694	- (ZE2012-03) ECMO bei Kindern; OPS 8-852.07
76096695	- (ZE2012-03) ECMO bei Kindern; OPS 8-852.08
76096696	- (ZE2012-03) ECMO bei Kindern; OPS 8-852.09
76096697	- (ZE2012-03) ECMO bei Kindern; OPS 8-852.0a
76096705	- (ZE2012-03) ECMO bei Patienten älter 60 Tage; OPS 8-852.03
76096708	- (ZE2012-03) ECMO bei Patienten älter 60 Tage; OPS 8-852.04
76096709	- (ZE2012-03) ECMO bei Patienten älter 60 Tage; OPS 8-852.05
76096710	- (ZE2012-03) ECMO bei Patienten älter 60 Tage; OPS 8-852.06
76096713	- (ZE2012-03) ECMO bei Patienten älter 60 Tage; OPS 8-852.07
76096717	- (ZE2012-03) ECMO bei Patienten älter 60 Tage; OPS 8-852.08
76096718	- (ZE2012-03) ECMO bei Patienten älter 60 Tage; OPS 8-852.09
76096719	- (ZE2012-03) ECMO bei Patienten älter 60 Tage; OPS 8-852.0a
76096720	- (ZE2012-03) ECMO bei Patienten jünger 61 Tage; OPS 8-852.03
76096721	- (ZE2012-03) ECMO bei Patienten jünger 61 Tage; OPS 8-852.04
76096722	- (ZE2012-03) ECMO bei Patienten jünger 61 Tage; OPS 8-852.05
76096723	- (ZE2012-03) ECMO bei Patienten jünger 61 Tage; OPS 8-852.06
76096724	- (ZE2012-03) ECMO bei Patienten jünger 61 Tage; OPS 8-852.07
76096725	- (ZE2012-03) ECMO bei Patienten jünger 61 Tage; OPS 8-852.08
76096726	- (ZE2012-03) ECMO bei Patienten jünger 61 Tage; OPS 8-852.09
76096727	- (ZE2012-03) ECMO bei Patienten jünger 61 Tage; OPS 8-852.0a
76096746	- (ZE2012-03) ECMO bei Kindern < 1 Jahr; OPS 8-852.00
76096747	- (ZE2012-03) ECMO) bei Kindern < 1 Jahr; OPS 8-852.01
76096775	- (ZE2012-03) Dauer der Behandlung 576 bis unter 960 h; OPS 8-852.0a
76096776	- (ZE2012-03) Dauer der Behandlung mehr als 960 h; OPS 8-852.0a
76096777	- (ZE2012-03) Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO), Alter < 16 Jahre; OPS 8-852.03
76096778	- (ZE2012-03) Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO), Alter < 16 Jahre; OPS 8-852.04
76096779	- (ZE2012-03), Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO), Alter < 16 Jahre; OPS 8-852.05
76096780	- (ZE2012-03), Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO), Alter < 16 Jahre; OPS 8-852.06
76096781	- (ZE2012-03), Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO), Alter < 16 Jahre; OPS 8-852.07

76096782	- (ZE2012-03), Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO), Alter < 16 Jahre; OPS 8-852.08
76096783	- (ZE2012-03), Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO), Alter < 16 Jahre; OPS 8-852.09
76096784	- (ZE2012-03), Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO), Alter < 16 Jahre; OPS 8-852.0a
76096785	- (ZE2012-03), Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO), Alter > 15 Jahre; OPS 8-852.03
76096786	- (ZE2012-03), Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO), Alter > 15 Jahre; OPS 8-852.04
76096787	- (ZE2012-03), Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO), Alter > 15 Jahre; OPS 8-852.05
76096788	- (ZE2012-03), Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO), Alter > 15 Jahre; OPS 8-852.06
76096789	- (ZE2012-03), Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO), Alter > 15 Jahre; OPS 8-852.07
76096790	- (ZE2012-03), Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO), Alter > 15 Jahre; OPS 8-852.08
76096791	- (ZE2012-03), Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO), Alter > 15 Jahre; OPS 8-852.09
76096792	- (ZE2012-03), Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO), Alter > 15 Jahre; OPS 8-852.0a
ZE...25	(ZE2012-25: Modulare Endoprothesen)
76096734	- (ZE2012-25) über zwei Gelenke (Totalersatz); OPS 5-829.d
76096735	- (ZE2012-25) OPS 5-829.d in Verbindung mit OPS 5-825.21
76096736	- (ZE2012-25) OPS 5-829.d in Verbindung mit OPS 5-824.20 oder .21
76096753	- (ZE2012-25) Hüft- und Kniegelenk; OPS 5-829.d
76096816	- (ZE2012-25) 2 Gelenke; OPS 5-829.d in Verbindung mit OPS 5-820.* oder 5-821.* in Verbindung mit OPS 5-822.* oder 5-823.*
ZE...27	(ZE2012-27: Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungs-faktoren) <i>[siehe auch Anlage 6, Fußnote 8, und Anlage 7 FPV 2013]</i>
76096689	- (ZE2012-27) Faktor IX human, plasmatisch, Mononine, je 1000 IE
76096698	- (ZE2012-27) Rekombinanter aktivierter Faktor VII, NovoSeven, je 400 kIE
76096699	- (ZE2012-27) Von-Willebrand-Faktor, Willfact, je 1000 IE
76096700	- (ZE2012-27) Gerinnungsfaktor X/IX, human, Faktor X P, je 600 IE
76096701	- (ZE2012-27) Gerinnungsfaktor X/IX, human, Faktor X P, je 1200 IE
76096702	- (ZE2012-27) Gerinnungsfaktor II/VII/IX/X, human, Cofact, je 500 IE
76096714	- (ZE2012-27) Prothrombinkomplex, 500 IE bis unter 1.500 IE; OPS 8-812.50
76096715	- (ZE2012-27) Prothrombinkomplex, 1.500 IE bis unter 2.500 IE; OPS 8-812.51
76096716	- (ZE2012-27) Prothrombinkomplex, 2.500 IE bis unter 3.500 IE; OPS 8-812.52
76096728	- (ZE2012-27) Prothrombinkomplex Cofact, je IE
76096729	- (ZE2012-27) Faktor VIII, plasmatisch, Von-Willebrand-Faktor, Wilate, je 500 IE
76096730	- (ZE2012-27) Faktor VIII, plasmatisch, Von-Willebrand-Faktor, Wilate, je 1000 IE
76096731	- (ZE2012-27) plasmatischer Faktor IX, je 300 IE; OPS 8-810.b*

ZE...46	(ZE2012-46: Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral)
76096685	- (ZE2012-46) ATG Thymoglobulin, je 5 mg (1 Flasche)
76096703	- (ZE2012-46) Thymoglobulin, je 1 mg; OPS 8-812.3
76096744	- (ZE2012-46) je 250 mg; OPS 8-812.4
ZE...54	(ZE2012-54: Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt)
76096748	- (ZE2012-54) je Stent
76096765	- (ZE2012-54) OPS 5-517.7*
76096766	- (ZE2012-54) OPS 5-517.x*
ZE...60	(ZE2012-60: Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral)
76096772	- (ZE2012-60) je 25 Mio. IE; OPS 8-812.2*
ZE...64	(ZE2012-64: Gabe von Eptotermin alfa, Implantation am Knochen)
76096745	- (ZE2012-64) Präparat „Osigrافت“; nur i.R. der Indikation ICD M84.16, 6,6 bis unter 9,9 mg; OPS 6-003.54
76096754	- (ZE2012-64) Präparat „Osigrافت“; nur i.R. der Indikation ICD M84.16, 3,3 bis 6,6 mg; OPS 6-003.53
76096755	- (ZE2012-64) Präparat „Osigrافت“; nur i.R. der Indikation ICD M84.16, 9,9 mg und mehr; OPS 6-003.55
76096756	- (ZE2012-64) Präparat „Opgenra“, Implantation an der Wirbelsäule; nur i.R. der Indikation ICD M43.1*, 3,3 bis unter 6,6 mg; OPS 6-003.53
76096757	- (ZE2012-64) Präparat „Opgenra“, Implantation an der Wirbelsäule; nur i.R. der Indikation ICD M43.1*, 6,6 bis unter 9,9 mg; OPS 6-003.54
76096758	- (ZE2012-64) Präparat „Opgenra“, Implantation an der Wirbelsäule; nur i.R. der Indikation ICD M43.1*, 9,9 mg und mehr; OPS 6-003.55
ZE...71	(ZE2012-71: Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga)
76096704	- (ZE2012-71) (Dotatoc), bezogen auf 8 Gbq; OPS 8-530.60
76096741	- (ZE2012-71) Dotatoc, intraarteriell
76096742	- (ZE2012-71) Dotate, intraarteriell mit Lutetium
76096743	- (ZE2012-71) Dotanoc, intraarteriell
76096759	- (ZE2012-71) DOTATATE, intraarteriell mit Yttrium; OPS 8-530.60
ZE...78	(ZE2012-78: Gabe von Clofarabin, parenteral)
76096773	- (ZE2012-78) je 10 mg; OPS 6-003.j*
ZE...84	(ZE2012-84: Gabe von Ambrisentan, oral)
76096732	- (ZE2012-84) je mg
ZE...85	(ZE2012-85: Gabe von Temsirolimus, parenteral)
76096774	- (ZE2012-85) je 30 mg; OPS 6-004.e2

ZE...87	(ZE2012-87: Medikamente freisetzende Ballons an Koronargefäßen)
76096752	- (ZE2012-87) je Ballonkatheter
76096762	- (ZE2012-87) Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon), je Dior DEB; OPS 8-837.00 oder 8-837.01 in Verbindung mit OPS 8-83b.b2
76096763	- (ZE2012-87) Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon), je SequentPlease DEB; OPS 8-837.00 oder 8-837.01 in Verbindung mit OPS 8-83b.b2
ZE...89	(ZE2012-89: Gabe von Paclitaxel, parenteral)
76096711	ZE2012-89 Gabe von Paclitaxel, parenteral, je 1mg
76096749	ZE2012-89 Gabe von Paclitaxel, parenteral, je 50 mg
ZE...90	(ZE2012-90: Gabe von Docetaxel, parenteral)
76096712	- (ZE2012-90) je 1mg
76096760	- (ZE2012-90) je 50 mg
ZE...91	(ZE2012-91: Gabe von Dasatinib, oral)
76096707	- (ZE2012-91) je 1000 mg
76096733	- (ZE2012-91) je mg
76096737	- (ZE2012-91) je 20 mg Tablette
76096738	- (ZE2012-91) je 50 mg Tablette
76096739	- (ZE2012-91) je 70 mg Tablette
76096740	- (ZE2012-91) je 100 mg Tablette
76096767	- (ZE2012-91) je mg; OPS 6-004.3*
ZE...92	(ZE2012-92: Gabe von Catumaxomab, parenteral)
76096706	- (ZE2012-92) je 10 µg; OPS 6-005.1*
76096751	- (ZE2012-92) je 50µg
76096761	- (ZE2012-92) je 1 µg; OPS 6-005.1*

Zusatzentgelt nach § 6 Abs. 2 KHEntgG (ab 2012)

76197469	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 1 Stent, Gefäße Ober- oder Unterschenkel; OPS 8-842.0b oder 8-842.0c in Verbindung mit OPS 8-83b.e1
76197479	Ipilimumab, je 50 mg
76197489	Ofatumumab, je 100 mg
76197490	Ipilimumab, je 200 mg; OPS 8-547.0
76197491	Koronarstent, medikamentenfreisetzend, komplett bioresorbierbar, je Stent
76197492	Belimumab, je 100 mg
76197493	Cabazitaxel, je 5 mg
76197494	Nab-Paclitaxel, je 50 mg; OPS 6-005.d
76197495	Koronarstent, selbstexpandierend, Nitinol-Bifurkationsstent, je Stent
76197496	Denileukin Diftitox, je 300 µg; OPS 6-005.6
76197497	Apikoaortales, klappentragendes Konduit
76197498	Perkutane Mitralklappenanuloraphie mit Spange, Carillon-Spange
76197499	Abirateronacetat, je mg
76197500	Ofatumumab, je 1000 mg
76197501	Abirateronacetat, je 250 mg, Tablette
76197502	Belimumab, je mg; OPS 8-547.1
76197503	Koronarstent, selbstexpandierend, selbstanlagernder medikamentefreisetzender Nitinolkoronarstent, bei akutem Myokardinfarkt
76197504	Belimumab, je 120 mg
76197505	Belimumab, je 400 mg
76197506	Cabazitaxel, je 60 mg
76197507	Eribulin, je mg
76197508	Ipilimumab, je mg
76197509	Cabazitaxel, je mg
76197510	Pralatrexat, je mg
76197511	Pralatrexat, je 20 mg
76197512	Ipilimumab, je 50 mg; OPS 8-547.0
76197513	Ofatumumab, je 300 mg
76197514	Ofatumumab, je 2000 mg
76197515	Belimumab, je 200 mg
76197516	Aszitesbehandlung mittels einer vollimplantierbaren Pumpe
76197517	Ustekinumab, je mg
76197518	Lungenvolumenreduktion mittels bronchoskopischer Applikation von Polymerschaum, je Segment; OPS 5-339.7
76197519	Lungenvolumenreduktion durch Einlage von Coils, je Nitinolspirale; OPS 5-339.8*
76197520	Eribulin, je 2 ml Durchstechflasche
76197521	Everolimus bei Neoplasie, ab 3 Jahre, je 2,5 mg; OPS 6-005.8
76197522	Endovaskuläre Implantation/Reparatur einer Stent-Prothese mittels eines Endostaplers
76197523	Perkutane Mitralklappenanuloraphie mit Spange; OPS 5-35a.2
76197524	Defibrillator mit subkutan implantierbarer Elektrode; OPS 5-377.j
76197525	Everolimus bei Neoplasie, je 10 mg; OPS 6-005.8
76197526	Everolimus bei Neoplasie, ab 3 Jahre bei subependyalem Riesenzellastrozytom, je 2,5 mg; OPS 6-005.8
76197527	Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen, 2 Stents; OPS 8-84b.20

76197528	Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen, 3 Stents; OPS 8-84b.30
76197529	Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen, 4 Stents; OPS 8-84b.40
76197530	Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen, 5 Stents; OPS 8-84b.50
76197531	Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen, 6 Stents und mehr; OPS 8-84b.60
76197532	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, bis unter 50 mm
76197533	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 100 mm bis unter 150 mm; OPS 8-83b.f1
76197534	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 150 mm bis unter 250 mm; OPS 8-83b.f2 oder 8-83b.f3
76197535	Lungenvolumenreduktion durch Einlage von Coils, 1 bis 2 Nitinolspiralen; OPS 5-339.80
76197536	Lungenvolumenreduktion durch Einlage von Coils, 3 bis 4 Nitinolspiralen; OPS 5-339.81
76197537	Lungenvolumenreduktion durch Einlage von Coils, 5 bis 6 Nitinolspiralen; OPS 5-339.82
76197538	Lungenvolumenreduktion durch Einlage von Coils, 7 bis 8 Nitinolspiralen; OPS 5-339.83
76197539	Lungenvolumenreduktion durch Einlage von Coils, 9 bis 10 Nitinolspiralen; OPS 5-339.84
76197540	Lungenvolumenreduktion durch Einlage von Coils, 11 bis 12 Nitinolspiralen; OPS 5-339.85
76197541	Lungenvolumenreduktion durch Einlage von Coils, 13 bis 14 Nitinolspiralen; OPS 5-339.86
76197542	Lungenvolumenreduktion durch Einlage von Coils, 15 bis 16 Nitinolspiralen; OPS 5-339.87
76197543	Lungenvolumenreduktion durch Einlage von Coils, 17 oder mehr Nitinolspiralen; OPS 5-339.88
76197544	Miglustat, je 100 mg
76197545	Ofatumumab, je mg
76197546	Wachstumslenkende Epiphyseodese; OPS 5-828.10 oder 5-828.11 oder 5-828.1x
76197547	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 50 bis unter 100 mm
76197548	Everolimus bei Neoplasie, je 5 mg; OPS 6-005.8
76197549	Everolimus bei Neoplasie, ab 3 Jahre, je 5 mg; OPS 6-005.8
76197550	Everolimus bei Neoplasie, je mg; OPS 6-005.8
76197551	Intraaneurysmales hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen, pro Implantat
76197552	Belimumab, je mg
76197553	Medikamentenbeschichtete Stents zur Behandlung von Läsionen der supra-aortalen Arterien, Paclitaxel-freisetzend; OPS 8-83b.0* in Verbindung mit OPS 8-841.0*
76197554	Medikamentenbeschichtete Stents zur Behandlung von Läsionen der supra-aortalen Arterien, Paclitaxel-freisetzend; OPS 8-83b.0* in Verbindung mit OPS 8-841.1*

76197555	Medikamentenbeschichtete Stents zur Behandlung von Läsionen der supra-aortalen Arterien, Paclitaxel-freisetzend; OPS 8-83b.0* in Verbindung mit OPS 8-841.2*
76197556	Medikamentenbeschichtete Stents zur Behandlung von Läsionen der supra-aortalen Arterien, Paclitaxel-freisetzend; OPS 8-83b.0* in Verbindung mit OPS 8-841.3*
76197557	Medikamentenbeschichtete Stents zur Behandlung von Läsionen der supra-aortalen Arterien, Paclitaxel-freisetzend; OPS 8-83b.0* in Verbindung mit OPS 8-841.4*
76197558	Medikamentenbeschichtete Stents zur Behandlung von Läsionen der supra-aortalen Arterien, Paclitaxel-freisetzend; OPS 8-83b.0* in Verbindung mit OPS 8-841.5*
76197559	Implantation mitwachsender Herzklappen, je Implantat
76197560	Eculizumab, bei hämolytisch-urämischem Syndrom, je 300 mg; OPS 6-003.h
76197561	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 150 mm bis unter 200 mm, je Stent; OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f2
76197562	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 200 mm bis unter 250 mm, je Stent; OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f3
76197563	Eculizumab, bei atypischem hämolytisch-urämischem Syndrom, je 300 mg; OPS 6-003.h
76197564	Eltrombopag; OPS 6-006.0
76197565	Ösophagussphinkterimplantat, magnetisch; OPS 5-429.p0 oder 5-429.p1 oder 5-429.p2
76197566	Volumencoils zur Aneurysmathherapie, je Coil; OPS 8-836.m0 in Verbindung mit OPS 8-83b.35
76197567	Therapie der Skoliose mittels magnetisch-kontrollierter Stangen, Growing Rod; OPS 5-838.x
76197568	Ereignisrekorder, implantierbar, gemeinsam mit Ablation, offen chirurgisch; OPS 5-377.8 in Verbindung mit OPS 5-371.4* oder 5-371.3*
76197569	Allogene Hepatozytentransplantation, Leberzelltherapie, pro Behandlung
76197570	Tafamidis, je 20 mg
76197571	Therapie der Skoliose mittels magnetisch-kontrollierter Stangen, 1 Stange; OPS 5-838.x
76197572	Therapie der Skoliose mittels magnetisch-kontrollierter Stangen, 2 Stangen; OPS 5-838.x
76197573	Apikoaortales, klappentragendes Konduit; OPS 5-354.09
76197574	Eribulin, je µg
76197575	Wachstumslenkende Epiphyseodese; OPS 5-789.1h in Verbindung mit OPS 5-789.1k
76197576	Ösophagussphinkterimplantat, magnetisch; OPS 5-429.p0
76197577	Ösophagussphinkterimplantat, magnetisch; OPS 5-429.p1
76197578	Ösophagussphinkterimplantat, magnetisch; OPS 5-429.p2
76197579	Ereignisrekorder, implantierbar, gemeinsam mit Ablation, bei DRG F50A; OPS 5-377.8
76197580	Keratoprothese, biologisch beschichtet; OPS 5-125.41
76197581	Pegaptanib, intravitreal, je mg
76197582	Eribulin, je 0,88 mg
76197583	Icatibant, je Fall; OPS 6-005.4

76197584	Everolimus bei Neoplasie, je 7,5 mg; OPS 6-005.8
76197585	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 2 Stents, Gefäße Ober- oder Unterschenkel; OPS 8-842.1b oder 8-842.1c in Verbindung mit OPS 8-83b.e1
76197586	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 3 Stents, Gefäße Ober- oder Unterschenkel; OPS 8-842.2b oder 8-842.2c in Verbindung mit OPS 8-83b.e1
76197587	Vemurafenib, je 240 mg Tablette (malignes Melanom)
76197588	Bioaktiven Coils, zur Aneurysmatherapie, Selektive Embolisation mit Metallspiralen, je Coil; OPS 8-836.m* in Verbindung mit OPS 8-83b.30 oder 8-83b.31 oder 8-83b.32
76197589	Everolimus bei Neoplasie, je mg bei Gabe der 5 mg Tablette
76197590	Ranibizumab, intravitreal; OPS 6-003.c in Verbindung mit OPS 8-525.4
76197591	Nilotinib, je 100 mg
76197592	Kontinuierliche Amnioninfusion mittels subkutan implantiertem Portsystem
76197593	Brentuximab vedotin, je 50 mg
76197594	Everolimus bei Neoplasie, je mg bei Gabe der 10 mg Tablette
76197595	Verschluss von Nabelschnur- und intrafetalen Gefäßen mittels perkutaner ultraschallgesteuerter Radiofrequenzablation oder fetoskopischer Laserablation; OPS 5-754.4
76197596	Cabazitaxel, je 1.000 mg
76197597	Abirateronacetat, je 1.000 mg
76197598	Belimumab, je 1.000 mg
76197599	Canakinumab, je 1.000 mg
76197600	Ipilimumab, je 1.000 mg
76197601	Treprostinil, je 1.000 mg
76197602	Defibrillator mit subkutan implantierbarer Elektrode, je Stück, bei Basis DRG F01, F02, F18; OPS 5-377.j
76197603	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 1 Stent (250 mm); OPS 8-842.0b oder 8-842.0c in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f4
76197604	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 2 Stents, >= 100 mm; OPS 8-842.1b oder 8-842.1c in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f1 oder 8-83b.f2 oder 8-83b.f3 oder 8-83b.f4
76197605	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 30 mm bzw. 50 mm; OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 5-38d.0* oder 8-842.0*
76197606	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 100 mm, 2 und mehr Stents bzw. 4 Stents; OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f1 in Verbindung mit OPS 5-38d.1* oder 8-842.3*
76197607	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 100 mm, 2 und mehr Stents bzw. 5 Stents; OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f1 in Verbindung mit OPS 5-38d.1* oder 8-842.4*
76197608	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 100 mm, 2 und mehr Stents bzw. 6 und mehr Stents; OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f1 in Verbindung mit OPS 5-38d.1* oder 8-842.5*

76197609	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 150 mm, 1 Stent; OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f2 in Verbindung mit OPS 5-38d.0* oder 8-842.0*
76197610	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 150 mm, 2 und mehr Stents bzw. 2 Stents; OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f2 in Verbindung mit OPS 5-38d.1* oder 8-842.1*
76197611	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 150 mm, 2 und mehr Stents bzw. 3 Stents; OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f2 in Verbindung mit OPS 5-38d.1* oder 8-842.2*
76197612	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 150 mm, 2 und mehr Stents bzw. 4 Stents; OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f2 in Verbindung mit OPS 5-38d.1* oder 8-842.3*
76197613	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 150 mm, 2 und mehr Stents bzw. 5 Stents; OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f2 in Verbindung mit OPS 5-38d.1* oder 8-842.4*
76197614	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 150 mm, 2 und mehr Stents bzw. 6 und mehr Stents; OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f2 in Verbindung mit OPS 5-38d.1* oder 8-842.5*
76197615	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 250 mm, 1 Stent; OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f4 in Verbindung mit OPS 5-38d.0* oder 8-842.0*
76197616	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 250 mm, 2 und mehr Stents bzw. 2 Stents; OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f4 in Verbindung mit OPS 5-38d.1* oder 8-842.1*
76197617	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 250 mm, 2 und mehr Stents bzw. 3 Stents; OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f4 in Verbindung mit OPS 5-38d.1* oder 8-842.2*
76197618	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 250 mm, 2 und mehr Stents bzw. 4 Stents; OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f4 in Verbindung mit OPS 5-38d.1* oder 8-842.3*
76197619	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 250 mm, 2 und mehr Stents bzw. 5 Stents; OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f4 in Verbindung mit OPS 5-38d.1* oder 8-842.4*
76197620	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 250 mm, 2 und mehr Stents bzw. 6 und mehr Stents; OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f4 in Verbindung mit OPS 5-38d.1* oder 8-842.5*
76197621	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 3 Stents, >= 100 mm; OPS 8-842.2b oder 8-842.2c in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f1 oder 8-83b.f2 oder 8-83b.f3 oder 8-83b.f4

- 76197622 Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 30 mm bzw. 50 mm, 2 und mehr Stents bzw. 2 Stents; OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-842.1* oder 5-38d.1*
- 76197623 Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 30 mm bzw. 50 mm, 2 und mehr Stents bzw. 3 Stents; OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-842.2* oder 5-38d.1*
- 76197624 Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 30 mm bzw. 50 mm, 2 und mehr Stents bzw. 4 Stents; OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-842.3* oder 5-38d.1*
- 76197625 Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 30 mm bzw. 50 mm, 2 und mehr Stents bzw. 5 Stents; OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-842.4* oder 5-38d.1*
- 76197626 Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 30 mm bzw. 50 mm, 2 und mehr Stents bzw. 6 und mehr Stents; OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-842.5* oder 5-38d.1*
- 76197627 Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 100 mm, 1 Stent; OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f1 in Verbindung mit OPS 8-842.0* oder 5-38d.0*
- 76197628 Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 100 mm, 2 und mehr Stents bzw. 2 Stents; OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f1 in Verbindung mit OPS 8-842.1* oder 5-38d.1*
- 76197629 Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 100 mm, 2 und mehr Stents bzw. 3 Stents; OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f1 in Verbindung mit OPS 8-842.2* oder 5-38d.1*
- 76197630 Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 30 mm bzw. 50 mm, 1 Stent; OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 5-38d.0* oder 8-842.0*
- 76197631 Dialyse mit High-Cut-off-Dialysemembran, 1,1qm-Membran
- 76197632 Dialyse mit High-Cut-off-Dialysemembran, 2,1qm-Membran
- 76197633 Koronarstent, medikamentenfreisetzend, komplett bioresorbierbar, kathetergestützt, mit Wirkstofffreisetzung in Koronargefäßen; OPS 8-837.mx in Verbindung mit OPS 8-83b.0*
- 76197634 Vemurafenib; je mg
- 76197635 Koronarstent, selbstexpandierend, Einlegen eines medikamentefreisetzenden Bifurkationsstents, je Stent; OPS 8-837.v
- 76197636 Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, heparinbeschichteter Stentgraft, bioaktive Propaten-Oberfläche, je Stent; OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-842.*b oder 8-842.*c oder 5-38d.*1 oder 5-38d.*2 oder 5-38d.*9 oder 5-38d.*a oder 5-38d.*b oder 5-38d.*c
- 76197637 Ereignisrekorder, implantierbar, gemeinsam mit Ablation, bei Vorhofflimmern, offen chirurgisch; OPS 5-377.8 in Verbindung mit OPS 5-371.* oder 8-835.8*
- 76197638 Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 80mm
- 76197639 Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, Länge 200 mm, je Stent; OPS 8-842.0b oder 8-842.0c in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f3

76197640	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, offen chirurgisch; OPS 5-38a.x oder 5-38d.0b in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f3
76197641	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, offen chirurgisch; OPS 5-38a.x oder 5-38d.1 in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f2 oder 8-83b.f3 oder 8-83b.f4
76197642	Ipilimumab, je 5 mg
76197643	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, ein Stent; OPS 8-842.0* in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f1
76197644	Pazopanib, je 25 mg; OPS 6-005.a
76197645	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, ein Stent; OPS 8-842.0* in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f2
76197646	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, je Stent, unter 100 mm; OPS 5-38d.0b oder 5-38d.0c oder 5-38d.1b oder 5-38d.1c in Verbindung mit OPS 8-83b.e1
76197647	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, je Stent, 100 mm bis unter 150 mm; OPS 5-38d.0b oder 5-38d.0c oder 5-38d.1b oder 5-38d.1c in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f1
76197648	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, je Stent, 150 mm bis unter 200 mm; OPS 5-38d.0b oder 5-38d.0c oder 5-38d.1b oder 5-38d.1c in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f2
76197649	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, je Stent, 200 mm bis unter 250 mm; OPS 5-38d.0b oder 5-38d.0c oder 5-38d.1b oder 5-38d.1c in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f3
76197650	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, je Stent, 250 mm und mehr; OPS 5-38d.0b oder 5-38d.0c oder 5-38d.1b oder 5-38d.1c in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f4
76197651	Ivacaftor, je Tablette, 150 mg
76197652	Axitinib, je 5 mg
76197653	Implantation einer Gefäßprothese mit integriertem Stent im Rahmen von arteriovenöser Shunt- und peripherer Bypasschirurgie, arteriovenöse Shuntchirurgie, Hybrid-Gefäßprothese, Dialyse
76197654	Pixantrone, je 29 mg Ampulle
76197655	Mitralklappenrekonstruktion durch Implantation von PTFE-Fäden; OPS 5-35a.x
76197656	Axitinib, je mg
76197657	Brentuximabvedotin, je mg
76197658	Crizotinib, je mg
76197659	Implantation einer Gefäßprothese mit integriertem Stent im Rahmen von arteriovenöser Shunt- und peripherer Bypasschirurgie, für arteriovenöse Shuntchirurgie, integrierter Stent, Länge 50 mm
76197660	Implantation einer Gefäßprothese mit integriertem Stent im Rahmen von arteriovenöser Shunt- und peripherer Bypasschirurgie, für arteriovenöse Shuntchirurgie, integrierter Stent, Länge 100 mm

76197662	Belimumab, je 20 mg; OPS 6-006.6
76197663	Nilotinib, je 50 mg; OPS 6-004.6
76197664	Pixantrone; je mg
76197665	Koronare Bifurkationsstents, medikamentenfreisetzend, Sirolimus; OPS 8-837.v in Verbindung mit OPS 8-83b.08
76197666	Crizotinib, je 250 mg
76197667	Koronarstent, medikamentenfreisetzend, komplett bioresorbierbar, Kathetergestützte Implantation eines temporären Gefäßgerüsts mit Wirkstofffreisetzung; OPS 8-83d.0* in Verbindung mit OPS 8-83b.02
76197668	Brentuximabvedotin, je 50 mg; OPS 8-547.1
76197669	Pixantrone, je 50 mg
76197670	Crizotinib, je 500 mg
76197671	Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen, Flow Diverter in der zerebralen Aneurysmathherapie; OPS 8-83c.8
76197672	Lungenvolumenreduktion durch Einlage von Coils, je Set 5 Coils; OPS 5-339.8*
76197673	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 25 bis 50 mm, ein Stent; OPS 5-38d.0b oder 5-38d.0c in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 oder 8-842.0b oder 8-842.0c in Verbindung mit OPS 8-83b.e1
76197674	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 100 mm, ein Stent; OPS 5-38d.0b oder 5-38d.0c in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 oder 8-842.0b oder 8-842.0c in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 oder 8-83b.f1
76197675	Apikoaoortales, klappentragendes Konduit; OPS 5-358.05
76197676	Crizotinib, je 200 mg
76197677	Vemurafenib, je Packung zu 56 Tabletten (a 240 mg)
76197678	Lungenvolumenreduktion mittels bronchoskopischer Applikation von Polymerschaum, zwei Subsegmente; OPS 5-339.71
76197679	Koronarstent, medikamentenfreisetzend, komplett bioresorbierbar, 1 Stent in eine Koronararterie; OPS 8-83d.00
76197680	Koronarstent, medikamentenfreisetzend, komplett bioresorbierbar, 2 Stents in eine Koronararterie; OPS 8-83d.01
76197681	Koronarstent, medikamentenfreisetzend, komplett bioresorbierbar, 2 Stents in mehrere Koronararterien; OPS 8-83d.02
76197682	Koronarstent, medikamentenfreisetzend, komplett bioresorbierbar, 3 Stents in eine Koronararterie; OPS 8-83d.03
76197683	Koronarstent, medikamentenfreisetzend, komplett bioresorbierbar, 3 Stents in mehrere Koronararterien; OPS 8-83d.04
76197684	Koronarstent, medikamentenfreisetzend, komplett bioresorbierbar, 4 Stents in eine Koronararterie; OPS 8-83d.05
76197685	Koronarstent, medikamentenfreisetzend, komplett bioresorbierbar, 4 Stents in mehrere Koronararterien; OPS 8-83d.06
76197686	Koronarstent, medikamentenfreisetzend, komplett bioresorbierbar, 5 Stents in eine Koronararterie; OPS 8-83d.07
76197687	Koronarstent, medikamentenfreisetzend, komplett bioresorbierbar, 5 Stents in mehrere Koronararterien; OPS 8-83d.08
76197688	Koronarstent, medikamentenfreisetzend, komplett bioresorbierbar, 6 Stents in eine Koronararterie; OPS 8-83d.09
76197689	Koronarstent, medikamentenfreisetzend, komplett bioresorbierbar, 6 Stents

	in mehrere Koronararterien; OPS 8-83d.0a
76197690	Eribulin, je 1 ml (0,44 mg); OPS 6-006.5
76197691	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 100 mm bis unter 150 mm Prothesenlänge; OPS 8-842.0b oder 8-842.0c in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f1
76197692	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 150 mm bis unter 200 mm Prothesenlänge; OPS 8-842.0b oder 8-842.0c in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f2
76197693	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 200 mm bis unter 250 mm Prothesenlänge; OPS 8-842.0b oder 8-842.0c in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f3
76197694	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, über 250 mm Prothesenlänge; OPS 8-842.0b oder 8-842.0c in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f4
76197695	Intrakavitäre Radiotherapie mit Jod-125, bei Rezidiv
76197696	Therapie der Skoliose mittels mitwachsendem Schrauben-Stab-System, je Eingriff
76197697	Fetoskopische Drainagetherapie; OPS 5-755.6 oder 5-754.10 oder 5-754.3
76197698	Wachstumsendoprothesen; OPS 5-820.20 oder 5-820.21 oder 5-820.22 oder 5.822.90 oder 5-822.91 oder 5-822.92
76197699	Therapie der Skoliose mittels magnetisch- kontrollierter Stangen; OPS 5-838.e0
76197700	Therapie der Skoliose mittels magnetisch- kontrollierter Stangen; OPS 5-838.e1
76197701	Therapie der Skoliose mittels magnetisch- kontrollierter Stangen; OPS 5-838.e2
76197702	Therapie der Skoliose mittels magnetisch- kontrollierter Stangen; OPS 5-838.e3
76197703	Ipilimumab, je 10 mg; OPS 6-006.3
76197704	Endo-Exo-Prothese; OPS 5-828.0
76197705	Endo-Exo-Prothese; OPS 5-869.3
76197706	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, bis 50 mm, je Stent; OPS 8-842.*9 oder 8-842.*a oder 8-842.*b oder 8-842.*c in Verbindung mit OPS 8-83b.e1
76197707	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 100 mm bis 150 mm, je Stent; OPS 8-842.*9 oder 8-842.*a oder 8-842.*b oder 8-842.*c in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f1
76197708	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 150 mm bis 250 mm, je Stent; OPS 8-842.*9 oder 8-842.*a oder 8-842.*b oder 8-842.*c in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f2 oder 8-83b.f3
76197709	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 250 mm und mehr, je Stent; OPS 8-842.*9 oder 8-842.*a oder 8-842.*b oder 8-842.*c in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f4
76197710	Intraaneurysmales hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen (Flow Diverter); OPS 8-83c.8 in

76197711	Verbindung mit OPS 8-84b.00 Intraaneurysmales hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen (Flow Diverter); OPS 8-83c.8 in Verbindung mit OPS 8-84b.20
76197712	Intraaneurysmales hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen (Flow Diverter); OPS 8-83c.8 in Verbindung mit OPS 8-84b.30
76197713	Intraaneurysmales hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen (Flow Diverter); OPS 8-83c.8 in Verbindung mit OPS 8-84b.40
76197714	Intraaneurysmales hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen (Flow Diverter); OPS 8-83c.8 in Verbindung mit OPS 8-84b.50
76197715	Intraaneurysmales hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen (Flow Diverter); OPS 8-83c.8 in Verbindung mit OPS 8-84b.60
76197716	Koronarstent, selbstexpandierend, medikamente-freisetzende Bifurkationsstents; OPS 8-837.v in Verbindung mit OPS 8-83b.0*
76197717	Koronare Bifurkationsstents, medikamente-freisetzend; OPS 8-837.v in Verbindung mit OPS 8-83b.0*
76197718	Bioaktive Coils, intrakraniell, je Metallspirale; OPS 8-838.9* in Verbindung mit OPS 8-83b.31 oder 8-83b.32 in Verbindung mit OPS 8-836.n*
76197719	Überlange Coils, intrakraniell; OPS 8-836.m0 in Verbindung mit OPS 8-83b.33 oder 8-83b.35 in Verbindung mit OPS 8-836.n*
76197720	Implantation einer Gefäßprothese mit integriertem Stent im Rahmen von arteriovenöser Shunt- und peripherer Bypasschirurgie, für arteriovenöse Shuntchirurgie, 5-986.x in Verbindung mit Diagnose Z99.2; OPS 5-392.6 in Verbindung mit OPS 5-986.x
76197721	Koronarstent, medikamentenfreisetzend, komplett bioresorbierbar, 1. Stent
76197722	Apikoaoortales, klappentragendes Konduit; OPS 5-379.a
76197723	Endovaskuläre Implantation/Reparatur einer Stent-Prothese mittels eines Endo-Staplers; OPS 5-98c.4
76197724	Koronarstent, medikamentenfreisetzend, komplett bioresorbierbar, ab dem 2. Stent
76197725	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für intraabdominale, kraniale oder periphere Gefäße, 25 - 50 mm
76197726	Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD), Folgetest (1 Marker), Erwachsene
76197727	Bioaktive Coils, Aneurysma-Therapie; OPS 8-836.m0 in Verbindung mit OPS 8-83b.30 oder 8-83b.31 oder 8-83b.32 in Verbindung mit OPS 8-836.n*
76197728	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für intraabdominale, kraniale oder periphere Gefäße, 100 mm
76197729	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für intraabdominale, kraniale oder periphere Gefäße, 150 mm
76197730	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für intraabdominale, kraniale oder periphere Gefäße, 250 mm
76197731	Implantation einer Gefäßprothese mit integriertem Stent im Rahmen von arteriovenöser Shunt- und peripherer Bypasschirurgie, arteriovenöse Shuntchirurgie, 50 mm, je Prothese

76197732	Implantation einer Gefäßprothese mit integriertem Stent im Rahmen von arteriovenöser Shunt- und peripherer Bypasschirurgie, arteriovenöse Shuntchirurgie, 100 mm, je Prothese
76197733	Mifamurtid, je 0,1 mg; OPS 6-005.g
76197734	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für intraabdominale, kraniale oder periphere Gefäße, periphere Gefäße, mit Bifurkation, 100 mm bis unter 150 mm; OPS 8-842.*b oder 8-842.*c oder 8-842.*9 oder 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f1
76197737	Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen, je Stent; OPS 8-84b.*0
76197738	Aszitesbehandlung mittels einer vollimplantierbaren Pumpe; OPS 5-549.6
76197739	Koronarstent, selbstexpandierend, medikamente-freisetzender Bifurkationsstent; OPS 8-837.v in Verbindung mit OPS 8-83b.04
76197740	Brentuximabvedotin, je 50 mg
76197741	Ivacaftor, je mg
76197742	Everolimus bei Neoplasie, je mg, Gabe der 2,5 mg oder 5 mg Tablette
76197743	Ereignisrekorder, implantierbar, gemeinsam mit Ablation, je Leistung (außer bei Herzmonitor); OPS 5-377.8
76197744	Ereignisrekorder, implantierbar, gemeinsam mit Ablation, je Leistung (bei Herzmonitor); OPS 5-377.8
76197745	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für intraabdominale, kraniale oder periphere Gefäße, periphere Gefäße, mit Bifurkation, bis 50 mm; OPS 8-842.*b oder 8-842.*c oder 8-842.*9 oder 8-83b.e1
76197746	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für intraabdominale, kraniale oder periphere Gefäße, periphere Gefäße, mit Bifurkation, 150 mm bis unter 250 mm; OPS 8-842.*b oder 8-842.*c oder 8-842.*9 oder 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f2 oder 8-83b.f3
76197747	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für intraabdominale, kraniale oder periphere Gefäße, periphere Gefäße, mit Bifurkation, 250 mm und mehr; OPS 8-842.*b oder 8-842.*c oder 8-842.*9 oder 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f4
76197749	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für viszerale und supraaortale Gefäße; OPS 8-839.88
76197751	Lungenlebend-Spende, pro Eingriff
76197755	Eribulin, je 0,1 mg; OPS 6-006.5
76197756	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für viscerale und supraaortale Gefäße, 50 mm Länge, je Stent
76197757	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für viscerale und supraaortale Gefäße, 100 mm Länge, je Stent
76197758	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für viscerale und supraaortale Gefäße, 150 mm Länge, je Stent
76197759	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für viscerale und supraaortale Gefäße, 250 mm Länge, je Stent

Zusatzentgelt nach § 6 Abs. 2a KHEntgG (ab 2012)

76296054	Tumorchirurgie in der Orthopädie mit komplizierenden Konstellationen
76296055	Tumorchirurgie in der Orthopädie ohne komplizierende Konstellationen
76296056	Tumorchirurgie in der Orthopädie mit mehreren operativen Eingriffen
76296057	spezielle septische Chirurgie
76296058	Embolisationstherapie angeborener Gefäßmissbildungen durch Einsatz von Onyx
76296059	onkologisch-komplementärmedizinisches Zusatzentgelt
76296060	Hyperbare Sauerstofftherapie (HBO) für ICD T58 und T59.9; OPS 8-721.*
76296061	Hyperbare Sauerstofftherapie (HBO) für ICD A48.0; OPS 8-721.*
76296062	Hyperbare Sauerstofftherapie (HBO) für ICD T70.3; OPS 8-721.*
76296063	Hyperbare Sauerstofftherapie (HBO) für ICD I74; OPS 8-721.*
76296064	Hyperthermie der Brustwand; OPS 8-600.0
76296065	Zusatzentgelt bei nicht erfolgter Stammzellentnahme aufgrund einer Erkrankung des Spenders

Hinweise zu den Entgeltschlüsseln bei Weitergeltung von Zusatzentgelten nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2013

Für die in Anlage 4 bzw. 6 der FPV 2013 mit Fußnote 4 gekennzeichneten Zusatzentgelte sind nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2013 die bisher krankenhausesindividuell vereinbarten Entgelte gemäß § 15 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung der Höhe nach weiter zu erheben.

Für die Abrechnung dieser Zusatzentgelte sind folgende Entgeltschlüssel zu verwenden, sofern das Zusatzentgelt für 2012 nicht mit krankenhausesindividuellen Leistungsbeschränkungen oder Spezifikationen vereinbart wurde:

1. Zusatzentgelte, für die sowohl der ZE-Kode in Spalte 1 (abgesehen von der Jahreszahl) als auch der zugeordnete OPS-Kode in Spalte 3 der Anlage 6 der DRG-EKV 2012 und der FPV 2013 übereinstimmen, werden mit dem weiter geltenden Entgeltschlüssel aus 2012 abgerechnet.

Dies betrifft folgende Zusatzentgelte:

ZE2012-01 bis 05, 07 bis 10, 13, 15 bis 18, 22, 24, 26, 33 bis 36, 40, 41, 44 bis 46, 49,
ZE2012-50 (in Verbindung mit OPS-Kode 5-384.8),
ZE2012-53, 54, 56 bis 66,
ZE2012-67 (in Verbindung mit den OPS-Kodes 8-840.*4, 8-841.*4, 8-843.*4, 8-849.*4,
8-84a.*4 und 8-84b.*4),
ZE2012-69 bis 72, 74, 75, 77 bis 80, 82, 84 bis 86, 88, 91 und 92.

2. Zusatzentgelte, für die der ZE-Kode in Spalte 1 (abgesehen von der Jahreszahl) und die Bezeichnung in Spalte 2 übereinstimmen, aber der OPS-Kode in Spalte 3 der Anlage 6 der FPV 2013 geändert ist, werden mit dem weiter geltenden Entgeltschlüssel aus 2012 abgerechnet.

Dies betrifft folgende Zusatzentgelte:

ZE2012-25 in Verbindung mit OPS-Kode 5-829.d, der für 2013 auf die OPS-Kodes
5-829.k und .m aufgeteilt ist.
ZE2012-50 in Verbindung mit den OPS-Kodes 5-384.b* und .c*, die für 2013 in die
OPS-Kodes 5-38a.a* und .b* überführt sind.

3. Zusatzentgelte, für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren

Die krankenhausesindividuell vereinbarten Zusatzentgelte ZE2012-27 für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren sind gemäß Fußnote 8 der Anlage 4 bzw. 6 der FPV 2013 nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2013 gemäß § 15 Abs. 2 Satz 2 KHEntgG bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung der Höhe nach mit dem weiter geltenden Entgeltschlüssel aus 2012 weiter zu erheben.

Dies betrifft folgende Zusatzentgelte:

ZE2012-27 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren.

Die Entgeltschlüssel für die neuen ZE2013-97 und ZE2013-98 (siehe Anlage 4 und 6 bzw. 7 FPV 2013) sind erst mit Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung zu verwenden.

4. Zusatzentgelte aus der Anlage 2 bzw. 5 der DRG-EKV 2012, die in die Anlage 4 bzw. 6 der FPV 2013 überführt sind, werden gemäß Fußnote 6 Anlage 4 bzw. Anlage 6 mit dem weiter

geltenden Entgeltschlüssel und der Entgelthöhe aus 2012 abgerechnet. Der weiter geltende Entgeltschlüssel aus 2012 verliert mit dem Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung seine Geltung und kann ab diesem Zeitpunkt nicht mehr verwendet werden.

Dies betrifft folgende Zusatzentgelte:

ZE44-Entgeltschlüssel aus 2012 Gabe von Topotecan, parenteral (OPS 6-002.4*)
[ZE2013-96]

5. Zusatzentgelte aus der Anlage 4 bzw. 6 der DRG-EKV 2012, die in die Anlage 2 bzw. 5 der FPV 2013 überführt sind, können für 2013 als solche nicht mehr abgerechnet werden. Die Abrechnung dieser Zusatzentgelt-Leistungen erfolgt über die neuen Entgeltschlüssel zu Anlage 2 bzw. 5 der FPV 2013, wodurch die bisherigen Entgeltschlüssel entfallen und ersetzt werden.

Folgende Zusatzentgelte und ihre Entgeltschlüssel gelten nicht weiter:

ZE2012-87 Medikamente-freisetzende Ballons an Koronargefäßen (2013: ZE136)
ZE2012-89 Gabe von Paclitaxel, parenteral (2013: ZE63)
ZE2012-90 Gabe von Docetaxel (2013: ZE80)

Hinweis zu den Entgeltschlüsseln bei Weitergeltung von Entgelten aus 2012 für NUB-Leistungen, die als Zusatzentgelte in die Anlage 4 bzw. 6 FPV 2013 aufgenommen sind

Für die in Anlage 4 bzw. 6 der FPV 2013 mit Fußnote 4 gekennzeichneten Zusatzentgelte sind nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2013 die bisher krankenhausesindividuell vereinbarten Entgelte gemäß § 15 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung der Höhe nach weiter zu erheben.

Für die Abrechnung von NUB-Leistungen, die in die Anlage 4 bzw. 6 der FPV 2013 aufgenommen sind, sind bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung die weiter geltenden Entgeltschlüssel aus 2012 zu verwenden:

Dies betrifft folgende NUB-Entgelte aus 2012 bzw. Zusatzentgelte 2013:

[NUB 9-2012 Romiplostim] für ZE2013-95 (Gabe von Romiplostim, parenteral)
[NUB 13-2012 Eculizumab] für ZE2013-93 (Gabe von Eculizumab, parenteral)
[NUB 23-2012 Plerixafor] für ZE2013-94 (Gabe von Plerixafor, parenteral)

Tagesbezogene Entgelte nach § 7 Abs. 1 Nr. 5 KHEntgG (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)

bundesweit für Aufnahmen in 2013

Anlage 3a (vollstationär) DRG-Entgeltkatalog 2013

8500A16A	Transplantation von Darm oder Pankreas
8500A16B	Injektion von Pankreasgewebe
8500A22Z	Korrekturingriff bei Doppelfehlbildung
8500A43Z	Frührehabilitation bei Wachkoma und Locked-in-Syndrom
8500B11Z	Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur
8500B13Z	Epilepsiechirurgie mit invasivem präoperativen Video-EEG
8500B43Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als 27 Tage
8500B46Z	Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
8500B49Z	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson
8500B61B	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt
8500B76A	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnostik und Therapie
8500D01A	Kochleaimplantation, bilateral
8500D23Z	Implantation eines Hörgerätes
8500E37Z	Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation bei hoher Dringlichkeitsstufe bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
8500E41Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
8500E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage
8500F29Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit bestimmter OR-Prozedur, außer kardiothorakale Eingriffe
8500F37Z	Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation bei hoher Dringlichkeitsstufe bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
8500F45Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
8500F96Z	Stammzelltransfusion bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
8500G51Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
8500H37Z	Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation bei hoher Dringlichkeitsstufe bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
8500I40Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
8500I96Z	Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 20 Tage
8500K01Z	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit Frührehabilitation oder geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung
8500K43Z	Frührehabilitation bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
8500L61Z	Stationäre Aufnahme zur Dialyse
8500U01Z	Geschlechtsumwandelnde Operation
8500U41Z	Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei psychischen Krankheiten und Störungen
8500U42Z	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen
8500U43Z	Psychosomatische Therapie, Alter < 18 Jahre

8500W01A	Polytrauma mit Beatmung oder bestimmten Eingriffen, mit Frührehabilitation
8500W05Z	Frührehabilitation bei Polytrauma mit OR-Prozedur
8500W40Z	Frührehabilitation bei Polytrauma
8500Y01Z	Operative Eingriffe oder Beatmung > 95 Stunden bei schweren Verbrennungen
8500Y61Z	Schwere Verbrennungen
8500Z02Z	Leberspende (Lebendspende)
8500Z41Z	Knochenmarkentnahme bei Eigenspender
8500Z42Z	Stammzellentnahme bei Fremdspender
8500Z43Z	Knochenmarkentnahme bei Fremdspender

Anlage 3b (teilstationär) DRG-Entgeltkatalog 2013

8500A90A	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, umfassende Behandlung
8500A90B	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, Basisbehandlung
8500L90A	Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter < 15 Jahre
8500L90B	Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse

Bundesweit (teilstationär)

85000053	Teilstationäre Einzel- oder Gruppenschulung diabeteskranker Kinder und Jugendlicher für einen Tag (Typ I)
85000054	Tagesklinik und Therapie-Centrum für Essstörungen (TCE), Jugendkonzept
85000055	Teilstationäre Tinnitus/Schwindel Intensivtherapie
85000056	Tagesklinische interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie
85000057	Teilstationäre Tumorthherapie intravenös
85000058	Teilstationäre Ambulanzpauschale Herz-Assist-System
85000059	Tagesklinik Kinderonkologie
85000060	Teilstationäre Radioonkologie mit Hyperthermie der Brustwand; OPS 8-600.0
85000061	teilstationäre Pädiatrie und Kinderurologie
85000062	Tagesklinik Geriatrie
85000063	Tagesklinik Orthopädie
85000064	Tagesklinik Kinderneurologie
85000065	Tagesklinik Nuklearmedizin
85000066	Tagesklinik Pneumologie
85000067	Tagesklinik Gynäkologie

Besondere Einrichtungen, teilstationär

85003005	Palliativmedizin
----------	------------------

Besondere Einrichtungen, vollstationär

85004015	Besondere Einrichtung für Sonderisolierstation, Tagessatz 2 - Verdacht auf Kategorie C
85004016	Besondere Einrichtung für Sonderisolierstation, Tagessatz 1- Kategorie C
85004017	Besondere Einrichtung für Sonderisolierstation, Tagessatz 3- Patienten der Kategorie B+
85004018	Besondere Einrichtung für Isolierstation, Basispatient, isoliert
85004019	Besondere Einrichtung für Isolierstation, Intensivpatient, nicht beatmet

| 85004020 Besondere Einrichtung für Isolierstation, Intensivpatient, beatmet

Fallbezogene Entgelte nach § 7 Abs. 1 Nr. 5 KHEntgG (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)

bundesweit für Aufnahmen in 2013

Anlage 3a (vollstationär) DRG-Entgeltkatalog 2013

8600A16A	Transplantation von Darm oder Pankreas
8600A16B	Injektion von Pankreasgewebe
8600A22Z	Korrekturingriff bei Doppelfehlbildung
8600A43Z	Frührehabilitation bei Wachkoma und Locked-in-Syndrom
8600B11Z	Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur
8600B13Z	Epilepsiechirurgie mit invasivem präoperativen Video-EEG
8600B43Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als 27 Tage
8600B46Z	Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
8600B49Z	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson
8600B61B	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt
8600B76A	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnostik und Therapie
8600D01A	Kochleaimplantation, bilateral
8600D23Z	Implantation eines Hörgerätes
8600E37Z	Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation bei hoher Dringlichkeitsstufe bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
8600E41Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
8600E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage
8600F29Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit bestimmter OR-Prozedur, außer kardiothorakale Eingriffe
8600F37Z	Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation bei hoher Dringlichkeitsstufe bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
8600F45Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
8600F96Z	Stammzelltransfusion bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
8600G51Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
8600H37Z	Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation bei hoher Dringlichkeitsstufe bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
8600I40Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
8600I96Z	Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 20 Tage
8600K01Z	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit Frührehabilitation oder geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung
8600K43Z	Frührehabilitation bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
8600L61Z	Stationäre Aufnahme zur Dialyse
8600U01Z	Geschlechtsumwandelnde Operation
8600U41Z	Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei psychischen Krankheiten und Störungen
8600U42Z	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen
8600U43Z	Psychosomatische Therapie, Alter < 18 Jahre

8600W01A	Polytrauma mit Beatmung oder bestimmten Eingriffen, mit Frührehabilitation
8600W05Z	Frührehabilitation bei Polytrauma mit OR-Prozedur
8600W40Z	Frührehabilitation bei Polytrauma
8600Y01Z	Operative Eingriffe oder Beatmung > 95 Stunden bei schweren Verbrennungen
8600Y61Z	Schwere Verbrennungen
8600Z02Z	Leberspende (Lebendspende)
8600Z41Z	Knochenmarkentnahme bei Eigenspender
8600Z42Z	Stammzellentnahme bei Fremdspender
8600Z43Z	Knochenmarkentnahme bei Fremdspender

Anlage 3b (teilstationär) DRG-Entgeltkatalog 2013

8600A90A	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, umfassende Behandlung
8600A90B	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, Basisbehandlung
8600L90A	Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter < 15 Jahre
8600L90B	Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse

Bundesweit

86000013	Eingriffe an Tränendrüse und Tränenwegen -teilstationäre Behandlung-
86000014	Eingriffe an Kornea, Sklera und Kunjunktiva, Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse -teilstationäre Behandlung-
86000015	Glaukom, Katarakt und Erkrankungen des Augenlides -teilstationäre Behandlung-

Besondere Einrichtungen, vollstationär

86004003	Invasive Diagnostik mit Tiefenelektroden/Stereo-EEG, Stereotaktische Roboter-Assistierte (ROSA) Implantationstechnik
----------	--

Entgelte bei Überschreiten der oberen GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG

bundesweit für Aufnahmen in 2013

Anlage 3a (vollstationär) DRG-Entgeltkatalog 2013

8700D23Z	Implantation eines Hörgerätes
8700A16A	Transplantation von Darm oder Pankreas
8700A16B	Injektion von Pankreasgewebe
8700A22Z	Korrekturingriff bei Doppelfehlbildung
8700A43Z	Frührehabilitation bei Wachkoma und Locked-in-Syndrom
8700B11Z	Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur
8700B13Z	Epilepsiechirurgie mit invasivem präoperativen Video-EEG
8700B43Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als 27 Tage
8700B46Z	Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
8700B49Z	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson
8700B61B	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt
8700B76A	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnostik und Therapie
8700D01A	Kochleaimplantation, bilateral
8700E37Z	Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation bei hoher Dringlichkeitsstufe bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
8700E41Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
8700E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage
8700F29Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit bestimmter OR-Prozedur, außer kardiothorakale Eingriffe
8700F37Z	Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation bei hoher Dringlichkeitsstufe bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
8700F45Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
8700F96Z	Stammzelltransfusion bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
8700G51Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
8700H37Z	Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation bei hoher Dringlichkeitsstufe bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
8700I40Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
8700I96Z	Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 20 Tage
8700K01Z	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit Frührehabilitation oder geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung
8700K43Z	Frührehabilitation bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
8700L61Z	Stationäre Aufnahme zur Dialyse
8700U01Z	Geschlechtsumwandelnde Operation
8700U41Z	Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei psychischen Krankheiten und Störungen
8700U42Z	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen
8700U43Z	Psychosomatische Therapie, Alter < 18 Jahre

8700W01A	Polytrauma mit Beatmung oder bestimmten Eingriffen, mit Frührehabilitation
8700W05Z	Frührehabilitation bei Polytrauma mit OR-Prozedur
8700W40Z	Frührehabilitation bei Polytrauma
8700Y01Z	Operative Eingriffe oder Beatmung > 95 Stunden bei schweren Verbrennungen
8700Y61Z	Schwere Verbrennungen
8700Z02Z	Leberspende (Lebendspende)
8700Z41Z	Knochenmarkentnahme bei Eigenspender
8700Z42Z	Stammzellentnahme bei Fremdspender
8700Z43Z	Knochenmarkentnahme bei Fremdspender

Anlage 3b (teilstationär) DRG-Entgeltkatalog 2013

8700A90A	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, umfassende Behandlung
8700A90B	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, Basisbehandlung
8700L90A	Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter < 15 Jahre
8700L90B	Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse

Bundesweit

87000013	Eingriffe an Tränendrüse und Tränenwegen -teilstationäre Behandlung-
87000014	Eingriffe an Kornea, Sklera und Kunjunktiva, Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse -teilstationäre Behandlung-
87000015	Glaukom, Katarakt und Erkrankungen des Augenlides -teilstationäre Behandlung-

Besondere Einrichtungen, vollstationär

87004003	Invasive Diagnostik mit Tiefenelektroden/Stereo-EEG, Stereotaktische Roboter-Assistierte (ROSA) Implantationstechnik
----------	--

Abschläge bei Verlegung für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG

bundesweit für Aufnahmen in 2013

Anlage 3a (vollstationär) DRG-Entgeltkatalog 2013

8800A16A	Transplantation von Darm oder Pankreas
8800A16B	Injektion von Pankreasgewebe
8800A22Z	Korrekturingriff bei Doppelfehlbildung
8800A43Z	Frührehabilitation bei Wachkoma und Locked-in-Syndrom
8800B11Z	Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur
8800B13Z	Epilepsiechirurgie mit invasivem präoperativen Video-EEG
8800B43Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als 27 Tage
8800B46Z	Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
8800B49Z	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson
8800B61B	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt
8800B76A	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnostik und Therapie
8800D01A	Kochleaimplantation, bilateral
8800D23Z	Implantation eines Hörgerätes
8800E37Z	Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation bei hoher Dringlichkeitsstufe bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
8800E41Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
8800E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage
8800F29Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit bestimmter OR-Prozedur, außer kardiothorakale Eingriffe
8800F37Z	Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation bei hoher Dringlichkeitsstufe bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
8800F45Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
8800F96Z	Stammzelltransfusion bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
8800G51Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
8800H37Z	Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation bei hoher Dringlichkeitsstufe bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
8800I40Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
8800I96Z	Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 20 Tage
8800K01Z	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit Frührehabilitation oder geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung
8800K43Z	Frührehabilitation bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
8800L61Z	Stationäre Aufnahme zur Dialyse
8800U01Z	Geschlechtsumwandelnde Operation
8800U41Z	Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei psychischen Krankheiten und Störungen
8800U42Z	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen
8800U43Z	Psychosomatische Therapie, Alter < 18 Jahre

8800W01A	Polytrauma mit Beatmung oder bestimmten Eingriffen, mit Frührehabilitation
8800W05Z	Frührehabilitation bei Polytrauma mit OR-Prozedur
8800W40Z	Frührehabilitation bei Polytrauma
8800Y01Z	Operative Eingriffe oder Beatmung > 95 Stunden bei schweren Verbrennungen
8800Y61Z	Schwere Verbrennungen
8800Z02Z	Leberspende (Lebendspende)
8800Z41Z	Knochenmarkentnahme bei Eigenspender
8800Z42Z	Stammzellentnahme bei Fremdspender
8800Z43Z	Knochenmarkentnahme bei Fremdspender

Anlage 3b (teilstationär) DRG-Entgeltkatalog 2013

8800A90A	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, umfassende Behandlung
8800A90B	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, Basisbehandlung
8800L90A	Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter < 15 Jahre
8800L90B	Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse

Bundesweit

88000013	Eingriffe an Tränendrüse und Tränenwegen -teilstationäre Behandlung-
88000014	Eingriffe an Kornea, Sklera und Kunjunktiva, Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse -teilstationäre Behandlung-
88000015	Glaukom, Katarakt und Erkrankungen des Augenlides -teilstationäre Behandlung-

Besondere Einrichtungen, vollstationär

88004003	Invasive Diagnostik mit Tiefenelektroden/Stereo-EEG, Stereotaktische Roboter-Assistierte (ROSA) Implantationstechnik
----------	--

Abschläge bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG

bundesweit für Aufnahmen in 2013

Anlage 3a (vollstationär) DRG-Entgeltkatalog 2013

8900A16A	Transplantation von Darm oder Pankreas
8900A16B	Injektion von Pankreasgewebe
8900A22Z	Korrekturingriff bei Doppelfehlbildung
8900A43Z	Frührehabilitation bei Wachkoma und Locked-in-Syndrom
8900B11Z	Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur
8900B13Z	Epilepsiechirurgie mit invasivem präoperativen Video-EEG
8900B43Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als 27 Tage
8900B46Z	Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
8900B49Z	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson
8900B61B	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt
8900B76A	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnostik und Therapie
8900D01A	Kochleaimplantation, bilateral
8900D23Z	Implantation eines Hörgerätes
8900E37Z	Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation bei hoher Dringlichkeitsstufe bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
8900E41Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
8900E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage
8900F29Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit bestimmter OR-Prozedur, außer kardiothorakale Eingriffe
8900F37Z	Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation bei hoher Dringlichkeitsstufe bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
8900F45Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
8900F96Z	Stammzelltransfusion bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
8900G51Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
8900H37Z	Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation bei hoher Dringlichkeitsstufe bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
8900I40Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
8900I96Z	Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 20 Tage
8900K01Z	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit Frührehabilitation oder geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung
8900K43Z	Frührehabilitation bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
8900L61Z	Stationäre Aufnahme zur Dialyse
8900U01Z	Geschlechtsumwandelnde Operation
8900U41Z	Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei psychischen Krankheiten und Störungen
8900U42Z	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen
8900U43Z	Psychosomatische Therapie, Alter < 18 Jahre

8900W01A	Polytrauma mit Beatmung oder bestimmten Eingriffen, mit Frührehabilitation
8900W05Z	Frührehabilitation bei Polytrauma mit OR-Prozedur
8900W40Z	Frührehabilitation bei Polytrauma
8900Y01Z	Operative Eingriffe oder Beatmung > 95 Stunden bei schweren Verbrennungen
8900Y61Z	Schwere Verbrennungen
8900Z02Z	Leberspende (Lebendspende)
8900Z41Z	Knochenmarkentnahme bei Eigenspender
8900Z42Z	Stammzellentnahme bei Fremdspender
8900Z43Z	Knochenmarkentnahme bei Fremdspender

Anlage 3b (teilstationär) DRG-Entgeltkatalog 2013

8900A90A	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, umfassende Behandlung
8900A90B	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, Basisbehandlung
8900L90A	Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter < 15 Jahre
8900L90B	Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse

Bundesweit

89000013	Eingriffe an Tränendrüse und Tränenwegen -teilstationäre Behandlung-
89000014	Eingriffe an Kornea, Sklera und Kunjunktiva, Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse -teilstationäre Behandlung-
89000015	Glaukom, Katarakt und Erkrankungen des Augenlides -teilstationäre Behandlung-

Besondere Einrichtungen, vollstationär

89004003	Invasive Diagnostik mit Tiefenelektroden/Stereo-EEG, Stereotaktische Roboter-Assistierte (ROSA) Implantationstechnik
----------	--

Matrix zu Schlüssel 4 - Entgeltarten

Matrix Entgeltarten

	1.-2. Stelle	3. (-4.) Stelle	4.-8. Stelle	KH/ Bund/Land
Basispflegesatz, vollstationär	01	0	00001	KH
Basispflegesatz, teilstationär	01	0	00002	KH
Abteilungspflegesatz	01	0	10000 (KH), 10100 ff. (FA)	KH
Pflegesatz für besondere Einrichtungen (BE)	01	0	200[10-91] (BE)	KH
Teilstationärer Pflegesatz	01	0	30000 (KH), 30010 ff. (FA, BE)	KH
Belegpflegesatz	01	0	40000 (KH), 40100 ff. (FA)	KH
Teilstationärer Belegpflegesatz	01	0	50000 (KH), 50100 ff. (FA)	KH
Ermäßigter vollstationärer Abteilungspflegesatz	02	0	10000 (KH), 10100 ff. (FA)	KH
Ermäßigter Pflegesatz für besondere Einrichtungen	02	0	200[10-91] (BE)	KH
Ermäßigter teilstationärer Abteilungspflegesatz	02	0	30000 (KH), 30010 ff. (FA, BE)	KH
Ermäßigter Belegpflegesatz	02	0	40000 (KH), 40100 ff. (FA)	KH
Ermäßigter teilstationärer Belegpflegesatz	02	0	50000 (KH), 50100 ff. (FA)	KH
Betrag nach § 14 Abs. 5 Satz 4 und 5 BpflV*	03	0	00000	Bund
Fallpauschale (FP)	10	1-6	02010 ff. (FP)	Bund
Zuschlag nach § 14 Abs. 6 Nr. 3 BpflV* - §11 Abs. 3 S. 2 Nr. 1 BpflV* - §11 Abs. 3 S. 2 Nr. 2 BpflV*	11 12	1-6	02010 ff. (FP)	KH
Abschlag nach § 14 Abs. 6 Nr. 3 BpflV* - §11 Abs. 3 S. 3 Nr. 1 BpflV* - §11 Abs. 3 S. 3 Nr. 2 BpflV*	13 14	1-6	02010 ff. (FP)	KH
Zuschlag nach § 14 Abs. 6 Nr. 5 BpflV*	16	1-6	02010 ff. (FP)	KH
Allg. Zuschlag nach § 14 Abs. 6 Nr. 6 BpflV*	17	1-6	02010 ff. (FP)	KH
Allg. Abschlag nach § 14 Abs. 6 Nr. 6 BpflV*	18	1-6	02010 ff. (FP)	KH
Sonderentgelt (SE)	20	1-6	01010 ff. (SE)	Bund
SE nach § 14 Abs. 6 BpflV* (zusätzliche OP)	21	1-6	01010 ff. (SE)	Bund
SE nach § 14 Abs. 6 BpflV* (Rezidiv-OP)	22	1-6	01010 ff. (SE)	Bund
SE nach § 14 Abs. 6 BpflV* (diagn./therap.)	23	1-6	01010 ff. (SE)	Bund
SE nach § 14 Abs. 6 BpflV* (Behandl. von Blutern)	24	1-6	01010 ff. (SE)	Bund

Matrix Entgeltarten

	1.-2. Stelle	3. (-4.) Stelle	4.-8. Stelle	KH/ Bund/Land
Zuschlag nach § 11 Abs. 3 S. 2 Nr. 1 BpflV*	25	1-6	01010 ff. (SE)	KH
Zuschlag nach § 11 Abs. 3 S. 2 Nr. 2 BpflV*	26	1-6	01010 ff. (SE)	KH
Abschlag nach § 11 Abs. 3 S. 3 Nr. 1 BpflV*	27	1-6	01010 ff. (SE)	KH
Abschlag nach § 11 Abs. 3 S. 3 Nr. 2 BpflV*	28	1-6	01010 ff. (SE)	KH
Zuschlag nach § 14 Abs. 3 BpflV oder § 14 Abs. 8 BpflV*	40	0	00000	Bund
Entgelt vorstationäre Behandlung	41	0	00000 ff.	Bund
Entgelt nachstationäre Behandlung	42	0	00000 ff.	Bund
Pflegesatz bei Beurlaubung	43	0	00000 ff.	KH
Modellvorhaben nach § 24 BpflV oder § 26 BpflV*	44	0 1-6	01001 ff.	KH
Wahlleistung Unterkunft (BKn)	45	0	00001 bis 00009	KH
Zuschlag für Qualitätssicherung nach § 137 oder § 112 Abs. 1 SGB V	46	0	[01-35]000 (Bayern: 09002) für Aufnahmen 2003: {[01-35][1 2][00 01]} (Land, Stufe, FP Herz)	Bund/Land
Zuschlag nach GMG und sonstiger Zuschlag	47	1	00001 ff.	KH, Bund/Land
Abschlag nach GMG und sonstiger Abschlag	47	2	00000, 00001	KH, Bund/Land
DRG-Systemzuschlag, vollstationärer Fall	48	0	00001	Bund
DRG-Systemzuschlag, teilstationärer Fall	48	0	00002	Bund
Zuschläge für Zentren und Schwerpunkte	49	1	[1-6]000[1-5]	KH
Abschläge für Zentren und Schwerpunkte	49	2	[1-6]000[1-5]	KH
Allgemeiner Pflegesatz nach BpflV alt	50	0	00001-00004	KH
Teilstationärer Pflegesatz nach BpflV alt	50	0	10001 ff.	KH
Besonderer Pflegesatz nach BpflV alt	50	0	20001 ff.	KH
Sonderentgelt nach BpflV alt	50	0	30001 ff.	KH
Abweichende Vereinbarung nach § 21 BpflV	50	0	40001 ff.	KH
Fallpauschale nach § 28 Abs. 2 BpflV*	51	0-6	01001 ff.	KH
Sonderentgelt nach § 28 Abs. 2 BpflV*	52	0-6	01001 ff.	KH
Sonderfall	60	0	00001 ff.	KH
Entgelt für integrierte Versorgung (§ 140c SGB V)	61	1-8	00000 ff. krankenkassen- individuelle Vergabe	KH
Abschlag bei Entgelten für integrierte Versorgung nach § 140c SGB V	62	1-8	00000 ff. krankenkassen- individuelle Vergabe	KH
Entgelt für Modellvorhaben nach § 63 SGB V	63	1-8	00000 ff. krankenkassen- individuelle Vergabe	KH

Matrix Entgeltarten

	1.-2. Stelle	3. (-4.) Stelle	4.-8. Stelle	KH/ Bund/Land
Zusatzentgelt für DMP	65	1-9	10101 ff. KV-spezifische Vereinbarung	KH

DRG-Fallpauschale nach § 7 Nr. 1 KHEntgG	70	1-8	0ADDS	Bund
Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD (§ 7 Nr. 3 KHEntgG)	71	1-8	0ADDS	Bund
Abschlag bei Verlegungen (§ 1 Abs. 1 S. 3 KFPV/FPV)	72	1-8	0ADDS	Bund
Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD (§ 1 Abs. 3 S. 1 KFPV/FPV)	73	1-8	0ADDS	Bund
Rückforderung von Abschlägen bei Nichterreichen der unteren GVD (§ 8 Abs. 5 Satz 2 KHEntgG)	74	1-6	0ADDS	KH
Zuschlag nach § 7 Nr.4 KHEntgG	75	1	00001 ff.	Bund/KH
Abschlag nach § 7 Nr.4 KHEntgG	75	2	00001 ff.	Bund/KH
Zusatzentgelt nach § 7 Nr. 2 KHEntgG – Arzneimittel oder Anlage 2 oder 4 KFPV 2004 oder Anlage 5 FPV oder Anlage 6 FPV oder Zusatzentgelt nach § 6 Abs. 2 KHEntgG oder Zusatzentgelt nach § 6 Abs. 2a KHEntgG – Dialyse (KFPV 2003)	76 77	0 ZE 0 1 2 0	[01-16]001 ff. 76000Z01 xyxy 00xx[0]A, ...] [01-16]001 ff. [01-16]001 ff. [01-16]001 ff.	KH Bund
Teilstationärer Pflegesatz nach § 9 Abs. 2 KFPV 2004 oder § 10 Abs. 2 FPV	78	03	0000 (KH) 0010 ff. (FA)	KH
Teilstationärer Belegpflegesatz nach § 9 Abs. 2 KFPV 2004 oder § 10 Abs. 2 FPV	78	05	0000 (KH), 0010 ff. (FA)	KH
Ausnahmeentgelt für teilstationäre DRG-Fallpauschalen aus 2003 n. § 9 Abs. 2 KFPV 2004 oder § 10 Abs. 2 FPV	79	1-6	0ADDS (DRGs 2003)	KH
Entgelt für neue Untersuchungs- u. Behandlungsmethoden nach § 7 Nr. 6 (§ 6 Abs. 2) KHEntgG	80	00-16	0001 ff. (wie explizit vereinbart)	KH
Entgelte nach Überschreiten der oberen GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG	81	00-16	0001 ff. (wie explizit vereinbart)	KH
Abschlag bei Verlegung für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG	82	00-16	0001 ff. (wie explizit vereinbart)	KH
Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG	83	00-16	0001 ff. (wie explizit vereinbart)	KH
Tagesbezogenes Entgelt nach § 7 Nr. 5 KHEntgG - Tagespauschale n. § 9 Abs. 2 KFPV 2004 oder § 10 Abs. 1 FPV - Tagesbezogenes Entgelt	85	00 01-16	A01Z ff. (Anlage 3 FPV) 0001 ff. (teilstationär) besondere Einrichtungen: 3001 ff. (teilstationär) 4001 ff. (vollstationär) (wie explizit vereinbart)	KH

Matrix Entgeltarten

	1.-2. Stelle	3. (-4.) Stelle	4.-8. Stelle	KH/ Bund/Land
Fallbezogenes Entgelt nach § 7 Nr. 5 KHEntgG - Fallbezogenes Entgelt nach § 7 Nr. 5 KHEntgG - Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD - Abschlag bei Verlegung - Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG	86 87 88 89	00 01-16	A01Z ff. (Anlage 3 FPV) 0001 ff. (teilstationär) besondere Einrichtungen: 3001 ff. (teilstationär) 4001 ff. (vollstationär) (wie explizit vereinbart)	KH
Rückforderung von Abschlägen bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG nach § 8 Abs. 5 Satz 2 KHEntgG	90	00-16	0001 ff. (wie explizit vereinbart)	KH
Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD für teilstationäre DRG-Fallpauschalen aus 2003 nach § 9 Abs. 2 KFPV 2004 oder § 10 Abs. 2 FPV	91	1-6	0ADDS (DRGs 2003)	KH
Abschlag bei Verlegungen für teilstationäre DRG-Fallpauschalen aus 2003 nach § 9 Abs. 2 KFPV 2004 oder § 10 Abs. 2 FPV	92	1-6	0ADDS (DRGs 2003)	KH
Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für teilstationäre DRG-Fallpauschalen aus 2003 nach § 9 Abs. 2 KFPV 2004 oder § 10 Abs. 2 FPV	93	1-6	0ADDS (DRGs 2003)	KH
Rückforderung von Abschlägen bei Nichterreichen der unteren GVD für teilstationäre DRG-Fallpauschalen aus 2003 nach § 9 Abs. 2 KFPV 2004 oder § 10 Abs. 2 FPV	94	1-6	0ADDS (DRGs 2003)	KH

BPfIV* = BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

Anhang B zu Anlage 2

Entgeltarten (ambulant)

Ambulante Operation/Behandlung nach § 115b und § 116b SGB V

EBM-Ziffern

00001100 ff. EBM-Katalog (siehe Anhang D zur Anlage 2, Schlüssel 20)

Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V

EBM-Ziffern

20001100 ff. EBM-Katalog (siehe Anhang D zur Anlage 2, Schlüssel 20)

Quartalspauschale

21000000	ohne Differenzierung
21000010	Sprechstundenbedarf
21000020	Nierenbiopsie
21000030	Zytologie
21000040	Histologie
21000050	psychotherapeutische Leistungen
21000120	Infektions- und Tropenmedizin
21000130	Motoneuron-Ambulanz
21000140	Seltene neuromuskuläre Erkrankungen
21000150	Transplantationsnachsorge
21000170	Onkologie Zusatzpauschale (FR1/HA1/IM1/IM2)
21000250	Nachsorge Transplantation nach TPG
21000260	Besondere Personengruppen
21000280	Leistungen für die Programme für Diabetes Typ I, Diabetes Typ II und Asthma (9900D)
21000290	Leistungen für das Programm für Brustkrebs (9900B)
210[0100ff.]0	Fachabteilungen (siehe Anlage 2, Schlüssel 6)
21038080	Fachbereich Humangenetik
21038240	Fachbereich HNO, Abt. Phoniatrie
21038250	Fachbereich Physiotherapie
21038260	Fachbereich Klinische Chemie und Laboratoriumsdiagnostik
21038270	Fachbereich Medizinische Mikrobiologie
21038280	Fachbereich Pathologie
21038290	Fachbereich Transfusionsmedizin

21038300	Fachbereich Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin
21038310	Fachbereich Medizinische Psychologie
21038320	Fachbereich Rechtsmedizin
21038330	Fachbereich Virologie
21038340	Fachbereich Klinische Pharmakologie
21038460	Fachbereich Sexualmedizin
21038470	Fachbereich NeuroimmunologieSonstige Pauschale
21040000	Erwachsene
21050000	Kinder und Jugendliche
21100160	Einmalkontakt, Mukoviszidosebehandlung, Erstkontakt
21040000	Erwachsene
21050000	Kinder und Jugendliche
21050110	Kinder und Jugendliche, Gruppentherapie

Behandlungspauschale

22000000	ohne Differenzierung
22000010	Sprechstundenbedarf
22000020	HIV
22000030	MRT
22000040	Phoniatrie
22000050	CT
22000060	Transplantationsnachsorge
22000070	Photodynamische Therapie
22000080	Strahlentherapeutische Leistungen
22000090	LDL-Apherese
22000100	Onkologisch-hämatologische Leistungen
22000140	Pädiatrische Gastroenterologie
22000150	Pädiatrische Endokrinologie
22000160	Pädiatrische Neurologie und Entwicklungsneurologie
22000170	Rachitis
22000180	Verordnung von Fluorpräparaten
22000190	Immunglobulin
22000230	HLA-Typisierung, Knochenmarkspende, Familienspende
22000240	HLA-Typisierung, Lebendnierenspende, Familienspende
22000250	HLA-Typisierung, Blutstammzellspende, Familienspende
22000260	HLA-Familienspendertypisierung
22000280	Mamma-MRT
22000290	Mamma-Biopsien
22000310	Mukoviszidosebehandlung, je Folgekontakt
22000320	Intravitreale Injektion Nachsorge, pro Injektion
22000340	fraktionsbezogene stereotakt. Leistungen
22000350	PET-CT
22000360	HLA Antikörperspezifizierung, HLA Klasse I und II
220[0100ff.]0	Fachabteilungen (siehe Anlage 2, Schlüssel 6)
22040010	Erwachsene, Molekulare Karyotypisierung (Eltern)
22040020	Neueinstellung eiens Sprachprozessors, Erwachsene
22050010	Kinder und Jugendliche, Molekulare Karyotypisierung (Kind)
22050020	Neueinstellung eines Sprachprozessors, Kinder und Jugendliche
22100330	Einmalkontakt, Stereotaxie (Einmalpauschale)

Tagespauschale

23000040	Onkologisch-hämatologische Leistungen
23000050	Strahlentherapeutische Leistungen
23000060	LDL-Apherese
23000070	Laboratoriumsmedizin
23038350	Laboratoriumsmedizin Fachbereich Mikrobiologie
23038360	Laboratoriumsmedizin Fachbereich Neurophatologie
23038370	Laboratoriumsmedizin Fachbereich Pathologie
23038380	Laboratoriumsmedizin Fachbereich Molekulare Pathologie
23038390	Laboratoriumsmedizin Fachbereich Tropenmedizin
23038400	Laboratoriumsmedizin Fachbereich Virologie
23040010	ambulante Cochlear-Langzeit-Nachsorge, Erwachsene
23050010	Hyperkinetisches Syndrom, Kinder und Jugendliche
23050020	ambulante Cochlear-Langzeit-Nachsorge, Kinder- und Jugendliche

Pauschale je Behandlungseinheit

24100000	je Stunde
24101001	je Stunde, gruppentherapeutische Leistungen

Pauschale nach Katalog

25101001	Intravitreale Injektion mit Medikation
25101002	Intravitreale Injektion ohne Medikation
25101003	Sehbehindertenambulanz
25101004	Uveitis-Ambulanz
25101005	Erstindikation Labor-TX
25101006	Warteliste/Nachsorge Labor -TX
25101007	Balneotherapie
25101008	Erweitertes Neugeborenenenscreening
25101009	Invasive Herz-TX-Nachsorge
25101010	Kardiologische Komplexdiagnostik
25101011	Schwere Herzinsuffizienz
25101012	Nachsorge allogene Blutstammzellen
25101013	Stammzellenentnahme Eigenspende
25101014	Stammzellenentnahme Fremdspende
25101015	Theumatologie
25101016	Erstindikation, interdisziplinäre Amyloidoseambulanz
25101017	Schmerzambulanz
25101018	Strahlentherapie
25101019	Brachytherapie
25101020	PET bei Bronchialcarcinom malignem(bösartig) Melanom und Hodgekin-Lymphoms
25101021	Mutationsanalyse Molekularpathologie
25101022	Interdisziplinäre Onkologie
25101023	Chirurgie
25101024	Stimm- und Sprachstörungen
25101025	Kinderklinik
25101026	Innere Medizin
25101027	Neurologie
25101028	Nuklearmedizin

25101029	Orthopädie
25101030	Humangenetische Diagnostik
25101031	Genanalyse (Indexfall)
25101032	Genanalyse (prädiktiver Test)
25101033	Strukturiertes Früherkennungsprogramm
25101034	Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung
25101035	Stammzellspende Fremdspender Familie
25101036	Stammzellspende autolog
25101037	Stammzellenanreicherung, je Anreicherung
25101038	Lymphozytenspenden
25101039	Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie
25101040	Abteilung Klinik und Poliklinik Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie
25101041	Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter
25101042	Abteilung Radiologische Diagnostik
25101043	Institut Medizinische Mikrobiologie und Hygiene
25101044	Universitätsklinik Hals,-Nasen-.Ohrenheilkunde mit Poliklinik
25101045	Universitätsklinik Radioonkologie
25101046	Abteilung Augenheilkunde I
25101047	Abteilung Augenheilkunde II
25101048	Abteilung Innere Medizin III (Schwerpunkt: Kardiologie und Kreislaufkrankungen)
25101049	Abteilung Neuroradiologie
25101050	Abteilung V, Sportmedizin (Schwerpunkt: Leistungsmedizin, spezielle Prävention, spezielle Rehabilitation)
25101051	Universitäts-Hautklinik
25101052	Abteilung für Neurochirurgie
25101053	Abteilung Innere Medizin IV (Schwerpunkt: Endokrinologie, Diabetologie, Angiologie, Nephrologie, Klinische Chemie)
25101054	Abteilung Innere Medizin VI (Schwerpunkt: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)
25101055	Abteilung Kinderheilkunde II (Schwerpunkt: Kardiologie, Intensivmedizin und Pulmologie)
25101056	Abteilung Kinderheilkunde III (Schwerpunkt: Neuropädiatrie, Entwicklungsneurologie, Sozialpädiatrie)
25101057	Abteilung Kinderheilkunde IV (Schwerpunkt: Neonatologie, neonatologische Intensivmedizin)
25101058	Pädiatrische Herzchirurgie und Chirurgie
25101059	Institut für Tropenmedizin
25101060	Universitätsklinik Thorax-, Herz-, Gefäßchirurgie
25101061	Universitätsklinik Allgemeine, Viszeral- und Transplantationschirurgie
25101062	Anästhesiologie und Intensivmedizin
25101063	Urologie
25101064	Abteilung Innere Medizin I (Schwerpunkt: Gastroenterologie, Hepatologie, Infektionskrankheiten)
25101065	Abteilung Kinderheilkunde I (Schwerpunkt: Allgemeine Pädiatrie)
25101066	Abteilung Innere Medizin II (Schwerpunkt: Onkologie, Hämatologie, Klinische Immunologie, Rheumatologie und Pulmologie)
25101067	Abteilung Kinderheilkunde I (Mukoviszidose)
25101068	Abteilung Kinderheilkunde I (Haematologie und Onkologie)
25101069	Abteilung Kinderheilkunde I (Rheuma)
25101070	Sektion Endoskopie und Sonographie der Chirurgischen Klinik

25101071	Kinderchirurgische Klinik
25101072	Orthopädisch- und Unfallchirurgisches Zentrum
25101073	Frauenklinik
25101074	I. Medizinische Klinik, Schwerpunkt Kardiologie
25101075	III. Medizinische Klinik Schwerpunkt Hämatologie
25101076	Klinik Dermatologie, Venerologie u. Allergol.
25101077	Augenklinik
25101078	Hals-Nasen-Ohren-Klinik
25101079	Klinik für Strahlentherapie, Radioonkologie
25101080	Nachsorge
25101081	II. Medizinische Klinik Schwerpunkt Gastro.
25101082	IV. Medizinische Klinik Geriatrie
25101083	V. Medizinische Klinik, Schwerpunkt Nephrologie
25101084	Zytologie
25101085	Früherkennung
25101086	Institut für Klinische Chemie
25101087	IKC Hämostaseologie
25101088	Polysomnographie
25101089	Polygraphie
25101090	PS/PG Differenzpauschale
25101091	Apheresenbehandlung
25101092	Diagnostik+ Therapie Schlafapnoe
25101093	Erstindikation Lebertransplantation
25101094	Hämophilie Innere Medizin
25101095	Thrombophilie Innere Medizin
25101096	Hämophilie Kinderklinik
25101097	Thrombophilie Kinderklinik
25101098	Humangenetik
25101099	Medizinische Klinik
25101100	Neurozentrum
25101101	Rheumatologie
25101102	Vor- und Nachbetreuung Lebertransplantation
25101103	Vor- und Nachbetreuung Lungentransplantation
25101104	Nachsorge allogene Stammzellentransplantation
25101105	Nachsorge autologe Stammzellentransplantation
25101106	Ambulante Chemotherapie
25101107	Intravitreale Injektion bei altersbedingter Makuladegeneration
25101108	Intravitreale Injektion; AMD ohne Medikament
25101109	Innere I
25101110	Innere II
25101111	Innere III
25101112	Chirurgie I
25101113	Chirurgie II
25101114	Unfallchirurgie
25101115	Herzchirurgie
25101116	Frauenheilkunde
25101117	Radiologie
25101118	Kinder- und Jugendpsychiatrie
25101119	Psych III
25101120	MKG-Chirurgie
25101121	Dermatologie

25101122	Anästhesie
25101123	Pathologie
25101124	Nachsorge nach allogener Knochenmarktransplantation bzw. Stammzelltransplantation
25101125	Nachsorge nach autologen Transplantationen
25101126	Diagnostik und Versorgung von Patienten mit HIV/AIDS
25101127	Früherkennungskoloskopie
25101128	DRG Z42Z Stammzellenentnahme bei Fremdspender als ambulante Leistung für Familienspender Behandlungspauschale DRG Z42Z
25101129	Polygraphie und Polysomnographie, 1x Jahr pro Patient
25101130	Spezialisierte Diagnostik und Therapie von hämatologischen Systemerkrankungen; hochspezialisierte hämatologische Diagnostik: Immunphänotypisierung, Zytogenetik und Molekulargenetik
25101131	Spezialisierte Diagnostik und Therapie von lymphatischen Systemerkrankungen
25101132	Spezialisierte Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Systemerkrankungen
25101133	Spezialisierte Diagnostik und Therapie von Echinokokkose
25101134	Spenderlymphozytengabe
25101135	Spezialisierte Diagnostik und Therapie der schweren Herzinsuffizienz (NYHA-Stadien III-IV) - Erstdiagnostik
25101136	Diagnostik und Versorgung von Patienten mit pulmonaler Hypertonie
25101137	Spezialisierte Diagnostik und Therapie von Knochen- und Weichteilsarkomen
25101138	Spezialisierte Diagnostik und Therapie von bösartigen Erkrankungen der Hoden oder anderer extragonadaler Gewebe
25101139	Spezialisierte Diagnostik und Therapie Hepatitis C
25101140	Spezialisierte Diagnostik und Therapie von Hepatopathie
25101141	Lebertransplantationsvorbereitung
25101142	Nierentransplantationsnachsorge
25101143	Stammzellentnahme bei Eigenspender analog DRG A42A; A42B
25101144	Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Hämophilie
25101145	Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Thrombophilie
25101146	Ambulante Behandlung ESWL
25101147	Spezialisierte Diagnostik und ggf. Entfernung von unklaren Brustherden
25101148	Diagnostik, Versorgung und therapeutische Beratung bei Erkrankungen des Blutes und der blutbildenden Organe durch die Kinderklinik
25101149	Diagnostik und Versorgung von Leukämien, Knochenmarkssystemerkrankungen und bösartigen Tumoren des Kinder- und Jugendalters
25101150	Voruntersuchung und Nachsorge nach Knochenmarktransplantation bzw. Stammzelltransplantation bei Kindern und Jugendlichen
25101151	Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Mucoviszidose
25101152	Diagnostik und Versorgung von Patienten der pädiatrischen Kardiologie
25101153	Spezialisierte Diagnostik und Therapie von chronischen und schwerwiegenden pädiatrischen Hormonerkrankungen
25101154	Spezialisierte Diagnostik und Therapie von Patienten mit Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen sowie hörbedingten Kommunikationsstörungen
25101155	Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Fehlbildungen, angeborenen Skelettsystemfehlbildungen und neuromuskulären Erkrankungen - Ambulante Behandlung der Neurofibromatose
25101156	Spezialisierte Diagnostik und Therapie von Morbus Huntington

25101157	Spezialisierte Diagnostik und Therapie von entzündlichen Erkrankungen des Zentralnervensystems
25101158	Motorische Systemdegenerationen im Kindes- und Erwachsenenalter
25101159	Spezialisierte Diagnostik und Therapie von neurologische Patienten (Demenz, Parkinson, neuroonkol. Erkrankungen, Epilepsie, neuropathischen Schmerzen u. Muskelerkrankungen)
25101160	Spezialisierte Diagnostik und Therapie mittels intravitrealer Injektion in den Glaskörper (incl. Medikament) bei altersbedingter Makuladegeneration (AMD)
25101161	Spezialisierte Diagnostik und Therapie von altersbedingter Makuladegeneration (AMD) mittels intravitrealer Injektion in den Glaskörper (ohne Medikament)
25101162	Diabetologie
25101163	Stoffwechselerkrankung
25101164	Kinder-Sonographie
25101165	Betreuung von Risikopatienten
25101166	Audiologie
25101167	Allergologie
25101168	Psychotherapie
25101169	Hochspezialisierte Strahlentherapie
25101170	Institut für Klinische Immunologie
25101171	Institut für Transfusionsmedizin
25101172	Institut für Laboratoriumsmedizin, Klinische Chemie und Molekulare Diagnostik
25101173	Institut für Klinische Pharmakologie
25101174	Institut für Virologie
25101175	Neuro-Onkologie
25101176	Polygrafie/Polysomnografie
25101177	Insemination, Pauschale 1, Frau
25101178	Insemination, Pauschale 2, Frau
25101179	Insemination, Pauschale 1, Mann
25101180	Insemination, Pauschale 2, Mann
25101181	Abteilung Innere Medizin (Schwerpunkt: Endokrinologie, Diabetologie, Nephrologie)
25101182	Chirurgie, Notfall
25101183	Innere Medizin, Notfall
25101184	Kinderklinik, Notfall
25101185	Neurologie, Notfall
25101186	Neuro-Onkologie, Notfall
25101187	Nuklearmedizin, Notfall
25101188	Stimm- und Sprachambulanz, Notfall
25101189	Poliklin. Einrichtung „Universitäts KrebsCentrum“
25101190	intensitätsmodulierte Strahlentherapie (IMRT)
25101191	Schaumsklerosierung bei Varizen
25101192	Nachsorge Lebertransplantation
25101193	Immunapherese
25101194	Herzkatheteruntersuchungen/Angiographien
25101195	Augenklinik, Notfallpauschale
25101196	Hals-Nasen-Ohren-Klinik, Notfallpauschale
25101197	Rheumatologie, Notfallpauschale
25101198	Infiltration bei Wirbelsäulepatienten

25101199	Einsendung Kliniklabor
25101200	Clearing
25101201	Monosymptomatische Erkrankungen
25101202	Komplexpauschale
25101203	Spezialisierte Diagnostik bei Patienten mit Schwindel
25230000	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)
25230001	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)
25230002	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Gruppenbehandlung)
25230003	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Gruppenbehandlung)
25230004	Analytische Psychotherapie (Einzelbehandlung)
25230005	Analytische Psychotherapie (Gruppenbehandlung)
25230006	Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)
25230007	Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)
25230008	Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, kleine Gruppe)
25230009	Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, kleine Gruppe)
25230010	Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, große Gruppe)
25230011	Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, große Gruppe)
25230012	Übende Verfahren, Einzelbehandlung
25230013	Übende Verfahren, Gruppenbehandlung
25230014	Übende Verfahren bei Kindern und Jugendlichen, Gruppenbehandlung
25230015	Hypose
25230016	Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung einer Kurzzeittherapie
25230017	Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung/Verlängerung einer Langzeittherapie
25230018	Biographische Anamnese
25230019	Vertiefte Exploration
25230020	Zuschlag Erhebung neurologischer und psychiatrischer Befunde
25230021	Probatorische Sitzung
25230022	Testverfahren, standardisierte
25230023	Testverfahren, psychometrische
25230024	Verfahren, projektive
25230025	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr
25230026	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr
25230027	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr
25230028	Grundpauschale Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
25230029	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)
25230030	Verwaltungskomplex
25230031	Unvorhergesehene Inanspruchnahme I
25230032	Unvorhergesehene Inanspruchnahme II
25230033	Ärztlicher Bericht nach Untersuchung
25230034	Individueller Arztbrief
25230035	Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt
25230036	Bescheinigung oder Zeugnis
25230037	Krankheitsbericht
25230038	Kurplan, Gutachten, Stellungnahme
25230039	Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax
25230040	Transport von Briefen bis 50 g (Kompaktbrief)

25230041	Transport von Briefen bis 500 g (Großbrief)
25230042	Transport von Briefen 1000 g (Maxibrief)
25230043	Abfassung in freier Form
25230044	Kopie, EDV-technische Abschrift
25230045	Pauschale für Besuche im Kernbereich, bis zu 2 km
25230046	Pauschale für Besuche im Randbereich, 2 km bis zu 5 km
25230047	Pauschale für Besuche im Fernbereich, mehr als 5 km
25230048	Pauschale für Besuche im Kernbereich, bis zu 2 km bei Nacht
25230049	Pauschale für Besuche im Randbereich, 2 km bis zu 5 km, Nacht
25230050	Pauschale für Besuche im Fernbereich, mehr als 5 km, Nacht
25230051	Besuch
25230052	Dringender Besuch I
25230053	Dringender Besuch II
25230055	Besuch eines weiteren Kranken
25230056	Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal
25230057	Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale

sonstige Pauschale

26000001	Notfallpauschale
26000006	Notfallbehandlung in der Zentralen Notfallaufnahme
26001000	Impfpauschale
26001100	Einfachimpfung
26001101	Diphtherie
26001102	Hepatitis B
26001103	Virusgrippe
26001104	Pertussis
26001105	Polio IPV
26001106	Masern
26001107	Mumps
26001108	Röteln
26001109	Varizellen
26001110	Tetanus oder Tetanusdiphtherie
26001111	Tollwut
26001112	Frühsommermeningoenzephalitis
26001113	Haemophilus influenzae b - Infektion
26001114	Pneumokokken-Infektion
26001115	Hepatitis A
26001116	Meningokokken
26001117	Humane Papillomviren (HPV)
26001118	Humane Papillomviren (HPV), letzte Dosis
26001200	Zweifachimpfung
26001201	Diphtherie, Tetanus
26001202	Masern, Mumps
26001203	Haemophilus influenzae b/Hepatitis B
26001204	Hepatitis A / Hepatitis B
26001300	Dreifachimpfung
26001301	Masern, Mumps, Röteln
26001302	Diphtherie/Haemophilus influenzae b/Tetanus
26001303	Diphtherie/Pertussis/Tetanus
26001304	Diphtherie/IPV/Tetanus

26001305	Diphtherie / Pertussis / Tetanus (TdaP)
26001400	Vierfachimpfung
26001401	Diphtherie/Tetanus/Pertussis/IPV
26001402	Diphtherie/Tetanus/Pertussis/Haemophilus influenzae b
26001403	Diphtherie/Tetanus/Pertussis/IPV (Auffrischungsimpfung)
26001404	Diphtherie / Tetanus / Pertussis / IPV (Auffrischungsimpfung Kinder und Jugendliche)
26001405	Masern / Mumps / Röteln / Varizellen
26001500	Fünfachimpfung
26001501	Diphtherie/Tetanus/Pertussis/IPV/Haemophilus influenzae b
26001600	Sechsfachimpfung
26001601	Diphtherie/Tetanus/Pertussis/IPV/Haemophilus influenzae b/Hepatitis B

Zuschlag

28000000	allgemeiner Zuschlag
28000001	Lebendniere spende
28000002	Mamma-Biopsie
28000003	postoperative Nachuntersuchung (2x) Intravitale Injektion
28000004	Familienpendertypisierung im Rahmen der Blutstammzell-/Knochenmarkstransplantation
28000005	Wiedervorstellung
28010000	Laborpauschale
28020000	Heilmittelpauschale
28030000	bildgebende Verfahren
28034001	CT-Untersuchung
28034002	MRT-Untersuchung
28034003	PET-Untersuchung
28034004	Mamma-MRT
28034005	bildgebende Verfahren, Szintigramme
28040000	Verbrauchsmaterial
28045001	Anästhesiemittel
28045002	Inseminationskatheder
28045003	Punktionsnadelsysteme

Abschlag

29000000	allgemeiner Abschlag
29100000	Abschlag bei Mehrleistungen

Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V

EBM-Ziffern

30001100 ff. EBM-Katalog (siehe Anhang D zur Anlage 2, Schlüssel 20)

Quartalspauschale

31000000	ohne Differenzierung
31000001	ärztliche Leistung
31000002	nichtärztliche Leistung
31000100	Psychiatrische Institutsambulanz, Patienten unter 65 Jahre
31000110	Gerontopsychiatrische Institutsambulanz, Patienten über 65 Jahre
31000300	Wegepauschale für Wohn-/Heimpatienten
310[0100 ff.]0	Fachabteilungen (siehe Anlage 2, Schlüssel 6)
31040000	Erwachsene
31040001	Erwachsene, ärztliche Leistung
31040002	Erwachsene, nichtärztliche Leistung
31040070	Erwachsene, Erwachsene mit geistiger Behinderung
31040071	Erwachsene, Erwachsene mit geistiger Behinderung, ärztliche Leistung
31040072	Erwachsene, Erwachsene mit geistiger Behinderung, nichtärztliche Leistung
31040082	Erwachsene, Heimpatienten, nichtärztliche Leistung
31050000	Kinder und Jugendliche
31050001	Kinder und Jugendliche, ärztliche Leistung
31050002	Kinder und Jugendliche, nichtärztliche Leistung
31050102	Kinder und Jugendliche, Heimpatienten, nichtärztliche Leistung
31100000	Einmalkontakt
31140000	Einmalkontakt, Erwachsene
31140001	Einmalkontakt, Erwachsene, ärztliche Leistung
31150000	Einmalkontakt, Kinder und Jugendliche
31150001	Einmalkontakt, Kinder und Jugendliche, ärztliche Leistung
31200000	Mehrfachkontakt
31240000	Mehrfachkontakt, Erwachsene
31240001	Mehrfachkontakt, Erwachsene, ärztliche Leistung
31240020	Mehrfachkontakt, Erwachsene, ein und zwei Patientenkontakte
31240030	Mehrfachkontakt, Erwachsene, ein und zwei Patientenkontakte, ab einer bestimmten Fallzahlgrenze
31240040	Mehrfachkontakt, Erwachsene, drei und mehr Patientenkontakte
31240050	Mehrfachkontakt, Erwachsene, drei und mehr Patientenkontakte, ab einer bestimmten Fallzahlgrenze,
31250000	Mehrfachkontakt, Kinder und Jugendliche
31250001	Mehrfachkontakt, Kinder und Jugendliche, ärztliche Leistung
31250020	Mehrfachkontakt, Kinder und Jugendliche, ein und zwei Patientenkontakte
31250030	Mehrfachkontakt, Kinder und Jugendliche, ein und zwei Patientenkontakte, ab einer bestimmten Fallzahlgrenze
31250040	Mehrfachkontakt, Kinder und Jugendliche, drei und mehr Patientenkontakte
31250050	Mehrfachkontakt, Kinder und Jugendliche, drei und mehr Patientenkontakte, ab einer bestimmten Fallzahlgrenze
31200060	Zweifachkontakt
31200070	Dreifachkontakt
31300000	Mitbehandlung

31340002	Mitbehandlung, Erwachsene, nichtärztliche Leistung
31350002	Mitbehandlung, Kinder und Jugendliche, nichtärztliche Leistung

Behandlungspauschale

32000000	ohne Differenzierung
32000200	ambulante psychiatrische Akutbehandlung zu Hause
32000210	ambulanter Drogenentzug, Einleitungsversuch
32000220	Komplexbehandlung
320[0100 ff.]0	Fachabteilungen (siehe Anlage 2, Schlüssel 6)
32300000	Mitbehandlung
32340000	Mitbehandlung, Erwachsene
32350000	Mitbehandlung, Kinder und Jugendliche
32400000	Konsiliarbehandlung

Tagespauschale

33000000	ohne Differenzierung
33000020	Weiterbehandlung ambulanter Drogenentzug
33000030	Nachbehandlung Cochlea-Implantat
330[0100 ff.]0	Fachabteilungen (siehe Anlage 2, Schlüssel 6)

Pauschale je Behandlungseinheit

34100000	je Stunde
34200001	je 1–2 Behandlungstage
34200002	je 3–4 Behandlungstage
34200003	ab 5 Behandlungstage
34200030	je Behandlungstage, bis 30 Tage
34210001	je 1–2 Behandlungstage, Erwachsene
34210002	je 3–4 Behandlungstage, Erwachsene
34210003	ab 5 Behandlungstage, Erwachsene
34220001	je 1–2 Behandlungstage, Kinder und Jugendliche
34220002	je 3–4 Behandlungstage, Kinder und Jugendliche
34220003	ab 5 Behandlungstage, Kinder und Jugendliche
34302008	je Behandlungseinheit, 8 Behandlungseinheiten
34302015	je Behandlungseinheit, 15 Behandlungseinheiten

Pauschale nach Katalog

krankenhausindividueller Katalog

35102001	zwei Besuche mit mindestens zwei Kontakten zu zwei verschiedenen Berufsgruppen
35102002	mindestens zwei Besuche mit Kontakten zu zwei nichtärztlichen Berufsgruppen in Zusammenarbeit mit niedergelassenem Arzt
35102003	mindestens drei Besuche mit mindestens einem ärztlichen Kontakt und mindestens zwei weiteren verschiedenen diagnostischen und therapeutischen Berufsgruppen
35102004	weniger als sechs Kontakte in einer „nachstationären psychotherapeutischen Gruppe“

35102005	drei bis sechs Besuche für einzelnpsychologische Behandlungen und Case-Management
35102006	mindestens sechs Besuche mit mindestens einem ärztlichen Kontakt und mindestens zwei weiteren verschiedenen diagnostischen und therapeutischen Berufsgruppen
35102007	mehr als sechs Kontakte in einer „nachstationären psychotherapeutischen Gruppe“
35102008	mehr als sechs Besuche für einzelnpsychologische Behandlungen und Case-Management
35102009	1 Besuch mit psychiatrischem Arztgespräch im direkten Anschluss an einen stationären Aufenthalt zur Verkürzung der Krankenhausbehandlung oder am Ende eines Quartals
35102010	mindestens 2 Besuche mit separaten Kontakten zu mindestens zwei Berufsgruppen im direkten Anschluss an einen stationären Aufenthalt zur Verkürzung der Krankenhausbehandlung oder am Ende eines Quartals
35102011	mindestens 3 Besuche mit mindestens 4 separaten Kontakten mit verschiedenen diagnostischen und therapeutischen Berufsgruppen
35102012	mindestens 6 Besuche mit mindestens 10 separaten Kontakten mit verschiedenen diagnostischen und therapeutischen Berufsgruppen

Landeskatalog, Erwachsene

- 35210101 Erhebung und Dokumentation der ambulanten medizinischen Basisdaten nach den Vorgaben der „AmBADO“-Bögen (Stammbblatt, Aufnahme/Verlauf und Beendigung). Die Abrechnung ist in der Erwachsenenpsychiatrie grundsätzlich einmal im Jahr möglich, es sei denn, dass beim Patienten die Kriterien des neuen Falles gegeben sind.
- 35210110 Ärztliche Leistungen bis 10 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. amb. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung, Psychodiagnostik
- 35210111 Ärztliche Leistungen bis 20 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. amb. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung, Psychodiagnostik
- 35210112 Ärztliche Leistungen bis 40 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. amb. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung, Psychodiagnostik
- 35210113 Ärztliche Leistungen bis 60 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. amb. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung, Psychodiagnostik
- 35210114 Ärztliche Leistungen bis 90 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. amb. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung, Psychodiagnostik
- 35210115 Ärztliche Leistungen bis 120 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. amb. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung, Psychodiagnostik
- 35210116 Ärztliche Leistungen bis 180 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. amb. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung, Psychodiagnostik
- 35210143 Ärztliche Leistungen bis 60 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Kleingruppe (bis zu fünf Patienten)
- 35210144 Ärztliche Leistungen bis 90 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Kleingruppe (bis zu fünf Patienten)
- 35210145 Ärztliche Leistungen bis 120 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Kleingruppe (bis zu fünf Patienten)
- 35210153 Ärztliche Leistungen bis 60 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Großgruppe (mehr als fünf Patienten, höchstens 12 Patienten)
- 35210154 Ärztliche Leistungen bis 90 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Großgruppe (mehr als fünf Patienten, höchstens 12 Patienten)
- 35210155 Ärztliche Leistungen bis 120 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Großgruppe (mehr als fünf Patienten, höchstens 12 Patienten)
- 35210160 Fahrtzeit dazu bis 10 Minuten
- 35210161 Fahrtzeit dazu bis 20 Minuten
- 35210162 Fahrtzeit dazu bis 40 Minuten
- 35210163 Fahrtzeit dazu bis 60 Minuten
- 35210164 Fahrtzeit dazu bis 90 Minuten
- 35210165 Fahrtzeit dazu bis 120 Minuten
- 35210166 Fahrtzeit dazu bis 180 Minuten

35210170	Grundpauschale für Laborleistungen
35210171	Medikamentenspiegelbestimmung
35210172	qualitative Stäbchentests (Suchtests)
35210173	Quantitative und semiquantitative Bestimmungen
35210180	CT-Einzelleistung
35210190	NMR-Einzelleistung
35210201	Erhebung und Dokumentation der ambulanten medizinischen Basisdaten nach den Vorgaben der „AmbADO“-Bögen (Stammbblatt, Aufnahme/Verlauf und Beendigung). Die Abrechnung ist in der Erwachsenenpsychiatrie grundsätzlich einmal im Jahr möglich, es sei denn, dass beim Patienten die Kriterien des neuen Falles gegeben sind.
35210210	Leistungen von Psychologen bis 10 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. amb. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung, Psychodiagnostik
35210211	Leistungen von Psychologen bis 20 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung, Psychodiagnostik
35210212	Leistungen von Psychologen bis 40 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung, Psychodiagnostik
35210213	Leistungen von Psychologen bis 60 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung, Psychodiagnostik
35210214	Leistungen von Psychologen bis 90 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung, Psychodiagnostik
35210215	Leistungen von Psychologen bis 120 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung, Psychodiagnostik
35210216	Leistungen von Psychologen bis 180 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung, Psychodiagnostik
35210243	Leistungen von Psychologen bis 60 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Kleingruppe (bis zu fünf Patienten)
35210244	Leistungen von Psychologen bis 90 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Kleingruppe (bis zu fünf Patienten)
35210245	Leistungen von Psychologen bis 120 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Kleingruppe (bis zu fünf Patienten)
35210253	Leistungen von Psychologen bis 60 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Großgruppe (mehr als fünf Patienten, höchstens 12 Patienten)
35210254	Leistungen von Psychologen bis 90 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Großgruppe (mehr als fünf Patienten, höchstens 12 Patienten)

35210255	Leistungen von Psychologen bis 120 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Großgruppe (mehr als fünf Patienten, höchstens 12 Patienten)
35210260	Fahrtzeit dazu bis 10 Minuten
35210261	Fahrtzeit dazu bis 20 Minuten
35210262	Fahrtzeit dazu bis 40 Minuten
35210263	Fahrtzeit dazu bis 60 Minuten
35210264	Fahrtzeit dazu bis 90 Minuten
35210265	Fahrtzeit dazu bis 120 Minuten
35210266	Fahrtzeit dazu bis 180 Minuten
35210310	Leistungen von Pflegepersonal bis 10 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung
35210311	Leistungen von Pflegepersonal bis 20 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung
35210312	Leistungen von Pflegepersonal bis 40 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung
35210313	Leistungen von Pflegepersonal bis 60 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung
35210314	Leistungen von Pflegepersonal bis 90 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung
35210315	Leistungen von Pflegepersonal bis 120 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung
35210316	Leistungen von Pflegepersonal bis 180 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung
35210317	Leistungen von Pflegepersonal bis 240 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung
35210343	Leistungen von Pflegepersonal bis 60 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Kleingruppe (bis zu fünf Patienten)
35210344	Leistungen von Pflegepersonal bis 90 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Kleingruppe (bis zu fünf Patienten)
35210345	Leistungen von Pflegepersonal bis 120 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Kleingruppe (bis zu fünf Patienten)
35210346	Leistungen von Pflegepersonal bis 180 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Kleingruppe (bis zu fünf Patienten)
35210353	Leistungen von Pflegepersonal bis 60 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Großgruppe (mehr als fünf Patienten, höchstens 12 Patienten)
35210354	Leistungen von Pflegepersonal bis 90 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Großgruppe (mehr als fünf Patienten, höchstens 12 Patienten)
35210355	Leistungen von Pflegepersonal bis 120 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Großgruppe (mehr als fünf Patienten, höchstens 12 Patienten)

35210356	Leistungen von Pflegepersonal bis 180 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Großgruppe (mehr als fünf Patienten, höchstens 12 Patienten)
35210360	Fahrtzeit dazu bis 10 Minuten
35210361	Fahrtzeit dazu bis 20 Minuten
35210362	Fahrtzeit dazu bis 40 Minuten
35210363	Fahrtzeit dazu bis 60 Minuten
35210364	Fahrtzeit dazu bis 90 Minuten
35210365	Fahrtzeit dazu bis 120 Minuten
35210366	Fahrtzeit dazu bis 180 Minuten
35210410	Leistungen von Sozialpädagogen bis 10 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung
35210411	Leistungen von Sozialpädagogen bis 20 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung
35210412	Leistungen von Sozialpädagogen bis 40 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung
35210413	Leistungen von Sozialpädagogen bis 60 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung
35210414	Leistungen von Sozialpädagogen bis 90 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung
35210415	Leistungen von Sozialpädagogen bis 120 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung
35210416	Leistungen von Sozialpädagogen bis 180 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung
35210417	Leistungen von Sozialpädagogen bis 240 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung
35210443	Leistungen von Sozialpädagogen bis zu 60 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Kleingruppe (bis zu fünf Patienten)
35210444	Leistungen von Sozialpädagogen bis zu 90 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Kleingruppe (bis zu fünf Patienten)
35210445	Leistungen von Sozialpädagogen bis zu 120 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Kleingruppe (bis zu fünf Patienten)
35210446	Leistungen von Sozialpädagogen bis zu 180 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Kleingruppe (bis zu fünf Patienten)
35210453	Leistungen von Sozialpädagogen bis zu 60 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Großgruppe (mehr als fünf Patienten, höchstens 12 Patienten)
35210454	Leistungen von Sozialpädagogen bis zu 90 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Großgruppe (mehr als fünf Patienten, höchstens 12 Patienten)
35210455	Leistungen von Sozialpädagogen bis zu 120 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Großgruppe (mehr als fünf Patienten, höchstens 12 Patienten)

35210456	Leistungen von Sozialpädagogen bis zu 180 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Großgruppe (mehr als fünf, höchstens 12 Patienten)
35210460	Fahrtzeit dazu bis 10 Minuten
35210461	Fahrtzeit dazu bis 20 Minuten
35210462	Fahrtzeit dazu bis 40 Minuten
35210463	Fahrtzeit dazu bis 60 Minuten
35210464	Fahrtzeit dazu bis 90 Minuten
35210465	Fahrtzeit dazu bis 120 Minuten
35210466	Fahrtzeit dazu bis 180 Minuten
35210511	Leistungen von Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten bis 20 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung
35210512	Leistungen von Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten bis 40 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung
35210513	Leistungen von Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten bis 60 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung
35210514	Leistungen von Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten bis 90 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung
35210515	Leistungen von Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten bis 120 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung
35210516	Leistungen von Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten bis 180 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung
35210543	Leistungen von Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten bis zu 60 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Kleingruppe (bis zu fünf Patienten)
35210544	Leistungen von Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten bis zu 90 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Kleingruppe (bis zu fünf Patienten)
35210545	Leistungen von Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten bis zu 120 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Kleingruppe (bis zu fünf Patienten)
35210546	Leistungen von Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten bis zu 180 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Kleingruppe (bis zu fünf Patienten)
35210553	Leistungen von Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten bis zu 60 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Großgruppe (mehr als fünf Patienten, höchstens 12 Patienten)
35210554	Leistungen von Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten bis zu 90 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Großgruppe (mehr als fünf Patienten, höchstens 12 Patienten)
35210555	Leistungen von Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten bis zu 120 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Großgruppe (mehr als fünf Patienten, höchstens 12 Patienten)

- 35210556 Leistungen von Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten bis zu 180 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Großgruppe (mehr als fünf Patienten, höchstens 12 Patienten)
- 35210557 Leistungen von Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten bis zu 240 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Großgruppe (mehr als fünf Patienten, höchstens 12 Patienten)
- 35210558 Leistungen von Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten bis zu 300 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Großgruppe (mehr als fünf Patienten, höchstens 12 Patienten)
- 35210560 Fahrtzeit dazu bis 10 Minuten
- 35210561 Fahrtzeit dazu bis 20 Minuten
- 35210562 Fahrtzeit dazu bis 40 Minuten
- 35210563 Fahrtzeit dazu bis 60 Minuten
- 35210564 Fahrtzeit dazu bis 90 Minuten
- 35210565 Fahrtzeit dazu bis 120 Minuten
- 35210566 Fahrtzeit dazu bis 180 Minuten
- 35210600 Fallbesprechung mindestens 10 Minuten für multiprofessionelle Fallbesprechung durch Standardgruppe (Arzt, Psychologe, Pflegekraft, Sozialpädagoge, sonstiger nichtärztlicher Therapeut) je Patient max. 2 mal im Quartal. Mind. 3 Mitarbeiter mind. zweier unterschiedlicher Berufsgruppen müssen anwesend sein. Daneben ist die Gebührennummer 609 nicht abrechenbar.
- 35210609 Fallbesprechung mindestens 20 Minuten für multiprofessionelle Fallbesprechung durch Standardgruppe (Arzt, Psychologe, Pflegekraft, Sozialpädagoge, sonstiger nichtärztlicher Therapeut) je Patient einmal im Quartal. Mind. 4 Mitarbeiter mind. dreier unterschiedlicher Berufsgruppen müssen anwesend sein.
- 35210770 Personalaufwand bei apparativer Diagnostik und Therapie bis 10 Minuten für apparative Diagnostik und Therapie
- 35210771 Personalaufwand bei apparativer Diagnostik und Therapie bis 20 Minuten für apparative Diagnostik und Therapie
- 35210772 Personalaufwand bei apparativer Diagnostik und Therapie bis 40 Minuten für apparative Diagnostik und Therapie
- 35210773 Personalaufwand bei apparativer Diagnostik und Therapie bis 60 Minuten für apparative Diagnostik und Therapie
- 35210810 Leistungen von Psychotherapeuten, Zeitdauer bis 10 Minuten spezifische Diagnostik, Einzeltherapie
- 35210811 Leistungen von Psychotherapeuten, Zeitdauer bis 20 Minuten spezifische Diagnostik, Einzeltherapie
- 35210812 Leistungen von Psychotherapeuten, Zeitdauer bis 40 Minuten spezifische Diagnostik, Einzeltherapie
- 35210813 Leistungen von Psychotherapeuten, Zeitdauer bis 60 Minuten spezifische Diagnostik, Einzeltherapie
- 35210814 Leistungen von Psychotherapeuten, Zeitdauer bis 90 Minuten spezifische Diagnostik, Einzeltherapie
- 35210815 Leistungen von Psychotherapeuten, Zeitdauer bis 120 Minuten spezifische Diagnostik, Einzeltherapie
- 35210816 Leistungen von Psychotherapeuten, Zeitdauer bis 180 Minuten spezifische Diagnostik, Einzeltherapie
- 35210843 Leistungen von Psychotherapeuten, Zeitdauer bis 60 Minuten spezifische Behandlung in der Kleingruppe (bis zu 3 Patienten)

35210844	Leistungen von Psychotherapeuten, Zeitdauer bis 90 Minuten spezifische Behandlung in der Kleingruppe (bis zu 3 Patienten)
35210845	Leistungen von Psychotherapeuten, Zeitdauer bis 120 Minuten spezifische Behandlung in der Kleingruppe (bis zu 3 Patienten)
35210853	Leistungen von Psychotherapeuten, Zeitdauer bis 60 Minuten spezifische Behandlung in der Großgruppe (mindestens 4, max. 8 Patienten)
35210854	Leistungen von Psychotherapeuten, Zeitdauer bis 90 Minuten spezifische Behandlung in der Großgruppe (mindestens 4, max. 8 Patienten)
35210855	Leistungen von Psychotherapeuten, Zeitdauer bis 120 Minuten spezifische Behandlung in der Großgruppe (mindestens 4, max. 8 Patienten)
35211160	Ärztliche Leistungen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 1 bis 10 km
35211161	Ärztliche Leistungen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 11 bis 20 km
35211162	Ärztliche Leistungen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 21 bis 30 km
35211163	Ärztliche Leistungen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 31 bis 40 km
35211164	Ärztliche Leistungen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 41 bis 50 km
35211165	Ärztliche Leistungen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 51 bis 60 km
35211166	Ärztliche Leistungen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 61 bis 70 km
35211167	Ärztliche Leistungen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 71 bis 80 km
35211168	Ärztliche Leistungen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 81 bis 90 km
35211260	Leistungen von Psychologen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 1 bis 10 km
35211261	Leistungen von Psychologen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 11 bis 20 km
35211262	Leistungen von Psychologen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 21 bis 30 km
35211263	Leistungen von Psychologen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 31 bis 40 km
35211264	Leistungen von Psychologen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 41 bis 50 km
35211265	Leistungen von Psychologen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 51 bis 60 km
35211266	Leistungen von Psychologen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 61 bis 70 km
35211267	Leistungen von Psychologen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 71 bis 80 km
35211268	Leistungen von Psychologen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 81 bis 90 km
35211360	Leistungen von Pflegepersonal, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 1 bis 10 km
35211361	Leistungen von Pflegepersonal, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 11 bis 20 km
35211362	Leistungen von Pflegepersonal, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 21 bis 30 km
35211363	Leistungen von Pflegepersonal, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 31 bis 40 km
35211364	Leistungen von Pflegepersonal, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 41 bis 50 km
35211365	Leistungen von Pflegepersonal, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 51 bis 60 km
35211366	Leistungen von Pflegepersonal, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 61 bis 70 km

35211367	Leistungen von Pflegepersonal, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 71 bis 80 km
35211368	Leistungen von Pflegepersonal, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 81 bis 90 km
35211460	Leistungen von Sozialpädagogen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 1 bis 10 km
35211461	Leistungen von Sozialpädagogen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 11 bis 20 km
35211462	Leistungen von Sozialpädagogen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 21 bis 30 km
35211463	Leistungen von Sozialpädagogen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 31 bis 40 km
35211464	Leistungen von Sozialpädagogen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 41 bis 50 km
35211465	Leistungen von Sozialpädagogen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 51 bis 60 km
35211466	Leistungen von Sozialpädagogen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 61 bis 70 km
35211467	Leistungen von Sozialpädagogen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 71 bis 80 km
35211468	Leistungen von Sozialpädagogen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 81 bis 90 km
35211560	Leistungen von Arbeits-, Beschäftigungs- und Bewegungstherapeuten, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 1 bis 10 km
35211561	Leistungen von Arbeits-, Beschäftigungs- und Bewegungstherapeuten, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 11 bis 20 km
35211562	Leistungen von Arbeits-, Beschäftigungs- und Bewegungstherapeuten, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 21 bis 30 km
35211563	Leistungen von Arbeits-, Beschäftigungs- und Bewegungstherapeuten, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 31 bis 40 km
35211564	Leistungen von Arbeits-, Beschäftigungs- und Bewegungstherapeuten, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 41 bis 50 km
35211565	Leistungen von Arbeits-, Beschäftigungs- und Bewegungstherapeuten, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 51 bis 60 km
35211566	Leistungen von Arbeits-, Beschäftigungs- und Bewegungstherapeuten, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 61 bis 70 km
35211567	Leistungen von Arbeits-, Beschäftigungs- und Bewegungstherapeuten, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 71 bis 80 km
35211568	Leistungen von Arbeits-, Beschäftigungs- und Bewegungstherapeuten, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 81 bis 90 km
35211860	Leistungen von Psychotherapeuten, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 1 bis 10 km
35211861	Leistungen von Psychotherapeuten, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 11 bis 20 km
35211862	Leistungen von Psychotherapeuten, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 21 bis 30 km
35211863	Leistungen von Psychotherapeuten, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 31 bis 40 km
35211864	Leistungen von Psychotherapeuten, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 41 bis 50 km

35211865	Leistungen von Psychotherapeuten, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 51 bis 60 km
35211866	Leistungen von Psychotherapeuten, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 61 bis 70 km
35211867	Leistungen von Psychotherapeuten, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 71 bis 80 km
35211868	Leistungen von Psychotherapeuten, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 81 bis 90 km

Landeskatalog, Kinder und Jugendliche

- 35220040 Team-/Fallbesprechung Zeitdauer mindestens 10 Minuten multiprofessionelle Team-/Fallbesprechung durch Standardgruppe (Arzt, Psychologe, Sozialpädagoge, Sprachtherapeut, sonstige nichtärztliche Therapeuten) je Patient max. 4mal im Quartal. Mindestteilnehmer: 5 Ausnahme: 4 Teilnehmer. Daneben ist die Ziffer 0048 abrechenbar, wenn durch Addition der Zeiteinheiten max. 40 Minuten zusammenkommen.
- 35220048 Team-/Fallbesprechung Zeitdauer mindestens 20 Minuten multiprofessionelle Team-/Fallbesprechung durch Standardgruppe (Arzt, Psychologe, Sozialpädagoge, Sprachtherapeut, sonstige nichtärztliche Therapeuten) je Patient zweimal im Quartal. Mindestteilnehmer: 5 Ausnahme: 4 Teilnehmer
- 35220059 Fallkonferenz Zeitdauer mindestens 60 Minuten multiprofessionelle Fallkonferenz durch Standardgruppe (Arzt, Psychologe, Sozialpädagoge, Sprachtherapeut, sonstige nichtärztliche Therapeuten) je Patient einmal im Jahr. Mindestteilnehmer: 5 Ausnahme: 4 Teilnehmer
- 35220101 Erhebung und Dokumentation der ambulanten medizinischen Basisdaten nach den Vorgaben des „AmBADO“-Bogens. Die Abrechnung ist grundsätzlich einmal im Jahr möglich, es sei denn, dass beim Patienten die Kriterien des neuen Falles gegeben sind.
- 35220110 Ärztliche Leistungen Zeitdauer bis 10 Minuten Kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung, spezifische Diagnostik, ambulante Notfallbehandlung und Krisenintervention, Einzeltherapie
- 35220111 Ärztliche Leistungen Zeitdauer bis 20 Minuten Kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung, spezifische Diagnostik, ambulante Notfallbehandlung und Krisenintervention, Einzeltherapie
- 35220112 Ärztliche Leistungen Zeitdauer bis 40 Minuten wie oben
- 35220113 Ärztliche Leistungen Zeitdauer bis 60 Minuten wie oben
- 35220114 Ärztliche Leistungen Zeitdauer bis 90 Minuten wie oben
- 35220115 Ärztliche Leistungen Zeitdauer bis 120 Minuten wie oben
- 35220116 Ärztliche Leistungen Zeitdauer bis 180 Minuten wie oben
- 35220117 Ärztliche Leistungen Zeitdauer bis 240 Minuten (Abrechnung nur 1x im Krankheitsfall möglich!) wie oben
- 35220120 Ärztliche Leistungen Zeitdauer bis 10 Minuten spezifische Behandlung in der Kleingruppe (bis zu 3 Patienten)
- 35220122 Ärztliche Leistungen Zeitdauer bis 40 Minuten spezifische Behandlung in der Kleingruppe (bis zu 3 Patienten)
- 35220123 Ärztliche Leistungen Zeitdauer bis 60 Minuten wie oben
- 35220124 Ärztliche Leistungen Zeitdauer bis 90 Minuten wie oben
- 35220125 Ärztliche Leistungen Zeitdauer bis 120 Minuten wie oben
- 35220126 Ärztliche Leistungen Zeitdauer bis 180 Minuten wie oben
- 35220130 Ärztliche Leistungen Zeitdauer bis 10 Minuten spezifische Behandlung in der Großgruppe (mind. 4, max. 8 Patienten)
- 35220132 Ärztliche Leistungen Zeitdauer bis 40 Minuten spezifische Behandlung in der Großgruppe (mind. 4, max. 8 Patienten)
- 35220133 Ärztliche Leistungen Zeitdauer bis 60 Minuten wie oben
- 35220134 Ärztliche Leistungen Zeitdauer bis 90 Minuten wie oben
- 35220135 Ärztliche Leistungen Zeitdauer bis 120 Minuten wie oben
- 35220136 Ärztliche Leistungen Zeitdauer bis 180 Minuten wie oben
- 35220160 Fahrtzeit dazu bis 10 Minuten
- 35220161 Fahrtzeit dazu bis 20 Minuten

35220162	Fahrtzeit dazu bis 40 Minuten
35220163	Fahrtzeit dazu bis 60 Minuten
35220164	Fahrtzeit dazu bis 90 Minuten
35220165	Fahrtzeit dazu bis 120 Minuten
35220166	Fahrtzeit dazu bis 180 Minuten
35220167	Fahrtzeit dazu bis 240 Minuten
35220170	CT-Einzelleistung
35220180	NMR-Einzelleistung
35220190	Grundpauschale für Laborleistungen
35220191	qualitative Stäbchentests (Suchtests)
35220192	Quantitative und semiquantitative Bestimmungen
35220201	Erhebung und Dokumentation der ambulanten medizinischen Basisdaten nach den Vorgaben des „AmBADO“-Bogens. Die Abrechnung ist grundsätzlich einmal im Jahr möglich, es sei denn, dass beim Patienten die Kriterien des neuen Falles gegeben sind.
35220210	Leistungen von Psychologen Zeitdauer bis 10 Minuten Kinder- u. jugendpsychiatrische Abklärung, spezifische Diagnostik, Einzeltherapie
35220211	Leistungen von Psychologen Zeitdauer bis 20 Minuten Kinder- u. jugendpsychiatrische Abklärung, spezifische Diagnostik, Einzeltherapie
35220212	Leistungen von Psychologen Zeitdauer bis 40 Minuten wie oben
35220213	Leistungen von Psychologen Zeitdauer bis 60 Minuten wie oben
35220214	Leistungen von Psychologen Zeitdauer bis 90 Minuten wie oben
35220215	Leistungen von Psychologen Zeitdauer bis 120 Minuten wie oben
35220216	Leistungen von Psychologen Zeitdauer bis 180 Minuten wie oben
35220220	Leistungen von Psychologen Zeitdauer bis 10 Minuten spezifische Behandlung in der Kleingruppe (bis zu 3 Patienten)
35220222	Leistungen von Psychologen Zeitdauer bis 40 Minuten spezifische Behandlung in der Kleingruppe (bis zu 3 Patienten)
35220223	Leistungen von Psychologen Zeitdauer bis 60 Minuten wie oben
35220224	Leistungen von Psychologen Zeitdauer bis 90 Minuten wie oben
35220225	Leistungen von Psychologen Zeitdauer bis 120 Minuten wie oben
35220226	Leistungen von Psychologen Zeitdauer bis 180 Minuten wie oben
35220230	Leistungen von Psychologen Zeitdauer bis 10 Minuten spezifische Behandlung in der Großgruppe (mind. 4, max. 8 Patienten)
35220232	Leistungen von Psychologen Zeitdauer bis 40 Minuten spezifische Behandlung in der Großgruppe (mind. 4, max. 8 Patienten)
35220233	Leistungen von Psychologen Zeitdauer bis 60 Minuten wie oben
35220234	Leistungen von Psychologen Zeitdauer bis 90 Minuten wie oben
35220235	Leistungen von Psychologen Zeitdauer bis 120 Minuten wie oben
35220236	Leistungen von Psychologen Zeitdauer bis 180 Minuten wie oben
35220260	Fahrtzeit dazu bis 10 Minuten
35220261	Fahrtzeit dazu bis 20 Minuten
35220262	Fahrtzeit dazu bis 40 Minuten
35220263	Fahrtzeit dazu bis 60 Minuten
35220264	Fahrtzeit dazu bis 90 Minuten
35220265	Fahrtzeit dazu bis 120 Minuten
35220266	Fahrtzeit dazu bis 180 Minuten
35220310	Leistungen von Bewegungs- und Ergotherapeuten, sowie Pflegekräften Zeitdauer bis 10 Minuten spezifische Diagnostik, Einzeltherapie
35220311	Leistungen von Bewegungs- und Ergotherapeuten, sowie Pflegekräften Zeitdauer bis 20 Minuten spezifische Diagnostik, Einzeltherapie

35220312	Leistungen von Bewegungs- und Ergotherapeuten, sowie Pflegekräften Zeitdauer bis 40 Minuten wie oben
35220313	Leistungen von Bewegungs- und Ergotherapeuten, sowie Pflegekräften Zeitdauer bis 60 Minuten wie oben
35220314	Leistungen von Bewegungs- und Ergotherapeuten, sowie Pflegekräften Zeitdauer bis 90 Minuten wie oben
35220315	Leistungen von Bewegungs- und Ergotherapeuten, sowie Pflegekräften Zeitdauer bis 120 Minuten wie oben
35220316	Leistungen von Bewegungs- und Ergotherapeuten, sowie Pflegekräften Zeitdauer bis 180 Minuten wie oben
35220317	Leistungen von Bewegungs- und Ergotherapeuten, sowie Pflegekräften Zeitdauer bis 240 Minuten wie oben
35220322	Leistungen von Bewegungs- und Ergotherapeuten, sowie Pflegekräften Zeitdauer bis 40 Minuten spezifische Behandlung in der Kleingruppe (bis zu 3 Patienten)
35220323	Leistungen von Bewegungs- und Ergotherapeuten, sowie Pflegekräften Zeitdauer bis 60 Minuten wie oben
35220324	Leistungen von Bewegungs- und Ergotherapeuten, sowie Pflegekräften Zeitdauer bis 90 Minuten wie oben
35220325	Leistungen von Bewegungs- und Ergotherapeuten, sowie Pflegekräften Zeitdauer bis 120 Minuten wie oben
35220326	Leistungen von Bewegungs- und Ergotherapeuten, sowie Pflegekräften Zeitdauer bis 180 Minuten wie oben
35220327	Leistungen von Bewegungs- und Ergotherapeuten, sowie Pflegekräften Zeitdauer bis 240 Minuten wie oben
35220332	Leistungen von Bewegungs- und Ergotherapeuten, sowie Pflegekräften Zeitdauer bis 40 Minuten spezifische Behandlung in der Großgruppe (mind. 4, max. 8 Patienten)
35220333	Leistungen von Bewegungs- und Ergotherapeuten, sowie Pflegekräften Zeitdauer bis 60 Minuten wie oben
35220334	Leistungen von Bewegungs- und Ergotherapeuten, sowie Pflegekräften Zeitdauer bis 90 Minuten wie oben
35220335	Leistungen von Bewegungs- und Ergotherapeuten, sowie Pflegekräften Zeitdauer bis 120 Minuten wie oben
35220336	Leistungen von Bewegungs- und Ergotherapeuten, sowie Pflegekräften Zeitdauer bis 180 Minuten wie oben
35220337	Leistungen von Bewegungs- und Ergotherapeuten, sowie Pflegekräften Zeitdauer bis 240 Minuten wie oben
35220360	Fahrtzeit dazu bis 10 Minuten
35220361	Fahrtzeit dazu bis 20 Minuten
35220362	Fahrtzeit dazu bis 40 Minuten
35220363	Fahrtzeit dazu bis 60 Minuten
35220364	Fahrtzeit dazu bis 90 Minuten
35220365	Fahrtzeit dazu bis 120 Minuten
35220366	Fahrtzeit dazu bis 180 Minuten
35220367	Fahrtzeit dazu bis 240 Minuten
35220410	Leistungen von Sprachtherapeuten Zeitdauer bis 10 Minuten spezifische Diagnostik, Einzeltherapie
35220411	Leistungen von Sprachtherapeuten Zeitdauer bis 20 Minuten spezifische Diagnostik, Einzeltherapie
35220412	Leistungen von Sprachtherapeuten Zeitdauer bis 40 Minuten wie oben

35220413	Leistungen von Sprachtherapeuten Zeitdauer bis 60 Minuten wie oben
35220414	Leistungen von Sprachtherapeuten Zeitdauer bis 90 Minuten wie oben
35220415	Leistungen von Sprachtherapeuten Zeitdauer bis 120 Minuten wie oben
35220416	Leistungen von Sprachtherapeuten Zeitdauer bis 180 Minuten wie oben
35220420	Leistungen von Sprachtherapeuten Zeitdauer bis 10 Minuten spezifische Behandlung in der Kleingruppe (bis zu 3 Patienten)
35220422	Leistungen von Sprachtherapeuten Zeitdauer bis 40 Minuten spezifische Behandlung in der Kleingruppe (bis zu 3 Patienten)
35220423	Leistungen von Sprachtherapeuten Zeitdauer bis 60 Minuten wie oben
35220424	Leistungen von Sprachtherapeuten Zeitdauer bis 90 Minuten wie oben
35220425	Leistungen von Sprachtherapeuten Zeitdauer bis 120 Minuten wie oben
35220426	Leistungen von Sprachtherapeuten Zeitdauer bis 180 Minuten wie oben
35220433	Leistungen von Sprachtherapeuten Zeitdauer bis 60 Minuten in der Großgruppe (mind. 4, max. 8 Patienten)
35220434	Leistungen von Sprachtherapeuten Zeitdauer bis 90 Minuten wie oben
35220435	Leistungen von Sprachtherapeuten Zeitdauer bis 120 Minuten wie oben
35220436	Leistungen von Sprachtherapeuten Zeitdauer bis 180 Minuten wie oben
35220460	Fahrtzeit dazu bis 10 Minuten
35220461	Fahrtzeit dazu bis 20 Minuten
35220462	Fahrtzeit dazu bis 40 Minuten
35220463	Fahrtzeit dazu bis 60 Minuten
35220464	Fahrtzeit dazu bis 90 Minuten
35220465	Fahrtzeit dazu bis 120 Minuten
35220466	Fahrtzeit dazu bis 180 Minuten
35220510	Leistungen von Sozialpädagogen Zeitdauer bis 10 Minuten Kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung, Einzeltherapie
35220511	Leistungen von Sozialpädagogen Zeitdauer bis 20 Minuten Kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung, Einzeltherapie
35220512	Leistungen von Sozialpädagogen Zeitdauer bis 40 Minuten wie oben
35220513	Leistungen von Sozialpädagogen Zeitdauer bis 60 Minuten wie oben
35220514	Leistungen von Sozialpädagogen Zeitdauer bis 90 Minuten wie oben
35220515	Leistungen von Sozialpädagogen Zeitdauer bis 120 Minuten wie oben
35220516	Leistungen von Sozialpädagogen Zeitdauer bis 180 Minuten wie oben
35220517	Leistungen von Sozialpädagogen Zeitdauer bis 240 Minuten wie oben
35220520	Leistungen von Sozialpädagogen Zeitdauer bis 10 Minuten spezifische Behandlung in der Kleingruppe (bis zu 3 Patienten)
35220522	Leistungen von Sozialpädagogen Zeitdauer bis 40 Minuten spezifische Behandlung in der Kleingruppe (bis zu 3 Patienten)
35220523	Leistungen von Sozialpädagogen Zeitdauer bis 60 Minuten wie oben
35220524	Leistungen von Sozialpädagogen Zeitdauer bis 90 Minuten wie oben
35220525	Leistungen von Sozialpädagogen Zeitdauer bis 120 Minuten wie oben
35220526	Leistungen von Sozialpädagogen Zeitdauer bis 180 Minuten wie oben
35220530	Leistungen von Sozialpädagogen Zeitdauer bis 10 Minuten wie oben spezifische Behandlung in der Großgruppe (mind. 4, max. 8 Patienten)
35220532	Leistungen von Sozialpädagogen Zeitdauer bis 40 Minuten wie oben spezifische Behandlung in der Großgruppe (mind. 4, max. 8 Patienten)
35220533	Leistungen von Sozialpädagogen Zeitdauer bis 60 Minuten wie oben
35220534	Leistungen von Sozialpädagogen Zeitdauer bis 90 Minuten wie oben
35220535	Leistungen von Sozialpädagogen Zeitdauer bis 120 Minuten wie oben
35220536	Leistungen von Sozialpädagogen Zeitdauer bis 180 Minuten wie oben
35220560	Fahrtzeit dazu bis 10 Minuten

35220561	Fahrtzeit dazu bis 20 Minuten
35220562	Fahrtzeit dazu bis 40 Minuten
35220563	Fahrtzeit dazu bis 60 Minuten
35220564	Fahrtzeit dazu bis 90 Minuten
35220565	Fahrtzeit dazu bis 120 Minuten
35220566	Fahrtzeit dazu bis 180 Minuten
35220601	Erhebung und Dokumentation der ambulanten medizinischen Basisdaten nach den Vorgaben des „AmBADO“-Bogens. Die Abrechnung ist grundsätzlich einmal im Jahr möglich, es sei denn, dass beim Patienten die Kriterien des neuen Falles gegeben sind.
35220610	Leistungen von Psychotherapeuten Zeitdauer bis 10 Minuten spezifische Diagnostik, Einzeltherapie
35220611	Leistungen von Psychotherapeuten Zeitdauer bis 20 Minuten spezifische Diagnostik, Einzeltherapie
35220612	Leistungen von Psychotherapeuten Zeitdauer bis 40 Minuten wie oben
35220613	Leistungen von Psychotherapeuten Zeitdauer bis 60 Minuten wie oben
35220614	Leistungen von Psychotherapeuten Zeitdauer bis 90 Minuten wie oben
35220615	Leistungen von Psychotherapeuten Zeitdauer bis 120 Minuten wie oben
35220616	Leistungen von Psychotherapeuten Zeitdauer bis 180 Minuten wie oben
35220622	Leistungen von Psychotherapeuten Zeitdauer bis 40 Minuten spezifische Behandlung in der Kleingruppe (bis zu 3 Patienten)
35220623	Leistungen von Psychotherapeuten Zeitdauer bis 60 Minuten wie oben
35220624	Leistungen von Psychotherapeuten Zeitdauer bis 90 Minuten wie oben
35220625	Leistungen von Psychotherapeuten Zeitdauer bis 120 Minuten wie oben
35220626	Leistungen von Psychotherapeuten Zeitdauer bis 180 Minuten wie oben
35220632	Leistungen von Psychotherapeuten Zeitdauer bis 40 Minuten spezifische Behandlung in der Großgruppe (mind. 4, max. 8 Patienten)
35220633	Leistungen von Psychotherapeuten Zeitdauer bis 60 Minuten wie oben
35220634	Leistungen von Psychotherapeuten Zeitdauer bis 90 Minuten wie oben
35220635	Leistungen von Psychotherapeuten Zeitdauer bis 120 Minuten wie oben
35220636	Leistungen von Psychotherapeuten Zeitdauer bis 180 Minuten wie oben
35220661	Fahrtzeit dazu bis 20 Minuten
35220662	Fahrtzeit dazu bis 40 Minuten
35220663	Fahrtzeit dazu bis 60 Minuten
35220664	Fahrtzeit dazu bis 90 Minuten
35220665	Fahrtzeit dazu bis 120 Minuten
35220666	Fahrtzeit dazu bis 180 Minuten
35221160	Ärztliche Leistungen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 1 bis 10 km
35221161	Ärztliche Leistungen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 11 bis 20 km
35221162	Ärztliche Leistungen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 21 bis 30 km
35221163	Ärztliche Leistungen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 31 bis 40 km
35221164	Ärztliche Leistungen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 41 bis 50 km
35221165	Ärztliche Leistungen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 51 bis 60 km
35221166	Ärztliche Leistungen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 61 bis 70 km
35221167	Ärztliche Leistungen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 71 bis 80 km
35221168	Ärztliche Leistungen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 81 bis 90 km
35221260	Leistungen von Psychologen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 1 bis 10 km
35221261	Leistungen von Psychologen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 11 bis 20 km

35221262	Leistungen von Psychologen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 21 bis 30 km
35221263	Leistungen von Psychologen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 31 bis 40 km
35221264	Leistungen von Psychologen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 41 bis 50 km
35221265	Leistungen von Psychologen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 51 bis 60 km
35221266	Leistungen von Psychologen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 61 bis 70 km
35221267	Leistungen von Psychologen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 71 bis 80 km
35221268	Leistungen von Psychologen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 81 bis 90 km
35221360	Leistungen von Bewegungs- und Ergotherapeuten sowie Pflegekräften, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 1 bis 10 km
35221361	Leistungen von Bewegungs- und Ergotherapeuten sowie Pflegekräften, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 11 bis 20 km
35221362	Leistungen von Bewegungs- und Ergotherapeuten sowie Pflegekräften, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 21 bis 30 km
35221363	Leistungen von Bewegungs- und Ergotherapeuten sowie Pflegekräften, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 31 bis 40 km
35221364	Leistungen von Bewegungs- und Ergotherapeuten sowie Pflegekräften, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 41 bis 50 km
35221365	Leistungen von Bewegungs- und Ergotherapeuten sowie Pflegekräften, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 51 bis 60 km
35221366	Leistungen von Bewegungs- und Ergotherapeuten sowie Pflegekräften, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 61 bis 70 km
35221367	Leistungen von Bewegungs- und Ergotherapeuten sowie Pflegekräften, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 71 bis 80 km
35221368	Leistungen von Bewegungs- und Ergotherapeuten sowie Pflegekräften, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 81 bis 90 km
35221460	Leistungen von Sprachtherapeuten, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 1 bis 10 km
35221461	Leistungen von Sprachtherapeuten, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 11 bis 20 km
35221462	Leistungen von Sprachtherapeuten, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 21 bis 30 km
35221463	Leistungen von Sprachtherapeuten, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 31 bis 40 km
35221464	Leistungen von Sprachtherapeuten, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 41 bis 50 km
35221465	Leistungen von Sprachtherapeuten, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 51 bis 60 km
35221466	Leistungen von Sprachtherapeuten, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 61 bis 70 km
35221467	Leistungen von Sprachtherapeuten, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 71 bis 80 km
35221468	Leistungen von Sprachtherapeuten, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 81 bis 90 km

35221560	Leistungen von Sozialpädagogen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 1 bis 10 km
35221561	Leistungen von Sozialpädagogen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 11 bis 20 km
35221562	Leistungen von Sozialpädagogen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 21 bis 30 km
35221563	Leistungen von Sozialpädagogen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 31 bis 40 km
35221564	Leistungen von Sozialpädagogen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 41 bis 50 km
35221565	Leistungen von Sozialpädagogen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 51 bis 60 km
35221566	Leistungen von Sozialpädagogen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 61 bis 70 km
35221567	Leistungen von Sozialpädagogen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 71 bis 80 km
35221568	Leistungen von Sozialpädagogen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 81 bis 90 km
35221660	Leistungen von Psychotherapeuten, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 1 bis 10 km
35221661	Leistungen von Psychotherapeuten, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 11 bis 20 km
35221662	Leistungen von Psychotherapeuten, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 21 bis 30 km
35221663	Leistungen von Psychotherapeuten, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 31 bis 40 km
35221664	Leistungen von Psychotherapeuten, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 41 bis 50 km
35221665	Leistungen von Psychotherapeuten, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 51 bis 60 km
35221666	Leistungen von Psychotherapeuten, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 61 bis 70 km
35221667	Leistungen von Psychotherapeuten, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 71 bis 80 km
35221668	Leistungen von Psychotherapeuten, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt 81 bis 90 km

sonstige Pauschale

36000001	Notfallpauschale
36000002	Abklärungsuntersuchung
36000005	Einsatzpauschale für Notfälle außerhalb des Krankenhauses

Entgelte für Modellvorhaben § 64b Abs. 1 SGB V

36010000	Allgemeine Psychiatrie, Regelbehandlung, bis zu 1 Stunde pro Termin, auch mehrfach pro Tag, auch bei späterer ungeplanter notfalliger teilstationärer bzw. stationärer Aufnahme am gleichen Tag
36010001	Allgemeine Psychiatrie, Intensivbehandlung, mehr als 1 Stunde pro Termin, auch mehrfach pro Tag, auch bei späterer ungeplanter notfalliger teilstationärer bzw. stationärer Aufnahme am gleichen Tag
36010002	Allgemeine Psychiatrie, Gruppenbehandlung, psychisch Kranke oder mit schweren Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen die psychotherapeutisch behandelt werden, max. 18 Patienten, in der Regel 45-90 Min. pro Termin, auch mehrfach pro Tag
36010003	Allgemeine Psychiatrie, Psychotherapie, Kranke mit schweren Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen die psychotherapeutisch behandelt werden, bis zu 1 Stunde pro Termin, auch mehrfach pro Woche, auch i. V. m. anderen Leistungen am gleichen Tag
36010004	Abhängigkeitskranke, Regelbehandlung, Alkohol- und Medikamentenabhängige, entgiftet, bis zu 1 Stunde pro Termin, auch mehrfach pro Tag, auch bei späterer ungeplanter notfalliger teilstationärer bzw. stationärer Aufnahme am gleichen Tag
36010005	Abhängigkeitskranke, Intensivbehandlung, Alkohol- und Medikamentenabhängige, evtl. nicht entgiftet, mehr als 1 Stunde pro Termin, auch mehrfach pro Tag, auch bei späterer ungeplanter notfalliger teilstationärer bzw. stationärer Aufnahme am gleichen Tag
36010006	Abhängigkeitskranke, Gruppenbehandlung, Alkohol- und Medikamentenabhängige, entgiftet, Psychisch Kranke oder mit schweren Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen die psychotherapeutisch behandelt werden, max. 18 Patienten, i.d.R. 45-90 Minuten pro Termin, auch mehrfach pro Tag
36010007	Abhängigkeitskranke, Psychotherapie, Alkohol- und Medikamentenabhängige, entgiftet, bis zu 1 Stunde pro Termin, auch mehrfach pro Woche, auch i. V. m. anderen Leistungen am gleichen Tag
36010008	Gerontopsychiatrie, Regelbehandlung, psychisch Kranke im höheren Lebensalter mit psych., somat., soz. Einbußen, bis zu 1 h pro Termin, auch mehrfach pro Tag, auch späterer ungeplanter notfalliger teilstationärer bzw. stationärer Aufnahme am gleichen Tag
36010009	Gerontopsychiatrie, Intensivbehandlung, psychisch Kranke im höheren Lebensalter mit psych., somat., soz. Einbußen, mehr als 1 h pro Termin, auch mehrfach pro Tag, auch bei späterer ungeplanter notfalliger teil- bzw. stationärer Aufnahme am gleichen Tag
36010010	Gerontopsychiatrie, Gruppenbehandlung, psychisch Kranke im höheren Lebensalter mit Regelbehandlung oder mit schweren Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen mit Psychotherapie, max. 18 Patienten, i.d.R. 45-90 Min. pro Termin, auch mehrfach pro Tag

36010011 Gerontopsychiatrie, Psychotherapie, Kranke im höheren Lebensalter mit schweren Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen, bis zu 1 Stunde pro Termin, auch mehrfach pro Woche, auch i. V. m. anderen Leistungen am gleichen Tag

Zuschlag

38000000 allgemeiner Zuschlag
38000006 Kilometerpauschale
38000007 Wegepauschale, bis 2 km, am Tag
38000008 Wegepauschale, bis 2 km, in der Nacht
38000009 Wegegeld ab 2 km, je Doppelkilometer, am Tag
38000010 Wegegeld ab 2 km, je Doppelkilometer, in der Nacht
38010000 Laborpauschale
38020000 Heilmittelpauschale
38056001 ADHS

Abschlag

39000000 allgemeiner Abschlag
39100000 Abschlag bei Mehrleistungen

Sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V

EBM-Ziffern

40001100 ff. EBM-Katalog (siehe Anhang D zur Anlage 2, Schlüssel 20)

Quartalspauschale

41000000 ohne Differenzierung
 41000001 ärztliche Leistung
 41000002 nichtärztliche Leistung
 410[0100 ff.]0 Fachabteilungen (siehe Anlage 2, Schlüssel 6)
 41240000 Mehrfachkontakt, Erwachsene
 41250000 Mehrfachkontakt, Kinder und Jugendliche

Tagespauschale

43000000 ohne Differenzierung
 43000030 Nachbehandlung Cochlea-Implantat
 430[0100 ff.]0 Fachabteilungen (siehe Anlage 2, Schlüssel 6)

Pauschale je Behandlungseinheit

44200050 bis 50 Behandlungstage
 44200060 bis 60 Behandlungstage
 44302001 je Behandlungseinheit, medizinisch-therapeutische Leistung, Krankengymnastik
 44302002 je Behandlungseinheit, medizinisch-therapeutische Leistung, Logopädie
 44302003 je Behandlungseinheit, medizinisch-therapeutische Leistung, Ergotherapie

sonstige Pauschale

46000002 Abklärungsuntersuchung
 46000003 Kinderpauschale ab 60 Behandlungstage
 46000004 medizinisch-therapeutische Leistungen

Zuschlag

48000020 Zuschlag bei Überschreiten der vereinbarten Behandlungsdauer

Abschlag

49000000 allgemeiner Abschlag
 49100000 Abschlag bei Mehrleistungen

Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V

EBM-Ziffern

50001100 ff. EBM-Katalog (siehe Anhang D zur Anlage 2, Schlüssel 20)

Quartalspauschale

51000000 ohne Differenzierung
510[0100 ff.]0 Fachabteilungen (siehe Anlage 2, Schlüssel 6)
51300000 Mitbehandlung

Behandlungspauschale

52000000 ohne Differenzierung
520[0100 ff.]0 Fachabteilungen (siehe Anlage 2, Schlüssel 6)
52300000 Mitbehandlung

Tagespauschale

53000000 ohne Differenzierung
530[0100 ff.]0 Fachabteilungen (siehe Anlage 2, Schlüssel 6)

sonstige Pauschale

56000002 Abklärungsuntersuchung

Zuschlag

58000000 allgemeiner Zuschlag

Abschlag

59000000 allgemeiner Abschlag
59100000 Abschlag bei Mehrleistungen

Kinderspezialambulanzen nach § 120 Abs. 1a SGB V

(ergänzende fall- oder einrichtungsbezogene Pauschale)

Quartalspauschale

61000000	ohne Differenzierung
61000080	pädiatrisch internistische Leistungen
61000190	Ultraschalldiagnostik
61000200	Ultraschalldiagnostik Urogenitalsystem
61000210	Ultraschalldiagnostik Abdomen
61000220	Päd. Ultraschalldiagnostik
61000230	AD(H)S Psychosomatische Erkrankungen Verhaltensauffälligkeiten
61000240	EEG-Sprechstunde
61000270	Ambulanz EEG
610[0100 ff.]0	Fachabteilungen (siehe Anlage 2, Schlüssel 6)
61008010	Fachbereich Anästhesie
61038020	Fachbereich Diabetologie
61038030	Fachbereich Stoffwechselerkrankung
61038040	Fachbereich Mukoviszidose
61038050	Fachbereich Kinder-Sonographie
61038060	Fachbereich Betreuung Risikopatienten
61038070	Fachbereich Audiologie
61038080	Fachbereich Humangenetik
61038090	Fachbereich Allergologie
61038100	Fachbereich Hämostaseologie
61038110	Fachbereich Kinder- und Jugendmedizin
61038120	Fachbereich Neonatologie/Pulmologie
61038130	Fachbereich Neuropädiatrie
61038140	Fachbereich Nephrologie, Stoffwechsel-Erkrankungen (inkl. Diabetologie, Rheumatologie)
61038150	Fachbereich Pädaudiologie HNO
61038160	Fachbereich Pneumologie/Pulmologie
61038170	Fachbereich Pneumologie, entzündliche Darmerkrankungen, Endokrinologie
61038180	Fachbereich Kinder-Diabetologie
61038190	Fachbereich Kinder-HNO
61038200	Fachbereich Kinder-Pneumologie, Pulmologie
61038210	Fachbereich Kinder-Anästhesie
61038230	Fachbereich Infektiologie
61038410	Fachbereich Kinderradiologie
61038420	Fachbereich Hämatologie/Onkologie/Kardiologie/Endokrinologie/Diabetologie/Sonographie
61038430	Fachbereich Neuropädiatrie/Hämatologie/Onkologie
61038450	Fachbereich Kinderimmunologie
61040000	Erwachsene
61040060	Mukoviszidose, Weiterbehandlung ab 18 Jahre
61050000	Kinder und Jugendliche
61050121	Kinder und Jugendliche, Schlafmedizin, ärztliche Leistung
61350060	Mitbehandlung, Kinder und Jugendliche, unter 6 Jahre
61350070	Mitbehandlung, Kinder und Jugendliche, ab 6 Jahre
61450080	Konsiliarleistung, Kinder und Jugendliche, unter 6 Jahre

61450090 Konsiliarleistung, Kinder und Jugendliche, ab 6 Jahre

Behandlungspauschale

62000000 ohne Differenzierung
620[0100 ff.]0 Fachabteilungen (siehe Anlage 2, Schlüssel 6)
62040000 Erwachsene
62050000 Kinder und Jugendliche

Ambulanzen an Ausbildungsstätten (§ 6 PsychThG) § 117 Abs. 2 SGB V

EBM-Ziffern

70001100 ff. EBM-Katalog (siehe Anhang D zur Anlage 2, Schlüssel 20)

Quartalspauschale

71000000 Quartalspauschale
 71000050 psychotherapeutische Leistungen
 71040000 Erwachsene
 71050000 Kinder und Jugendliche
 71050110 Kinder und Jugendliche, Gruppentherapie
 720[0100 ff.]0 Fachabteilungen (siehe Anlage 2, Schlüssel 6)

Pauschale je Behandlungseinheit

74100000 je Stunde
 74101001 je Stunde, gruppentherapeutische Leistungen

Pauschale nach Katalog

Erwachsene, Kinder und Jugendliche (Leistungen nach § 117 Abs. 2 Satz 1, 2. Halbsatz SGB V)

75230000 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)
 75230001 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)
 75230002 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Gruppenbehandlung)
 75230003 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Gruppenbehandlung)
 75230004 Analytische Psychotherapie (Einzelbehandlung)
 75230005 Analytische Psychotherapie (Gruppenbehandlung)
 75230006 Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)
 75230007 Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)
 75230008 Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, kleine Gruppe)
 75230009 Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, kleine Gruppe)
 75230010 Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, große Gruppe)
 75230011 Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, große Gruppe)
 75230012 Übende Verfahren, Einzelbehandlung
 75230013 Übende Verfahren, Gruppenbehandlung
 75230014 Übende Verfahren bei Kindern und Jugendlichen, Gruppenbehandlung
 75230015 Hypnose
 75230016 Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung einer Kurzzeittherapie
 75230017 Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung / Verlängerung einer Langzeittherapie
 75230018 Biographische Anamnese
 75230019 Vertiefte Exploration
 75230020 Zuschlag Erhebung neurologischer und psychiatrischer Befunde
 75230021 Probatorische Sitzung

75230022	Testverfahren, standardisierte
75230023	Testverfahren, psychometrische
75230024	Verfahren, projektive
75230025	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr
75230026	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr
75230027	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr
75230028	Grundpauschale Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
75230029	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)
75230030	Verwaltungskomplex
75230031	Unvorhergesehene Inanspruchnahme I
75230032	Unvorhergesehene Inanspruchnahme II
75230033	Ärztlicher Bericht nach Untersuchung
75230034	Individueller Arztbrief
75230035	Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt
75230036	Bescheinigung oder Zeugnis
75230037	Krankheitsbericht
75230038	Kurplan, Gutachten, Stellungnahme
75230039	Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax
75230040	Transport von Briefen bis 50 g (Kompaktbrief)
75230041	Transport von Briefen bis 500 g (Großbrief)
75230042	Transport von Briefen 1000 g (Maxibrief)
75230043	Abfassung in freier Form
75230044	Kopie, EDV-technische Abschrift
75230045	Pauschale für Besuche im Kernbereich, bis zu 2 km
75230046	Pauschale für Besuche im Randbereich, 2 km bis zu 5 km
75230047	Pauschale für Besuche im Fernbereich, mehr als 5 km
75230048	Pauschale für Besuche im Kernbereich, bis zu 2 km bei Nacht
75230049	Pauschale für Besuche im Randbereich, 2 km bis zu 5 km, Nacht
75230050	Pauschale für Besuche im Fernbereich, mehr als 5 km, Nacht
75230051	Besuch
75230052	Dringender Besuch I
75230053	Dringender Besuch II
75230055	Besuch eines weiteren Kranken
75230056	Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal
75230057	Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale
Hinweis:	
99200000	intern reserviert

Anhang B zu Anlage 2

Entgeltarten (BPfIV)

Entgeltarten BPfIV bei Anwendung des § 17d KHG

PEPP-Entgeltkatalog: vollstationäre Versorgung (bewertet)

P002A Intensivbehandlung bei Kindern und Jugendlichen mit sehr hohem Bedarf an intensiver Beaufsichtigung in einer Kleinstgruppe bzw. Einzelbetreuung

A1P002A1 - Vergütungsstufe 1, vollstationär

A1P002A2 - Vergütungsstufe 2, vollstationär

A1P002A3 - Vergütungsstufe 3, vollstationär

P002B Intensivbehandlung bei Kindern und Jugendlichen mit hohem Bedarf an intensiver Beaufsichtigung in einer Kleinstgruppe bzw. Einzelbetreuung,

A1P002B1 - Vergütungsstufe 1, vollstationär

A1P002B2 - Vergütungsstufe 2, vollstationär

P003A Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung mit äußerst hohem Aufwand

A1P003A1 - Vergütungsstufe 1, vollstationär

A1P003A2 - Vergütungsstufe 2, vollstationär

A1P003A3 - Vergütungsstufe 3, vollstationär

A1P003A4 - Vergütungsstufe 4, vollstationär

P003B Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung mit sehr hohem Aufwand

A1P003B1 - Vergütungsstufe 1, vollstationär

A1P003B2 - Vergütungsstufe 2, vollstationär

A1P003B3 - Vergütungsstufe 3, vollstationär

P003C Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung mit hohem Aufwand

A1P003C1 - Vergütungsstufe 1, vollstationär

A1P003C2 - Vergütungsstufe 2, vollstationär

A1P003C3 - Vergütungsstufe 3, vollstationär

P003D	Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung mit erhöhtem Aufwand
A1P003D1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1P003D2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1P003D3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
P004Z	Intensivbehandlung bei Erwachsenen, ab 3 Merkmalen, mit sehr hohem Anteil
A1P004Z1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1P004Z2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1P004Z3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
PA01A1	Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen oder andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, mit komplizierender Konstellation
A1PA01A1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1PA01A2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1PA01A3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
PA01B	Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen oder andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, ohne komplizierende Konstellation
A1PA01B1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1PA01B2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1PA01B3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
PA02A	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, mit komplizierender Konstellation
A1PA02A1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1PA02A2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1PA02A3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
PA02B	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, ohne komplizierende Konstellation
A1PA02B1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1PA02B2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1PA02B3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
PA03A	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen, Alter > 65 Jahre oder mit komplizierender Konstellation
A1PA03A1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1PA03A2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1PA03A3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär

PA03B	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen oder andere psychotische Störungen, Alter < 66 Jahre, ohne komplizierende Konstellation
A1PA03B1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1PA03B2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1PA03B3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
PA04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, Alter > 65 Jahre und mit komplizierender Nebendiagnose, oder mit komplizierender Konstellation
A1PA04A1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1PA04A2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1PA04A3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
PA04B	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, Alter > 65 Jahre oder mit komplizierender Nebendiagnose
A1PA04B1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1PA04B2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1PA04B3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
PA04C	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, Alter < 66 Jahre, ohne komplizierende Nebendiagnose, ohne komplizierende Konstellation
A1PA04C1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1PA04C2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1PA04C3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
PA14A	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Essstörungen oder andere Störungen, Alter > 65 Jahre oder mit komplizierender Konstellation
A1PA14A1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1PA14A2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1PA14A3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
PA14B	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Essstörungen oder andere Störungen, Alter < 66 Jahre, ohne komplizierende Konstellation
A1PA14B1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1PA14B2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1PA14B3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
PA15A	Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, mit komplizierender Konstellation
A1PA15A1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1PA15A2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1PA15A3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
A1PA15A4	- Vergütungsstufe 4, vollstationär

PA15B	Amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, ohne komplizierende Konstellation
A1PA15B1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1PA15B2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1PA15B3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
A1PA15B4	- Vergütungsstufe 4, vollstationär
PA15C	Organische Störungen, ohne komplizierende Konstellation
A1PA15C1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1PA15C2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1PA15C3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
A1PA15C4	- Vergütungsstufe 4, vollstationär
PK01Z	Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen oder andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
A1PK01Z1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1PK01Z2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1PK01Z3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
PK02Z	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
A1PK02Z1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1PK02Z2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1PK02Z3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
PK03Z	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen
A1PK03Z1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1PK03Z2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1PK03Z3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
PK04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, mit komplizierender Nebendiagnose
A1PK04A1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1PK04A2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1PK04A3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
PK04B	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, ohne komplizierende Nebendiagnose
A1PK04B1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1PK04B2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1PK04B3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
PK10Z	Ess- oder Fütterstörungen
A1PK10Z1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär

A1PK10Z2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1PK10Z3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
PK14Z	Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen
A1PK14Z1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1PK14Z2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1PK14Z3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
PP00Z	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung, mit sehr hohem Anteil
A1PP00Z1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
PP04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, Alter > 65 Jahre oder mit komplizierender Konstellation
A1PP04A1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
PP04B	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, Alter < 66 Jahre, ohne komplizierende Konstellation
A1PP04B1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
PP10A	Anorexia nervosa, Ess- oder Fütterstörungen mit komplizierender Nebendiagnose
A1PP10A1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
PP10B	Ess- oder Fütterstörungen ohne komplizierende Nebendiagnose
A1PP10B1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
PP14Z	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen
A1PP14Z1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1PP14Z2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
Zuschläge (vollstationäre Fälle)	
A6100000	Zuschlag Begleitperson (§ 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 1. Halbsatz BPfIV)
A6100001	Zuschlag Mitaufnahme Pflegekraft (§ 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 2. HS BPfIV)
A6100002	Investitionszuschlag (bis 2014, § 8 Abs. 3 BPfIV)
A6200000	Ausbildungszuschlag (§ 17a Abs. 6 KHG)
A6200001	Zuschlag Teilnahme an der regionalen Versorgungsverpflichtung
A6200003	Zuschlag Qualitätssicherung (§ 17b Abs. 1 Satz 5 KHG)
A6200004	Zuschlag Sicherstellung (§ 17b Abs. 1 Sätze 6-9 KHG)
A6200005	DRG-Systemzuschlag (§ 17b Abs. 5 KHG)
A6200006	Zuschlag Gemeinsamer Bundesausschuss (§ 91 Abs. 3 Satz 1 SGB V)
A6200007	Zuschlag Institut § 139c SGB V (§ 139c Satz 1 SGB V)
A6200008	Telematikzuschlag (§ 291a Abs. 7a SGB V)
A6300000	Kostenpauschale für Verwaltungsverfahren
A6300001	Aufwandspauschale bei erfolgloser MDK-Prüfung (§ 275 Abs. 1c SGB V)

Abschläge (vollstationäre Fälle)

A7200000	Korrektur Ausbildungszuschlag
A7200001	Abschlag Nichtteilnahme Qualitätssicherung (§ 8 Abs. 4 BpflV)
A7200002	Abschlag für Nichtbeteiligung Notfallversorgung (§ 17b Abs. 1 Satz 4 KHG)

PEPP-Entgeltkatalog: vollstationäre Versorgung (unbewertet, tagesbezogen)

A81P001Z	Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie, VWD < 14 Tage (P001Z), tagesbezogen, vollstationär
A81PA16Z	Krankheiten des Nervensystems, zerebrovaskuläre Krankheiten oder Thiaminmangel (PA16Z), tagesbezogen, vollstationär
A81PA17Z	Andere psychosomatische Störungen (PA17Z), vollstationär
A81PA18Z	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome (PA18Z), tagesbezogen, vollstationär
A81PA98Z	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose (PA98Z), tagesbezogen, vollstationär
A81PA99Z	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose (PA99Z), tagesbezogen, vollstationär
A81PK15Z	Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems (PK15Z), tagesbezogen, vollstationär
A81PK16Z	Krankheiten des Nervensystems, zerebrovaskuläre Krankheiten oder Thiaminmangel (PK16Z), tagesbezogen, vollstationär
A81PK17Z	Andere psychosomatische Störungen (PK17Z), Vergütungsstufe 1, tagesbezogen, vollstationär
A81PK18Z	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome (PK18Z), tagesbezogen, vollstationär
A81PK98Z	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose (PK98Z), tagesbezogen, vollstationär
A81PK99Z	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose (PK99Z), tagesbezogen, vollstationär
A81PP15Z	Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems (PP15Z), tagesbezogen, vollstationär
A81PP16Z	Krankheiten des Nervensystems, zerebrovaskuläre Krankheiten oder Thiaminmangel (PP16Z), tagesbezogen, vollstationär
A81PP17Z	Andere psychosomatische Störungen (PP17Z), tagesbezogen, vollstationär
A81PP18Z	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome (PP18Z), tagesbezogen, vollstationär
A81PP98Z	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose (PP98Z), tagesbezogen, vollstationär
A81PP99Z	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose (PP99Z), tagesbezogen, vollstationär

PEPP-Entgeltkatalog: vollstationäre Versorgung (unbewertet, fallbezogen)

A88P001Z	Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie, VWD < 14 Tage (P001Z), fallbezogen, vollstationär
A88PA16Z	Krankheiten des Nervensystems, zerebrovaskuläre Krankheiten oder Thiaminmangel (PA16Z), fallbezogen, vollstationär
A88PA17Z	Andere psychosomatische Störungen (PA17Z), fallbezogen, vollstationär

A88PA18Z	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome (PA18Z), fallbezogen, vollstationär
A88PA98Z	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose (PA98Z), fallbezogen, vollstationär
A88PA99Z	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose (PA99Z), fallbezogen, vollstationär
A88PK15Z	Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems (PK15Z), fallbezogen, vollstationär
A88PK16Z	Krankheiten des Nervensystems, zerebrovaskuläre Krankheiten oder Thiaminmangel (PK16Z), fallbezogen, vollstationär
A88PK17Z	Andere psychosomatische Störungen (PK17Z), fallbezogen, vollstationär
A88PK18Z	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome (PK18Z), fallbezogen, vollstationär
A88PK98Z	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose (PK98Z), fallbezogen, vollstationär
A88PK99Z	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose (PK99Z), fallbezogen, vollstationär
A88PP15Z	Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems (PP15Z), fallbezogen, vollstationär
A88PP16Z	Krankheiten des Nervensystems, zerebrovaskuläre Krankheiten oder Thiaminmangel (PP16Z), fallbezogen, vollstationär
A88PP17Z	Andere psychosomatische Störungen (PP17Z), fallbezogen, vollstationär
A88PP18Z	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome (PP18Z), fallbezogen, vollstationär
A88PP98Z	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose (PP98Z), fallbezogen, vollstationär
A88PP99Z	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose (PP99Z), fallbezogen, vollstationär

Entgelte für Modellvorhaben § 64a Abs. 1 SGB V

AA000000	Allgemeine Psychiatrie, Regelbehandlung, vollstationär; OPS 9-980.0
AA000001	Allgemeine Psychiatrie, Intensivbehandlung, vollstationär; OPS 9-980.1
AA000002	Langandauernde Behandlung bei Schwer- und Mehrfachkranken, Allgemeine Psychiatrie, vollstationär; OPS 9-980.2
AA000003	Allgemeine Psychiatrie, Psychotherapie, vollstationär; OPS 9-980.3
AA000004	Abhängigkeitskranke, Regelbehandlung, vollstationär; OPS 9-981.0
AA000005	Abhängigkeitskranke, Intensivbehandlung, vollstationär; OPS 9-981.1
AA000006	Langandauernde Behandlung bei Schwer- und Mehrfachkranken, Abhängigkeitskranke, vollstationär; OPS 9-981.2
AA000007	Abhängigkeitskranke, Psychotherapie, vollstationär; OPS 9-981.3
AA000008	Gerontopsychiatrie, Regelbehandlung, vollstationär; OPS 9-982.0
AA000009	Gerontopsychiatrie, Intensivbehandlung, vollstationär; OPS 9-982.1
AA000010	Langandauernde Behandlung bei Schwer- und Mehrfachkranken, Gerontopsychiatrie, vollstationär; OPS 9-982.2
AA000011	Gerontopsychiatrie, Psychotherapie, vollstationär; OPS 9-982.3

Teilzahlungsentgelte (§ 11 Abs. 1 Satz 3 BPfIV)

AD100001	Teilzahlungsentgelt
AD100002	Teilzahlungskorrektur

PEPP-Entgeltkatalog: teilstationäre Versorgung (bewertet)

B1TA02Z1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, teilstationär
B1TA15Z1	Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, teilstationär
B1TA19Z1	Psychotische, affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme, Schlaf-, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen, Alter > 65 Jahre oder mit komplizierender Konstellation, teilstationär
B1TA20Z1	Psychotische, affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme, Schlaf-, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen, Alter < 66 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, teilstationär
B1TK04Z1	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen ohne komplizierende Nebendiagnose, teilstationär
B1TK14Z1	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen mit komplizierender Nebendiagnose oder Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen, teilstationär
B1TP20Z1	Psychosomatische oder psychiatrische Störungen, teilstationär

Zuschläge, tagesbezogen (teilstationäre Fälle)

B6100002	Investitionszuschlag (bis 2014, § 8 Abs. 3 BpflV)
----------	---

Zuschläge, fallbezogen (teilstationäre Fälle)

B6200000	Ausbildungszuschlag (§ 17a Abs. 6 KHG)
B6200001	Zuschlag Teilnahme an der regionalen Versorgungsverpflichtung
B6200003	Zuschlag Qualitätssicherung (§ 17b Abs. 1 Satz 5 KHG)
B6200004	Zuschlag Sicherstellung (§ 17b Abs. 1 Sätze 6-9 KHG)
B6200005	DRG-Systemzuschlag (§ 17b Abs. 5 KHG)
B6200006	Zuschlag Gemeinsamer Bundesausschuss (§ 91 Abs. 3 Satz 1 SGB V)
B6200007	Zuschlag Institut § 139c SGB V (§ 139c Satz 1 SGB V)
B6200008	Telematikzuschlag (§ 291a Abs. 7a SGB V)

sonstige Zuschläge

B6300001	Aufwandspauschale bei erfolgloser MDK-Prüfung (§ 275 Abs. 1c SGB V)
----------	---

Abschläge, fallbezogen (teilstationäre Fälle)

B7200000	Korrektur Ausbildungszuschlag
B7200001	Abschlag Nichtteilnahme Qualitätssicherung [§ 8 Abs. 4 BpflV]
B7200002	Abschlag für Nichtbeteiligung Notfallversorgung [§17b Abs. 1 Satz 4 KHG]

PEPP-Entgeltkatalog: teilstationäre Versorgung (unbewertet, tagesbezogen)

B81TA16Z	Krankheiten des Nervensystems, zerebrovaskuläre Krankheiten oder Thiaminmangel (TA16Z), tagesbezogen, teilstationär
B81TA17Z	Andere psychosomatische Störungen (TA17Z), tagesbezogen, teilstationär
B81TA18Z	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome (TA18Z), tagesbezogen, teilstationär
B81TA98Z	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose (TA98Z), tagesbezogen, teilstationär

B81TA99Z	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose (TA99Z), tagesbezogen, teilstationär
B81TK15Z	Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems (TK15Z), tagesbezogen, teilstationär
B81TK16Z	Krankheiten des Nervensystems, zerebrovaskuläre Krankheiten oder Thiaminmangel (TK16Z), tagesbezogen, teilstationär
B81TK17Z	Andere psychosomatische Störungen (TK17Z), tagesbezogen, teilstationär
B81TK18Z	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome (TK18Z), tagesbezogen, teilstationär
B81TK98Z	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose (TK98Z), tagesbezogen, teilstationär
B81TK99Z	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose (TK99Z), tagesbezogen, teilstationär
B81TP98Z	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose (TP98Z), tagesbezogen, teilstationär
B81TP99Z	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose (TP99Z), tagesbezogen, teilstationär

PEPP-Entgeltkatalog: teilstationäre Versorgung (unbewertet, fallbezogen)

B88TA16Z	Krankheiten des Nervensystems, zerebrovaskuläre Krankheiten oder Thiaminmangel (TA16Z), fallbezogen, teilstationär
B88TA17Z	Andere psychosomatische Störungen (TA17Z), fallbezogen, teilstationär
B88TA18Z	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome (TA18Z), fallbezogen, teilstationär
B88TA98Z	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose (TA98Z), fallbezogen, teilstationär
B88TA99Z	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose (TA99Z), fallbezogen, teilstationär
B88TK15Z	Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems (TK15Z), fallbezogen, teilstationär
B88TK16Z	Krankheiten des Nervensystems, zerebrovaskuläre Krankheiten oder Thiaminmangel (TK16Z), fallbezogen, teilstationär
B88TK17Z	Andere psychosomatische Störungen (TK17Z), fallbezogen, teilstationär
B88TK18Z	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome (TK18Z), fallbezogen, teilstationär
B88TK98Z	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose (TK98Z), fallbezogen, teilstationär
B88TK99Z	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose (TK99Z), fallbezogen, teilstationär
B88TP98Z	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose (TP98Z), fallbezogen, teilstationär
B88TP99Z	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose (TP99Z), fallbezogen, teilstationär

Entgelte für Modellvorhaben § 64a Abs. 1 SGB V

BA000000	Allgemeine Psychiatrie, tagesklinisch, teilstationär; OPS 9-980.4
BA000001	Allgemeine Psychiatrie, Regelbehandlung, tagesklinisch, teilstationär; OPS 9-980.5

BA000002	Abhängigkeitskranke, tagesklinisch, teilstationär; OPS 9-981.4
BA000003	Abhängigkeitskranke, Regelbehandlung, tagesklinisch, teilstationär; OPS 9-981.5
BA000004	Gerontopsychiatrie, tagesklinisch, teilstationär; OPS 9-982.4
BA000005	Gerontopsychiatrie, Regelbehandlung, tagesklinisch, teilstationär; OPS 9-982.5
BA000006	Allgemeine Psychiatrie, Regelbehandlung, tagesklinisch, teilstationär; OPS 9-980.0
BA000007	Allgemeine Psychiatrie, Abhängigkeitskranke, Regelbehandlung, tagesklinisch, teilstationär; OPS 9-981.0
BA000008	Allgemeine Psychiatrie, Gerontopsychiatrie, Regelbehandlung, tagesklinisch, teilstationär; OPS 9-982.0

Teilzahlungsentgelte (§ 11 Abs. 1 Satz 3 BpflV)

BD100001	Teilzahlungsentgelt
BD100002	Teilzahlungskorrektur

PEPP-Entgeltkatalog: Zusatzentgelte-Katalog (bewertet)

ZP01	Gabe von Gemcitabin, parenteral
C5Z01100	- (ZP0110) 19,0 g bis unter 22,0 g; OPS 6-001.19
C5Z01110	- (ZP0111) 22,0 g bis unter 25,0 g; OPS 6-001.1a
C5Z01120	- (ZP0112) 25,0 g bis unter 28,0 g; OPS 6-001.1b
C5Z01130	- (ZP0113) 28,0 g bis unter 31,0 g; OPS 6-001.1c
C5Z01140	- (ZP0114) 31,0 g bis unter 34,0 g; OPS 6-001.1d
C5Z01150	- (ZP0115) 34,0 g und mehr; OPS 6-001.1e
ZP02	Gabe von Irinotecan, parenteral
C5Z02140	- (ZP0214) 2.000 mg bis unter 2.200 mg; OPS 6-001.3d
C5Z02150	- (ZP0215) 2.200 mg bis unter 2.400 mg; OPS 6-001.3e
C5Z02160	- (ZP0216) 2.400 mg bis unter 2.600 mg; OPS 6-001.3f
C5Z02170	- (ZP0217) 2.600 mg bis unter 2.800 mg; OPS 6-001.3g
C5Z02180	- (ZP0218) 2.800 mg bis unter 3.000 mg; OPS 6-001.3h
C5Z02190	- (ZP0219) 3.000 mg und mehr; OPS 6-001.3j
ZP03	Gabe von Trastuzumab, parenteral
C5Z03010	- (ZP0301) 100 mg bis unter 150 mg; OPS 6-001.70
C5Z03020	- (ZP0302) 150 mg bis unter 200 mg; OPS 6-001.71
C5Z03030	- (ZP0303) 200 mg bis unter 250 mg; OPS 6-001.72
C5Z03040	- (ZP0304) 250 mg bis unter 300 mg; OPS 6-001.73
C5Z03050	- (ZP0305) 300 mg bis unter 350 mg; OPS 6-001.74
C5Z03060	- (ZP0306) 350 mg bis unter 400 mg; OPS 6-001.75
C5Z03070	- (ZP0307) 400 mg bis unter 450 mg; OPS 6-001.76
C5Z03080	- (ZP0308) 450 mg bis unter 500 mg; OPS 6-001.77
C5Z03090	- (ZP0309) 500 mg bis unter 600 mg; OPS 6-001.78
C5Z03100	- (ZP0310) 600 mg bis unter 700 mg; OPS 6-001.79
C5Z03110	- (ZP0311) 700 mg bis unter 800 mg; OPS 6-001.7a
C5Z03120	- (ZP0312) 800 mg bis unter 900 mg; OPS 6-001.7b
C5Z03130	- (ZP0313) 900 mg bis unter 1.000 mg; OPS 6-001.7c
C5Z03140	- (ZP0314) 1.000 mg bis unter 1.200 mg; OPS 6-001.7d
C5Z03150	- (ZP0315) 1.200 mg bis unter 1.400 mg; OPS 6-001.7e
C5Z03160	- (ZP0316) 1.400 mg bis unter 1.600 mg; OPS 6-001.7f
C5Z03180	- (ZP0318) 1.600 mg bis unter 1.800 mg; OPS 6-001.7h
C5Z03190	- (ZP0319) 1.800 mg bis unter 2.000 mg; OPS 6-001.7j
C5Z03200	- (ZP0320) 2.000 mg bis unter 2.200 mg; OPS 6-001.7k
C5Z03210	- (ZP0321) 2.200 mg bis unter 2.400 mg; OPS 6-001.7m
C5Z03220	- (ZP0322) 2.400 mg und mehr; OPS 6-001.7n
ZP04	Gabe von Prothrombin-komplex, parenteral
C5Z04020	- (ZP0402) 3.500 IE bis unter 4.500 IE; OPS 8-812.53
C5Z04030	- (ZP0403) 4.500 IE bis unter 5.500 IE; OPS 8-812.54
C5Z04040	- (ZP0404) 5.500 IE bis unter 6.500 IE; OPS 8-812.55
C5Z04050	- (ZP0405) 6.500 IE bis unter 7.500 IE; OPS 8-812.56
C5Z04060	- (ZP0406) 7.500 IE bis unter 8.500 IE; OPS 8-812.57
C5Z04070	- (ZP0407) 8.500 IE bis unter 9.500 IE; OPS 8-812.58
C5Z04080	- (ZP0408) 9.500 IE bis unter 10.500 IE; OPS 8-812.59

C5Z04090	- (ZP0409) 10.500 IE bis unter 15.500 IE; OPS 8-812.5a
C5Z04100	- (ZP0410) 15.500 IE bis unter 20.500 IE; OPS 8-812.5b
C5Z04110	- (ZP0411) 20.500 IE bis unter 25.500 IE; OPS 8-812.5c
C5Z04120	- (ZP0412) 25.500 IE bis unter 30.500 IE; OPS 8-812.5d
C5Z04130	- (ZP0413) 30.500 IE und mehr; OPS 8-812.5e

ZP05 Gabe von Filgrastim, parenteral

C5Z05010	- (ZP0501) 70 Mio. IE bis unter 130 Mio. IE; OPS 6-002.10
C5Z05020	- (ZP0502) 130 Mio. IE bis unter 190 Mio. IE; OPS 6-002.11
C5Z05030	- (ZP0503) 190 Mio. IE bis unter 250 Mio. IE; OPS 6-002.12
C5Z05040	- (ZP0504) 250 Mio. IE bis unter 350 Mio. IE; OPS 6-002.13
C5Z05050	- (ZP0505) 350 Mio. IE bis unter 450 Mio. IE; OPS 6-002.14
C5Z05060	- (ZP0506) 450 Mio. IE bis unter 550 Mio. IE; OPS 6-002.15
C5Z05070	- (ZP0507) 550 Mio. IE bis unter 650 Mio. IE; OPS 6-002.16
C5Z05080	- (ZP0508) 650 Mio. IE bis unter 750 Mio. IE; OPS 6-002.17
C5Z05090	- (ZP0509) 750 Mio. IE bis unter 850 Mio. IE; OPS 6-002.18
C5Z05100	- (ZP0510) 850 Mio. IE bis unter 950 Mio. IE; OPS 6-002.19
C5Z05110	- (ZP0511) 950 Mio. IE bis unter 1.050 Mio. IE; OPS 6-002.1a
C5Z05120	- (ZP0512) 1.050 Mio. IE bis unter 1.250 Mio. IE; OPS 6-002.1b
C5Z05130	- (ZP0513) 1.250 Mio. IE bis unter 1.450 Mio. IE; OPS 6-002.1c
C5Z05140	- (ZP0514) 1.450 Mio. IE bis unter 1.650 Mio. IE; OPS 6-002.1d
C5Z05150	- (ZP0515) 1.650 Mio. IE bis unter 1.850 Mio. IE; OPS 6-002.1e
C5Z05160	- (ZP0516) 1.850 Mio. IE bis unter 2.050 Mio. IE; OPS 6-002.1f
C5Z05170	- (ZP0517) 2.050 Mio. IE bis unter 2.250 Mio. IE; OPS 6-002.1g
C5Z05180	- (ZP0518) 2.250 Mio. IE bis unter 2.450 Mio. IE; OPS 6-002.1h
C5Z05190	- (ZP0519) 2.450 Mio. IE und mehr; OPS 6-002.1j

ZP06 Gabe von Lenograstim, parenteral

C5Z06010	- (ZP0601) 75 Mio. IE bis unter 150 Mio. IE; OPS 6-002.20
C5Z06020	- (ZP0602) 150 Mio. IE bis unter 225 Mio. IE; OPS 6-002.21
C5Z06030	- (ZP0603) 225 Mio. IE bis unter 300 Mio. IE; OPS 6-002.22
C5Z06040	- (ZP0604) 300 Mio. IE bis unter 400 Mio. IE; OPS 6-002.23
C5Z06050	- (ZP0605) 400 Mio. IE bis unter 500 Mio. IE; OPS 6-002.24
C5Z06060	- (ZP0606) 500 Mio. IE bis unter 600 Mio. IE; OPS 6-002.25
C5Z06070	- (ZP0607) 600 Mio. IE bis unter 800 Mio. IE; OPS 6-002.26
C5Z06080	- (ZP0608) 800 Mio. IE bis unter 1.000 Mio. IE; OPS 6-002.27
C5Z06090	- (ZP0609) 1.000 Mio. IE bis unter 1.200 Mio. IE; OPS 6-002.28
C5Z06100	- (ZP0610) 1.200 Mio. IE bis unter 1.400 Mio. IE; OPS 6-002.29
C5Z06110	- (ZP0611) 1.400 Mio. IE bis unter 1.600 Mio. IE; OPS 6-002.2a
C5Z06120	- (ZP0612) 1.600 Mio. IE bis unter 1.800 Mio. IE; OPS 6-002.2b
C5Z06130	- (ZP0613) 1.800 Mio. IE bis unter 2.000 Mio. IE; OPS 6-002.2c
C5Z06140	- (ZP0614) 2.000 Mio. IE bis unter 2.200 Mio. IE; OPS 6-002.2d
C5Z06150	- (ZP0615) 2.200 Mio. IE bis unter 2.400 Mio. IE; OPS 6-002.2e
C5Z06160	- (ZP0616) 2.400 Mio. IE bis unter 2.600 Mio. IE; OPS 6-002.2f
C5Z06170	- (ZP0617) 2.600 Mio. IE bis unter 2.800 Mio. IE; OPS 6-002.2g
C5Z06180	- (ZP0618) 2.800 Mio. IE bis unter 3.000 Mio. IE; OPS 6-002.2h
C5Z06190	- (ZP0619) 3.000 Mio. IE und mehr; OPS 6-002.2j

ZP0701 Gabe von Antithrombin III, parenteral

C5Z07010	- (ZP0701) 2.000 IE bis unter 3.500 IE; OPS 8-810.g1
C5Z07020	- (ZP0702) 3.500 IE bis unter 5.000 IE; OPS 8-810.g2
C5Z07030	- (ZP0703) 5.000 IE bis unter 7.000 IE; OPS 8-810.g3
C5Z07040	- (ZP0704) 7.000 IE bis unter 10.000 IE; OPS 8-810.g4
C5Z07050	- (ZP0705) 10.000 IE bis unter 15.000 IE; OPS 8-810.g5
C5Z07060	- (ZP0706) 15.000 IE bis unter 20.000 IE; OPS 8-810.g6
C5Z07070	- (ZP0707) 20.000 IE bis unter 25.000 IE; OPS 8-810.g7
C5Z07080	- (ZP0708) 25.000 IE bis unter 30.000 IE; OPS 8-810.g8
C5Z07090	- (ZP0709) 30.000 IE bis unter 40.000 IE; OPS 8-810.ga
C5Z07100	- (ZP0710) 40.000 IE bis unter 50.000 IE; OPS 8-810.gb
C5Z07110	- (ZP0711) 50.000 IE bis unter 60.000 IE; OPS 8-810.gc
C5Z07120	- (ZP0712) 60.000 IE bis unter 70.000 IE; OPS 8-810.gd
C5Z07130	- (ZP0713) 70.000 IE bis unter 90.000 IE; OPS 8-810.ge
C5Z07140	- (ZP0714) 90.000 IE bis unter 110.000 IE; OPS 8-810.gf
C5Z07150	- (ZP0715) 110.000 IE bis unter 130.000 IE; OPS 8-810.gg
C5Z07160	- (ZP0716) 130.000 IE bis unter 150.000 IE; OPS 8-810.gh
C5Z07170	- (ZP0717) 150.000 IE und mehr; OPS 8-810.gj

ZP08 Gabe von Aldesleukin, parenteral

C5Z08010	- (ZP0801) 45 Mio. IE bis unter 65 Mio. IE; OPS 6-001.80
C5Z08020	- (ZP0802) 65 Mio. IE bis unter 85 Mio. IE; OPS 6-001.81
C5Z08030	- (ZP0803) 85 Mio. IE bis unter 105 Mio. IE; OPS 6-001.82
C5Z08040	- (ZP0804) 105 Mio. IE bis unter 125 Mio. IE; OPS 6-001.83
C5Z08050	- (ZP0805) 125 Mio. IE bis unter 145 Mio. IE; OPS 6-001.84
C5Z08060	- (ZP0806) 145 Mio. IE bis unter 165 Mio. IE; OPS 6-001.85
C5Z08070	- (ZP0807) 165 Mio. IE bis unter 185 Mio. IE; OPS 6-001.86
C5Z08080	- (ZP0808) 185 Mio. IE bis unter 205 Mio. IE; OPS 6-001.87
C5Z08090	- (ZP0809) 205 Mio. IE bis unter 245 Mio. IE; OPS 6-001.88
C5Z08100	- (ZP0810) 245 Mio. IE bis unter 285 Mio. IE; OPS 6-001.89
C5Z08110	- (ZP0811) 285 Mio. IE bis unter 325 Mio. IE; OPS 6-001.8a
C5Z08120	- (ZP0812) 325 Mio. IE bis unter 365 Mio. IE; OPS 6-001.8b
C5Z08130	- (ZP0813) 365 Mio. IE bis unter 405 Mio. IE; OPS 6-001.8c
C5Z08140	- (ZP0814) 405 Mio. IE bis unter 445 Mio. IE; OPS 6-001.8d
C5Z08150	- (ZP0815) 445 Mio. IE bis unter 485 Mio. IE; OPS 6-001.8e
C5Z08160	- (ZP0816) 485 Mio. IE bis unter 525 Mio. IE; OPS 6-001.8f
C5Z08170	- (ZP0817) 525 Mio. IE bis unter 565 Mio. IE; OPS 6-001.8g
C5Z08180	- (ZP0818) 565 Mio. IE bis unter 625 Mio. IE; OPS 6-001.8h
C5Z08190	- (ZP0819) 625 Mio. IE bis unter 685 Mio. IE; OPS 6-001.8j
C5Z08200	- (ZP0820) 685 Mio. IE bis unter 745 Mio. IE; OPS 6-001.8k
C5Z08210	- (ZP0821) 745 Mio. IE bis unter 805 Mio. IE; OPS 6-001.8m
C5Z08220	- (ZP0822) 805 Mio. IE und mehr; OPS 6-001.8n

ZP09 Gabe von Bortezomib, parenteral

C5Z09010	- (ZP0901) 1,5 mg bis unter 2,5 mg; OPS 6-001.90
C5Z09020	- (ZP0902) 2,5 mg bis unter 3,5 mg; OPS 6-001.91
C5Z09030	- (ZP0903) 3,5 mg bis unter 4,5 mg; OPS 6-001.92
C5Z09040	- (ZP0904) 4,5 mg bis unter 5,5 mg; OPS 6-001.93
C5Z09050	- (ZP0905) 5,5 mg bis unter 6,5 mg; OPS 6-001.94

C5Z09060	- (ZP0906) 6,5 mg bis unter 7,5 mg; OPS 6-001.95
C5Z09070	- (ZP0907) 7,5 mg bis unter 8,5 mg; OPS 6-001.96
C5Z09080	- (ZP0908) 8,5 mg bis unter 9,5 mg; OPS 6-001.97
C5Z09090	- (ZP0909) 9,5 mg bis unter 10,5 mg; OPS 6-001.98
C5Z09100	- (ZP0910) 10,5 mg bis unter 11,5 mg; OPS 6-001.99
C5Z09110	- (ZP0911) 11,5 mg bis unter 13,5 mg; OPS 6-001.9a
C5Z09120	- (ZP0912) 13,5 mg bis unter 15,5 mg; OPS 6-001.9b
C5Z09130	- (ZP0913) 15,5 mg bis unter 17,5 mg; OPS 6-001.9c
C5Z09140	- (ZP0914) 17,5 mg bis unter 19,5 mg; OPS 6-001.9d
C5Z09150	- (ZP0915) 19,5 mg bis unter 21,5 mg; OPS 6-001.9e
C5Z09160	- (ZP0916) 21,5 mg bis unter 23,5 mg; OPS 6-001.9f
C5Z09170	- (ZP0917) 23,5 mg bis unter 25,5 mg; OPS 6-001.9g
C5Z09180	- (ZP0918) 25,5 mg bis unter 27,5 mg; OPS 6-001.9h
C5Z09190	- (ZP0919) 27,5 mg bis unter 29,5 mg; OPS 6-001.9j
C5Z09200	- (ZP0920) 29,5 mg und mehr; OPS 6-001.9k

ZP10 Gabe von Cetuximab, parenteral

C5Z10010	- (ZP1001) 250 mg bis unter 350 mg; OPS 6-001.a0
C5Z10020	- (ZP1002) 350 mg bis unter 450 mg; OPS 6-001.a1
C5Z10030	- (ZP1003) 450 mg bis unter 550 mg; OPS 6-001.a2
C5Z10040	- (ZP1004) 550 mg bis unter 650 mg; OPS 6-001.a3
C5Z10050	- (ZP1005) 650 mg bis unter 750 mg; OPS 6-001.a4
C5Z10060	- (ZP1006) 750 mg bis unter 850 mg; OPS 6-001.a5
C5Z10070	- (ZP1007) 850 mg bis unter 1.050 mg; OPS 6-001.a6
C5Z10080	- (ZP1008) 1.050 mg bis unter 1.250 mg; OPS 6-001.a7
C5Z10090	- (ZP1009) 1.250 mg bis unter 1.450 mg; OPS 6-001.a8
C5Z10100	- (ZP1010) 1.450 mg bis unter 1.650 mg; OPS 6-001.a9
C5Z10110	- (ZP1011) 1.650 mg bis unter 1.850 mg; OPS 6-001.aa
C5Z10120	- (ZP1012) 1.850 mg bis unter 2.150 mg; OPS 6-001.ab
C5Z10130	- (ZP1013) 2.150 mg bis unter 2.450 mg; OPS 6-001.ac
C5Z10140	- (ZP1014) 2.450 mg bis unter 2.750 mg; OPS 6-001.ad
C5Z10150	- (ZP1015) 2.750 mg bis unter 3.050 mg; OPS 6-001.ae
C5Z10160	- (ZP1016) 3.050 mg bis unter 3.350 mg; OPS 6-001.af
C5Z10180	- (ZP1018) 3.350 mg bis unter 3.950 mg; OPS 6-001.ah
C5Z10190	- (ZP1019) 3.950 mg bis unter 4.550 mg; OPS 6-001.aj
C5Z10200	- (ZP1020) 4.550 mg und mehr; OPS 6-001.ak

ZP11 Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Hepatitis-B-surface-Antigen, parenteral

C5Z11010	- (ZP1101) 2.000 IE bis unter 4.000 IE; OPS 8-810.q0
C5Z11020	- (ZP1102) 4.000 IE bis unter 6.000 IE; OPS 8-810.q1
C5Z11030	- (ZP1103) 6.000 IE bis unter 8.000 IE; OPS 8-810.q2
C5Z11040	- (ZP1104) 8.000 IE bis unter 10.000 IE; OPS 8-810.q3
C5Z11050	- (ZP1105) 10.000 IE bis unter 12.000 IE; OPS 8-810.q4
C5Z11060	- (ZP1106) 12.000 IE bis unter 14.000 IE; OPS 8-810.q5
C5Z11070	- (ZP1107) 14.000 IE bis unter 16.000 IE; OPS 8-810.q6
C5Z11080	- (ZP1108) 16.000 IE bis unter 18.000 IE; OPS 8-810.q7
C5Z11090	- (ZP1109) 18.000 IE bis unter 20.000 IE; OPS 8-810.q8
C5Z11100	- (ZP1110) 20.000 IE bis unter 22.000 IE; OPS 8-810.q9
C5Z11110	- (ZP1111) 22.000 IE bis unter 24.000 IE; OPS 8-810.qa

C5Z11120	- (ZP1112) 24.000 IE bis unter 28.000 IE; OPS 8-810.qb
C5Z11130	- (ZP1113) 28.000 IE bis unter 32.000 IE; OPS 8-810.qc
C5Z11140	- (ZP1114) 32.000 IE bis unter 36.000 IE; OPS 8-810.qd
C5Z11150	- (ZP1115) 36.000 IE bis unter 40.000 IE; OPS 8-810.qe
C5Z11160	- (ZP1116) 40.000 IE bis unter 46.000 IE; OPS 8-810.qf
C5Z11170	- (ZP1117) 46.000 IE bis unter 52.000 IE; OPS 8-810.qg
C5Z11180	- (ZP1118) 52.000 IE bis unter 58.000 IE; OPS 8-810.qh
C5Z11190	- (ZP1119) 58.000 IE bis unter 64.000 IE; OPS 8-810.qj
C5Z11200	- (ZP1120) 64.000 IE und mehr; OPS 8-810.qk

ZP12 Gabe von Liposomalem Doxorubicin, parenteral

C5Z12010	- (ZP1201) 10 mg bis unter 20 mg; OPS 6-001.b0
C5Z12020	- (ZP1202) 20 mg bis unter 30 mg; OPS 6-001.b1
C5Z12030	- (ZP1203) 30 mg bis unter 40 mg; OPS 6-001.b2
C5Z12040	- (ZP1204) 40 mg bis unter 50 mg; OPS 6-001.b3
C5Z12050	- (ZP1205) 50 mg bis unter 60 mg; OPS 6-001.b4
C5Z12060	- (ZP1206) 60 mg bis unter 70 mg; OPS 6-001.b5
C5Z12070	- (ZP1207) 70 mg bis unter 80 mg; OPS 6-001.b6
C5Z12080	- (ZP1208) 80 mg bis unter 90 mg; OPS 6-001.b7
C5Z12090	- (ZP1209) 90 mg bis unter 100 mg; OPS 6-001.b8
C5Z12100	- (ZP1210) 100 mg bis unter 110 mg; OPS 6-001.b9
C5Z12110	- (ZP1211) 110 mg bis unter 120 mg; OPS 6-001.ba
C5Z12120	- (ZP1212) 120 mg bis unter 140 mg; OPS 6-001.bb
C5Z12130	- (ZP1213) 140 mg bis unter 160 mg; OPS 6-001.bc
C5Z12140	- (ZP1214) 160 mg bis unter 180 mg; OPS 6-001.bd
C5Z12150	- (ZP1215) 180 mg bis unter 200 mg; OPS 6-001.be
C5Z12160	- (ZP1216) 200 mg bis unter 220 mg; OPS 6-001.bf
C5Z12170	- (ZP1217) 220 mg bis unter 240 mg; OPS 6-001.bg
C5Z12180	- (ZP1218) 240 mg bis unter 260 mg; OPS 6-001.bh
C5Z12190	- (ZP1219) 260 mg bis unter 280 mg; OPS 6-001.bj
C5Z12200	- (ZP1220) 280 mg bis unter 300 mg; OPS 6-001.bk
C5Z12210	- (ZP1221) 300 mg bis unter 320 mg; OPS 6-001.bm
C5Z12220	- (ZP1222) 320 mg und mehr; OPS 6-001.bn

ZP13 Gabe von Pemetrexed, parenteral

C5Z13010	- (ZP1301) 600 mg bis unter 700 mg; OPS 6-001.c0
C5Z13020	- (ZP1302) 700 mg bis unter 800 mg; OPS 6-001.c1
C5Z13030	- (ZP1303) 800 mg bis unter 900 mg; OPS 6-001.c2
C5Z13040	- (ZP1304) 900 mg bis unter 1.000 mg; OPS 6-001.c3
C5Z13050	- (ZP1305) 1.000 mg bis unter 1.100 mg; OPS 6-001.c4
C5Z13060	- (ZP1306) 1.100 mg bis unter 1.200 mg; OPS 6-001.c5
C5Z13070	- (ZP1307) 1.200 mg bis unter 1.400 mg; OPS 6-001.c6
C5Z13080	- (ZP1308) 1.400 mg bis unter 1.600 mg; OPS 6-001.c7
C5Z13090	- (ZP1309) 1.600 mg bis unter 1.800 mg; OPS 6-001.c8
C5Z13100	- (ZP1310) 1.800 mg bis unter 2.000 mg; OPS 6-001.c9
C5Z13110	- (ZP1311) 2.000 mg bis unter 2.200 mg; OPS 6-001.ca
C5Z13120	- (ZP1312) 2.200 mg bis unter 2.400 mg; OPS 6-001.cb
C5Z13130	- (ZP1313) 2.400 mg bis unter 2.600 mg; OPS 6-001.cc
C5Z13140	- (ZP1314) 2.600 mg bis unter 2.800 mg; OPS 6-001.cd
C5Z13150	- (ZP1315) 2.800 mg bis unter 3.000 mg; OPS 6-001.ce

C5Z13160	- (ZP1316) 3.000 mg bis unter 3.300 mg; OPS 6-001.cf
C5Z13170	- (ZP1317) 3.300 mg bis unter 3.600 mg; OPS 6-001.cg
C5Z13180	- (ZP1318) 3.600 mg bis unter 3.900 mg; OPS 6-001.ch
C5Z13190	- (ZP1319) 3.900 mg und mehr; OPS 6-001.cj
C5Z14000	ZP14 LDL-Apherese; OPS 8-822
ZP15	Gabe von Paclitaxel, parenteral
C5Z15080	- (ZP1508) 1.320 mg bis unter 1.500 mg; OPS 6-001.f7
C5Z15090	- (ZP1509) 1.500 mg bis unter 1.680 mg; OPS 6-001.f8
C5Z15100	- (ZP1510) 1.680 mg bis unter 1.860 mg; OPS 6-001.f9
C5Z15110	- (ZP1511) 1.860 mg bis unter 2.040 mg; OPS 6-001.fa
C5Z15120	- (ZP1512) 2.040 mg bis unter 2.220 mg; OPS 6-001.fb
C5Z15130	- (ZP1513) 2.220 mg bis unter 2.400 mg; OPS 6-001.fc
C5Z15140	- (ZP1514) 2.400 mg und mehr; OPS 6-001.fd
ZP16	Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Zytomegalie-Virus, parenteral
C5Z16010	- (ZP1601) 1,0 g bis unter 2,0 g; OPS 8-810.s0
C5Z16020	- (ZP1602) 2,0 g bis unter 3,0 g; OPS 8-810.s1
C5Z16030	- (ZP1603) 3,0 g bis unter 5,0 g; OPS 8-810.s2
C5Z16040	- (ZP1604) 5,0 g bis unter 7,5 g; OPS 8-810.s3
C5Z16050	- (ZP1605) 7,5 g bis unter 10,0 g; OPS 8-810.s4
C5Z16060	- (ZP1606) 10,0 g bis unter 12,5 g; OPS 8-810.s5
C5Z16070	- (ZP1607) 12,5 g bis unter 15,0 g; OPS 8-810.s6
C5Z16080	- (ZP1608) 15,0 g bis unter 20,0 g; OPS 8-810.s7
C5Z16090	- (ZP1609) 20,0 g bis unter 25,0 g; OPS 8-810.s8
C5Z16100	- (ZP1610) 25,0 g bis unter 30,0 g; OPS 8-810.s9
C5Z16110	- (ZP1611) 30,0 g bis unter 35,0 g; OPS 8-810.sa
C5Z16120	- (ZP1612) 35,0 g bis unter 40,0 g; OPS 8-810.sb
C5Z16130	- (ZP1613) 40,0 g bis unter 45,0 g; OPS 8-810.sc
C5Z16140	- (ZP1614) 45,0 g bis unter 50,0 g; OPS 8-810.sd
C5Z16150	- (ZP1615) 50,0 g und mehr; OPS 8-810.se
ZP17	Gabe von Adalimumab, parenteral
C5Z17010	- (ZP1701) 10 mg bis unter 25 mg; OPS 6-001.d0
C5Z17020	- (ZP1702) 25 mg bis unter 40 mg; OPS 6-001.d1
C5Z17030	- (ZP1703) 40 mg bis unter 80 mg; OPS 6-001.d2
C5Z17040	- (ZP1704) 80 mg bis unter 120 mg; OPS 6-001.d3
C5Z17050	- (ZP1705) 120 mg bis unter 160 mg; OPS 6-001.d4
C5Z17060	- (ZP1706) 160 mg bis unter 200 mg; OPS 6-001.d5
C5Z17070	- (ZP1707) 200 mg bis unter 240 mg; OPS 6-001.d6
C5Z17080	- (ZP1708) 240 mg bis unter 280 mg; OPS 6-001.d7
C5Z17090	- (ZP1709) 280 mg bis unter 320 mg; OPS 6-001.d8
C5Z17100	- (ZP1710) 320 mg bis unter 360 mg; OPS 6-001.d9
C5Z17110	- (ZP1711) 360 mg bis unter 400 mg; OPS 6-001.da
C5Z17120	- (ZP1712) 400 mg bis unter 440 mg; OPS 6-001.db
C5Z17130	- (ZP1713) 440 mg und mehr; OPS 6-001.dc

ZP18 Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Varicella-Zoster-Virus, parenteral

C5Z18010	- (ZP1801) 250 IE bis unter 500 IE; OPS 8-810.t0
C5Z18020	- (ZP1802) 500 IE bis unter 750 IE; OPS 8-810.t1
C5Z18030	- (ZP1803) 750 IE bis unter 1.000 IE; OPS 8-810.t2
C5Z18040	- (ZP1804) 1.000 IE bis unter 1.500 IE; OPS 8-810.t3
C5Z18050	- (ZP1805) 1.500 IE bis unter 2.000 IE; OPS 8-810.t4
C5Z18060	- (ZP1806) 2.000 IE bis unter 2.500 IE; OPS 8-810.t5
C5Z18070	- (ZP1807) 2.500 IE bis unter 3.000 IE; OPS 8-810.t6
C5Z18080	- (ZP1808) 3.000 IE bis unter 3.500 IE; OPS 8-810.t7
C5Z18090	- (ZP1809) 3.500 IE bis unter 4.000 IE; OPS 8-810.t8
C5Z18100	- (ZP1810) 4.000 IE bis unter 5.000 IE; OPS 8-810.t9
C5Z18110	- (ZP1811) 5.000 IE bis unter 6.000 IE; OPS 8-810.ta
C5Z18120	- (ZP1812) 6.000 IE bis unter 7.000 IE; OPS 8-810.tb
C5Z18130	- (ZP1813) 7.000 IE bis unter 8.000 IE; OPS 8-810.tc
C5Z18140	- (ZP1814) 8.000 IE und mehr; OPS 8-810.td

ZP19 Gabe von Infliximab, parenteral

C5Z19010	- (ZP1901) 50 mg bis unter 100 mg; OPS 6-001.e0
C5Z19020	- (ZP1902) 100 mg bis unter 150 mg; OPS 6-001.e1
C5Z19030	- (ZP1903) 150 mg bis unter 200 mg; OPS 6-001.e2
C5Z19040	- (ZP1904) 200 mg bis unter 300 mg; OPS 6-001.e3
C5Z19050	- (ZP1905) 300 mg bis unter 400 mg; OPS 6-001.e4
C5Z19060	- (ZP1906) 400 mg bis unter 500 mg; OPS 6-001.e5
C5Z19070	- (ZP1907) 500 mg bis unter 600 mg; OPS 6-001.e6
C5Z19080	- (ZP1908) 600 mg bis unter 700 mg; OPS 6-001.e7
C5Z19090	- (ZP1909) 700 mg bis unter 800 mg; OPS 6-001.e8
C5Z19100	- (ZP1910) 800 mg bis unter 900 mg; OPS 6-001.e9
C5Z19110	- (ZP1911) 900 mg bis unter 1.000 mg; OPS 6-001.ea
C5Z19120	- (ZP1912) 1.000 mg bis unter 1.200 mg; OPS 6-001.eb
C5Z19130	- (ZP1913) 1.200 mg bis unter 1.400 mg; OPS 6-001.ec
C5Z19140	- (ZP1914) 1.400 mg bis unter 1.600 mg; OPS 6-001.ed
C5Z19150	- (ZP1915) 1.600 mg bis unter 1.800 mg; OPS 6-001.ee
C5Z19160	- (ZP1916) 1.800 mg bis unter 2.000 mg; OPS 6-001.ef
C5Z19170	- (ZP1917) 2.000 mg und mehr; OPS 6-001.eg

ZP20 Gabe von C1-Esteraseinhibitor, parenteral

C5Z20010	- (ZP2001) 500 Einheiten bis unter 1.000 Einheiten; OPS 8-810.h3
C5Z20020	- (ZP2002) 1.000 Einheiten bis unter 1.500 Einheiten; OPS 8-810.h4
C5Z20030	- (ZP2003) 1.500 Einheiten bis unter 2.000 Einheiten; OPS 8-810.h5
C5Z20040	- (ZP2004) 2.000 Einheiten bis unter 2.500 Einheiten; OPS 8-810.h6
C5Z20050	- (ZP2005) 2.500 Einheiten bis unter 3.000 Einheiten; OPS 8-810.h7
C5Z20060	- (ZP2006) 3.000 Einheiten bis unter 4.000 Einheiten; OPS 8-810.h8
C5Z20070	- (ZP2007) 4.000 Einheiten bis unter 5.000 Einheiten; OPS 8-810.h9
C5Z20080	- (ZP2008) 5.000 Einheiten bis unter 6.000 Einheiten; OPS 8-810.ha
C5Z20090	- (ZP2009) 6.000 Einheiten bis unter 7.000 Einheiten; OPS 8-810.hb
C5Z20100	- (ZP2010) 7.000 Einheiten bis unter 9.000 Einheiten; OPS 8-810.hc
C5Z20110	- (ZP2011) 9.000 Einheiten bis unter 11.000 Einheiten; OPS 8-810.hd
C5Z20120	- (ZP2012) 11.000 Einheiten und mehr; OPS 8-810.he

ZP21	Gabe von Pegfilgrastim, parenteral
C5Z21010	- (ZP2101) 1 mg bis unter 3 mg; OPS 6-002.70
C5Z21020	- (ZP2102) 3 mg bis unter 6 mg; OPS 6-002.71
C5Z21030	- (ZP2103) 6 mg bis unter 12 mg; OPS 6-002.72
C5Z21040	- (ZP2104) 12 mg bis unter 18 mg; OPS 6-002.73
C5Z21050	- (ZP2105) 18 mg bis unter 24 mg; OPS 6-002.74
C5Z21060	- (ZP2106) 24 mg bis unter 30 mg; OPS 6-002.75
C5Z21070	- (ZP2107) 30 mg und mehr; OPS 6-002.76
ZP22	Gabe von Pegyliertem liposomalen Doxorubicin, parenteral
C5Z22010	- (ZP2201) 10 mg bis unter 20 mg; OPS 6-002.80
C5Z22020	- (ZP2202) 20 mg bis unter 30 mg; OPS 6-002.81
C5Z22030	- (ZP2203) 30 mg bis unter 40 mg; OPS 6-002.82
C5Z22040	- (ZP2204) 40 mg bis unter 50 mg; OPS 6-002.83
C5Z22050	- (ZP2205) 50 mg bis unter 60 mg; OPS 6-002.84
C5Z22060	- (ZP2206) 60 mg bis unter 70 mg; OPS 6-002.85
C5Z22070	- (ZP2207) 70 mg bis unter 80 mg; OPS 6-002.86
C5Z22080	- (ZP2208) 80 mg bis unter 90 mg; OPS 6-002.87
C5Z22090	- (ZP2209) 90 mg bis unter 100 mg; OPS 6-002.88
C5Z22100	- (ZP2210) 100 mg bis unter 110 mg; OPS 6-002.89
C5Z22110	- (ZP2211) 110 mg bis unter 120 mg; OPS 6-002.8a
C5Z22120	- (ZP2212) 120 mg bis unter 140 mg; OPS 6-002.8b
C5Z22130	- (ZP2213) 140 mg bis unter 160 mg; OPS 6-002.8c
C5Z22140	- (ZP2214) 160 mg bis unter 180 mg; OPS 6-002.8d
C5Z22150	- (ZP2215) 180 mg bis unter 200 mg; OPS 6-002.8e
C5Z22160	- (ZP2216) 200 mg bis unter 220 mg; OPS 6-002.8f
C5Z22170	- (ZP2217) 220 mg bis unter 240 mg; OPS 6-002.8g
C5Z22180	- (ZP2218) 240 mg und mehr; OPS 6-002.8h
ZP23	Gabe von Bevacizumab, parenteral
C5Z23010	- (ZP2301) 150 mg bis unter 250 mg; OPS 6-002.90
C5Z23020	- (ZP2302) 250 mg bis unter 350 mg; OPS 6-002.91
C5Z23030	- (ZP2303) 350 mg bis unter 450 mg; OPS 6-002.92
C5Z23040	- (ZP2304) 450 mg bis unter 550 mg; OPS 6-002.93
C5Z23050	- (ZP2305) 550 mg bis unter 650 mg; OPS 6-002.94
C5Z23060	- (ZP2306) 650 mg bis unter 750 mg; OPS 6-002.95
C5Z23070	- (ZP2307) 750 mg bis unter 850 mg; OPS 6-002.96
C5Z23080	- (ZP2308) 850 mg bis unter 950 mg; OPS 6-002.97
C5Z23090	- (ZP2309) 950 mg bis unter 1.150 mg; OPS 6-002.98
C5Z23100	- (ZP2310) 1.150 mg bis unter 1.350 mg; OPS 6-002.99
C5Z23110	- (ZP2311) 1.350 mg bis unter 1.550 mg; OPS 6-002.9a
C5Z23120	- (ZP2312) 1.550 mg bis unter 1.750 mg; OPS 6-002.9b
C5Z23130	- (ZP2313) 1.750 mg bis unter 1.950 mg; OPS 6-002.9c
C5Z23140	- (ZP2314) 1.950 mg bis unter 2.350 mg; OPS 6-002.9d
C5Z23150	- (ZP2315) 2.350 mg bis unter 2.750 mg; OPS 6-002.9e
C5Z23170	- (ZP2317) 2.750 mg bis unter 3.350 mg; OPS 6-002.9g
C5Z23180	- (ZP2318) 3.350 mg bis unter 3.950 mg; OPS 6-002.9h
C5Z23190	- (ZP2319) 3.950 mg bis unter 4.550 mg; OPS 6-002.9j
C5Z23200	- (ZP2320) 4.550 mg und mehr; OPS 6-002.9k

ZP24	Gabe von Liposomalem Cytarabin, intrathekal
C5Z24010	- (ZP2401) 25 mg bis unter 50 mg; OPS 6-002.a0
C5Z24020	- (ZP2402) 50 mg bis unter 100 mg; OPS 6-002.a1
C5Z24030	- (ZP2403) 100 mg bis unter 150 mg; OPS 6-002.a2
C5Z24040	- (ZP2404) 150 mg bis unter 200 mg; OPS 6-002.a3
C5Z24050	- (ZP2405) 200 mg und mehr; OPS 6-002.a4
ZP25	Gabe von Etanercept, parenteral
C5Z25010	- (ZP2501) 25 mg bis unter 50 mg; OPS 6-002.b0
C5Z25020	- (ZP2502) 50 mg bis unter 75 mg; OPS 6-002.b1
C5Z25030	- (ZP2503) 75 mg bis unter 100 mg; OPS 6-002.b2
C5Z25040	- (ZP2504) 100 mg bis unter 125 mg; OPS 6-002.b3
C5Z25050	- (ZP2505) 125 mg bis unter 150 mg; OPS 6-002.b4
C5Z25060	- (ZP2506) 150 mg bis unter 200 mg; OPS 6-002.b5
C5Z25070	- (ZP2507) 200 mg bis unter 250 mg; OPS 6-002.b6
C5Z25080	- (ZP2508) 250 mg bis unter 300 mg; OPS 6-002.b7
C5Z25090	- (ZP2509) 300 mg und mehr; OPS 6-002.b8
ZP26	Gabe von Temozolomid, oral
C5Z26010	- (ZP2601) 200 mg bis unter 350 mg; OPS 6-002.e0
C5Z26020	- (ZP2602) 350 mg bis unter 500 mg; OPS 6-002.e1
C5Z26030	- (ZP2603) 500 mg bis unter 750 mg; OPS 6-002.e2
C5Z26040	- (ZP2604) 750 mg bis unter 1.000 mg; OPS 6-002.e3
C5Z26050	- (ZP2605) 1.000 mg bis unter 1.250 mg; OPS 6-002.e4
C5Z26060	- (ZP2606) 1.250 mg bis unter 1.500 mg; OPS 6-002.e5
C5Z26070	- (ZP2607) 1.500 mg bis unter 1.750 mg; OPS 6-002.e6
C5Z26080	- (ZP2608) 1.750 mg bis unter 2.000 mg; OPS 6-002.e7
C5Z26090	- (ZP2609) 2.000 mg bis unter 2.250 mg; OPS 6-002.e8
C5Z26100	- (ZP2610) 2.250 mg bis unter 2.500 mg; OPS 6-002.e9
C5Z26110	- (ZP2611) 2.500 mg bis unter 2.750 mg; OPS 6-002.ea
C5Z26120	- (ZP2612) 2.750 mg bis unter 3.000 mg; OPS 6-002.eb
C5Z26130	- (ZP2613) 3.000 mg bis unter 3.500 mg; OPS 6-002.ec
C5Z26140	- (ZP2614) 3.500 mg bis unter 4.000 mg; OPS 6-002.ed
C5Z26150	- (ZP2615) 4.000 mg bis unter 4.500 mg; OPS 6-002.ee
C5Z26160	- (ZP2616) 4.500 mg bis unter 5.000 mg; OPS 6-002.ef
C5Z26170	- (ZP2617) 5.000 mg bis unter 5.500 mg; OPS 6-002.eg
C5Z26180	- (ZP2618) 5.500 mg bis unter 6.000 mg; OPS 6-002.eh
C5Z26190	- (ZP2619) 6.000 mg bis unter 7.000 mg; OPS 6-002.ej
C5Z26200	- (ZP2620) 7.000 mg und mehr; OPS 6-002.ek
ZP27	Gabe von Busulfan, parenteral
C5Z27010	- (ZP2701) 25 mg bis unter 50 mg; OPS 6-002.d0
C5Z27020	- (ZP2702) 50 mg bis unter 75 mg; OPS 6-002.d1
C5Z27030	- (ZP2703) 75 mg bis unter 100 mg; OPS 6-002.d2
C5Z27040	- (ZP2704) 100 mg bis unter 150 mg; OPS 6-002.d3
C5Z27050	- (ZP2705) 150 mg bis unter 200 mg; OPS 6-002.d4
C5Z27060	- (ZP2706) 200 mg bis unter 250 mg; OPS 6-002.d5
C5Z27070	- (ZP2707) 250 mg bis unter 300 mg; OPS 6-002.d6
C5Z27080	- (ZP2708) 300 mg bis unter 350 mg; OPS 6-002.d7

C5Z27090	- (ZP2709) 350 mg bis unter 400 mg; OPS 6-002.d8
C5Z27100	- (ZP2710) 400 mg bis unter 450 mg; OPS 6-002.d9
C5Z27110	- (ZP2711) 450 mg bis unter 500 mg; OPS 6-002.da
C5Z27120	- (ZP2712) 500 mg bis unter 600 mg; OPS 6-002.db
C5Z27130	- (ZP2713) 600 mg bis unter 700 mg; OPS 6-002.dc
C5Z27140	- (ZP2714) 700 mg bis unter 800 mg; OPS 6-002.dd
C5Z27150	- (ZP2715) 800 mg bis unter 900 mg; OPS 6-002.de
C5Z27160	- (ZP2716) 900 mg bis unter 1.000 mg; OPS 6-002.df
C5Z27170	- (ZP2717) 1.000 mg und mehr; OPS 6-002.dg

ZP28 Gabe von Docetaxel, parenteral

C5Z28130	- (ZP2813) 720 mg bis unter 840 mg; OPS 6-002.hc
C5Z28140	- (ZP2814) 840 mg bis unter 960 mg; OPS 6-002.hd
C5Z28150	- (ZP2815) 960 mg bis unter 1.080 mg; OPS 6-002.he
C5Z28160	- (ZP2816) 1.080 mg und mehr; OPS 6-002.hf

ZP29 Gabe von Rituximab, parenteral

C5Z29010	- (ZP2901) 150 mg bis unter 250 mg; OPS 6-001.60
C5Z29020	- (ZP2902) 250 mg bis unter 350 mg; OPS 6-001.61
C5Z29030	- (ZP2903) 350 mg bis unter 450 mg; OPS 6-001.62
C5Z29040	- (ZP2904) 450 mg bis unter 550 mg; OPS 6-001.63
C5Z29050	- (ZP2905) 550 mg bis unter 650 mg; OPS 6-001.64
C5Z29060	- (ZP2906) 650 mg bis unter 750 mg; OPS 6-001.65
C5Z29070	- (ZP2907) 750 mg bis unter 850 mg; OPS 6-001.66
C5Z29080	- (ZP2908) 850 mg bis unter 950 mg; OPS 6-001.67
C5Z29090	- (ZP2909) 950 mg bis unter 1.050 mg; OPS 6-001.68
C5Z29100	- (ZP2910) 1.050 mg bis unter 1.250 mg; OPS 6-001.69
C5Z29110	- (ZP2911) 1.250 mg bis unter 1.450 mg; OPS 6-001.6a
C5Z29120	- (ZP2912) 1.450 mg bis unter 1.650 mg; OPS 6-001.6b
C5Z29130	- (ZP2913) 1.650 mg bis unter 1.850 mg; OPS 6-001.6c
C5Z29140	- (ZP2914) 1.850 mg bis unter 2.050 mg; OPS 6-001.6d
C5Z29150	- (ZP2915) 2.050 mg bis unter 2.450 mg; OPS 6-001.6e
C5Z29160	- (ZP2916) 2.450 mg bis unter 2.850 mg; OPS 6-001.6f
C5Z29170	- (ZP2917) 2.850 mg bis unter 3.250 mg; OPS 6-001.6g
C5Z29180	- (ZP2918) 3.250 mg bis unter 3.650 mg; OPS 6-001.6h
C5Z29190	- (ZP2919) 3.650 mg und mehr; OPS 6-001.6j

ZP30 Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten

C5Z30010	- (ZP3001) 1 Apherese-Thrombozytenkonzentrat; OPS 8-800.9v
C5Z30020	- (ZP3002) 2 Apherese-Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.90
C5Z30030	- (ZP3003) 3 Apherese-Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.91
C5Z30040	- (ZP3004) 4 Apherese-Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.92
C5Z30050	- (ZP3005) 5 Apherese-Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.93
C5Z30060	- (ZP3006) 6 bis unter 8; OPS 8-800.94
C5Z30070	- (ZP3007) 8 bis unter 10; OPS 8-800.95
C5Z30080	- (ZP3008) 10 bis unter 12; OPS 8-800.96
C5Z30090	- (ZP3009) 12 bis unter 14; OPS 8-800.97
C5Z30100	- (ZP3010) 14 bis unter 16; OPS 8-800.98
C5Z30110	- (ZP3011) 16 bis unter 18; OPS 8-800.99

C5Z30120	- (ZP3012) 18 bis unter 20; OPS 8-800.9a
C5Z30130	- (ZP3013) 20 bis unter 24; OPS 8-800.9b
C5Z30140	- (ZP3014) 24 bis unter 28; OPS 8-800.9c
C5Z30150	- (ZP3015) 28 bis unter 32; OPS 8-800.9d
C5Z30160	- (ZP3016) 32 bis unter 36; OPS 8-800.9e
C5Z30170	- (ZP3017) 36 bis unter 40; OPS 8-800.9f
C5Z30180	- (ZP3018) 40 bis unter 46; OPS 8-800.9g
C5Z30190	- (ZP3019) 46 bis unter 52; OPS 8-800.9h
C5Z30200	- (ZP3020) 52 bis unter 58; OPS 8-800.9j
C5Z30210	- (ZP3021) 58 bis unter 64; OPS 8-800.9k
C5Z30220	- (ZP3022) 64 bis unter 70; OPS 8-800.9m
C5Z30230	- (ZP3023) 70 bis unter 78; OPS 8-800.9n
C5Z30240	- (ZP3024) 78 bis unter 86; OPS 8-800.9p
C5Z30250	- (ZP3025) 86 bis unter 94; OPS 8-800.9q
C5Z30260	- (ZP3026) 94 bis unter 102; OPS 8-800.9r
C5Z30270	- (ZP3027) 102 bis unter 110; OPS 8-800.9s
C5Z30280	- (ZP3028) 110 bis unter 118; OPS 8-800.9t
C5Z30290	- (ZP3029) 118 und mehr; OPS 8-800.9u

ZP31 Gabe von Imatinib, oral

C5Z31010	- (ZP3101) 800 mg bis unter 1.200 mg; OPS 6-001.g0
C5Z31020	- (ZP3102) 1.200 mg bis unter 2.000 mg; OPS 6-001.g1
C5Z31030	- (ZP3103) 2.000 mg bis unter 2.800 mg; OPS 6-001.g2
C5Z31040	- (ZP3104) 2.800 mg bis unter 4.000 mg; OPS 6-001.g3
C5Z31050	- (ZP3105) 4.000 mg bis unter 5.200 mg; OPS 6-001.g4
C5Z31060	- (ZP3106) 5.200 mg bis unter 6.400 mg; OPS 6-001.g5
C5Z31070	- (ZP3107) 6.400 mg bis unter 7.600 mg; OPS 6-001.g6
C5Z31080	- (ZP3108) 7.600 mg bis unter 8.800 mg; OPS 6-001.g7
C5Z31090	- (ZP3109) 8.800 mg bis unter 11.200 mg; OPS 6-001.g8
C5Z31100	- (ZP3110) 11.200 mg bis unter 13.600 mg; OPS 6-001.g9
C5Z31110	- (ZP3111) 13.600 mg bis unter 16.000 mg; OPS 6-001.ga
C5Z31120	- (ZP3112) 16.000 mg bis unter 18.400 mg; OPS 6-001.gb
C5Z31130	- (ZP3113) 18.400 mg bis unter 20.800 mg; OPS 6-001.gd
C5Z31140	- (ZP3114) 20.800 mg bis unter 23.200 mg; OPS 6-001.ge
C5Z31150	- (ZP3115) 23.200 mg bis unter 25.600 mg; OPS 6-001.gf
C5Z31160	- (ZP3116) 25.600 mg bis unter 30.400 mg; OPS 6-001.gg
C5Z31170	- (ZP3117) 30.400 mg bis unter 35.200 mg; OPS 6-001.gh
C5Z31180	- (ZP3118) 35.200 mg und mehr; OPS 6-001.gj

ZP32 Gabe von Human-Immun-globulin, polyvalent, parenteral

C5Z32010	- (ZP3201) 2,5 g bis unter 5 g; OPS 8-810.w0
C5Z32020	- (ZP3202) 5 g bis unter 10 g; OPS 8-810.w1
C5Z32030	- (ZP3203) 10 g bis unter 15 g; OPS 8-810.w2
C5Z32040	- (ZP3204) 15 g bis unter 25 g; OPS 8-810.w3
C5Z32050	- (ZP3205) 25 g bis unter 35 g; OPS 8-810.w4
C5Z32060	- (ZP3206) 35 g bis unter 45 g; OPS 8-810.w5
C5Z32070	- (ZP3207) 45 g bis unter 55 g; OPS 8-810.w6
C5Z32080	- (ZP3208) 55 g bis unter 65 g; OPS 8-810.w7
C5Z32090	- (ZP3209) 65 g bis unter 75 g; OPS 8-810.w8
C5Z32100	- (ZP3210) 75 g bis unter 85 g; OPS 8-810.w9

C5Z32110	- (ZP3211) 85 g bis unter 105 g; OPS 8-810.wa
C5Z32120	- (ZP3212) 105 g bis unter 125 g; OPS 8-810.wb
C5Z32130	- (ZP3213) 125 g bis unter 145 g; OPS 8-810.wc
C5Z32140	- (ZP3214) 145 g bis unter 165 g; OPS 8-810.wd
C5Z32150	- (ZP3215) 165 g bis unter 185 g; OPS 8-810.we
C5Z32160	- (ZP3216) 185 g bis unter 205 g; OPS 8-810.wf
C5Z32170	- (ZP3217) 205 g bis unter 225 g; OPS 8-810.wg
C5Z32180	- (ZP3218) 225 g bis unter 245 g; OPS 8-810.wh
C5Z32190	- (ZP3219) 245 g bis unter 285 g; OPS 8-810.wj
C5Z32200	- (ZP3220) 285 g bis unter 325 g; OPS 8-810.wk
C5Z32210	- (ZP3221) 325 g bis unter 365 g; OPS 8-810.wm
C5Z32220	- (ZP3222) 365 g bis unter 445 g; OPS 8-810.wn
C5Z32230	- (ZP3223) 445 g bis unter 525 g; OPS 8-810.wp
C5Z32240	- (ZP3224) 525 g bis unter 605 g; OPS 8-810.wq
C5Z32250	- (ZP3225) 605 g bis unter 685 g; OPS 8-810.wr
C5Z32260	- (ZP3226) 685 g bis unter 765 g; OPS 8-810.ws
C5Z32270	- (ZP3227) 765 g bis unter 845 g; OPS 8-810.wt
C5Z32280	- (ZP3228) 845 g und mehr; OPS 8-810.wu

ZP33 Gabe von Thrombozytenkonzentraten

C5Z33010	- (ZP3301) 2 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.b1
C5Z33020	- (ZP3302) 3 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.b2
C5Z33030	- (ZP3303) 4 bis unter 6 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.b3
C5Z33040	- (ZP3304) 6 bis unter 8 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.b4
C5Z33050	- (ZP3305) 8 bis unter 10 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.b5
C5Z33060	- (ZP3306) 10 bis unter 12 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.b6
C5Z33070	- (ZP3307) 12 bis unter 14 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.b7
C5Z33080	- (ZP3308) 14 bis unter 16 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.b8
C5Z33090	- (ZP3309) 16 bis unter 18 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.b9
C5Z33100	- (ZP3310) 18 bis unter 20 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.ba
C5Z33110	- (ZP3311) 20 bis unter 22 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.bb
C5Z33120	- (ZP3312) 22 bis unter 24 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.bc
C5Z33130	- (ZP3313) 24 bis unter 28 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.bd
C5Z33140	- (ZP3314) 28 bis unter 32 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.be
C5Z33150	- (ZP3315) 32 bis unter 36 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.bf
C5Z33160	- (ZP3316) 36 bis unter 40 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.bg
C5Z33170	- (ZP3317) 40 bis unter 44 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.bh
C5Z33180	- (ZP3318) 44 bis unter 48 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.bj
C5Z33190	- (ZP3319) 48 bis unter 56 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.bk
C5Z33200	- (ZP3320) 56 bis unter 64 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.bm
C5Z33210	- (ZP3321) 64 bis unter 72 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.bn
C5Z33230	- (ZP3323) 72 bis unter 80 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.bp
C5Z33240	- (ZP3324) 80 bis unter 88 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.bq
C5Z33250	- (ZP3325) 88 bis unter 96 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.br
C5Z33260	- (ZP3326) 96 bis unter 104 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.bs
C5Z33270	- (ZP3327) 104 bis unter 112 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.bt
C5Z33280	- (ZP3328) 112 bis unter 120 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.bu
C5Z33290	- (ZP3329) 120 bis unter 128 Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.bv
C5Z33300	- (ZP3330) 128 Thrombozytenkonzentrate und mehr; OPS 8-800.bw

ZP34	Gabe von Palifermin, parenteral
C5Z34010	- (ZP3401) 1,25 mg bis unter 2,50 mg; OPS 6-003.20
C5Z34020	- (ZP3402) 2,50 mg bis unter 3,75 mg; OPS 6-003.21
C5Z34030	- (ZP3403) 3,75 mg bis unter 5,00 mg; OPS 6-003.22
C5Z34040	- (ZP3404) 5,00 mg bis unter 10,0 mg; OPS 6-003.23
C5Z34050	- (ZP3405) 10,0 mg bis unter 15,0 mg; OPS 6-003.24
C5Z34060	- (ZP3406) 15,0 mg bis unter 20,0 mg; OPS 6-003.25
C5Z34070	- (ZP3407) 20,0 mg bis unter 25,0 mg; OPS 6-003.26
C5Z34080	- (ZP3408) 25,0 mg bis unter 30,0 mg; OPS 6-003.27
C5Z34090	- (ZP3409) 30,0 mg bis unter 35,0 mg; OPS 6-003.28
C5Z34100	- (ZP3410) 35,0 mg bis unter 40,0 mg; OPS 6-003.29
C5Z34110	- (ZP3411) 40,0 mg bis unter 50,0 mg; OPS 6-003.2a
C5Z34120	- (ZP3412) 50,0 mg und mehr; OPS 6-003.2b
ZP35	Gabe von Carmustin-Implantaten, intrathekal
C5Z35010	- (ZP3501) 4 Implantate bis unter 7 Implantate; OPS 6-003.30
C5Z35020	- (ZP3502) 7 Implantate bis unter 10 Implantate; OPS 6-003.31
C5Z35030	- (ZP3503) 10 Implantate und mehr; OPS 6-003.32
ZP36	Gabe von Natalizumab, parenteral
C5Z36010	- (ZP3601) 300 mg bis unter 600 mg; OPS 6-003.f0
C5Z36020	- (ZP3602) 600 mg bis unter 900 mg; OPS 6-003.f1
C5Z36030	- (ZP3603) 900 mg und mehr; OPS 6-003.f2
ZP37	Gabe von Palivizumab, parenteral
C5Z37010	- (ZP3701) 15 mg bis unter 30 mg; OPS 6-004.00
C5Z37020	- (ZP3702) 30 mg bis unter 45 mg; OPS 6-004.01
C5Z37030	- (ZP3703) 45 mg bis unter 60 mg; OPS 6-004.02
C5Z37040	- (ZP3704) 60 mg bis unter 75 mg; OPS 6-004.03
C5Z37050	- (ZP3705) 75 mg bis unter 90 mg; OPS 6-004.04
C5Z37060	- (ZP3706) 90 mg bis unter 120 mg; OPS 6-004.05
C5Z37070	- (ZP3707) 120 mg bis unter 150 mg; OPS 6-004.06
C5Z37080	- (ZP3708) 150 mg bis unter 180 mg; OPS 6-004.07
C5Z37090	- (ZP3709) 180 mg bis unter 240 mg; OPS 6-004.08
C5Z37100	- (ZP3710) 240 mg bis unter 300 mg; OPS 6-004.09
C5Z37110	- (ZP3711) 300 mg bis unter 360 mg; OPS 6-004.0a
C5Z37120	- (ZP3712) 360 mg bis unter 420 mg; OPS 6-004.0b
C5Z37130	- (ZP3713) 420 mg bis unter 480 mg; OPS 6-004.0c
C5Z37140	- (ZP3714) 480 mg bis unter 540 mg; OPS 6-004.0d
C5Z37150	- (ZP3715) 540 mg bis unter 600 mg; OPS 6-004.0e
C5Z37160	- (ZP3716) 600 mg und mehr; OPS 6-004.0f
ZP38	Gabe von Erythrozytenkonzentraten
C5Z38010	- (ZP3801) 6 TE bis unter 11 TE; OPS 8-800.c1
C5Z38020	- (ZP3802) 11 TE bis unter 16 TE; OPS 8-800.c2
C5Z38030	- (ZP3803) 16 TE bis unter 24 TE; OPS 8-800.c3
C5Z38040	- (ZP3804) 24 TE bis unter 32 TE; OPS 8-800.c4
C5Z38050	- (ZP3805) 32 TE bis unter 40 TE; OPS 8-800.c5

C5Z38060	- (ZP3806) 40 TE bis unter 48 TE; OPS 8-800.c6
C5Z38070	- (ZP3807) 48 TE bis unter 56 TE; OPS 8-800.c7
C5Z38080	- (ZP3808) 56 TE bis unter 64 TE; OPS 8-800.c8
C5Z38090	- (ZP3809) 64 TE bis unter 72 TE; OPS 8-800.c9
C5Z38100	- (ZP3810) 72 TE bis unter 80 TE; OPS 8-800.ca
C5Z38110	- (ZP3811) 80 TE bis unter 88 TE; OPS 8-800.cb
C5Z38120	- (ZP3812) 88 TE bis unter 104 TE; OPS 8-800.cc
C5Z38130	- (ZP3813) 104 TE bis unter 120 TE; OPS 8-800.cd
C5Z38140	- (ZP3814) 120 TE bis unter 136 TE; OPS 8-800.ce
C5Z38150	- (ZP3815) 136 TE bis unter 152 TE; OPS 8-800.cf
C5Z38160	- (ZP3816) 152 TE bis unter 168 TE; OPS 8-800.cg
C5Z38170	- (ZP3817) 168 TE bis unter 184 TE; OPS 8-800.ch
C5Z38180	- (ZP3818) 184 TE bis unter 200 TE; OPS 8-800.cj
C5Z38190	- (ZP3819) 200 TE bis unter 216 TE; OPS 8-800.ck
C5Z38200	- (ZP3820) 216 TE bis unter 232 TE; OPS 8-800.cm
C5Z38210	- (ZP3821) 232 TE bis unter 248 TE; OPS 8-800.cn
C5Z38220	- (ZP3822) 248 TE bis unter 264 TE; OPS 8-800.cp
C5Z38230	- (ZP3823) 264 TE bis unter 280 TE; OPS 8-800.cq
C5Z38240	- (ZP3824) 280 TE und mehr; OPS 8-800.cr

ZP39 Gabe von patientenbezogenen Thrombozytenkonzentraten

C5Z39010	- (ZP3901) 1 patientenbezogenes Thrombozytenkonzentrat; OPS 8-800.60
C5Z39020	- (ZP3902) 2 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate; OPS 8-800.61
C5Z39030	- (ZP3903) 3 bis unter 5; OPS 8-800.62
C5Z39040	- (ZP3904) 5 bis unter 7; OPS 8-800.63
C5Z39050	- (ZP3905) 7 bis unter 9; OPS 8-800.64
C5Z39060	- (ZP3906) 9 bis unter 11; OPS 8-800.65
C5Z39070	- (ZP3907) 11 bis unter 13; OPS 8-800.66
C5Z39080	- (ZP3908) 13 bis unter 15; OPS 8-800.67
C5Z39090	- (ZP3909) 15 bis unter 17; OPS 8-800.68
C5Z39100	- (ZP3910) 17 bis unter 19; OPS 8-800.69
C5Z39110	- (ZP3911) 19 bis unter 23; OPS 8-800.6a
C5Z39120	- (ZP3912) 23 bis unter 27; OPS 8-800.6b
C5Z39130	- (ZP3913) 27 bis unter 31; OPS 8-800.6c
C5Z39140	- (ZP3914) 31 bis unter 35; OPS 8-800.6d
C5Z39150	- (ZP3915) 35 bis unter 39; OPS 8-800.6e
C5Z39160	- (ZP3916) 39 bis unter 43; OPS 8-800.6g
C5Z39170	- (ZP3917) 43 bis unter 47; OPS 8-800.6h
C5Z39180	- (ZP3918) 47 bis unter 51; OPS 8-800.6j
C5Z39190	- (ZP3919) 51 bis unter 55; OPS 8-800.6k
C5Z39200	- (ZP3920) 55 bis unter 59; OPS 8-800.6m
C5Z39210	- (ZP3921) 59 bis unter 63; OPS 8-800.6n
C5Z39220	- (ZP3922) 63 bis unter 67; OPS 8-800.6p
C5Z39230	- (ZP3923) 67 bis unter 71; OPS 8-800.6q
C5Z39240	- (ZP3924) 71 und mehr; OPS 8-800.6r

ZP40 Gabe von Caspofungin, parenteral

C5Z40010	- (ZP4001) 35 mg bis unter 65 mg; OPS 6-002.p0
C5Z40020	- (ZP4002) 65 mg bis unter 100 mg; OPS 6-002.p1
C5Z40030	- (ZP4003) 100 mg bis unter 150 mg; OPS 6-002.p2

C5Z40040	- (ZP4004) 150 mg bis unter 200 mg; OPS 6-002.p3
C5Z40050	- (ZP4005) 200 mg bis unter 250 mg; OPS 6-002.p4
C5Z40060	- (ZP4006) 250 mg bis unter 300 mg; OPS 6-002.p5
C5Z40070	- (ZP4007) 300 mg bis unter 350 mg; OPS 6-002.p6
C5Z40080	- (ZP4008) 350 mg bis unter 400 mg; OPS 6-002.p7
C5Z40090	- (ZP4009) 400 mg bis unter 450 mg; OPS 6-002.p8
C5Z40100	- (ZP4010) 450 mg bis unter 500 mg; OPS 6-002.p9
C5Z40110	- (ZP4011) 500 mg bis unter 600 mg; OPS 6-002.pa
C5Z40120	- (ZP4012) 600 mg bis unter 700 mg; OPS 6-002.pb
C5Z40130	- (ZP4013) 700 mg bis unter 800 mg; OPS 6-002.pc
C5Z40140	- (ZP4014) 800 mg bis unter 900 mg; OPS 6-002.pd
C5Z40150	- (ZP4015) 900 mg bis unter 1.000 mg; OPS 6-002.pe
C5Z40160	- (ZP4016) 1.000 mg bis unter 1.200 mg; OPS 6-002.pf
C5Z40170	- (ZP4017) 1.200 mg bis unter 1.400 mg; OPS 6-002.pg
C5Z40180	- (ZP4018) 1.400 mg bis unter 1.600 mg; OPS 6-002.ph
C5Z40190	- (ZP4019) 1.600 mg bis unter 2.000 mg; OPS 6-002.pj
C5Z40200	- (ZP4020) 2.000 mg bis unter 2.400 mg; OPS 6-002.pk
C5Z40210	- (ZP4021) 2.400 mg bis unter 2.800 mg; OPS 6-002.pm
C5Z40220	- (ZP4022) 2.800 mg bis unter 3.600 mg; OPS 6-002.pn
C5Z40230	- (ZP4023) 3.600 mg bis unter 4.400 mg; OPS 6-002.pp
C5Z40240	- (ZP4024) 4.400 mg bis unter 5.200 mg; OPS 6-002.pq
C5Z40250	- (ZP4025) 5.200 mg bis unter 6.000 mg; OPS 6-002.pr
C5Z40260	- (ZP4026) 6.000 mg bis unter 6.800 mg; OPS 6-002.ps
C5Z40270	- (ZP4027) 6.800 mg bis unter 7.600 mg; OPS 6-002.pt
C5Z40280	- (ZP4028) 7.600 mg bis unter 8.400 mg; OPS 6-002.pu
C5Z40290	- (ZP4029) 8.400 mg und mehr; OPS 6-002.pv

ZP41 Gabe von Liposomalem Amphotericin B, parenteral

C5Z41010	- (ZP4101) 100 mg bis unter 175 mg; OPS 6-002.q0
C5Z41020	- (ZP4102) 175 mg bis unter 250 mg; OPS 6-002.q1
C5Z41030	- (ZP4103) 250 mg bis unter 350 mg; OPS 6-002.q2
C5Z41040	- (ZP4104) 350 mg bis unter 450 mg; OPS 6-002.q3
C5Z41050	- (ZP4105) 450 mg bis unter 550 mg; OPS 6-002.q4
C5Z41060	- (ZP4106) 550 mg bis unter 650 mg; OPS 6-002.q5
C5Z41070	- (ZP4107) 650 mg bis unter 750 mg; OPS 6-002.q6
C5Z41080	- (ZP4108) 750 mg bis unter 850 mg; OPS 6-002.q7
C5Z41090	- (ZP4109) 850 mg bis unter 950 mg; OPS 6-002.q8
C5Z41100	- (ZP4110) 950 mg bis unter 1.150 mg; OPS 6-002.q9
C5Z41110	- (ZP4111) 1.150 mg bis unter 1.350 mg; OPS 6-002.qa
C5Z41120	- (ZP4112) 1.350 mg bis unter 1.550 mg; OPS 6-002.qb
C5Z41130	- (ZP4113) 1.550 mg bis unter 1.750 mg; OPS 6-002.qc
C5Z41140	- (ZP4114) 1.750 mg bis unter 1.950 mg; OPS 6-002.qd
C5Z41150	- (ZP4115) 1.950 mg bis unter 2.150 mg; OPS 6-002.qe
C5Z41160	- (ZP4116) 2.150 mg bis unter 3.150 mg; OPS 6-002.qf
C5Z41170	- (ZP4117) 3.150 mg bis unter 4.150 mg; OPS 6-002.qg
C5Z41180	- (ZP4118) 4.150 mg bis unter 5.150 mg; OPS 6-002.qh
C5Z41190	- (ZP4119) 5.150 mg bis unter 6.150 mg; OPS 6-002.qj
C5Z41200	- (ZP4120) 6.150 mg bis unter 8.650 mg; OPS 6-002.qk
C5Z41210	- (ZP4121) 8.650 mg bis unter 11.150 mg; OPS 6-002.qm
C5Z41220	- (ZP4122) 11.150 mg bis unter 13.650 mg; OPS 6-002.qn
C5Z41230	- (ZP4123) 13.650 mg bis unter 18.650 mg; OPS 6-002.qp

C5Z41240	- (ZP4124) 18.650 mg bis unter 23.650 mg; OPS 6-002.qq
C5Z41250	- (ZP4125) 23.650 mg bis unter 28.650 mg; OPS 6-002.qr
C5Z41260	- (ZP4126) 28.650 mg bis unter 33.650 mg; OPS 6-002.qs
C5Z41270	- (ZP4127) 33.650 mg bis unter 38.650 mg; OPS 6-002.qt
C5Z41280	- (ZP4128) 38.650 mg bis unter 43.650 mg; OPS 6-002.qu
C5Z41290	- (ZP4129) 43.650 mg und mehr; OPS 6-002.qv

ZP42 Gabe von Voriconazol, oral

C5Z42010	- (ZP4201) 1,00 g bis unter 1,75 g; OPS 6-002.50
C5Z42020	- (ZP4202) 1,75 g bis unter 2,50 g; OPS 6-002.51
C5Z42030	- (ZP4203) 2,50 g bis unter 3,50 g; OPS 6-002.52
C5Z42040	- (ZP4204) 3,50 g bis unter 4,50 g; OPS 6-002.53
C5Z42050	- (ZP4205) 4,50 g bis unter 6,50 g; OPS 6-002.54
C5Z42060	- (ZP4206) 6,50 g bis unter 8,50 g; OPS 6-002.55
C5Z42070	- (ZP4207) 8,50 g bis unter 10,50 g; OPS 6-002.56
C5Z42080	- (ZP4208) 10,50 g bis unter 15,50 g; OPS 6-002.57
C5Z42090	- (ZP4209) 15,50 g bis unter 20,50 g; OPS 6-002.58
C5Z42100	- (ZP4210) 20,50 g bis unter 25,50 g; OPS 6-002.59
C5Z42110	- (ZP4211) 25,50 g bis unter 30,50 g; OPS 6-002.5a
C5Z42120	- (ZP4212) 30,50 g bis unter 35,50 g; OPS 6-002.5c
C5Z42130	- (ZP4213) 35,50 g bis unter 40,50 g; OPS 6-002.5d
C5Z42140	- (ZP4214) 40,50 g bis unter 45,50 g; OPS 6-002.5e
C5Z42150	- (ZP4215) 45,50 g und mehr; OPS 6-002.5f

ZP43 Gabe von Voriconazol, parenteral

C5Z43010	- (ZP4301) 0,4 g bis unter 0,6 g; OPS 6-002.r0
C5Z43020	- (ZP4302) 0,6 g bis unter 0,8 g; OPS 6-002.r1
C5Z43030	- (ZP4303) 0,8 g bis unter 1,2 g; OPS 6-002.r2
C5Z43040	- (ZP4304) 1,2 g bis unter 1,6 g; OPS 6-002.r3
C5Z43050	- (ZP4305) 1,6 g bis unter 2,0 g; OPS 6-002.r4
C5Z43060	- (ZP4306) 2,0 g bis unter 2,4 g; OPS 6-002.r5
C5Z43070	- (ZP4307) 2,4 g bis unter 3,2 g; OPS 6-002.r6
C5Z43080	- (ZP4308) 3,2 g bis unter 4,0 g; OPS 6-002.r7
C5Z43090	- (ZP4309) 4,0 g bis unter 4,8 g; OPS 6-002.r8
C5Z43100	- (ZP4310) 4,8 g bis unter 5,6 g; OPS 6-002.r9
C5Z43110	- (ZP4311) 5,6 g bis unter 6,4 g; OPS 6-002.ra
C5Z43120	- (ZP4312) 6,4 g bis unter 7,2 g; OPS 6-002.rb
C5Z43130	- (ZP4313) 7,2 g bis unter 8,8 g; OPS 6-002.rc
C5Z43140	- (ZP4314) 8,8 g bis unter 10,4 g; OPS 6-002.rd
C5Z43150	- (ZP4315) 10,4 g bis unter 12,0 g; OPS 6-002.re
C5Z43160	- (ZP4316) 12,0 g bis unter 13,6 g; OPS 6-002.rf
C5Z43170	- (ZP4317) 13,6 g bis unter 16,8 g; OPS 6-002.rg
C5Z43180	- (ZP4318) 16,8 g bis unter 20,0 g; OPS 6-002.rh
C5Z43190	- (ZP4319) 20,0 g bis unter 23,2 g; OPS 6-002.rj
C5Z43200	- (ZP4320) 23,2 g bis unter 26,4 g; OPS 6-002.rk
C5Z43210	- (ZP4321) 26,4 g bis unter 32,8 g; OPS 6-002.rm
C5Z43220	- (ZP4322) 32,8 g bis unter 39,2 g; OPS 6-002.rn
C5Z43230	- (ZP4323) 39,2 g bis unter 45,6 g; OPS 6-002.rp
C5Z43240	- (ZP4324) 45,6 g bis unter 52,0 g; OPS 6-002.rq
C5Z43250	- (ZP4325) 52,0 g bis unter 64,8 g; OPS 6-002.rr

- C5Z43260 - (ZP4326) 64,8 g bis unter 77,6 g; OPS 6-002.rs
 C5Z43270 - (ZP4327) 77,6 g bis unter 90,4 g; OPS 6-002.rt
 C5Z43280 - (ZP4328) 90,4 g und mehr; OPS 6-002.ru

ZP44 Gabe von Itraconazol, parenteral

- C5Z44010 - (ZP4401) 400 mg bis unter 800 mg; OPS 6-002.c0
 C5Z44020 - (ZP4402) 800 mg bis unter 1.200 mg; OPS 6-002.c1
 C5Z44030 - (ZP4403) 1.200 mg bis unter 1.600 mg; OPS 6-002.c2
 C5Z44040 - (ZP4404) 1.600 mg bis unter 2.000 mg; OPS 6-002.c3
 C5Z44050 - (ZP4405) 2.000 mg bis unter 2.400 mg; OPS 6-002.c4
 C5Z44060 - (ZP4406) 2.400 mg bis unter 2.800 mg; OPS 6-002.c5
 C5Z44070 - (ZP4407) 2.800 mg bis unter 3.200 mg; OPS 6-002.c6
 C5Z44080 - (ZP4408) 3.200 mg bis unter 3.600 mg; OPS 6-002.c7
 C5Z44090 - (ZP4409) 3.600 mg bis unter 4.000 mg; OPS 6-002.c8
 C5Z44100 - (ZP4410) 4.000 mg bis unter 4.800 mg; OPS 6-002.c9
 C5Z44110 - (ZP4411) 4.800 mg bis unter 5.600 mg; OPS 6-002.ca
 C5Z44120 - (ZP4412) 5.600 mg bis unter 6.400 mg; OPS 6-002.cb
 C5Z44130 - (ZP4413) 6.400 mg bis unter 7.200 mg; OPS 6-002.cc
 C5Z44140 - (ZP4414) 7.200 mg bis unter 8.000 mg; OPS 6-002.cd
 C5Z44150 - (ZP4415) 8.000 mg bis unter 8.800 mg; OPS 6-002.ce
 C5Z44160 - (ZP4416) 8.800 mg bis unter 10.400 mg; OPS 6-002.cg
 C5Z44170 - (ZP4417) 10.400 mg bis unter 12.000 mg; OPS 6-002.ch
 C5Z44180 - (ZP4418) 12.000 mg bis unter 13.600 mg; OPS 6-002.cj
 C5Z44190 - (ZP4419) 13.600 mg bis unter 16.800 mg; OPS 6-002.ck
 C5Z44200 - (ZP4420) 16.800 mg bis unter 20.000 mg; OPS 6-002.cm
 C5Z44210 - (ZP4421) 20.000 mg bis unter 23.200 mg; OPS 6-002.cn
 C5Z44220 - (ZP4422) 23.200 mg und mehr; OPS 6-002.cp

ZP45 Gabe von Posaconazol, oral

- C5Z45010 - (ZP4501) 1.000 mg bis unter 2.000 mg; OPS 6-003.00
 C5Z45020 - (ZP4502) 2.000 mg bis unter 3.000 mg; OPS 6-003.01
 C5Z45030 - (ZP4503) 3.000 mg bis unter 4.200 mg; OPS 6-003.02
 C5Z45040 - (ZP4504) 4.200 mg bis unter 5.400 mg; OPS 6-003.03
 C5Z45050 - (ZP4505) 5.400 mg bis unter 6.600 mg; OPS 6-003.04
 C5Z45060 - (ZP4506) 6.600 mg bis unter 7.800 mg; OPS 6-003.05
 C5Z45070 - (ZP4507) 7.800 mg bis unter 9.000 mg; OPS 6-003.06
 C5Z45080 - (ZP4508) 9.000 mg bis unter 11.400 mg; OPS 6-003.07
 C5Z45090 - (ZP4509) 11.400 mg bis unter 13.800 mg; OPS 6-003.08
 C5Z45100 - (ZP4510) 13.800 mg bis unter 16.200 mg; OPS 6-003.09
 C5Z45110 - (ZP4511) 16.200 mg bis unter 18.600 mg; OPS 6-003.0a
 C5Z45120 - (ZP4512) 18.600 mg bis unter 21.000 mg; OPS 6-003.0b
 C5Z45130 - (ZP4513) 21.000 mg bis unter 25.800 mg; OPS 6-003.0c
 C5Z45140 - (ZP4514) 25.800 mg bis unter 30.600 mg; OPS 6-003.0d
 C5Z45150 - (ZP4515) 30.600 mg bis unter 35.400 mg; OPS 6-003.0e
 C5Z45160 - (ZP4516) 35.400 mg bis unter 40.200 mg; OPS 6-003.0g
 C5Z45170 - (ZP4517) 40.200 mg bis unter 45.000 mg; OPS 6-003.0h
 C5Z45180 - (ZP4518) 45.000 mg bis unter 54.600 mg; OPS 6-003.0j
 C5Z45190 - (ZP4519) 54.600 mg bis unter 64.200 mg; OPS 6-003.0k
 C5Z45200 - (ZP4520) 64.200 mg bis unter 73.800 mg; OPS 6-003.0m
 C5Z45210 - (ZP4521) 73.800 mg bis unter 83.400 mg; OPS 6-003.0n

- C5Z45220 - (ZP4522) 83.400 mg bis unter 93.000 mg; OPS 6-003.0p
C5Z45230 - (ZP4523) 93.000 mg und mehr; OPS 6-003.0q

ZP46 Gabe von Anidulafungin, parenteral

- C5Z46010 - (ZP4601) 75 mg bis unter 125 mg; OPS 6-003.k0
C5Z46020 - (ZP4602) 125 mg bis unter 200 mg; OPS 6-003.k1
C5Z46030 - (ZP4603) 200 mg bis unter 300 mg; OPS 6-003.k2
C5Z46040 - (ZP4604) 300 mg bis unter 400 mg; OPS 6-003.k3
C5Z46050 - (ZP4605) 400 mg bis unter 500 mg; OPS 6-003.k4
C5Z46060 - (ZP4606) 500 mg bis unter 600 mg; OPS 6-003.k5
C5Z46070 - (ZP4607) 600 mg bis unter 700 mg; OPS 6-003.k6
C5Z46080 - (ZP4608) 700 mg bis unter 800 mg; OPS 6-003.k7
C5Z46090 - (ZP4609) 800 mg bis unter 900 mg; OPS 6-003.k8
C5Z46100 - (ZP4610) 900 mg bis unter 1.000 mg; OPS 6-003.k9
C5Z46110 - (ZP4611) 1.000 mg bis unter 1.200 mg; OPS 6-003.ka
C5Z46120 - (ZP4612) 1.200 mg bis unter 1.400 mg; OPS 6-003.kb
C5Z46130 - (ZP4613) 1.400 mg bis unter 1.600 mg; OPS 6-003.kc
C5Z46140 - (ZP4614) 1.600 mg bis unter 1.800 mg; OPS 6-003.kd
C5Z46150 - (ZP4615) 1.800 mg bis unter 2.000 mg; OPS 6-003.ke
C5Z46160 - (ZP4616) 2.000 mg bis unter 2.400 mg; OPS 6-003.kf
C5Z46170 - (ZP4617) 2.400 mg bis unter 2.800 mg; OPS 6-003.kg
C5Z46180 - (ZP4618) 2.800 mg bis unter 3.200 mg; OPS 6-003.kh
C5Z46190 - (ZP4619) 3.200 mg bis unter 4.000 mg; OPS 6-003.kj
C5Z46200 - (ZP4620) 4.000 mg bis unter 4.800 mg; OPS 6-003.kk
C5Z46210 - (ZP4621) 4.800 mg bis unter 5.600 mg; OPS 6-003.km
C5Z46220 - (ZP4622) 5.600 mg bis unter 6.400 mg; OPS 6-003.kn
C5Z46230 - (ZP4623) 6.400 mg bis unter 8.000 mg; OPS 6-003.kp
C5Z46240 - (ZP4624) 8.000 mg bis unter 9.600 mg; OPS 6-003.kq
C5Z46250 - (ZP4625) 9.600 mg bis unter 11.200 mg; OPS 6-003.kr
C5Z46260 - (ZP4626) 11.200 mg bis unter 12.800 mg; OPS 6-003.ks
C5Z46270 - (ZP4627) 12.800 mg und mehr; OPS 6-003.kt

ZP47 Gabe von Panitumumab, parenteral

- C5Z47010 - (ZP4701) 180 mg bis unter 300 mg; OPS 6-004.70
C5Z47020 - (ZP4702) 300 mg bis unter 420 mg; OPS 6-004.71
C5Z47030 - (ZP4703) 420 mg bis unter 540 mg; OPS 6-004.72
C5Z47040 - (ZP4704) 540 mg bis unter 660 mg; OPS 6-004.73
C5Z47050 - (ZP4705) 660 mg bis unter 780 mg; OPS 6-004.74
C5Z47060 - (ZP4706) 780 mg bis unter 900 mg; OPS 6-004.75
C5Z47070 - (ZP4707) 900 mg bis unter 1.020 mg; OPS 6-004.76
C5Z47080 - (ZP4708) 1.020 mg bis unter 1.260 mg; OPS 6-004.77
C5Z47090 - (ZP4709) 1.260 mg bis unter 1.500 mg; OPS 6-004.78
C5Z47100 - (ZP4710) 1.500 mg bis unter 1.740 mg; OPS 6-004.79
C5Z47110 - (ZP4711) 1.740 mg bis unter 1.980 mg; OPS 6-004.7a
C5Z47120 - (ZP4712) 1.980 mg bis unter 2.220 mg; OPS 6-004.7b
C5Z47130 - (ZP4713) 2.220 mg bis unter 2.460 mg; OPS 6-004.7c
C5Z47140 - (ZP4714) 2.460 mg und mehr; OPS 6-004.7d

ZP48	Gabe von Trabectedin, parenteral
C5Z48010	- (ZP4801) 0,25 mg bis unter 0,50 mg; OPS 6-004.a0
C5Z48020	- (ZP4802) 0,50 mg bis unter 0,75 mg; OPS 6-004.a1
C5Z48030	- (ZP4803) 0,75 mg bis unter 1,00 mg; OPS 6-004.a2
C5Z48040	- (ZP4804) 1,00 mg bis unter 1,25 mg; OPS 6-004.a3
C5Z48050	- (ZP4805) 1,25 mg bis unter 1,50 mg; OPS 6-004.a4
C5Z48060	- (ZP4806) 1,50 mg bis unter 1,75 mg; OPS 6-004.a5
C5Z48070	- (ZP4807) 1,75 mg bis unter 2,00 mg; OPS 6-004.a6
C5Z48080	- (ZP4808) 2,00 mg bis unter 2,25 mg; OPS 6-004.a7
C5Z48090	- (ZP4809) 2,25 mg bis unter 2,50 mg; OPS 6-004.a8
C5Z48100	- (ZP4810) 2,50 mg bis unter 2,75 mg; OPS 6-004.a9
C5Z48110	- (ZP4811) 2,75 mg bis unter 3,00 mg; OPS 6-004.aa
C5Z48120	- (ZP4812) 3,00 mg bis unter 3,25 mg; OPS 6-004.ab
C5Z48130	- (ZP4813) 3,25 mg bis unter 3,50 mg; OPS 6-004.ac
C5Z48140	- (ZP4814) 3,50 mg bis unter 4,00 mg; OPS 6-004.ad
C5Z48150	- (ZP4815) 4,00 mg bis unter 4,50 mg; OPS 6-004.ae
C5Z48160	- (ZP4816) 4,50 mg bis unter 5,00 mg; OPS 6-004.af
C5Z48170	- (ZP4817) 5,00 mg bis unter 5,50 mg; OPS 6-004.ag
C5Z48180	- (ZP4818) 5,50 mg bis unter 6,00 mg; OPS 6-004.ah
C5Z48190	- (ZP4819) 6,00 mg und mehr; OPS 6-004.aj
ZP49	Gabe von Abatacept, parenteral
C5Z49010	- (ZP4901) 125 mg bis unter 250 mg; OPS 6-003.m0
C5Z49020	- (ZP4902) 250 mg bis unter 500 mg; OPS 6-003.m1
C5Z49030	- (ZP4903) 500 mg bis unter 750 mg; OPS 6-003.m2
C5Z49040	- (ZP4904) 750 mg bis unter 1.000 mg; OPS 6-003.m3
C5Z49050	- (ZP4905) 1.000 mg bis unter 1.250 mg; OPS 6-003.m4
C5Z49060	- (ZP4906) 1.250 mg bis unter 1.500 mg; OPS 6-003.m5
C5Z49070	- (ZP4907) 1.500 mg bis unter 1.750 mg; OPS 6-003.m6
C5Z49080	- (ZP4908) 1.750 mg bis unter 2.000 mg; OPS 6-003.m7
C5Z49090	- (ZP4909) 2.000 mg bis unter 2.250 mg; OPS 6-003.m8
C5Z49100	- (ZP4910) 2.250 mg bis unter 2.500 mg; OPS 6-003.m9
C5Z49110	- (ZP4911) 2.500 mg bis unter 2.750 mg; OPS 6-003.ma
C5Z49120	- (ZP4912) 2.750 mg bis unter 3.000 mg; OPS 6-003.mb
C5Z49130	- (ZP4913) 3.000 mg und mehr; OPS 6-003.mc
ZP50	Gabe von Azacytidin, parenteral
C5Z50010	- (ZP5001) 150 mg bis unter 225 mg; OPS 6-005.00
C5Z50020	- (ZP5002) 225 mg bis unter 300 mg; OPS 6-005.01
C5Z50030	- (ZP5003) 300 mg bis unter 375 mg; OPS 6-005.02
C5Z50040	- (ZP5004) 375 mg bis unter 450 mg; OPS 6-005.03
C5Z50050	- (ZP5005) 450 mg bis unter 600 mg; OPS 6-005.04
C5Z50060	- (ZP5006) 600 mg bis unter 750 mg; OPS 6-005.05
C5Z50070	- (ZP5007) 750 mg bis unter 900 mg; OPS 6-005.06
C5Z50080	- (ZP5008) 900 mg bis unter 1.200 mg; OPS 6-005.07
C5Z50090	- (ZP5009) 1.200 mg bis unter 1.500 mg; OPS 6-005.08
C5Z50100	- (ZP5010) 1.500 mg bis unter 1.800 mg; OPS 6-005.09
C5Z50110	- (ZP5011) 1.800 mg bis unter 2.100 mg; OPS 6-005.0a
C5Z50120	- (ZP5012) 2.100 mg bis unter 2.400 mg; OPS 6-005.0b

- C5Z50130 - (ZP5013) 2.400 mg bis unter 2.700 mg; OPS 6-005.0c
C5Z50140 - (ZP5014) 2.700 mg bis unter 3.000 mg; OPS 6-005.0d
C5Z50150 - (ZP5015) 3.000 mg und mehr; OPS 6-005.0e

ZP51 Gabe von Micafungin, parenteral

- C5Z51010 - (ZP5101) 75 mg bis unter 150 mg; OPS 6-004.50
C5Z51020 - (ZP5102) 150 mg bis unter 250 mg; OPS 6-004.51
C5Z51030 - (ZP5103) 250 mg bis unter 350 mg; OPS 6-004.52
C5Z51040 - (ZP5104) 350 mg bis unter 450 mg; OPS 6-004.53
C5Z51050 - (ZP5105) 450 mg bis unter 550 mg; OPS 6-004.54
C5Z51060 - (ZP5106) 550 mg bis unter 650 mg; OPS 6-004.55
C5Z51070 - (ZP5107) 650 mg bis unter 750 mg; OPS 6-004.56
C5Z51080 - (ZP5108) 750 mg bis unter 850 mg; OPS 6-004.57
C5Z51090 - (ZP5109) 850 mg bis unter 950 mg; OPS 6-004.58
C5Z51100 - (ZP5110) 950 mg bis unter 1.150 mg; OPS 6-004.59
C5Z51110 - (ZP5111) 1.150 mg bis unter 1.350 mg; OPS 6-004.5a
C5Z51120 - (ZP5112) 1.350 mg bis unter 1.550 mg; OPS 6-004.5b
C5Z51130 - (ZP5113) 1.550 mg bis unter 1.950 mg; OPS 6-004.5c
C5Z51140 - (ZP5114) 1.950 mg bis unter 2.350 mg; OPS 6-004.5d
C5Z51150 - (ZP5115) 2.350 mg bis unter 2.750 mg; OPS 6-004.5e
C5Z51160 - (ZP5116) 2.750 mg bis unter 3.150 mg; OPS 6-004.5f
C5Z51170 - (ZP5117) 3.150 mg bis unter 3.950 mg; OPS 6-004.5g
C5Z51180 - (ZP5118) 3.950 mg bis unter 4.750 mg; OPS 6-004.5h
C5Z51190 - (ZP5119) 4.750 mg bis unter 5.550 mg; OPS 6-004.5j
C5Z51200 - (ZP5120) 5.550 mg bis unter 6.350 mg; OPS 6-004.5k
C5Z51210 - (ZP5121) 6.350 mg bis unter 7.950 mg; OPS 6-004.5m
C5Z51220 - (ZP5122) 7.950 mg bis unter 9.550 mg; OPS 6-004.5n
C5Z51230 - (ZP5123) 9.550 mg bis unter 11.150 mg; OPS 6-004.5p
C5Z51240 - (ZP5124) 11.150 mg bis unter 12.750 mg; OPS 6-004.5q
C5Z51250 - (ZP5125) 12.750 mg bis unter 14.350 mg; OPS 6-004.5r
C5Z51260 - (ZP5126) 14.350 mg bis unter 15.950 mg; OPS 6-004.5s
C5Z51270 - (ZP5127) 15.950 mg bis unter 17.550 mg; OPS 6-004.5t
C5Z51280 - (ZP5128) 17.550 mg und mehr; OPS 6-004.5u

ZP52 Gabe von Tocilizumab, parenteral

- C5Z52010 - (ZP5201) 80 mg bis unter 200 mg; OPS 6-005.30
C5Z52020 - (ZP5202) 200 mg bis unter 320 mg; OPS 6-005.31
C5Z52030 - (ZP5203) 320 mg bis unter 480 mg; OPS 6-005.32
C5Z52040 - (ZP5204) 480 mg bis unter 640 mg; OPS 6-005.33
C5Z52050 - (ZP5205) 640 mg bis unter 800 mg; OPS 6-005.34
C5Z52060 - (ZP5206) 800 mg bis unter 960 mg; OPS 6-005.35
C5Z52070 - (ZP5207) 960 mg bis unter 1.120 mg; OPS 6-005.36
C5Z52080 - (ZP5208) 1.120 mg bis unter 1.280 mg; OPS 6-005.37
C5Z52090 - (ZP5209) 1.280 mg bis unter 1.440 mg; OPS 6-005.38
C5Z52100 - (ZP5210) 1.440 mg bis unter 1.600 mg; OPS 6-005.39
C5Z52110 - (ZP5211) 1.600 mg bis unter 1.760 mg; OPS 6-005.3a
C5Z52120 - (ZP5212) 1.760 mg bis unter 1.920 mg; OPS 6-005.3b
C5Z52130 - (ZP5213) 1.920 mg bis unter 2.080 mg; OPS 6-005.3c
C5Z52140 - (ZP5214) 2.080 mg und mehr; OPS 6-005.3d

PEPP-Entgeltkatalog: Zusatzentgelte-Katalog (unbewertet)

ZP2013-01 Elektrokrampftherapie [EKT]

- C9201000 - (ZP2013-01.000) Elektrokrampftherapie [EKT]; OPS 8-630*
- C9201001 - (ZP2013-01.001) Elektrokrampftherapie [EKT]; OPS 8-630.2
- C9201002 - (ZP2013-01.002) Elektrokrampftherapie [EKT]; OPS 8-630.3
- C9201003 - (ZP2013-01.003) Elektrokrampftherapie [EKT]; OPS 8-630.y

ZP2013-02 Strahlentherapie

- C9202000 - (ZP2013-02.000) Strahlentherapie; OPS 8-52*
- C9202001 - (ZP2013-02.001) Strahlentherapie; OPS 8-520.0
- C9202002 - (ZP2013-02.002) Strahlentherapie; OPS 8-520.1
- C9202003 - (ZP2013-02.003) Strahlentherapie; OPS 8-520.y
- C9202004 - (ZP2013-02.004) Strahlentherapie; OPS 8-521.0
- C9202005 - (ZP2013-02.005) Strahlentherapie; OPS 8-521.1
- C9202006 - (ZP2013-02.006) Strahlentherapie; OPS 8-521.y
- C9202007 - (ZP2013-02.007) Strahlentherapie; OPS 8-522.0
- C9202008 - (ZP2013-02.008) Strahlentherapie; OPS 8-522.1
- C9202009 - (ZP2013-02.009) Strahlentherapie; OPS 8-522.2
- C9202010 - (ZP2013-02.010) Strahlentherapie; OPS 8-522.30
- C9202011 - (ZP2013-02.011) Strahlentherapie; OPS 8-522.31
- C9202012 - (ZP2013-02.012) Strahlentherapie; OPS 8-522.60
- C9202013 - (ZP2013-02.013) Strahlentherapie; OPS 8-522.61
- C9202014 - (ZP2013-02.014) Strahlentherapie; OPS 8-522.90
- C9202015 - (ZP2013-02.015) Strahlentherapie; OPS 8-522.91
- C9202016 - (ZP2013-02.016) Strahlentherapie; OPS 8-522.a0
- C9202017 - (ZP2013-02.017) Strahlentherapie; OPS 8-522.a1
- C9202018 - (ZP2013-02.018) Strahlentherapie; OPS 8-522.b0
- C9202019 - (ZP2013-02.019) Strahlentherapie; OPS 8-522.b1
- C9202020 - (ZP2013-02.020) Strahlentherapie; OPS 8-522.c0
- C9202021 - (ZP2013-02.021) Strahlentherapie; OPS 8-522.c1
- C9202022 - (ZP2013-02.022) Strahlentherapie; OPS 8-522.d0
- C9202023 - (ZP2013-02.023) Strahlentherapie; OPS 8-522.d1
- C9202024 - (ZP2013-02.024) Strahlentherapie; OPS 8-522.x
- C9202025 - (ZP2013-02.025) Strahlentherapie; OPS 8-522.y
- C9202026 - (ZP2013-02.026) Strahlentherapie; OPS 8-523.00
- C9202027 - (ZP2013-02.027) Strahlentherapie; OPS 8-523.01
- C9202028 - (ZP2013-02.028) Strahlentherapie; OPS 8-523.10
- C9202029 - (ZP2013-02.029) Strahlentherapie; OPS 8-523.11
- C9202030 - (ZP2013-02.030) Strahlentherapie; OPS 8-523.2
- C9202031 - (ZP2013-02.031) Strahlentherapie; OPS 8-523.3
- C9202032 - (ZP2013-02.032) Strahlentherapie; OPS 8-523.40
- C9202033 - (ZP2013-02.033) Strahlentherapie; OPS 8-523.41
- C9202034 - (ZP2013-02.034) Strahlentherapie; OPS 8-523.42
- C9202035 - (ZP2013-02.035) Strahlentherapie; OPS 8-523.5
- C9202036 - (ZP2013-02.036) Strahlentherapie; OPS 8-523.6
- C9202037 - (ZP2013-02.037) Strahlentherapie; OPS 8-523.7
- C9202038 - (ZP2013-02.038) Strahlentherapie; OPS 8-523.x
- C9202039 - (ZP2013-02.039) Strahlentherapie; OPS 8-523.y
- C9202040 - (ZP2013-02.040) Strahlentherapie; OPS 8-524.0

C9202041	- (ZP2013-02.041) Strahlentherapie; OPS 8-524.1
C9202042	- (ZP2013-02.042) Strahlentherapie; OPS 8-524.2
C9202043	- (ZP2013-02.043) Strahlentherapie; OPS 8-524.3
C9202044	- (ZP2013-02.044) Strahlentherapie; OPS 8-524.4
C9202045	- (ZP2013-02.045) Strahlentherapie; OPS 8-524.5
C9202046	- (ZP2013-02.046) Strahlentherapie; OPS 8-524.60
C9202047	- (ZP2013-02.047) Strahlentherapie; OPS 8-524.61
C9202048	- (ZP2013-02.048) Strahlentherapie; OPS 8-524.x
C9202049	- (ZP2013-02.049) Strahlentherapie; OPS 8-524.y
C9202050	- (ZP2013-02.050) Strahlentherapie; OPS 8-525.00
C9202051	- (ZP2013-02.051) Strahlentherapie; OPS 8-525.01
C9202052	- (ZP2013-02.052) Strahlentherapie; OPS 8-525.02
C9202053	- (ZP2013-02.053) Strahlentherapie; OPS 8-525.0x
C9202054	- (ZP2013-02.054) Strahlentherapie; OPS 8-525.10
C9202055	- (ZP2013-02.055) Strahlentherapie; OPS 8-525.11
C9202056	- (ZP2013-02.056) Strahlentherapie; OPS 8-525.12
C9202057	- (ZP2013-02.057) Strahlentherapie; OPS 8-525.1x
C9202058	- (ZP2013-02.058) Strahlentherapie; OPS 8-525.20
C9202059	- (ZP2013-02.059) Strahlentherapie; OPS 8-525.21
C9202060	- (ZP2013-02.060) Strahlentherapie; OPS 8-525.3
C9202061	- (ZP2013-02.061) Strahlentherapie; OPS 8-525.4
C9202062	- (ZP2013-02.062) Strahlentherapie; OPS 8-525.x
C9202063	- (ZP2013-02.063) Strahlentherapie; OPS 8-525.y
C9202064	- (ZP2013-02.064) Strahlentherapie; OPS 8-526.0
C9202065	- (ZP2013-02.065) Strahlentherapie; OPS 8-526.1
C9202066	- (ZP2013-02.066) Strahlentherapie; OPS 8-526.2
C9202067	- (ZP2013-02.067) Strahlentherapie; OPS 8-526.x
C9202068	- (ZP2013-02.068) Strahlentherapie; OPS 8-526.y
C9202069	- (ZP2013-02.069) Strahlentherapie; OPS 8-527.0
C9202070	- (ZP2013-02.070) Strahlentherapie; OPS 8-527.1
C9202071	- (ZP2013-02.071) Strahlentherapie; OPS 8-527.2
C9202072	- (ZP2013-02.072) Strahlentherapie; OPS 8-527.6
C9202073	- (ZP2013-02.073) Strahlentherapie; OPS 8-527.7
C9202074	- (ZP2013-02.074) Strahlentherapie; OPS 8-527.8
C9202075	- (ZP2013-02.075) Strahlentherapie; OPS 8-527.x
C9202076	- (ZP2013-02.076) Strahlentherapie; OPS 8-527.y
C9202077	- (ZP2013-02.077) Strahlentherapie; OPS 8-528.6
C9202078	- (ZP2013-02.078) Strahlentherapie; OPS 8-528.7
C9202079	- (ZP2013-02.079) Strahlentherapie; OPS 8-528.8
C9202080	- (ZP2013-02.080) Strahlentherapie; OPS 8-528.9
C9202081	- (ZP2013-02.081) Strahlentherapie; OPS 8-528.x
C9202082	- (ZP2013-02.082) Strahlentherapie; OPS 8-528.y
C9202083	- (ZP2013-02.083) Strahlentherapie; OPS 8-529.3
C9202084	- (ZP2013-02.084) Strahlentherapie; OPS 8-529.4
C9202085	- (ZP2013-02.085) Strahlentherapie; OPS 8-529.5
C9202086	- (ZP2013-02.086) Strahlentherapie; OPS 8-529.6
C9202087	- (ZP2013-02.087) Strahlentherapie; OPS 8-529.7
C9202088	- (ZP2013-02.088) Strahlentherapie; OPS 8-529.8
C9202089	- (ZP2013-02.089) Strahlentherapie; OPS 8-529.x
C9202090	- (ZP2013-02.090) Strahlentherapie; OPS 8-529.y
C9202091	- (ZP2013-02.091) Strahlentherapie; OPS 8-52a.00

- C9202092 - (ZP2013-02.092) Strahlentherapie; OPS 8-52a.01
- C9202093 - (ZP2013-02.093) Strahlentherapie; OPS 8-52a.10
- C9202094 - (ZP2013-02.094) Strahlentherapie; OPS 8-52a.11
- C9202095 - (ZP2013-02.095) Strahlentherapie; OPS 8-52b
- C9202096 - (ZP2013-02.096) Strahlentherapie; OPS 8-52c
- C9202097 - (ZP2013-02.097) Strahlentherapie; OPS 8-52d

ZP2013-03 Gabe von Sargramostim, parenteral

- C9203000 - (ZP2013-03.000) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.4*
- C9203001 - (ZP2013-03.001) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.40
- C9203002 - (ZP2013-03.002) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.41
- C9203003 - (ZP2013-03.003) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.42
- C9203004 - (ZP2013-03.004) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.43
- C9203005 - (ZP2013-03.005) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.44
- C9203006 - (ZP2013-03.006) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.45
- C9203007 - (ZP2013-03.007) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.46
- C9203008 - (ZP2013-03.008) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.47
- C9203009 - (ZP2013-03.009) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.48
- C9203010 - (ZP2013-03.010) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.49
- C9203011 - (ZP2013-03.011) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.4a
- C9203012 - (ZP2013-03.012) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.4b
- C9203013 - (ZP2013-03.013) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.4c
- C9203014 - (ZP2013-03.014) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.4d
- C9203015 - (ZP2013-03.015) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.4e
- C9203016 - (ZP2013-03.016) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.4f
- C9203017 - (ZP2013-03.017) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.4g
- C9203018 - (ZP2013-03.018) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.4h
- C9203019 - (ZP2013-03.019) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.4j
- C9203020 - (ZP2013-03.020) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.4k
- C9203021 - (ZP2013-03.021) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.4m
- C9203022 - (ZP2013-03.022) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.4n
- C9203023 - (ZP2013-03.023) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.4p
- C9203024 - (ZP2013-03.024) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.4q

ZP2013-04 Gabe von Granulozytenkonzentraten

- C9204000 - (ZP2013-04.000) Gabe von Granulozytenkonzentraten; OPS 8-802.6*
- C9204001 - (ZP2013-04.001) Gabe von Granulozytenkonzentraten; OPS 8-802.60
- C9204002 - (ZP2013-04.002) Gabe von Granulozytenkonzentraten; OPS 8-802.61
- C9204003 - (ZP2013-04.003) Gabe von Granulozytenkonzentraten; OPS 8-802.62
- C9204004 - (ZP2013-04.004) Gabe von Granulozytenkonzentraten; OPS 8-802.63
- C9204005 - (ZP2013-04.005) Gabe von Granulozytenkonzentraten; OPS 8-802.64
- C9204006 - (ZP2013-04.006) Gabe von Granulozytenkonzentraten; OPS 8-802.65
- C9204007 - (ZP2013-04.007) Gabe von Granulozytenkonzentraten; OPS 8-802.66
- C9204008 - (ZP2013-04.008) Gabe von Granulozytenkonzentraten; OPS 8-802.67
- C9204009 - (ZP2013-04.009) Gabe von Granulozytenkonzentraten; OPS 8-802.68
- C9204010 - (ZP2013-04.010) Gabe von Granulozytenkonzentraten; OPS 8-802.69
- C9204011 - (ZP2013-04.011) Gabe von Granulozytenkonzentraten; OPS 8-802.6a
- C9204012 - (ZP2013-04.012) Gabe von Granulozytenkonzentraten; OPS 8-802.6b

ZP2013-05 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral

- C9205000 - (ZP2013-05.000) OPS 8-812.3 oder 8-812.4
- C9205001 - (ZP2013-05.001) OPS 8-812.3
- C9205002 - (ZP2013-05.002) OPS 8-812.4

ZP2013-06 Gabe von Bosentan, oral

- C9206000 - (ZP2013-06.000) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.f*
- C9206001 - (ZP2013-06.001) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.f0
- C9206002 - (ZP2013-06.002) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.f1
- C9206003 - (ZP2013-06.003) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.f2
- C9206004 - (ZP2013-06.004) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.f3
- C9206005 - (ZP2013-06.005) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.f4
- C9206006 - (ZP2013-06.006) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.f5
- C9206007 - (ZP2013-06.007) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.f6
- C9206008 - (ZP2013-06.008) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.f7
- C9206009 - (ZP2013-06.009) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.f8
- C9206010 - (ZP2013-06.010) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.f9
- C9206011 - (ZP2013-06.011) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.fa
- C9206012 - (ZP2013-06.012) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.fb
- C9206013 - (ZP2013-06.013) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.fc
- C9206014 - (ZP2013-06.014) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.fd
- C9206015 - (ZP2013-06.015) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.fe
- C9206016 - (ZP2013-06.016) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.ff
- C9206017 - (ZP2013-06.017) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.fg
- C9206018 - (ZP2013-06.018) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.fh
- C9206019 - (ZP2013-06.019) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.fj
- C9206020 - (ZP2013-06.020) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.fk
- C9206021 - (ZP2013-06.021) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.fm
- C9206022 - (ZP2013-06.022) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.fn
- C9206023 - (ZP2013-06.023) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.fp

ZP2013-07 Gabe von Jod-131-MIBG (Metajodobenzylguanidin), parenteral

- C9207000 - (ZP2013-07.000) Gabe von Jod-131-MIBG, parenteral; OPS 6-002.g*
- C9207001 - (ZP2013-07.001) Gabe von Jod-131-MIBG, parenteral; OPS 6-002.g0
- C9207002 - (ZP2013-07.002) Gabe von Jod-131-MIBG, parenteral; OPS 6-002.g1
- C9207003 - (ZP2013-07.003) Gabe von Jod-131-MIBG, parenteral; OPS 6-002.g2
- C9207004 - (ZP2013-07.004) Gabe von Jod-131-MIBG, parenteral; OPS 6-002.g3
- C9207005 - (ZP2013-07.005) Gabe von Jod-131-MIBG, parenteral; OPS 6-002.g4
- C9207006 - (ZP2013-07.006) Gabe von Jod-131-MIBG, parenteral; OPS 6-002.g5
- C9207007 - (ZP2013-07.007) Gabe von Jod-131-MIBG, parenteral; OPS 6-002.g6
- C9207008 - (ZP2013-07.008) Gabe von Jod-131-MIBG, parenteral; OPS 6-002.g7
- C9207009 - (ZP2013-07.009) Gabe von Jod-131-MIBG, parenteral; OPS 6-002.g8

ZP2013-08 Gabe von Alpha-1-Proteinaseinhibitor human, parenteral

- C9208000 - (ZP2013-08.000) OPS 8-812.0*
- C9208001 - (ZP2013-08.001) OPS 8-812.00
- C9208002 - (ZP2013-08.002) OPS 8-812.01
- C9208003 - (ZP2013-08.003) OPS 8-812.02
- C9208004 - (ZP2013-08.004) OPS 8-812.03

C9208005	- (ZP2013-08.005) OPS 8-812.04
C9208006	- (ZP2013-08.006) OPS 8-812.05
C9208007	- (ZP2013-08.007) OPS 8-812.06
C9208008	- (ZP2013-08.008) OPS 8-812.07
C9208009	- (ZP2013-08.009) OPS 8-812.08
C9208010	- (ZP2013-08.010) OPS 8-812.09
C9208011	- (ZP2013-08.011) OPS 8-812.0a
C9208012	- (ZP2013-08.012) OPS 8-812.0b
C9208013	- (ZP2013-08.013) OPS 8-812.0c
C9208014	- (ZP2013-08.014) OPS 8-812.0d
C9208015	- (ZP2013-08.015) OPS 8-812.0e
C9208016	- (ZP2013-08.016) OPS 8-812.0f
C9208017	- (ZP2013-08.017) OPS 8-812.0g
C9208018	- (ZP2013-08.018) OPS 8-812.0h
C9208019	- (ZP2013-08.019) OPS 8-812.0j
C9208020	- (ZP2013-08.020) OPS 8-812.0k
C9208021	- (ZP2013-08.021) OPS 8-812.0m
C9208022	- (ZP2013-08.022) OPS 8-812.0n
C9208023	- (ZP2013-08.023) OPS 8-812.0p
C9208024	- (ZP2013-08.024) OPS 8-812.0q

ZP2013-09 Gabe von Interferon alfa-2a (nicht pegylierte Form), parenteral

C9209000	- (ZP2013-09.000) OPS 8-812.1*
C9209001	- (ZP2013-09.001) OPS 8-812.10
C9209002	- (ZP2013-09.002) OPS 8-812.11
C9209003	- (ZP2013-09.003) OPS 8-812.12
C9209004	- (ZP2013-09.004) OPS 8-812.13
C9209005	- (ZP2013-09.005) OPS 8-812.14
C9209006	- (ZP2013-09.006) OPS 8-812.15
C9209007	- (ZP2013-09.007) OPS 8-812.16
C9209008	- (ZP2013-09.008) OPS 8-812.17
C9209009	- (ZP2013-09.009) OPS 8-812.18
C9209010	- (ZP2013-09.010) OPS 8-812.19
C9209011	- (ZP2013-09.011) OPS 8-812.1a
C9209012	- (ZP2013-09.012) OPS 8-812.1b
C9209013	- (ZP2013-09.013) OPS 8-812.1c
C9209014	- (ZP2013-09.014) OPS 8-812.1d
C9209015	- (ZP2013-09.015) OPS 8-812.1e
C9209016	- (ZP2013-09.016) OPS 8-812.1f
C9209017	- (ZP2013-09.017) OPS 8-812.1g
C9209018	- (ZP2013-09.018) OPS 8-812.1h
C9209019	- (ZP2013-09.019) OPS 8-812.1j
C9209020	- (ZP2013-09.020) OPS 8-812.1k
C9209021	- (ZP2013-09.021) OPS 8-812.1m
C9209022	- (ZP2013-09.022) OPS 8-812.1n

ZP2013-10 Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral

C9210000	- (ZP2013-10.000) OPS 8-812.2*
C9210001	- (ZP2013-10.001) OPS 8-812.20
C9210002	- (ZP2013-10.002) OPS 8-812.21

C9210003	- (ZP2013-10.003) OPS 8-812.22
C9210004	- (ZP2013-10.004) OPS 8-812.23
C9210005	- (ZP2013-10.005) OPS 8-812.24
C9210006	- (ZP2013-10.006) OPS 8-812.25
C9210007	- (ZP2013-10.007) OPS 8-812.26
C9210008	- (ZP2013-10.008) OPS 8-812.27
C9210009	- (ZP2013-10.009) OPS 8-812.28
C9210010	- (ZP2013-10.010) OPS 8-812.29
C9210011	- (ZP2013-10.011) OPS 8-812.2a
C9210012	- (ZP2013-10.012) OPS 8-812.2b
C9210013	- (ZP2013-10.013) OPS 8-812.2c
C9210014	- (ZP2013-10.014) OPS 8-812.2d
C9210015	- (ZP2013-10.015) OPS 8-812.2e
C9210016	- (ZP2013-10.016) OPS 8-812.2f
C9210017	- (ZP2013-10.017) OPS 8-812.2g
C9210018	- (ZP2013-10.018) OPS 8-812.2h
C9210019	- (ZP2013-10.019) OPS 8-812.2j
C9210020	- (ZP2013-10.020) OPS 8-812.2k
C9210021	- (ZP2013-10.021) OPS 8-812.2m
C9210022	- (ZP2013-10.022) OPS 8-812.2n
C9210023	- (ZP2013-10.023) OPS 8-812.2p

ZP2013-11 Gabe von Hämin, parenteral

C9211000	- (ZP2013-11.000) Gabe von Hämin, parenteral; OPS 6-004.1*
C9211001	- (ZP2013-11.001) Gabe von Hämin, parenteral; OPS 6-004.10
C9211002	- (ZP2013-11.002) Gabe von Hämin, parenteral; OPS 6-004.11
C9211003	- (ZP2013-11.003) Gabe von Hämin, parenteral; OPS 6-004.12
C9211004	- (ZP2013-11.004) Gabe von Hämin, parenteral; OPS 6-004.13
C9211005	- (ZP2013-11.005) Gabe von Hämin, parenteral; OPS 6-004.14
C9211006	- (ZP2013-11.006) Gabe von Hämin, parenteral; OPS 6-004.15
C9211007	- (ZP2013-11.007) Gabe von Hämin, parenteral; OPS 6-004.16
C9211008	- (ZP2013-11.008) Gabe von Hämin, parenteral; OPS 6-004.17
C9211009	- (ZP2013-11.009) Gabe von Hämin, parenteral; OPS 6-004.18
C9211010	- (ZP2013-11.010) Gabe von Hämin, parenteral; OPS 6-004.19

ZP2013-12 Radioimmuntherapie mit ⁹⁰Y-Ibritumomab-Tiuxetan, parenteral

C9212000	- (ZP2013-12.000) OPS 6-003.6
----------	-------------------------------

ZP2013-13 Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga

C9213000	- (ZP2013-13.000) OPS 8-530.60 oder 8-530.a0
C9213001	- (ZP2013-13.001) OPS 8-530.60
C9213002	- (ZP2013-13.002) OPS 8-530.a0

ZP2013-14 Gabe von Sunitinib, oral

C9214000	- (ZP2013-14.000) Gabe von Sunitinib, oral; OPS 6-003.a*
C9214001	- (ZP2013-14.001) Gabe von Sunitinib, oral; OPS 6-003.a0
C9214002	- (ZP2013-14.002) Gabe von Sunitinib, oral; OPS 6-003.a1
C9214003	- (ZP2013-14.003) Gabe von Sunitinib, oral; OPS 6-003.a2
C9214004	- (ZP2013-14.004) Gabe von Sunitinib, oral; OPS 6-003.a3

C9214005	- (ZP2013-14.005) Gabe von Sunitinib, oral; OPS 6-003.a4
C9214006	- (ZP2013-14.006) Gabe von Sunitinib, oral; OPS 6-003.a5
C9214007	- (ZP2013-14.007) Gabe von Sunitinib, oral; OPS 6-003.a6
C9214008	- (ZP2013-14.008) Gabe von Sunitinib, oral; OPS 6-003.a7
C9214009	- (ZP2013-14.009) Gabe von Sunitinib, oral; OPS 6-003.a8
C9214010	- (ZP2013-14.010) Gabe von Sunitinib, oral; OPS 6-003.a9
C9214011	- (ZP2013-14.011) Gabe von Sunitinib, oral; OPS 6-003.aa
C9214012	- (ZP2013-14.012) Gabe von Sunitinib, oral; OPS 6-003.ab
C9214013	- (ZP2013-14.013) Gabe von Sunitinib, oral; OPS 6-003.ac
C9214014	- (ZP2013-14.014) Gabe von Sunitinib, oral; OPS 6-003.ad
C9214015	- (ZP2013-14.015) Gabe von Sunitinib, oral; OPS 6-003.ae

ZP2013-15 Gabe von Sorafenib, oral

C9215000	- (ZP2013-15.000) Gabe von Sorafenib, oral; OPS 6-003.b*
C9215001	- (ZP2013-15.001) Gabe von Sorafenib, oral; OPS 6-003.b0
C9215002	- (ZP2013-15.002) Gabe von Sorafenib, oral; OPS 6-003.b1
C9215003	- (ZP2013-15.003) Gabe von Sorafenib, oral; OPS 6-003.b2
C9215004	- (ZP2013-15.004) Gabe von Sorafenib, oral; OPS 6-003.b3
C9215005	- (ZP2013-15.005) Gabe von Sorafenib, oral; OPS 6-003.b4
C9215006	- (ZP2013-15.006) Gabe von Sorafenib, oral; OPS 6-003.b5
C9215007	- (ZP2013-15.007) Gabe von Sorafenib, oral; OPS 6-003.b6
C9215008	- (ZP2013-15.008) Gabe von Sorafenib, oral; OPS 6-003.b7
C9215009	- (ZP2013-15.009) Gabe von Sorafenib, oral; OPS 6-003.b8
C9215010	- (ZP2013-15.010) Gabe von Sorafenib, oral; OPS 6-003.b9
C9215011	- (ZP2013-15.011) Gabe von Sorafenib, oral; OPS 6-003.ba
C9215012	- (ZP2013-15.012) Gabe von Sorafenib, oral; OPS 6-003.bb
C9215013	- (ZP2013-15.013) Gabe von Sorafenib, oral; OPS 6-003.bc
C9215014	- (ZP2013-15.014) Gabe von Sorafenib, oral; OPS 6-003.bd
C9215015	- (ZP2013-15.015) Gabe von Sorafenib, oral; OPS 6-003.be
C9215016	- (ZP2013-15.016) Gabe von Sorafenib, oral; OPS 6-003.bf
C9215017	- (ZP2013-15.017) Gabe von Sorafenib, oral; OPS 6-003.bg
C9215018	- (ZP2013-15.018) Gabe von Sorafenib, oral; OPS 6-003.bh

ZP2013-16 Gabe von Lenalidomid, oral

C9216000	- (ZP2013-16.000) Gabe von Lenalidomid, oral; OPS 6-003.g*
C9216001	- (ZP2013-16.001) Gabe von Lenalidomid, oral; OPS 6-003.g0
C9216002	- (ZP2013-16.002) Gabe von Lenalidomid, oral; OPS 6-003.g1
C9216003	- (ZP2013-16.003) Gabe von Lenalidomid, oral; OPS 6-003.g2
C9216004	- (ZP2013-16.004) Gabe von Lenalidomid, oral; OPS 6-003.g3
C9216005	- (ZP2013-16.005) Gabe von Lenalidomid, oral; OPS 6-003.g4
C9216006	- (ZP2013-16.006) Gabe von Lenalidomid, oral; OPS 6-003.g5
C9216007	- (ZP2013-16.007) Gabe von Lenalidomid, oral; OPS 6-003.g6
C9216008	- (ZP2013-16.008) Gabe von Lenalidomid, oral; OPS 6-003.g7
C9216009	- (ZP2013-16.009) Gabe von Lenalidomid, oral; OPS 6-003.g8
C9216010	- (ZP2013-16.010) Gabe von Lenalidomid, oral; OPS 6-003.g9
C9216011	- (ZP2013-16.011) Gabe von Lenalidomid, oral; OPS 6-003.ga
C9216012	- (ZP2013-16.012) Gabe von Lenalidomid, oral; OPS 6-003.gb
C9216013	- (ZP2013-16.013) Gabe von Lenalidomid, oral; OPS 6-003.gc
C9216014	- (ZP2013-16.014) Gabe von Lenalidomid, oral; OPS 6-003.gd
C9216015	- (ZP2013-16.015) Gabe von Lenalidomid, oral; OPS 6-003.ge

C9216016	- (ZP2013-16.016) Gabe von Lenalidomid, oral; OPS 6-003.gf
C9216017	- (ZP2013-16.017) Gabe von Lenalidomid, oral; OPS 6-003.gg
C9216018	- (ZP2013-16.018) Gabe von Lenalidomid, oral; OPS 6-003.gh
C9216019	- (ZP2013-16.019) Gabe von Lenalidomid, oral; OPS 6-003.gj
C9216020	- (ZP2013-16.020) Gabe von Lenalidomid, oral; OPS 6-003.gk

ZP2013-17 Gabe von Clofarabin, parenteral

C9217000	- (ZP2013-17.000) Gabe von Clofarabin, parenteral; OPS 6-003.j*
C9217001	- (ZP2013-17.001) Gabe von Clofarabin, parenteral; OPS 6-003.j0
C9217002	- (ZP2013-17.002) Gabe von Clofarabin, parenteral; OPS 6-003.j1
C9217003	- (ZP2013-17.003) Gabe von Clofarabin, parenteral; OPS 6-003.j2
C9217004	- (ZP2013-17.004) Gabe von Clofarabin, parenteral; OPS 6-003.j3
C9217005	- (ZP2013-17.005) Gabe von Clofarabin, parenteral; OPS 6-003.j4
C9217006	- (ZP2013-17.006) Gabe von Clofarabin, parenteral; OPS 6-003.j5
C9217007	- (ZP2013-17.007) Gabe von Clofarabin, parenteral; OPS 6-003.j6
C9217008	- (ZP2013-17.008) Gabe von Clofarabin, parenteral; OPS 6-003.j7
C9217009	- (ZP2013-17.009) Gabe von Clofarabin, parenteral; OPS 6-003.j8
C9217010	- (ZP2013-17.010) Gabe von Clofarabin, parenteral; OPS 6-003.j9
C9217011	- (ZP2013-17.011) Gabe von Clofarabin, parenteral; OPS 6-003.ja
C9217012	- (ZP2013-17.012) Gabe von Clofarabin, parenteral; OPS 6-003.jb
C9217013	- (ZP2013-17.013) Gabe von Clofarabin, parenteral; OPS 6-003.jc
C9217014	- (ZP2013-17.014) Gabe von Clofarabin, parenteral; OPS 6-003.jd
C9217015	- (ZP2013-17.015) Gabe von Clofarabin, parenteral; OPS 6-003.je
C9217016	- (ZP2013-17.016) Gabe von Clofarabin, parenteral; OPS 6-003.jf
C9217017	- (ZP2013-17.017) Gabe von Clofarabin, parenteral; OPS 6-003.jg
C9217018	- (ZP2013-17.018) Gabe von Clofarabin, parenteral; OPS 6-003.jh
C9217019	- (ZP2013-17.019) Gabe von Clofarabin, parenteral; OPS 6-003.jj
C9217020	- (ZP2013-17.020) Gabe von Clofarabin, parenteral; OPS 6-003.jk
C9217021	- (ZP2013-17.021) Gabe von Clofarabin, parenteral; OPS 6-003.jm
C9217022	- (ZP2013-17.022) Gabe von Clofarabin, parenteral; OPS 6-003.jn
C9217023	- (ZP2013-17.023) Gabe von Clofarabin, parenteral; OPS 6-003.jp
C9217024	- (ZP2013-17.024) Gabe von Clofarabin, parenteral; OPS 6-003.jq
C9217025	- (ZP2013-17.025) Gabe von Clofarabin, parenteral; OPS 6-003.jr
C9217026	- (ZP2013-17.026) Gabe von Clofarabin, parenteral; OPS 6-003.js
C9217027	- (ZP2013-17.027) Gabe von Clofarabin, parenteral; OPS 6-003.jt
C9217028	- (ZP2013-17.028) Gabe von Clofarabin, parenteral; OPS 6-003.ju
C9217029	- (ZP2013-17.029) Gabe von Clofarabin, parenteral; OPS 6-003.jv

ZP2013-18 Gabe von Nelarabin, parenteral

C9218000	- (ZP2013-18.000) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.e*
C9218001	- (ZP2013-18.001) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.e0
C9218002	- (ZP2013-18.002) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.e1
C9218003	- (ZP2013-18.003) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.e2
C9218004	- (ZP2013-18.004) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.e3
C9218005	- (ZP2013-18.005) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.e4
C9218006	- (ZP2013-18.006) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.e5
C9218007	- (ZP2013-18.007) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.e6
C9218008	- (ZP2013-18.008) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.e7
C9218009	- (ZP2013-18.009) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.e8
C9218010	- (ZP2013-18.010) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.e9

C9218011	- (ZP2013-18.011) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.ea
C9218012	- (ZP2013-18.012) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.eb
C9218013	- (ZP2013-18.013) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.ec
C9218014	- (ZP2013-18.014) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.ed
C9218015	- (ZP2013-18.015) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.ee
C9218016	- (ZP2013-18.016) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.ef
C9218017	- (ZP2013-18.017) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.eg
C9218018	- (ZP2013-18.018) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.eh
C9218019	- (ZP2013-18.019) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.ej
C9218020	- (ZP2013-18.020) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.ek
C9218021	- (ZP2013-18.021) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.em
C9218022	- (ZP2013-18.022) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.en
C9218023	- (ZP2013-18.023) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.ep
C9218024	- (ZP2013-18.024) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.eq

ZP2013-19 Gabe von Ambrisentan, oral

C9219000	- (ZP2013-19.000) Gabe von Ambrisentan, oral; OPS 6-004.2*
C9219001	- (ZP2013-19.001) Gabe von Ambrisentan, oral; OPS 6-004.20
C9219002	- (ZP2013-19.002) Gabe von Ambrisentan, oral; OPS 6-004.21
C9219003	- (ZP2013-19.003) Gabe von Ambrisentan, oral; OPS 6-004.22
C9219004	- (ZP2013-19.004) Gabe von Ambrisentan, oral; OPS 6-004.23
C9219005	- (ZP2013-19.005) Gabe von Ambrisentan, oral; OPS 6-004.24
C9219006	- (ZP2013-19.006) Gabe von Ambrisentan, oral; OPS 6-004.25
C9219007	- (ZP2013-19.007) Gabe von Ambrisentan, oral; OPS 6-004.26
C9219008	- (ZP2013-19.008) Gabe von Ambrisentan, oral; OPS 6-004.27
C9219009	- (ZP2013-19.009) Gabe von Ambrisentan, oral; OPS 6-004.28
C9219010	- (ZP2013-19.010) Gabe von Ambrisentan, oral; OPS 6-004.29
C9219011	- (ZP2013-19.011) Gabe von Ambrisentan, oral; OPS 6-004.2a
C9219012	- (ZP2013-19.012) Gabe von Ambrisentan, oral; OPS 6-004.2b
C9219013	- (ZP2013-19.013) Gabe von Ambrisentan, oral; OPS 6-004.2c
C9219014	- (ZP2013-19.014) Gabe von Ambrisentan, oral; OPS 6-004.2d
C9219015	- (ZP2013-19.015) Gabe von Ambrisentan, oral; OPS 6-004.2e
C9219016	- (ZP2013-19.016) Gabe von Ambrisentan, oral; OPS 6-004.2f
C9219017	- (ZP2013-19.017) Gabe von Ambrisentan, oral; OPS 6-004.2g

ZP2013-20 Gabe von Temsirolimus, parenteral

C9220000	- (ZP2013-20.000) Gabe von Temsirolimus, parenteral; OPS 6-004.e*
C9220001	- (ZP2013-20.001) Gabe von Temsirolimus, parenteral; OPS 6-004.e0
C9220002	- (ZP2013-20.002) Gabe von Temsirolimus, parenteral; OPS 6-004.e1
C9220003	- (ZP2013-20.003) Gabe von Temsirolimus, parenteral; OPS 6-004.e2
C9220004	- (ZP2013-20.004) Gabe von Temsirolimus, parenteral; OPS 6-004.e3
C9220005	- (ZP2013-20.005) Gabe von Temsirolimus, parenteral; OPS 6-004.e4
C9220006	- (ZP2013-20.006) Gabe von Temsirolimus, parenteral; OPS 6-004.e5
C9220007	- (ZP2013-20.007) Gabe von Temsirolimus, parenteral; OPS 6-004.e6
C9220008	- (ZP2013-20.008) Gabe von Temsirolimus, parenteral; OPS 6-004.e7
C9220009	- (ZP2013-20.009) Gabe von Temsirolimus, parenteral; OPS 6-004.e8
C9220010	- (ZP2013-20.010) Gabe von Temsirolimus, parenteral; OPS 6-004.e9
C9220011	- (ZP2013-20.011) Gabe von Temsirolimus, parenteral; OPS 6-004.ea
C9220012	- (ZP2013-20.012) Gabe von Temsirolimus, parenteral; OPS 6-004.eb
C9220013	- (ZP2013-20.013) Gabe von Temsirolimus, parenteral; OPS 6-004.ec

ZP2013-21	Gabe von Dasatinib, oral
C9221000	- (ZP2013-21.000) Gabe von Dasatinib, oral; OPS 6-004.3*
C9221001	- (ZP2013-21.001) Gabe von Dasatinib, oral; OPS 6-004.30
C9221002	- (ZP2013-21.002) Gabe von Dasatinib, oral; OPS 6-004.31
C9221003	- (ZP2013-21.003) Gabe von Dasatinib, oral; OPS 6-004.32
C9221004	- (ZP2013-21.004) Gabe von Dasatinib, oral; OPS 6-004.33
C9221005	- (ZP2013-21.005) Gabe von Dasatinib, oral; OPS 6-004.34
C9221006	- (ZP2013-21.006) Gabe von Dasatinib, oral; OPS 6-004.35
C9221007	- (ZP2013-21.007) Gabe von Dasatinib, oral; OPS 6-004.36
C9221008	- (ZP2013-21.008) Gabe von Dasatinib, oral; OPS 6-004.37
C9221009	- (ZP2013-21.009) Gabe von Dasatinib, oral; OPS 6-004.38
C9221010	- (ZP2013-21.010) Gabe von Dasatinib, oral; OPS 6-004.39
C9221011	- (ZP2013-21.011) Gabe von Dasatinib, oral; OPS 6-004.3a
C9221012	- (ZP2013-21.012) Gabe von Dasatinib, oral; OPS 6-004.3b
C9221013	- (ZP2013-21.013) Gabe von Dasatinib, oral; OPS 6-004.3c
C9221014	- (ZP2013-21.014) Gabe von Dasatinib, oral; OPS 6-004.3d
C9221015	- (ZP2013-21.015) Gabe von Dasatinib, oral; OPS 6-004.3e
C9221016	- (ZP2013-21.016) Gabe von Dasatinib, oral; OPS 6-004.3f
C9221017	- (ZP2013-21.017) Gabe von Dasatinib, oral; OPS 6-004.3g
C9221018	- (ZP2013-21.018) Gabe von Dasatinib, oral; OPS 6-004.3h
ZP2013-22	Gabe von Catumaxomab, parenteral
C9222000	- (ZP2013-22.000) Gabe von Catumaxomab, parenteral; OPS 6-005.1*
C9222001	- (ZP2013-22.001) Gabe von Catumaxomab, parenteral; OPS 6-005.10
C9222002	- (ZP2013-22.002) Gabe von Catumaxomab, parenteral; OPS 6-005.11
C9222003	- (ZP2013-22.003) Gabe von Catumaxomab, parenteral; OPS 6-005.12
C9222004	- (ZP2013-22.004) Gabe von Catumaxomab, parenteral; OPS 6-005.13
C9222005	- (ZP2013-22.005) Gabe von Catumaxomab, parenteral; OPS 6-005.14
C9222006	- (ZP2013-22.006) Gabe von Catumaxomab, parenteral; OPS 6-005.15
C9222007	- (ZP2013-22.007) Gabe von Catumaxomab, parenteral; OPS 6-005.16
C9222008	- (ZP2013-22.008) Gabe von Catumaxomab, parenteral; OPS 6-005.17
C9222009	- (ZP2013-22.009) Gabe von Catumaxomab, parenteral; OPS 6-005.18
C9222010	- (ZP2013-22.010) Gabe von Catumaxomab, parenteral; OPS 6-005.19
C9222011	- (ZP2013-22.011) Gabe von Catumaxomab, parenteral; OPS 6-005.1a
C9222012	- (ZP2013-22.012) Gabe von Catumaxomab, parenteral; OPS 6-005.1b
C9222013	- (ZP2013-22.013) Gabe von Catumaxomab, parenteral; OPS 6-005.1c
C9222014	- (ZP2013-22.014) Gabe von Catumaxomab, parenteral; OPS 6-005.1d
C9222015	- (ZP2013-22.015) Gabe von Catumaxomab, parenteral; OPS 6-005.1e
C9222016	- (ZP2013-22.016) Gabe von Catumaxomab, parenteral; OPS 6-005.1f
C9222017	- (ZP2013-22.017) Gabe von Catumaxomab, parenteral; OPS 6-005.1g
C9222018	- (ZP2013-22.018) Gabe von Catumaxomab, parenteral; OPS 6-005.1h
ZP2013-23	Gabe von Topotecan, parenteral
C9223000	- (ZP2013-23.000) Gabe von Topotecan, parenteral; OPS 6-002.4*
C9223001	- (ZP2013-23.001) Gabe von Topotecan, parenteral; OPS 6-002.40
C9223002	- (ZP2013-23.002) Gabe von Topotecan, parenteral; OPS 6-002.41
C9223003	- (ZP2013-23.003) Gabe von Topotecan, parenteral; OPS 6-002.42
C9223004	- (ZP2013-23.004) Gabe von Topotecan, parenteral; OPS 6-002.43
C9223005	- (ZP2013-23.005) Gabe von Topotecan, parenteral; OPS 6-002.44

C9223006	- (ZP2013-23.006) Gabe von Topotecan, parenteral; OPS 6-002.45
C9223007	- (ZP2013-23.007) Gabe von Topotecan, parenteral; OPS 6-002.46
C9223008	- (ZP2013-23.008) Gabe von Topotecan, parenteral; OPS 6-002.47
C9223009	- (ZP2013-23.009) Gabe von Topotecan, parenteral; OPS 6-002.48
C9223010	- (ZP2013-23.010) Gabe von Topotecan, parenteral; OPS 6-002.49
C9223011	- (ZP2013-23.011) Gabe von Topotecan, parenteral; OPS 6-002.4a
C9223012	- (ZP2013-23.012) Gabe von Topotecan, parenteral; OPS 6-002.4b

Nachstationäre Behandlung (fachabteilungsbezogene Pauschale)

CN092900	Tagesbezogene Pauschale Allgemeine Psychiatrie
CN093000	Tagesbezogene Pauschale Kinder- und Jugendpsychiatrie
CN093100	Tagesbezogene Pauschale Psychosomatik/Psychotherapie

Vorstationäre Behandlung (fachabteilungsbezogene Pauschale)

CV092900	Fallbezogene Pauschale Allgemeine Psychiatrie
CV093000	Fallbezogene Pauschale Kinder- und Jugendpsychiatrie
CV093100	Fallbezogene Pauschale Psychosomatik/Psychotherapie

Anhang B zu Anlage 2

Entgeltarten (vereinbart vor 2012)

Entgeltschlüssel ab 2012 für stationäre Entgelte sind in „Entgeltarten (stationär)“ aufgeführt.

Zusatzentgelte nach § 7 Abs. 1 Nr. [2,] 3, 5 und 6 KHEntgG

Bundesweit nach § 6 Abs. 1 KHEntgG

ZE...02

76096231	ZE2008-02A-1 Links- und rechtsvertikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), Extrakorporale Pumpe, univentrikulär, Implantation bis 47 h; OPS 5-376.20 in Kombination mit 8-83a.10
76096232	ZE2008-02A-2 Links- und rechtsvertikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), Extrakorporale Pumpe, univentrikulär, Implantation bis 48 h – 95 h; OPS 5-376.20 in Kombination mit 8-83a.11
76096233	ZE2008-02A-3 Links- und rechtsvertikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), Extrakorporale Pumpe, univentrikulär, Implantation > 95 h; OPS 5-376.20 in Kombination mit 8-83a.12
76096234	ZE2008-02C-1 Links- und rechtsvertikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), Extrakorporale Pumpe, biventrikulär, Implantation bis 47 h; OPS 5-376.30 in Kombination mit 8-83a.20
76096235	ZE2008-02C-2 Links- und rechtsvertikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), Extrakorporale Pumpe, biventrikulär, Implantation bis 95 h; OPS 5-376.30 in Kombination mit 8-83a.21
76096236	ZE2008-02C-3 Links- und rechtsvertikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), Extrakorporale Pumpe, biventrikulär, Implantation > 95 h; OPS 5-376.30 in Kombination mit 8-83a.22
76096237	ZE2008-02B-1 Links- und rechtsvertikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), Extrakorporale Pumpe, univentrikulär, isolierter Pumpenwechsel bis 47 h; OPS 5-376.22 in Kombination mit 8-83a.10
76096238	ZE2008-02B-2 Links- und rechtsvertikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), Extrakorporale Pumpe, univentrikulär, isolierter Pumpenwechsel bis 48 h - 95 h; OPS 5-376.22 in Kombination mit 8-83a.11
76096239	ZE2008-02B-3 Links- und rechtsvertikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), Extrakorporale Pumpe, univentrikulär, isolierter Pumpenwechsel > 95 h; OPS 5-376.22 in Kombination mit 8-83a.12
76096240	ZE2008-02D-1 Links- und rechtsvertikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), Extrakorporale Pumpe, biventrikulär, isolierter Pumpenwechsel bis 47 h; OPS 5-376.32 in Kombination mit 8-83a.20

76096241	ZE2008-02D-2 Links- und rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), Extrakorporale Pumpe, biventrikulär, isolierter Pumpenwechsel bis 48 h – 95 h; OPS 5-376.32 in Kombination mit 8-83a.21
76096242	ZE2008-02D-3 Links- und rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), Extrakorporale Pumpe, biventrikulär, isolierter Pumpenwechsel > 95 h; OPS 5-376.32 in Kombination mit 8-83a.22
76096665	ZE2011-02 Links- und rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“) - Erwachsene; OPS 5-376.20
76096666	ZE2011-02 Links- und rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“) - Kinder; OPS 5-376.20
76096672	ZE2011-02 Links- und rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“) - Erwachsene; OPS 5-376.30
76096675	ZE2011-02 Links- und rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“) - Kinder; OPS 5-376.30
76096687	ZE2011-02 Links- und rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), Linksherzsystem; OPS 5-376.20 oder 5-376.22 oder 5-376.30 oder 5-376.32
76096688	ZE2011-02 Links- und rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), Rechtsherzsystem; OPS 5-376.20 oder 5-376.22 oder 5-376.30 oder 5-376.32
ZE...03	
76096004	ZE2007-03-1 ECMO und PECLA, Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO), bis unter 48 Stunden; OPS 8-852.00
76096005	ZE2007-03-2 ECMO und PECLA, Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO), 48 bis unter 96 Stunden; OPS 8-852.01
76096006	ZE2007-03-3 ECMO und PECLA, Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO), 96 Stunden und mehr; OPS 8-852.02
76096007	ZE2007-03-4 ECMO und PECLA, Extrakorporale Lungenunterstützung, pumpenlos (PECLA), 1 bis unter 6 Tage; OPS 8-852.2
76096008	ZE2007-03-5 ECMO und PECLA, Extrakorporale Lungenunterstützung, pumpenlos (PECLA), 6 bis unter 18 Tage; OPS 8-852.2
76096009	ZE2007-03-6 ECMO und PECLA, Extrakorporale Lungenunterstützung, pumpenlos (PECLA), 18 bis unter 30 Tage; OPS 8-852.2
76096010	ZE2007-03-7 ECMO und PECLA, Extrakorporale Lungenunterstützung, pumpenlos (PECLA), 30 bis unter 42 Tage; OPS 8-852.2
76096011	ZE2007-03-8 ECMO und PECLA, Extrakorporale Lungenunterstützung, pumpenlos (PECLA), 42 bis unter 54 Tage; OPS 8-852.2
76096012	ZE2007-03-9 ECMO und PECLA, Extrakorporale Lungenunterstützung, pumpenlos (PECLA), 54 bis unter 66 Tage; OPS 8-852.2
76096013	ZE2007-03-10 ECMO und PECLA, Extrakorporale Lungenunterstützung, pumpenlos (PECLA), 66 Tage und mehr; OPS 8-852.2
76096321	ZE2009-03-1 ECMO und PECLA, Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) für Kinder <= 14 Jahre; OPS 8-852.00
76096322	ZE2009-03-2 ECMO und PECLA, Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) für Kinder > 14 Jahre; OPS 8-852.00
76096323	ZE2009-03-3 ECMO und PECLA, Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) für Kinder <= 14 Jahre; OPS 8-852.01
76096324	ZE2009-03-4 ECMO und PECLA, Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) für Kinder > 14 Jahre; OPS 8-852.01

76096325	ZE2009-03-5 ECMO und PECLA, Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) für Kinder <= 14 Jahre; OPS 8-852.02
76096326	ZE2009-03-6 ECMO und PECLA, Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) für Kinder > 14 Jahre; OPS 8-852.02
76096400	ZE2009-03A-4 ECMO und PECLA, Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO), 96 bis unter 144 Stunden
76096401	ZE2009-03A-5 ECMO und PECLA, Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO), 144 bis unter 288 Stunden
76096402	ZE2009-03A-6 ECMO und PECLA, Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO), 288 bis unter 432 Stunden
76096403	ZE2009-03A-7 ECMO und PECLA, Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO), 432 bis unter 576 Stunden
76096404	ZE2009-03A-8 ECMO und PECLA, Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO), 576 bis unter 720 Stunden
76096405	ZE2009-03A-9 ECMO und PECLA, Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO), 720 bis unter 864 Stunden
76096406	ZE2009-03A-10 ECMO und PECLA, Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO), 864 Stunden und mehr
76096535	ZE2010-03A-4 ECMO und PECLA, Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO), Alter < 16 Jahre; OPS 8-852.00
76096536	ZE2010-03A-5 ECMO und PECLA, Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO), Alter < 16 Jahre; OPS 8-852.01
76096537	ZE2010-03A-6 ECMO und PECLA, Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO), Alter < 16 Jahre; OPS 8-852.02
76096538	ZE2010-03A-7 ECMO und PECLA, Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO), Alter > 15 Jahre; OPS 8-852.00
76096539	ZE2010-03A-8 ECMO und PECLA, Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO), Alter > 15 Jahre; OPS 8-852.01
76096540	ZE2010-03A-9 ECMO und PECLA, Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO), Alter > 15 Jahre; OPS 8-852.02
76096549	ZE2010-03A-10 ECMO und PECLA, Alter < 60 Tage; OPS 8-852.0*
76096550	ZE2010-03A-11 ECMO und PECLA, Alter >= 60 Tage; OPS 8-852.0*
76096560	ZE2010-03A-12 ECMO und PECLA, Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO), 96 Stunden bis unter 360 Stunden; OPS 8-852.02
76096561	ZE2010-03A-13 ECMO und PECLA, Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO), 360 Stunden und mehr; OPS 8-852.02
76096562	ZE2010-03B-7 ECMO und PECLA, Extrakorporale Lungenunterstützung, pumpenlos (PECLA), 6 Tage und mehr; OPS 8-852.2*
76096674	ZE2011-03 ECMO und PECLA, Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO), Dauer der Behandlung 96 Stunden bis unter 336 Stunden; OPS 8-852.02
76096680	ZE2011-03 ECMO und PECLA, Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO), Dauer der Behandlung 336 Stunden bis unter 960 Stunden; OPS 8-852.02
76096681	ZE2011-03 ECMO und PECLA, Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO), Dauer der Behandlung länger als 960 Stunden; OPS 8-852.02
ZE...04	
76096259	ZE2008-04-1 Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich; OPS 5-020.67, .71, 5-774.71, .72, 5-775.71 oder .72

76096260	ZE2008-04-2 Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich; OPS 5-020.66, .68 oder .72
76096532	ZE2010-04-1 Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, biometrisches Verfahren mit Keramikimplantat; OPS 5-020.65, .66, .67, .68, .71, .72, 5-774.71, .72, 5-775.71 oder .72
ZE...05	
76096261	ZE2008-05-1 Distraction am Gesichtsschädel; OPS 5-776.6, .7 oder .9
ZE...08	
76096099	ZE2007-08-1 Sonstige Dialyse; außer OPS 8-857.0
76096100	ZE2007-08-2 Sonstige Dialyse; OPS 8-857.0
76096253	ZE2008-08-1 Sonstige Dialyse; OPS 8-853.70, .80, 8-855.70 oder .80
76096254	ZE2008-08-2 Sonstige Dialyse; OPS 8-853.71, .81, 8-855.71 oder .81
76096255	ZE2008-08-3 Sonstige Dialyse; OPS 8-853.72, .82, 8-855.72 oder .82
76096256	ZE2008-08-4 Sonstige Dialyse; OPS 8-853.73, .83, 8-855.73 oder .83
76096257	ZE2008-08-5 Sonstige Dialyse; OPS 8-853.74, .84, 8-855.74 oder .84
76096258	ZE2008-08-6 Sonstige Dialyse; OPS 8-853.75, .85, 8-855.75 oder .85
ZE...13	
76096671	ZE2011-13 Immunadsorption, bei AB0-nichtkompatibler Organtransplantation; OPS 8-821.** in Verbindung mit OPS 5-930.21
76096683	ZE2011-13 Immunadsorption, ohne Glycosorb-Säule, je Leistung; OPS 8-821.0
76096684	ZE2011-13 Immunadsorption, mit Glycosorb-Säule, je Leistung; OPS 8-821.0
ZE...16	
76096391	ZE2009-16-1 Isolierte Extremitätenperfusion, mit TNF; OPS 8-859
76096392	ZE2009-16-2 Isolierte Extremitätenperfusion, ohne TNF; OPS 8-859
ZE...17	
76096262	ZE2008-17-1 Retransplantation von Organen während desselben stationären Aufenthaltes; OPS 5-335.3, 5-375.3, .4, 5-467.9*, 5-504.3, .4, .5, 5-528.3, .4, .5, 5-555.6, .7 oder .8
76096287	ZE2008-17-2 Retransplantation von Organen während desselben stationären Aufenthaltes; OPS 5-504.3, .4 oder .5
ZE...19	
76096066	ZE2007-19-1 Medikamente-freisetzende Koronarstents; OPS 8-837.m0 in Kombination mit 8-83b.02
76096067	ZE2007-19-2 Medikamente-freisetzende Koronarstents; OPS 8-837.m0 in Kombination mit 8-83b.04
76096068	ZE2007-19-3 Medikamente-freisetzende Koronarstents; OPS 8-837.m1 oder .m2 in Kombination mit 8-83b.02

76096069	ZE2007-19-4 Medikamente-freisetzende Koronarstents; OPS 8-837.m1 oder .m2 in Kombination mit 8-83b.04
76096070	ZE2007-19-5 Medikamente-freisetzende Koronarstents; OPS 8-837.m3 oder .m4 in Kombination mit 8-83b.02
76096071	ZE2007-19-6 Medikamente-freisetzende Koronarstents; OPS 8-837.m3 oder .m4 in Kombination mit 8-83b.04
76096072	ZE2007-19-7 Medikamente-freisetzende Koronarstents; OPS 8-837.m5 oder .m6 in Kombination mit 8-83b.02
76096073	ZE2007-19-8 Medikamente-freisetzende Koronarstents; OPS 8-837.m5 oder .m6 in Kombination mit 8-83b.04
76096101	ZE2007-19-9 Medikamente-freisetzende Koronarstents, Sirolimus-beschichtet; OPS 8-837.m1
76096102	ZE2007-19-10 Medikamente-freisetzende Koronarstents, Sirolimus-beschichtet; OPS 8-837.m2
76096103	ZE2007-19-11 Medikamente-freisetzende Koronarstents, Sirolimus-beschichtet; OPS 8-837.m3
76096104	ZE2007-19-12 Medikamente-freisetzende Koronarstents, Sirolimus-beschichtet; OPS 8-837.m4
76096157	ZE2007-19-13 Medikamente-freisetzende Koronarstents; OPS 8-837.m7 oder 8-837.m8 in Kombination mit 8-83b.04
76096202	ZE2008-19A-13 Medikamente-freisetzende Koronarstents; OPS (8-837.m0 oder .mx) in Kombination mit 8-83b.08
76096203	ZE2008-19A-14 Medikamente-freisetzende Koronarstents; OPS (8-837.m1 oder .m2) in Kombination mit 8-83b.08
76096204	ZE2008-19A-15 Medikamente-freisetzende Koronarstents; OPS (8-837.m3 oder .m4) in Kombination mit 8-83b.08
76096205	ZE2008-19A-16 Medikamente-freisetzende Koronarstents; OPS (8-837.m5 oder .m6) in Kombination mit 8-83b.08
76096206	ZE2008-19A-17 Medikamente-freisetzende Koronarstents; OPS (8-837.m0 oder .mx) in Kombination mit 8-83b.00
76096207	ZE2008-19A-18 Medikamente-freisetzende Koronarstents; OPS (8-837.m1 oder .m2) in Kombination mit 8-83b.00
76096208	ZE2008-19A-19 Medikamente-freisetzende Koronarstents; OPS (8-837.m3 oder .m4) in Kombination mit 8-83b.00
76096209	ZE2008-19A-20 Medikamente-freisetzende Koronarstents; OPS (8-837.m5 oder .m6) in Kombination mit 8-83b.00

ZE...22

76096457	ZE2010-22A-1 IABP; OPS 8-839.0 in Kombination mit 8-83a.00
76096458	ZE2010-22A-2 IABP; OPS 8-839.0 in Kombination mit 8-83a.01
76096459	ZE2010-22A-3 IABP; OPS 8-839.0 in Kombination mit 8-83a.02
76096546	ZE2010-22B-1 IABP; OPS 5-376.00 in Kombination mit 8-83a.00
76096547	ZE2010-22B-2 IABP; OPS 5-376.00 in Kombination mit 8-83a.01
76096548	ZE2010-22B-3 IABP; OPS 5-376.00 in Kombination mit 8-83a.02

ZE...25

76096002	ZE2007-25-1 Modulare Endoprothesen, Hüfte; OPS 5-829.d
76096003	ZE2007-25-2 Modulare Endoprothesen, Knie; OPS 5-829.d
76096045	ZE2007-25-3 Modulare Endoprothesen, Schulter; OPS 5-829.d
76096061	ZE2007-25-4 Modulare Endoprothesen, übrige Gelenke, OPS 5-829.d

76096063	ZE2007-25-5 Modulare Endoprothesen, Implantation eines Hüftschafftes; OPS 5-829.d
76096064	ZE2007-25-6 Modulare Endoprothesen, Implantation einer Hüftpfanne; OPS 5-829.d
76096094	ZE2007-25-7 Modulare Endoprothesen, Knie, mit Femurtotalersatz; OPS 5-829.d in Verbindung mit 5-782.8g oder .9g
76096095	ZE2007-25-8 Modulare Endoprothesen, Knie, ohne Femurtotalersatz; OPS 5-829.d in Verbindung mit 5-822.* oder 5-823.*
76096096	ZE2007-25-9 Modulare Endoprothesen, Hüfte, mit Beckenteilersatz; OPS 5-829.d in Verbindung mit 5-782.4d oder .5d
76096097	ZE2007-25-10 Modulare Endoprothesen, Hüfte, ohne Beckenteilersatz; OPS 5-829.d in Verbindung mit 5-820.* oder 5-821.*
76096098	ZE2007-25-11 Modulare Endoprothesen, Schultergelenk; OPS 5-829.d in Verbindung mit 5-824.0 oder .2
76096379	ZE2009-25-1 Modulare Endoprothesen, Tumorendoprothese ohne Silberbeschichtung; OPS 5-829.d
76096380	ZE2009-25-2 Modulare Endoprothesen, Tumorendoprothese mit Silberbeschichtung; OPS 5-829.d
76096452	ZE2009-25-3 Modulare Endoprothesen, Knie-Endoprothese mit Femurtotalersatz; OPS 5-829.d in Kombination mit 5-782.8g, .9g und 5-822.* oder 5-823.*
76096453	ZE2010-25-1 Modulare Endoprothesen, Ellenbogen; OPS 5-829.d
76096557	ZE2010-25-2 Modulare Endoprothesen, Rotationskniegelenksprothesen; OPS 5-829.d
76096558	ZE2010-25-3 Modulare Endoprothesen, Modularer Schaft und Sonderimplantat; OPS 5-829.d
76096559	ZE2010-25-4 Modulare Endoprothesen, Sonderimplantat Pfanne; OPS 5-829.d

ZE...27

76096016	ZE2007-27-1 Faktor 8 Intersero 1000
76096017	ZE2007-27-2 Feiba STIM 1000
76096018	ZE2007-27-3 Haemate 500
76096019	ZE2007-27-4 Immunate 1000
76096020	ZE2007-27-5 Immunate 600
76096021	ZE2007-27-6 NovoSeven 60 KIE
76096022	ZE2007-27-7 Recombinate 1000
76096023	ZE2007-27-8 Refacto 500
76096024	ZE2007-27-9 Haemocompletan 1 g
76096026	ZE2007-27-1 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, plasmatischer Faktor VIII, bis 2000 Einheiten; OPS 8-810.90
76096027	ZE2007-27-2 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, plasmatischer Faktor VIII, 2001 bis 5000 Einheiten; OPS 8-810.91
76096028	ZE2007-27-3 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, plasmatischer Faktor VIII, mehr als 5000 Einheiten; OPS 8-810.92
76096029	ZE2007-27-4 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, plasmatischer Faktor IX, bis 2000 Einheiten; OPS 8-810.b0
76096030	ZE2007-27-5 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, plasmatischer Faktor IX, 2001 bis 5000 Einheiten; OPS 8-810.b1
76096031	ZE2007-27-6 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, plasmatischer Faktor IX, mehr als 5000 Einheiten; OPS 8-810.b2

76096032	ZE2007-27-7 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, rekombinanter Faktor VIII, bis 2000 Einheiten; OPS 8-810.80
76096033	ZE2007-27-8 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, rekombinanter Faktor VIII, 2001 bis 5000 Einheiten; OPS 8810.81
76096034	ZE2007-27-9 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, rekombinanter Faktor VIII, mehr als 5000 Einheiten; OPS 8-810.82
76096035	ZE2007-27-10 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Von-Willebrand-Faktor VIII, bis 2000 Einheiten; OPS 8-810.d0
76096036	ZE2007-27-11 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Von-Willebrand-Faktor VIII, 2001 bis 5000 Einheiten; OPS 8-810.d1
76096037	ZE2007-27-12 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Von-Willebrand-Faktor VIII, mehr als 5000 Einheiten; OPS 8-810.d2
76096038	ZE2007-27-13 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Feiba-Prothrombinkomplex mit Faktor VIII-Inhibitor-Bypass-Aktivität, bis 2000 Einheiten; OPS 8-810.c0
76096039	ZE2007-27-14 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Feiba-Prothrombinkomplex mit Faktor VIII-Inhibitor-Bypass-Aktivität, 2001 bis 5000 Einheiten; OPS 8-810.c1
76096040	ZE2007-27-15 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Feiba-Prothrombinkomplex mit Faktor VIII-Inhibitor-Bypass-Aktivität, mehr als 5000 Einheiten; OPS 8-810.c2
76096041	ZE2007-27-16 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, rekombinanter, aktivierter Faktor VII, bis 1000 kIE; OPS 8-810.60
76096042	ZE2007-27-17 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, rekombinanter, aktivierter Faktor VII, 1001 bis 3000 kIE; OPS 8-810.61
76096043	ZE2007-27-18 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, rekombinanter, aktivierter Faktor VII, mehr als 3000 kIE; OPS 8-810.62
76096046	ZE2007-27-19 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, rekombinanter Faktor IX, bis 2000 Einheiten; OPS 8-810.a0
76096047	ZE2007-27-20 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, rekombinanter Faktor IX, 2001 bis 5000 Einheiten; OPS 8-810.a1
76096048	ZE2007-27-21 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, rekombinanter Faktor IX, mehr als 5000 Einheiten; OPS 8-810.a2
76096051	ZE2007-27-22 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, plasmatischer Faktor VII, OPS 8-810.70
76096052	ZE2007-27-23 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, plasmatischer Faktor VII, OPS 8-810.71
76096053	ZE2007-27-24 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, plasmatischer Faktor VII, OPS 8-810.72
76096054	ZE2007-27-25 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII, OPS 8-810.e0
76096055	ZE2007-27-26 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII, OPS 8-810.e1
76096056	ZE2007-27-27 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII, OPS 8-810.e3
76096057	ZE2007-27-28 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII, OPS 8-810.e4
76096058	ZE2007-27-29 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Fibrinogenkomplex, OPS 8-810.j0
76096059	ZE2007-27-30 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Fibrinogenkomplex, OPS 8-810.j1

76096060	ZE2007-27-31 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Fibrinogenkomplex, OPS 8-810.j2
76096105	ZE2007-27-32 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor IX, gentechnisch, 50 Einheiten
76096106	ZE2007-27-33 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII, Inhibitor, 250 Einheiten
76096107	ZE2007-27-34 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor IX/II/X/XIV, 50 Einheiten
76096108	ZE2007-27-35 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Fibrinogen, 1 g
76096109	ZE2007-27-36 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Antithrombin III, 50 Einheiten
76096110	ZE2007-27-37 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Immunglobulin G human, 2,5 g / 50 ml
76096111	ZE2007-27-38 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Immunglobulin M/G/A, 1 g / 20 ml
76096112	ZE2007-27-39 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Immunglobulin G human, 1 g
76096113	ZE2007-27-40 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VII, 50 Einheiten
76096114	ZE2007-27-41 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIIa, 60 Einheiten
76096115	ZE2007-27-42 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII, 250 Einheiten
76096116	ZE2007-27-43 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII, human, 250 Einheiten
76096117	ZE2007-27-44 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII, gentechnisch Octocog alfa, 250 Einheiten
76096118	ZE2007-27-45 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor IX, 250 Einheiten
76096119	ZE2007-27-46 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor IX, 100 Einheiten
76096158	ZE2008-27-48 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Entgeltgruppe 10, Fibrinogenkonzentrat, 1 g; OPS 8-810.j*
76096159	ZE2008-27-49 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Entgeltgruppe 11, Von-Willebrand-Faktor, 450 E; OPS 8-810.d*
76096160	ZE2008-27-50 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Entgeltgruppe 12, Faktor XIII plasmatisch, 250 E; OPS 8-810.c*
76096161	ZE2008-27-51 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII, Wilate (plasmatisch), 250 E
76096162	ZE2007-27-52 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Von-Willebrand-Faktor, je Einheit
76096210	ZE2008-27-1 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII plasmatisch (human), 250 IE
76096211	ZE2008-27-2 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VII a, 60 kIE
76096212	ZE2008-27-3 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor XIII (human), 250 E
76096243	ZE2008-27-4 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII plasmatisch, Beriate

76096244	ZE2008-27-5 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII plasmatisch, Haemate
76096245	ZE2008-27-6 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII plasmatisch, Haemoctin
76096246	ZE2008-27-7 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII plasmatisch, Wilate
76096247	ZE2008-27-8 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII plasmatisch, Intersero
76096248	ZE2008-27-9 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII gentechnisch, Advate
76096249	ZE2008-27-10 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII gentechnisch, Refacto
76096291	ZE2008-27-11 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Wilate 450 IE
76096292	ZE2008-27-12 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Kogenate 250 IE
76096293	ZE2008-27-13 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor IX, Octanine 500 IE
76096294	ZE2008-27-14 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor IX, Octanine 1000 IE
76096309	ZE2009-27-1 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VII plasmatisch, z.B. Immuseven, je angefangene 600 Einheiten
76096310	ZE2009-27-2 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, aktivierter Faktor VII gentechnisch, z.B. Novoseven, je angefangene 50 kIE
76096311	ZE2009-27-3 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII plasmatisch, von Willebrand Faktor, z.B. Haemoctin, Beriate, Immunate, STIM plus, Haemate, Octanate, Wilate, je angefangene 250 Einheiten
76096312	ZE2009-27-4 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Feiba-Prothrombin Komplex, z.B. Feiba NF, je angefangene 500 Einheiten
76096319	ZE2009-27-5 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, sonstige Faktor VIII-Präparate / Fibrogammin; OPS 8-810.e*
76096327	ZE2009-27-6 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VII gentechnisch; z.B. Novoseven, je KIE
76096328	ZE2009-27-7 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII plasmatisch; Beriate P, je IE
76096329	ZE2009-27-8 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII plasmatisch; Haemate HS, je IE
76096330	ZE2009-27-9 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII plasmatisch; Haemoctin, je IE
76096331	ZE2009-27-10 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VII plasmatisch; Wilate, je IE
76096332	ZE2009-27-11 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII plasmatisch; Intersero, je IE
76096333	ZE2009-27-12 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII gentechnisch; Advate, je IE
76096334	ZE2009-27-13 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII gentechnisch; Refacto, je IE
76096336	ZE2009-27-14 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Fibrinogenkonzentrat, z.B. Haemokomplettan, bei perioperativ erworbenen Gerinnungsstörungen, je angefangenes Gramm

76096337	ZE2009-27-15 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII plasmatisch, z.B. Fibrogammin, bei perioperativ erworbenen Gerinnungsstörungen, je angefangene 250 Einheiten
76096338	ZE2009-27-16 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII human, plasmatisch, Beriate P, je 250 IE
76096339	ZE2009-27-17 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII human, plasmatisch, Octanate, je 250 IE
76096340	ZE2009-27-18 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII human, plasmatisch, Monoclade, je 250 IE
76096341	ZE2009-27-19 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII human, plasmatisch, Hemofil M, je 250 IE
76096342	ZE2009-27-20 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII human, plasmatisch, Faktor VIII (SDH), je 250 IE
76096343	ZE2009-27-21 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII human, plasmatisch, Haemate P, je 250 IE
76096344	ZE2009-27-22 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII human, plasmatisch, Immunate STIM Plus, je 250 IE
76096345	ZE2009-27-23 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII rekombinant, gentechnisch, Helixate NexGen, je 250 IE
76096346	ZE2009-27-24 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII rekombinant, gentechnisch, Recombinate, je 250 IE
76096347	ZE2009-27-25 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII rekombinant, gentechnisch, Advate, je 250 IE
76096348	ZE2009-27-26 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII rekombinant, gentechnisch, Refacto, je 250 IE
76096349	ZE2009-27-27 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor IX human, plasmatisch, Immunine STIM Plus, je 600 IE
76096350	ZE2009-27-28 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor IX human, plasmatisch, Berinin P, je 600 IE
76096351	ZE2009-27-29 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor IX human, plasmatisch, Mononine, 500 IE
76096352	ZE2009-27-30 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor IX rekombinant, gentechnisch, BeneFix, je 250 IE
76096353	ZE2009-27-31 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VII human, plasmatisch, Immuseven, je 600 IE
76096354	ZE2009-27-32 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VII rekombinant, gentechnisch, Novoseven, je 1 mg (50 KIE)
76096355	ZE2009-27-33 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Inhibitor umgehende Präparate, Feiba STIM 4, je 500 IE
76096356	ZE2009-27-34 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Inhibitor umgehende Präparate, Faktor VII, Novoseven, je 1 mg
76096413	ZE2010-27-1 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, aktivierter Faktor VII, gentechnisch, z.B. Novoseven, je angefangene 100 kIE
76096419	ZE2010-27-2 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Feiba-Prothrombinkomplex, z. B. Feiba NF, je angefangene 250 Einheiten
76096427	ZE2009-27-40 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII, gentechnisch, je 1000 IE
76096428	ZE2009-27-41 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Fibrinogenkonzentrat; OPS 8-810.j*
76096395	ZE2009-27-35 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII, plasmatisch, je 500 IE

76096396	ZE2009-27-36 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor IX, plasmatisch, je 1000 IE
76096397	ZE2009-27-37 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VII, Novoseven, je 100 IE
76096398	ZE2009-27-38 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VII, Novoseven, je 250 IE
76096399	ZE2009-27-39 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII, von Willebrand Faktor, je 450 IE
76096437	ZE2010-27-3 Beriate HS 250/500/1000, Faktor VIII-C, je IE
76096438	ZE2010-27-4 Berinin HS 600/1200, Faktor IX, je IE
76096439	ZE2010-27-5 Beriplex 250/500, Faktor II / VII / IX / X, je IE
76096440	ZE2010-27-6 Immuseven 600, Faktor VII, je IE
76096441	ZE2010-27-7 Fanhdi 500/1000, Faktor VIII, je IE
76096442	ZE2010-27-8 Fibrogammin HS 250/1250, Faktor XIII, je IE
76096443	ZE2010-27-9 Haemate HS 250/500/1000, Faktor VIII-C, je IE
76096444	ZE2010-27-10 Helixate NexGen 1000, Faktor VIII, je IE
76096445	ZE2010-27-11 Immunine S-TIM plus 200/600/1200, Faktor IX, je IE
76096446	ZE2010-27-12 Kogenate 500/1000, Faktor VIII, je IE
76096447	ZE2010-27-13 Novoseven 50/100/250 KIE, Faktor VIIa, Hemmkörper gegen VIII / IX, je KIE
76096448	ZE2010-27-14 Octaplex 500, Faktor II/VII/IX/X/Protein C/Protein S, je IE
76096449	ZE2010-27-15 Octanate 500/1000, Faktor VIII, je IE
76096450	ZE2010-27-16 PPSB-Konzentrat, Faktor II/VII/IX/X, je IE
76096451	ZE2010-27-17 Wilate 900, Faktor VIII, je IE
76096495	ZE2010-27-18 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII, von Willebrand Faktor, je 1000 IE
76096569	ZE2010-27-19 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIIIA human, Protein C, je 500 Einheiten
76096570	ZE2010-27-20 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIIIA human, Protein C, je 1000 Einheiten
76096571	ZE2010-27-21 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII, plasmatisch, Von-Willebrand-Faktor, Wilate, je 900 IE
76096572	ZE2010-27-22 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor XI, human, Hemoleven, je 1000 IE
76096573	ZE2011-27-1 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII, rekombinant, Advate, je 500 IE
76096574	ZE2011-27-2 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII, rekombinant, Advate, je 1000 IE
76096575	ZE2011-27-3 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII, rekombinant, Advate, je 1500 IE
76096576	ZE2011-27-4 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII, rekombinant, Advate, je 3000 IE
76096577	ZE2011-27-5 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII, plasmatisch, Beriate HS, je 500 IE
76096578	ZE2011-27-6 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII, plasmatisch, Beriate HS, je 1000 IE
76096579	ZE2011-27-7 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor IX, plasmatisch, Berinin HS, je 1200 IE
76096580	ZE2011-27-8 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VII/IX, plasmatisch, Beriplex, je 250 IE

76096581	ZE2011-27-9 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VII/IX, plasmatisch, Beriplex, je 500 IE
76096582	ZE2011-27-10 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII, plasmatisch, Von-Willebrand-Faktor, Fanhdi, je 500 IE
76096583	ZE2011-27-11 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII, plasmatisch, Von-Willebrand-Faktor, Fanhdi, je 1000 IE
76096584	ZE2011-27-12 Feiba-Prothrombinkomplex mit Faktor VIII-Inhibitor-Bypass-Aktivität, je 1000 IE
76096585	ZE2011-27-13 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII, Fibrogammin HS, je 250 IE
76096586	ZE2011-27-14 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII, Fibrogammin HS, je 1250 IE
76096587	ZE2011-27-15 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII, plasmatisch, Von-Willebrand-Faktor, Haemate HS, je 1000 IE
76096588	ZE2011-27-16 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Fibrinogenkonzentrat, Faktor1, Haemocomplettan, je 2 g
76096589	ZE2011-27-17 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII, rekombinant, Helixate NexGen, je 500 IE
76096590	ZE2011-27-18 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII, rekombinant, Helixate NexGen, je 1000 IE
76096591	ZE2011-27-19 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor IX, plasmatisch, Immunine Stim plus, je 200 IE
76096592	ZE2011-27-20 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor IX, plasmatisch, Immunine Stim plus, je 1200 IE
76096593	ZE2011-27-21 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII, rekombinant, Kogenate, je 500 IE
76096594	ZE2011-27-22 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII, rekombinant, Kogenate, je 1000 IE
76096595	ZE2011-27-23 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII, rekombinant, Kogenate, je 2000 IE
76096596	ZE2011-27-24 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII, rekombinant, Kogenate, je 3000 IE
76096597	ZE2011-27-25 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, aktivierter Faktor VIIa, rekombinant, Novo Seven, 50 IE
76096598	ZE2011-27-26 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII, plasmatisch, Octanate, je 500 IE
76096599	ZE2011-27-27 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII, plasmatisch, Octanate, je 1000 IE
76096600	ZE2011-27-28 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VII/IX, plasmatisch, Octaplex, je 500 IE
76096601	ZE2011-27-29 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VII/IX, plasmatisch, PPSB-Konzentrat, je 200 IE
76096602	ZE2011-27-30 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VII/IX, plasmatisch, PPSB-Konzentrat, je 600 IE
76096603	ZE2011-27-31 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII, rekombinant, Refacto, je 1000 IE
76096604	ZE2011-27-32 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII, rekombinant, Refacto, je 2000 IE
76096605	ZE2010-27-23 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VII, gentechnisch, je 50 kIE

76096606	ZE2010-27-24 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor IX, plasmatisch, je 300 Einheiten
76096607	ZE2010-27-25 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII, rekombinant (gentechnisch), je 250 IE; OPS 8-810.8*
76096608	ZE2010-27-26 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor IX, plasmatisch (human), je 250 IE; OPS 8-810.b*
76096677	ZE2011-27 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, plasmatisch oder gentechnisch, Feiba-Prothrombin-Komplex mit Faktor VIII Inhibitor-Bypass-Aktivität, je angefangene 500 Einheiten; OPS 8-810.c*
76096678	ZE2011-27 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, plasmatisch oder gentechnisch, rekombinanter Faktor IX, je angefangene 250 Einheiten; OPS 8-810.a*

ZE...29

76096081	ZE2007-29 Gabe von Gemtuzumab Ozogamicin, parenteral, je 5 mg
----------	---

ZE...35

76096078	ZE2007-35-1 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, aus Deutschland
76096079	ZE2007-35-2 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, Europa ohne Deutschland
76096080	ZE2007-35-3 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, Stammzellen/Knochenmark außerhalb von Europa
76096120	ZE2007-35-4 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, Knochenmark, Inland
76096280	ZE2008-35 Bezug von hämatopoetischen Stammzellen außerhalb Deutschlands – außerhalb Europas
76096313	ZE2009-35-1 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, Deutschland; OPS 5-411.3*, .5*, 8-805.3* oder .5*
76096314	ZE2009-35-2 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, Europa außerhalb Deutschland; OPS 5-411.2*, .3*, .4*, .5*, 8-805.2* oder .3*
76096315	ZE2009-35-3 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, außerhalb Europas; OPS 5-411.2*, .3*, .4*, .5*, 8-805.2* oder .3*
76096393	ZE2009-35-4 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, Nabelschnurblut, innerhalb Europas
76096394	ZE2009-35-5 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, Nabelschnurblut, außerhalb Europas
76096543	ZE2010-35-1 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, Deutschland inkl. Transportkosten
76096544	ZE2010-35-2 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, Europa inkl. Transportkosten
76096545	ZE2010-35-3 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, außerhalb Europa inkl. Transportkosten

ZE...36

76096001	ZE2007-36 Versorgung von Schwerstbehinderten, Abrechnung je Belegungstag bei Vorliegen des Schwerbehindertenausweises mit Eintrag „H“ für maximal 10 Belegungstage je Fall, nicht zusätzlich zur DRG „D67Z“
----------	---

76096049	ZE2007-36-1 Versorgung von Schwerstbehinderten, Abrechnung je Belegungstag bei Vorliegen des Schwerbehindertenausweises mit Eintrag „H“ für maximal 12 Belegungstage je Fall, nicht zusätzlich zur DRG „D67Z“
76096289	ZE2008-36-1 Versorgung von Schwerstbehinderten, je Belegungstag für maximal 15 Belegungstage je Fall, nicht in Verbindung mit DRG D67Z
ZE...40	
76096307	ZE2008-44-1 Stammzellboost nach erfolgter Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen, nach In-vitro-Aufbereitung, in Verbindung mit Zellapherese $\leq 6 \times 10^{10}$ WRC; OPS 8-805.62
76096308	ZE2008-44-2 Stammzellboost nach erfolgter Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen, nach In-vitro-Aufbereitung, in Verbindung mit Zellapherese $> 6 \times 10^{10}$ WRC; OPS 8-805.62
ZE...46	
76096014	ZE2007-46-1 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (ATG, Lymphoglobulin) je 100 mg Ampulle
76096015	ZE2007-46-2 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (Thymoglobulin) je 25 mg Ampulle
76096050	ZE2007-46-3 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (ATG), 5 ml
76096062	ZE2007-46-4 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, vom Kaninchen oder Pferd, über 10.550 mg
76096074	ZE2007-46-5 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, ATG, je 100 mg
76096075	ZE2007-46-6 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, ATG, je mg; OPS 8-810.x
76096076	ZE2007-46-7 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Thymoglobulin, je mg; OPS 8-810.x
76096077	ZE2007-46-8 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Lymphoglobulin, je mg; OPS 8-810.x
76096082	ZE2007-46-9 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 3000 bis 3600 mg
76096083	ZE2007-46-10 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 3600 bis 4200 mg
76096084	ZE2007-46-11 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 4200 bis 4800 mg
76096085	ZE2007-46-12 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 4800 bis 5400 mg
76096086	ZE2007-46-13 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 5400 mg und mehr
76096087	ZE2007-46-14 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 621 mg bis unter 1.141 mg
76096088	ZE2007-46-15 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 1.141 mg bis unter 1.735 mg
76096089	ZE2007-46-16 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 1.735 mg bis unter 2.256 mg
76096090	ZE2007-46-17 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 2.774 mg bis unter 3.394 mg

76096091	ZE2007-46-18 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 3.897 mg bis unter 4.152 mg
76096092	ZE2007-46-19 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 4.152 mg bis unter 4.775 mg
76096093	ZE2007-46-20 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 4.775 mg bis unter 8.071 mg
76096121	ZE2007-46-21 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, vom Kaninchen oder Pferd pro Amp (Hersteller I)
76096122	ZE2007-46-22 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, vom Kaninchen oder Pferd pro Amp (Hersteller II)
76096123	ZE2007-46-23 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, vom Kaninchen oder Pferd, pro 10 mg
76096124	ZE2007-48-1 Distractionsmarknagel, 5-7 Nägel; OPS 5-786.j0
76096125	ZE2007-27-47 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor XIII human, plasmatisch, Fibrogammin, 250
76096126	ZE2007-46-24 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 50 mg bis unter 200 mg
76096127	ZE2007-46-25 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 200 mg bis unter 400 mg
76096128	ZE2007-46-26 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 400 mg bis unter 600 mg
76096129	ZE2007-46-27 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 600 mg bis unter 800 mg
76096130	ZE2007-46-28 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 800 mg bis unter 1.000 mg
76096131	ZE2007-46-29 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 1.000 mg bis unter 1.500 mg
76096132	ZE2007-46-30 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 1.500 mg bis unter 2.000 mg
76096133	ZE2007-46-31 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 2.000 mg bis unter 2.500 mg
76096134	ZE2007-46-32 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 2.500 mg bis unter 3.000 mg
76096135	ZE2007-46-33 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 3.000 mg bis unter 3.500 mg
76096136	ZE2007-46-34 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 3.500 mg bis unter 4.000 mg
76096137	ZE2007-46-35 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 4.000 mg bis unter 4.500 mg
76096138	ZE2007-46-36 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 4.500 mg bis unter 5.000 mg
76096139	ZE2007-46-37 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 5.000 mg bis unter 5.500 mg
76096140	ZE2007-46-38 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 5.500 mg bis unter 6.000 mg
76096141	ZE2007-46-39 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 6.000 mg bis unter 6.500 mg
76096142	ZE2007-46-40 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 6.500 mg bis unter 7.000 mg
76096143	ZE2007-46-41 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 7.000 mg bis unter 7.500 mg

76096144	ZE2007-46-42 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 7.500 mg bis unter 8.000 mg
76096145	ZE2007-46-43 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 8.000 mg und mehr
76096145	ZE2007-46-43 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 8.000 mg und mehr
76096146	ZE2007-46-44 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, ATG, 4.000 mg bis unter 4.500 mg
76096147	ZE2007-46-45 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, ATG, 4.500 mg bis unter 5.000 mg
76096148	ZE2007-46-46 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, ATG, 5.000 mg bis unter 5.500 mg
76096149	ZE2007-46-47 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, ATG, 5.500 mg bis unter 6.000 mg
76096150	ZE2007-46-48 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, ATG, 6.000 mg bis unter 6.500 mg
76096151	ZE2007-46-49 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, ATG, 6.500 mg bis unter 7.000 mg
76096152	ZE2007-46-50 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, ATG, 7.000 mg bis unter 7.500 mg
76096153	ZE2007-46-51 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, ATG, 7.500 mg bis unter 8.000 mg
76096163	ZE2007-46-51 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin. Thymoglobulin, 100 mg bis unter 200 mg
76096164	ZE2007-46-52 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin. Thymoglobulin, 200 mg bis unter 300 mg
76096165	ZE2007-46-53 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin. Thymoglobulin, 300 mg bis unter 400 mg
76096166	ZE2007-46-54 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin. Thymoglobulin, 400 mg bis unter 500 mg
76096167	ZE2007-46-55 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin. Thymoglobulin, 500 mg bis unter 600 mg
76096168	ZE2007-46-56 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin. Thymoglobulin, 600 mg bis unter 700 mg
76096169	ZE2007-46-57 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin. Thymoglobulin, 700 mg bis unter 800 mg
76096170	ZE2007-46-58 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin. Thymoglobulin, 800 mg bis unter 900 mg
76096171	ZE2007-46-59 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin. Thymoglobulin, 900 mg bis unter 1000 mg
76096172	ZE2007-46-60 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin. Thymoglobulin, 1000 mg bis unter 1100 mg
76096173	ZE2007-46-61 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin. Thymoglobulin, 1100 mg bis unter 1200 mg
76096174	ZE2007-46-62 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin. Thymoglobulin, 1200 mg bis unter 1300 mg
76096175	ZE2007-46-63 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin. Thymoglobulin, 1300 mg bis unter 1400 mg
76096198	ZE2008-46A-1 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral, 100 mg; OPS 8-812.3

76096199	ZE2008-46-1 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 1 mg; OPS 8-812.3 oder 8-812.4
76096200	ZE2008-46-2 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 1000 mg; OPS 8-812.3 oder 8-812.4
76096201	ZE2008-46-3 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, vom Kaninchen oder vom Pferd, parenteral, je 1 mg; OPS 8-812.3 oder 8-812.4
76096213	ZE2008-46A-2 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral, ATG 200; OPS 8-812.3
76096214	ZE2008-46A-3 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral, ATG 25; OPS 8-812.3
76096218	ZE2008-46A-4 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, vom Kaninchen parenteral, je applizierte volle 100 mg; OPS 8-812.3
76096219	ZE2008-46B-1 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, vom Pferd parenteral, je applizierte volle 100 mg; OPS 8-812.4
76096220	ZE2008-46A-5 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, vom Kaninchen parenteral, je applizierte volle 25 mg; OPS 8-812.3
76096290	ZE2009-46A-6 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral, je ml; OPS 8-812.3
76096316	ZE2008-46-7 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Thymoglobulin, 1400 mg und mehr
76096387	ZE2009-46A-1 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozytenimmunglobulin, vom Kaninchen, je angefangene Ampulle a 100 mg/5ml; OPS 8-812.3
76096388	ZE2009-46A-2 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozytenimmunglobulin, vom Kaninchen, je angefangene Ampulle a 200 mg/10ml; OPS 8-812.3
76096389	ZE2009-46A-3 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozytenimmunglobulin, vom Kaninchen Thymoglobulin-Genzyme, je angefangene Ampulle a 25 mg/5ml; OPS 8-812.3
76096407	ZE2009-46-1 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral (Genzyme), je mg
76096494	ZE2010-46B-1 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral, Thymoglobulin vom Pferd, je Ampulle a 25 mg; OPS 8-812.4
76096497	ZE2010-46-1 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral, ATG Fresenius, 100 mg bis unter 300 mg
76096498	ZE2010-46-2 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral, ATG Fresenius, 300 mg bis unter 500 mg
76096499	ZE2010-46-3 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral, ATG Fresenius, 500 mg bis unter 700 mg
76096500	ZE2010-46-4 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral, ATG Fresenius, 700 mg bis unter 900 mg
76096501	ZE2010-46-5 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral, ATG Fresenius, 900 mg bis unter 1100 mg
76096502	ZE2010-46-6 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral, ATG Fresenius, 1100 mg bis unter 1500 mg
76096503	ZE2010-46-7 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral, ATG Fresenius, 1500 mg bis unter 1900 mg
76096504	ZE2010-46-8 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral, ATG Fresenius, 1900 mg bis unter 2300 mg
76096505	ZE2010-46-9 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral, ATG Fresenius, 2300 mg bis unter 2700 mg

76096506	ZE2010-46-10 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral, ATG Fresenius, 2700 mg bis unter 3100 mg
76096507	ZE2010-46-11 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral, ATG Fresenius, 3100 mg bis unter 3500 mg
76096508	ZE2010-46-12 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral, ATG Fresenius, 3500 mg bis unter 4000 mg
76096509	ZE2010-46-13 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral, ATG Fresenius, 4000 mg bis unter 5000 mg
76096510	ZE2010-46-14 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral, ATG Fresenius, 5000 mg bis unter 6000 mg
76096511	ZE2010-46-15 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral, ATG Fresenius, 6000 mg und mehr
76096512	ZE2010-46-16 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral, ATG Thymoglobulin, 15 mg bis unter 35 mg
76096513	ZE2010-46-17 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral, ATG Thymoglobulin, 35 mg bis unter 55 mg
76096514	ZE2010-46-18 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral, ATG Thymoglobulin, 55 mg bis unter 75 mg
76096515	ZE2010-46-19 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral, ATG Thymoglobulin, 75 mg bis unter 95 mg
76096516	ZE2010-46-20 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral, ATG Thymoglobulin, 95 mg bis unter 115 mg
76096517	ZE2010-46-21 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral, ATG Thymoglobulin, 115 mg bis unter 150 mg
76096518	ZE2010-46-22 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral, ATG Thymoglobulin, 150 mg bis unter 185 mg
76096519	ZE2010-46-23 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral, ATG Thymoglobulin, 185 mg bis unter 220 mg
76096520	ZE2010-46-24 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral, ATG Thymoglobulin, 220 mg bis unter 270 mg
76096521	ZE2010-46-25 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral, ATG Thymoglobulin, 270 mg bis unter 310 mg
76096522	ZE2010-46-26 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral, ATG Thymoglobulin, 310 mg bis unter 350 mg
76096523	ZE2010-46-27 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral, ATG Thymoglobulin, 350 mg bis unter 400 mg
76096524	ZE2010-46-28 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral, ATG Thymoglobulin, 400 mg bis unter 450 mg
76096525	ZE2010-46-29 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral, ATG Thymoglobulin, 450 mg bis unter 500 mg
76096526	ZE2010-46-30 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral, ATG Thymoglobulin, 500 mg bis unter 550 mg
76096527	ZE2010-46-31 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral, ATG Thymoglobulin, 550 mg bis unter 600 mg
76096528	ZE2010-46-32 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral, ATG Thymoglobulin, 600 mg bis unter 700 mg
76096529	ZE2010-46-33 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral, ATG Thymoglobulin, 700 mg und mehr
76096669	ZE2011-46 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral, Thymoglobolin je 5 mg; OPS 8-812.3

ZE...49

- 76096541 ZE2010-49-1 Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC) in Kombination mit Peritonektomie und ggf. mit Multiviszeralresektion oder hypertherme intrathorakale Chemotherapie (HITOC) in Kombination mit Pleurektomie und ggf. mit Tumorreduktion, hypertherme intrathorakale Chemotherapie (HITOC)
- 76096551 ZE2010-49-2 Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC) in Kombination mit Peritonektomie und ggf. mit Multiviszeralresektion; OPS 8-546.0
- 76096552 ZE2010-49-3 Hypertherme intrathorakale Chemotherapie (HITOC) in Kombination mit Pleurektomie und ggf. mit Tumorreduktion; OPS 8-546.1

ZE...50

- 76096676 ZE2011-50 Implantation einer (Hybrid)-Prothese an der Aorta; OPS 5-384.b0 oder 5-384.c0
- 76096679 ZE2011-50 Implantation einer (Hybrid)-Prothese an der Aorta; OPS 5-384.b1 oder 5-384.c1
- 76096682 ZE2011-50 Implantation einer (Hybrid)-Prothese an der Aorta; OPS 5-384.b2 oder 5-384.c2

ZE...52

- 76096181 ZE2007-52-1 Implantation oder Wechsel eines interspinösen Spreizers; Hersteller 1
- 76096182 ZE2007-52-2 Implantation oder Wechsel eines interspinösen Spreizers; Hersteller 2
- 76096281 ZE2008-52-1 Implantation oder Wechsel eines interspinösen Spreizers, U-Spreizer; OPS 5-839.b0, .c0
- 76096282 ZE2008-52-2 Implantation oder Wechsel eines interspinösen Spreizers, U-Spreizer; OPS 5-839.b1, .c1
- 76096283 ZE2008-52-3 Implantation oder Wechsel eines interspinösen Spreizers, Diam; OPS 5-839.b0, .c0
- 76096284 ZE2008-52-4 Implantation oder Wechsel eines interspinösen Spreizers, Diam; OPS 5-839.b1, .c1
- 76096317 ZE2008-52-5 Implantation oder Wechsel eines interspinösen Spreizers, Hersteller 2; OPS 5-839.b0 oder .c0
- 76096318 ZE2008-52-6 Implantation oder Wechsel eines interspinösen Spreizers, Hersteller 2; OPS 5-839.b1 oder .c1

ZE...53

- 76096489 ZE2008-53-1 Stentgraft-Prothesen bei Aortenaneurysmen, mit Fenestrierung; OPS 5-38a.13
- 76096490 ZE2008-53-2 Stentgraft-Prothesen bei Aortenaneurysmen, mit Seitenarm; OPS 5-38a.13

ZE...54

- 76096285 ZE2008-54-1 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-429.j0, .j1, .j3, .j4, .j9, .ja, 5-449.h*, 5-469.k*, 5-489.g0, 5-526.e0, .f0, 5-529.g* oder .j*

76096286	ZE2008-54-2 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-513.j*, 5-514.m*, .n*, .p*, .q*, .r* oder .s*
76096667	ZE2011-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OP an Gallengängen, vier (oder mehr) Prothesen/Stents; OPS 5-517.7* oder 5-517.3*
76096668	ZE2011-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OP an Gallengängen, je Prothese/Stent; OPS 5-517.y oder 5-517.x*
ZE...56	
76096025	ZE2007-56-1 Bosentan, eine Tablette zu 62,5 oder 125 mg
76096044	ZE2007-56-2 Bosentan, Tagesdosis
76096176	ZE2008-56-24 Gabe von Bosentan, oral, pro 62,5 mg (Entgeltanzahl mindestens 12)
76096250	ZE2008-56-25 Gabe von Bosentan, oral, je mg; OPS 6-002.f*
76096251	ZE2008-58-25 Gabe von Alpha-1-Proteinaseinhibitor human, parenteral, je mg; OPS 8-812.0*
76096288	ZE2008-56-26 Gabe von Bosentan, oral, 125 mg Tagesdosis
76096377	ZE2009-56-24 Gabe von Bosentan (62,5 mg), je 1 mg
76096378	ZE2009-56-25 Gabe von Bosentan (125 mg), je 1 mg
76096381	ZE2009-56-26 Gabe von Bosentan, pro 62,5 mg
76096414	ZE2009-56 Gabe von Bosentan, oral, je 125 mg; OPS 6-002.f*
76096475	ZE2010-56-24 Gabe von Bosentan, oral, pro 1000 mg; OPS 6-002.f*
ZE...57	
76096415	ZE2009-57-10 Gabe von Jod-131-MIBG (Metajodobenzylguanidin), parenteral, je 7,4 GBq; OPS 6-002.g*
ZE...58	
76096416	ZE2009-58-25 Gabe von Alpha-1-Proteinaseninhibitor, human, parenteral, je 1000 mg; OPS 8-812.0*
ZE...59	
76096065	ZE2007-59 Gabe von Interferon alfa-2a, parenteral, je Spritze mit 18 Mio. Einheiten; OPS 8-812.1*
76096154	ZE2007-59-1 Gabe von Interferon alfa-2a (nicht pegylierte Form), parenteral, 3 Mio IE; OPS 8-812.1*
76096155	ZE2007-59-2 Gabe von Interferon alfa-2a (nicht pegylierte Form), parenteral, 4,5 Mio IE; OPS 8-812.1*
76096156	ZE2007-59-3 Gabe von Interferon alfa-2a (nicht pegylierte Form), parenteral, 9 Mio IE; OPS 8-812.1* in Verbindung mit 8-547.2
76096177	ZE2008-59-23 Gabe von Interferon alfa-2a (nicht pegylierte Form), parenteral, pro 1 Mio IE (Entgeltanzahl mindestens 100)
76096252	ZE2008-59-24 Gabe von Interferon alfa-2a (nicht pegylierte Form), parenteral, je Mio IE; OPS 8-812.1*
76096270	ZE2008-59-25 Gabe von Interferon alfa-2a (nicht pegylierte Form), parenteral, je 25 Mio. IE
76096295	ZE2008-59-26 Gabe von Interferon alfa-2a (nicht pegylierte Form), parenteral, 10 Mio. IE (Entgeltanzahl mindestens 10)

76096296	ZE2008-59-27 Gabe von Interferon alfa-2a (nicht pegylierte Form), parenteral, 100 Mio. IE
76096476	ZE2010-59-23 Gabe von Interferon alfa-2a (nicht pegylierte Form), parenteral, pro 1000 mg; OPS 8-812.1*
76096555	ZE2010-59 Gabe von Interferon alfa-2a (nicht pegylierte Form), parenteral, je 10 Mio. IE; OPS 8-812.1*

ZE...60

76096178	ZE2008-60-24 Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral, pro 1 Mio. IE (Entgeltanzahl mindestens 75)
76096297	ZE2008-60-25 Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral, 10 Mio. IE (Entgeltanzahl mindestens 8)
76096298	ZE2008-60-26 Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral, 100 Mio. IE
76096357	ZE2009-60 Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral, je Applikation von 1 Mio. IE; OPS 8-812.2*
76096417	ZE2009-60-24 Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral, je 18 Mio. IE; OPS 8-812.2*
76096477	ZE2010-60-24 Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral, pro 1000 mg; OPS 8-812.2*
76096556	ZE2010-60 Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral, je 10 Mio. IE; OPS 8-812.2*

ZE...61

76096411	ZE2009-61G-1 Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, wiederaufladbar, 8-polig; OPS 5-039.f2
76096412	ZE2009-61G-2 Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, wiederaufladbar, 16-polig; OPS 5-039.f2
76096484	ZE2010-61-1 Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, wiederaufladbar, Schädel, Gehirn und Hirnhäute; OPS 5-028.92 oder 5-028.a2
76096485	ZE2010-61-2 Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, wiederaufladbar, Rückenmark und Rückenmarkstrukturen; OPS 5-039.e2 oder 5-039.f2
76096486	ZE2010-61-3 Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, wiederaufladbar, Nerven und Ganglien; OPS 5-059.c2 oder 5-059.d2

ZE...62

76096385	ZE2009-62-1 Mikroaxial-Blutpumpe, 2,5 l
76096386	ZE2009-62-2 Mikroaxial-Blutpumpe, 5,0 l

ZE...63

76096179	ZE2008-63-4 Gabe von Dibotermis alfa, Implantation am Knochen, pro 1 mg (Entgeltanzahl mindestens 12)
----------	---

76096263	ZE2008-63-5 Gabe von Dibotermin alfa, Implantation am Knochen, je 12 mg
76096271	ZE2008-63-6 Gabe von Dibotermin alfa, Implantation am Knochen, je 6 mg (Entgeltanzahl mindestens 2)
76096382	ZE2009-63-4 Gabe von Dibotermin alfa, Implantation am Knochen, pro 1 mg
76096408	ZE2009-63-5 Gabe von Dibotermin alfa, Implantation am Knochen, Wirbelsäulenchirurgie; OPS 6-003.40 in Kombination mit 5-83*
76096409	ZE2009-63-6 Gabe von Dibotermin alfa, Implantation am Knochen, Wirbelsäulenchirurgie; OPS 6-003.41 in Kombination mit 5-83*
76096410	ZE2009-63-7 Gabe von Dibotermin alfa, Implantation am Knochen, Wirbelsäulenchirurgie; OPS 6-003.42 in Kombination mit 5-83*
76096491	ZE2008-63-1 Gabe von Dibotermin alfa, Implantation am Knochen, bei Frakturen/Luxationen; OPS 6-003.40 in Kombination mit 5-79*
76096492	ZE2008-63-2 Gabe von Dibotermin alfa, Implantation am Knochen, bei Frakturen/Luxationen; OPS 6-003.41 in Kombination mit 5-79*
76096493	ZE2008-63-3 Gabe von Dibotermin alfa, Implantation am Knochen, bei Frakturen/Luxationen; OPS 6-003.42 in Kombination mit 5-79*
ZE...64	
76096180	ZE2008-64-4 Gabe von Eptotermin alfa, Implantation am Knochen, pro 1 mg (Entgeltanzahl mindestens 4)
76096264	ZE2008-64-5 Gabe von Eptotermin alfa, Implantation am Knochen, je 3,5 mg
76096272	ZE2008-64-6 Gabe von Eptotermin alfa, Implantation am Knochen, je 1,75 mg (Entgeltanzahl mindestens 2)
76096335	ZE2009-64-1 Gabe von Eptotermin alfa, Implantation am Knochen, je 3,3 mg
76096383	ZE2009-64-7 Gabe von Eptotermin alfa, Implantation am Knochen, pro 1 mg
ZE...66	
76096183	ZE2008-66-1 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Morbus Pompe, bis 50 mg
76096184	ZE2008-66-2 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Morbus Pompe, 51 mg bis 100 mg
76096185	ZE2008-66-3 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Morbus Pompe, 101 mg bis 150 mg
76096186	ZE2008-66-4 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Morbus Pompe, 151 mg bis 200 mg
76096187	ZE2008-66-5 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Morbus Pompe, 201 mg bis 250 mg
76096188	ZE2008-66-6 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Morbus Pompe, 251 mg bis 300 mg
76096189	ZE2008-66-7 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Morbus Pompe, 301 mg bis 350 mg
76096190	ZE2008-66-8 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Morbus Pompe, 351 mg bis 400 mg
76096191	ZE2008-66-9 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Morbus Pompe, 401 mg bis 450 mg

76096192	ZE2008-66-10 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Morbus Pompe, 451 mg bis 500 mg
76096193	ZE2008-66-11 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Morbus Pompe, 501 mg bis 550 mg
76096194	ZE2008-66-12 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Morbus Pompe, 551 mg bis 600 mg
76096195	ZE2008-66-13 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Morbus Pompe, mehr als 600 mg
76096196	ZE2008-66-14 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Morbus Fabry, bis 35 mg
76096197	ZE2008-66-15 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Morbus Fabry, 36 mg bis 70 mg
76096215	ZE2008-66-16 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Gabe von Myozyme, je applizierte volle 50 mg Ampulle; OPS 6-003.7
76096216	ZE2008-66-17 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Gabe von Cerezyme, je applizierte volle 100 U; OPS 6-003.7
76096217	ZE2008-66-18 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Gabe von Fabrazyme, je applizierte volle 35 mg Ampulle; OPS 6-003.7
76096221	ZE2008-66-19 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Replagal, je 3,5 mg; OPS 6-003.7
76096222	ZE2008-66-20 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Aldurazyme, je 500 E; OPS 6-003.7
76096223	ZE2008-66-21 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Myozyme, pro 1.000 mg
76096224	ZE2008-66-22 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Gemzyme, je mg; OPS 6-003.7
76096225	ZE2008-66-23 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Cerezyme, je 1 IE; OPS 6-003.7
76096226	ZE2008-66-24 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Laronidase, je 1 IE; OPS 6-003.7
76096227	ZE2008-66-25 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Fabrazyme, je mg; OPS 6-003.7
76096228	ZE2008-66-26 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Replagal, je mg; OPS 6-003.7
76096229	ZE2008-66-27 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Laronidase, je 1 IE; OPS 6-003.7
76096230	ZE2008-66-28 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Naglazyme, je mg; OPS 6-003.7
76096265	ZE2008-66-1 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Agalsidase-beta, je angefangene 35 mg pro Gabe
76096266	ZE2008-66-2 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Agalsidase-alpha, je angefangene 3,5 mg pro Gabe
76096267	ZE2008-66-3 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Imiglucerase, je angefangene 400 IU pro Gabe
76096268	ZE2008-66-4 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Alglucosidase, je angefangene 50 mg pro Gabe
76096269	ZE2008-66-5 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Idursulfase, je angefangene 6 mg pro Gabe
76096273	ZE2008-66-6 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Elaprase (Schulkind), je 3 ml Ampulle

76096274	ZE2008-66-7 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Cerezyme (Kleinkind), je 400 IE Ampulle
76096275	ZE2008-66-8 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Aldurazym (Schulkind), je 5 ml Ampulle
76096276	ZE2008-66-9 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Naglazym (Schulkind), je 5 ml Ampulle
76096299	ZE2008-66-10 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Myozyme, 1 mg
76096300	ZE2008-66-11 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Myozyme, 10 mg
76096301	ZE2008-66-12 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Myozyme, 100 mg
76096302	ZE2008-66-13 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Cerezyme, 10 U/IE
76096303	ZE2008-66-14 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Aldurazyme, 10 U/IE
76096304	ZE2008-66-15 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Aldurazyme, 100 U/IE
76096305	ZE2008-66-16 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Fabrazyme, 10 U/IE
76096306	ZE2008-66-17 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Fabrazyme, 100 U/IE
76096320	ZE2008-66-18 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Naglazyme, je Ampulle zu 5 mg OPS 6-003.7
76096358	ZE2009-66-1 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Morbus Pompe - Myozyme, teilstationärer Fall Kind, 50 mg
76096359	ZE2009-66-2 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Morbus Pompe - Myozyme, vollstationärer Fall, 50 mg
76096360	ZE2009-66-3 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Morbus Fabry - Replagal, teilstationärer Fall Kind, 3,5 mg
76096361	ZE2009-66-4 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Morbus Fabry - Replagal, vollstationärer Fall, 3,5 mg
76096362	ZE2009-66-5 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Morbus Fabry - Fabrazyme, teilstationärer Fall Kind, 35 mg
76096363	ZE2009-66-6 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Morbus Fabry - Fabrazyme, vollstationärer Fall, 35 mg
76096364	ZE2009-66-7 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Morbus Gaucher - Zavesca, teilstationärer Fall Kind, 100 mg
76096365	ZE2009-66-8 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Morbus Gaucher - Zavesca, vollstationärer Fall, 100 mg
76096366	ZE2009-66-9 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Morbus Gaucher - Cerezyme, teilstationärer Fall Kind, 400 U
76096367	ZE2009-66-10 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Morbus Gaucher - Cerezyme, vollstationärer Fall, 400 U
76096368	ZE2009-66-11 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Morbus Hurler - Aldurazyme, teilstationärer Fall Kind, 500 E
76096369	ZE2009-66-12 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Morbus Hurler - Aldurazyme, vollstationärer Fall, 500 E
76096370	ZE2009-66-13 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Morbus Hunter - Elapraxe, teilstationärer Fall Kind, 6 mg

76096371	ZE2009-66-14 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Morbus Hunter - Elapraxe, vollstationärer Fall, 6 mg
76096372	ZE2009-66-15 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Morbus Hunter - Naglazyme, teilstationärer Fall Kind, 5 mg
76096373	ZE2009-66-16 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Morbus Hunter - Naglazyme, vollstationärer Fall, 5 mg
76096384	ZE2009-66-1 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, pro 1 mg
76096390	ZE2009-66-2 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Idursulfase alfa (Elapraxe), je 1 mg, OPS 6-003.7
76096478	ZE2010-66-1 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, pro 1000 mg; OPS 6-003.7
76096496	ZE2010-66-2 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Imiglucerase, je IE; OPS 6-003.7
76096563	ZE2010-66-3 Enzyersatztherapie bei Speicherkrankheiten, Velaglucerase, je Ampulle zu 400 IE; OPS 6-003.7
76096670	ZE2011-66 Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Aldurazyme je IE; OPS 6-003.7
ZE...67	
76096420	ZE2010-67-1 Stentgraft-Prothesen bei Aortenaneurysmen, perkutan-transluminal, 1 Prothese abdominal; OPS 8-840.04, 8-841.04, 8-842.04, 8-843.04 oder 8-848.04
76096421	ZE2010-67-2 Stentgraft-Prothesen bei Aortenaneurysmen, perkutan-transluminal, 2 Prothesen abdominal; OPS 8-840.14, 8-841.14, 8-842.14, 8-843.14 oder 8-848.14
76096422	ZE2010-67-3 Stentgraft-Prothesen bei Aortenaneurysmen, perkutan-transluminal, 3 Prothesen abdominal; OPS 8-840.24, 8-841.24, 8-842.24, 8-843.24 oder 8-848.24
76096423	ZE2010-67-4 Stentgraft-Prothesen bei Aortenaneurysmen, perkutan-transluminal, 4 Prothesen abdominal; OPS 8-840.34, 8-841.34, 8-842.34, 8-843.34 oder 8-848.34
76096424	ZE2010-67-5 Stentgraft-Prothesen bei Aortenaneurysmen, perkutan-transluminal, 5 Prothesen abdominal; OPS 8-840.44, 8-841.44, 8-842.44, 8-843.44 oder 8-848.44
76096425	ZE2010-67-6 Stentgraft-Prothesen bei Aortenaneurysmen, perkutan-transluminal, 6 und mehr Prothesen abdominal; OPS 8-840.54, 8-841.54, 8-842.54, 8-843.54 oder 8-848.54
76096487	ZE2010-67-7 Stentgraft-Prothesen bei Aortenaneurysmen, perkutan-transluminal, je Stent; OPS 8-840.*4 oder 8-849.*4
76096488	ZE2010-67-8 Stentgraft-Prothesen bei Aortenaneurysmen, perkutan-transluminal, je Stent; OPS 8-842.*4 oder 8-84a.*4
76096649	ZE2011-67 Stent(graft)-Prothesen bei Aortenaneurysmen, perkutan-transluminal, nicht thorakal; OPS 8-849.04 oder 8-848.04 oder 8-843.04 oder 8-842.04 oder 8-841.04 oder 8-840.04
76096673	ZE2011-67 Stent(graft)-Prothesen bei Aortenaneurysmen, perkutan-transluminal, thorakal; OPS 8-849.04 oder 8-848.04 oder 8-843.04 oder 8-842.04 oder 8-841.04 oder 8-840.04

ZE...68

- 76096564 ZE2010-68-1 Implantation eines Wachstumsstents, Einlegen eines Cheatham-Platinum-Stents (CP-Stent), ungecovert, je Stent; OPS 8-845.0* oder .1*
- 76096565 ZE2010-68-2 Implantation eines Wachstumsstents, Einlegen eines Cheatham-Platinum-Stents (CP-Stent), ge-covert, je Stent; OPS 8-846.0* oder .1*

ZE...69

- 76096418 ZE2009-69-11 Gabe von Hämin, parenteral, je 250 mg; OPS 6-004.1*

ZE...71

- 76096374 ZE2009-71-1 Radiorezeptortherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga, Dotatoc
- 76096375 ZE2009-71-2 Radiorezeptortherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga, Dotatate
- 76096376 ZE2009-71-3 Radiorezeptortherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga, Dotanoc
- 76096533 ZE2010-71-1 Radiorezeptortherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga, Radionuklid: Yttrium-90; OPS 8-530.60
- 76096534 ZE2010-71-2 Radiorezeptortherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga, Radionuklid: Lutetium-177; OPS 8-530.60

ZE...74

- 76096429 ZE2010-74-16 Gabe von Sunitinib, oral, pro 1 mg
- 76096454 ZE2010-74-17 Gabe von Sunitinib, oral, 12,5 mg
- 76096460 ZE2010-74-18 Gabe von Sunitinib, oral, je 50 mg
- 76096466 ZE2010-74-19 Gabe von Sunitinib, oral, 100 mg; OPS 6-003.a*
- 76096479 ZE2010-74-20 Gabe von Sunitinib, oral, pro 1000 mg; OPS 6-003.a*

ZE...75

- 76096430 ZE2010-75-19 Gabe von Sorafenib, oral, pro 1 mg
- 76096455 ZE2010-75-20 Gabe von Sorafenib, oral, 200 mg
- 76096474 ZE2010-75-21 Gabe von Sorafenib, oral, je 800 mg; OPS 6-003.b*
- 76096480 ZE2010-75-22 Gabe von Sorafenib, oral, pro 1000 mg; OPS 6-003.b*

ZE...76

- 76096431 ZE2010-76-14 Gabe von Temsirolimus, parenteral, pro 1 mg
- 76096456 ZE2010-76-15 Gabe von Temsirolimus, parenteral, 25 mg
- 76096461 ZE2010-76-16 Gabe von Temsirolimus, parenteral, je 30 mg

ZE...77

- 76096432 ZE2010-77-21 Gabe von Lenalidomid, oral, Schachtel 21x5 mg, pro 1 mg
- 76096433 ZE2010-77-22 Gabe von Lenalidomid, oral, Schachtel 21x10 mg, pro 1 mg
- 76096434 ZE2010-77-23 Gabe von Lenalidomid, oral, Schachtel 21x15 mg, pro 1 mg
- 76096435 ZE2010-77-24 Gabe von Lenalidomid, oral, Schachtel 21x25 mg, pro 1 mg
- 76096462 ZE2010-77-25 Gabe von Lenalidomid, oral, je 50 mg Kapsel

76096467 ZE2010-77-26 Gabe von Lenalidomid, oral, pro 5 mg; OPS 6-003.g*
 76096468 ZE2010-77-27 Gabe von Lenalidomid, oral, pro 10 mg; OPS 6-003.g*
 76096469 ZE2010-77-28 Gabe von Lenalidomid, oral, pro 15 mg; OPS 6-003.g*
 76096470 ZE2010-77-29 Gabe von Lenalidomid, oral, pro 25 mg; OPS 6-003.g*
 76096481 ZE2010-77-30 Gabe von Lenalidomid, oral, pro 1000 mg; OPS 6-003.g*
 76096542 ZE2010-77-31 Gabe von Lenalidomid, oral, pro 1 mg; OPS 6-003.g*
 76096553 ZE2010-77-32 Gabe von Lenalidomid, oral, 525 mg (Packung je 21x25 mg);
 OPS 6-003.g*

ZE...78

76096436 ZE2010-78-30 Gabe von Clofarabin, Parenteral, pro 1 mg
 76096463 ZE2010-78-31 Gabe von Clofarabin, parenteral, je 20 mg Ampulle
 76096465 ZE2010-78-32 Gabe von Clofarabin, parenteral, 100 mg; OPS 6-003.j*
 76096482 ZE2010-78-33 Gabe von Clofarabin, parenteral, pro 1000 mg; OPS 6-003.j*

ZE...79

76096464 ZE2010-79-25 Gabe von Nelarabin, parenteral, je 250 mg Flasche
 76096471 ZE2010-79-26 Gabe von Nelarabin, parenteral, je 10 mg; OPS 6-003.e*
 76096472 ZE2010-79-27 Gabe von Nelarabin, parenteral, je 100 mg; OPS 6-003.e*
 76096473 ZE2010-79-28 Gabe von Nelarabin, parenteral, je 1000 mg; OPS 6-003.e*
 76096530 ZE2010-79-29 Gabe von Nelarabin, parenteral, je mg; OPS 6-003.e*

ZE...80

76096426 ZE2010-80-28 Gabe von Amphotericin-B-Lipidkomplex, parenteral, je 100
 mg; OPS 6-003.1*
 76096483 ZE2010-80-29 Gabe von Amphotericin-B-Lipidkomplex, parenteral, pro
 1000 mg; OPS 6-003.1*
 76096531 ZE2010-80-30 Gabe von Amphotericin-B-Lipidkomplex, parenteral, je mg;
 OPS 6-003.1*
 76096554 ZE2010-80 Gabe von Amphotericin-B-Lipidkomplex, parenteral, je 10 mg;
 OPS 6-003.1*

ZE...81

76096566 ZE2010-81-1 Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und
 Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines
 Mikrodrahtretriever-Systems; OPS 8-836.60 oder .80 in Kombination mit
 8-83b.80
 76096567 ZE2010-81-2 Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und
 Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines
 Mikrodrahtretriever-Systems; OPS 8-836.60 oder .80 in Kombination mit
 8-83b.82
 76096568 ZE2010-81-3 Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und
 Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines
 Mikrodrahtretriever-Systems; OPS 8-836.60 oder .80 in Kombination mit
 8-83b.83

ZE...84

76096664 ZE2011-84 Gabe von Ambrisentan, oral, je Tablette

ZE...85

76096686 ZE2011-85 Gabe von Temsirolimus, parenteral, je 25 mg Ampulle;
OPS 6-004.e*

ZE...87

76096661 ZE2011-87 Medikamente-freisetzende Ballons an Koronargefäßen;
OPS 8-837.0* in Verbindung mit OPS 8-83b.b3

76096662 ZE2011-87 Medikamente-freisetzende Ballons an Koronargefäßen;
OPS 8-837.0* in Verbindung mit OPS 8-83b.b4

76096663 ZE2011-87 Medikamente-freisetzende Ballons an Koronargefäßen;
OPS 8-837.0* in Verbindung mit OPS 8-83b.b5

Zusatzentgelte nach § 7 Abs. 1 Nr. 2, 5 KHEntgG (länderbezogen)

nach Anlage 5 oder Anlage 6 FPV oder nach § 6 Abs. 2 oder § 6 Abs. 2a KHEntgG
oder Arzneimittel oder nach Anlage 2 oder Anlage 4 KFPV 2004

76[0–6][01–16][001–999] mit Länderschlüssel in der 4. und 5. Stelle

Schleswig-Holstein

76001001	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren
76001002	Beriate 1000
76001003	Faktor 8 Intersero 1000
76001004	Feiba STIM 1000
76001005	Haemate HS 500
76001006	Haemate HS 1000
76001007	Immunate 1000
76001008	Immunine 600
76001009	Immunine 1200
76001010	NovoSeven 60 KIE
76001011	NovoSeven 120 KIE
76001012	NovoSeven 240KIE
76001013	Recombinat 1000
76001014	Refacto 500
76001015	Refacto 1000
76001016	Bluterpräparate Basisanteil Verwaltung
76001017	ZE20 Tumorendoprothesen, OPS 5-829.c
76001018	ZE23 Stentgraft-Prothesen zur Behandlung von Aortenaneurysmen, OPS 5-38a.11, .1x
76001019	ZE27C ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation, OPS 5-039.2*
76001020	ZE27E ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur peripheren Rückenmarkstimulation, OPS 5-059.0*
76001021	ZE28A Implantierbare Medikamentenpumpen (Implantation oder Wechsel einer Medikamentenpumpe zur intraventrikulären Infusion), OPS 5-028.1*
76001022	ZE28B Implantierbare Medikamentenpumpen (Implantation oder Wechsel einer Medikamentenpumpe zur intrathekalen und epiduralen Infusion), OPS 5-038.4*
76001023	ZE30A Dialyse (Hämodiafiltration), OPS 8-855.0
76001024	ZE30B Dialyse (Hämofiltration), OPS 8-853.0
76001025	ZE30C Dialyse (Hämofiltration, Hämodialyse, Hämodiafiltration, jeweils bis 3 Tage), OPS 8-853.10, .20, 8-854.10, 8-855.10 oder .20
76001026	ZE30D Dialyse (Hämofiltration, Hämodialyse, Hämodiafiltration, jeweils 4 bis 11 Tage), OPS 8-853.11, .21, 8-854.11, 8-855.11 oder .21
76001027	ZE30E Dialyse (Hämofiltration, Hämodialyse, Hämodiafiltration, jeweils mehr als 11 Tage), OPS 8-853.12, .22, 8-854.12, 8-855.12 oder .22
76001028	ZE31 Hämo-perfusion, OPS 8-856
76001029	ZE44 Medikamente freisetzende Koronarstents, OPS 8-837.m*
76001030	ZE29 Künstlicher Blasenschließmuskel, OPS 5-597.0* oder .3*
76001031	ZE30F Dialyse (Hämofiltration), OPS 8-853.10 oder .20

76001032	ZE30G Dialyse (Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD)), OPS 8-854.12
76001033	ZE30H Dialyse (Hämodiafiltration), OPS 8-855.10 oder 20
76001034	ZE34 Plasmapherese, OPS 8-8820
76001035	ZE39 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren
76001036	ZE30I Dialyse (Hämodiafiltration), OPS 8-855.11 oder .21
76001037	ZE30J Dialyse (Hämodiafiltration), OPS 8-855.12 oder .22
76001038	ZE30K Dialyse (Hämofiltration), OPS 8-853.11 oder .21
76001039	ZE30L Dialyse (Hämofiltration), OPS 8-853.12 oder .22
76001040	ZE21C Beckenimplantate, OPS 5-785.4d
76001041	ZE22A Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), OPS 5-376.20
76001042	ZE22B Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), OPS 5-376.30
76001043	ZE22C Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), OPS 5-376.40
76001044	ZE22D Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), OPS 5-376.50
76001045	ZE22F Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), OPS 5-376.70
76001046	ZE22G Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), OPS 5-376.80
76001053	ZE24A ECMO (Alter <60 Tage), OPS 8-852.0
76001054	ZE24B ECMO (Alter >59 Tage), OPS 8-852.0
76001055	ZE25A Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, OPS 5-020.62
76001056	ZE25B Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, OPS 5-020.63
76001057	ZE25C Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, OPS 5-020.64
76001058	ZE25D Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, OPS 5-020.71
76001059	ZE25E Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, OPS 5-020.72
76001060	ZE25F Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, OPS 5-774.71
76001061	ZE25G Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, OPS 5-774.72
76001062	ZE25H Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, OPS 5-775.71
76001063	ZE25I Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, OPS 5-775.72
76001064	ZE26A Ramus-Distraktoren, OPS 5-776.6
76001065	ZE26B Ramus-Distraktoren, OPS 5-776.7
76001066	ZE26C Ramus-Distraktoren, OPS 5-776.8
76001067	ZE26D Ramus-Distraktoren, OPS 5-776.9
76001068	ZE26E Ramus-Distraktoren, OPS 5-777.*1
76001069	ZE27G ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), zur Hirnstimulation, OPS 5-028.00
76001070	ZE27H ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), zur Hirnstimulation, OPS 5-028.01

76001071	ZE27B ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), Neuroprothese, OPS 5-029.4
76001072	ZE27I ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), zur epiduralen Rückenmarkstimulation, OPS 5-039.20
76001073	ZE27J ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), zur epiduralen Rückenmarkstimulation, OPS 5-039.21
76001074	ZE27D ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), zur Vorderwurzelstimulation, OPS 5-039.7
76001075	ZE27K ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), zur Stimulation des peripheren Nervensystems, OPS 5-059.00
76001076	ZE27L ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), zur Stimulation des peripheren Nervensystems, OPS 5-059.01
76001077	ZE27F ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), periphere Neuroprothese, OPS 5-059.5
76001078	ZE28C Implantierbare Medikamentenpumpen, OPS 5-038.40
76001079	ZE28D Implantierbare Medikamentenpumpen, OPS 5-038.41
76001080	ZE30M Dialyse (Peritonealdialyse), OPS 8-857.*
76001081	ZE30N Dialyse (Peritonealdialyse), OPS 8-857.1
76001082	ZE30O Dialyse (Peritonealdialyse), OPS 8-857.2
76001083	ZE32 Leberersatztherapie, OPS 8-858
76001084	ZE33 Extrakorporale Photopherese, OPS 8-824
76001085	ZE35 Immunadsorption, OPS 8-821
76001086	ZE36 LDL-Apherese, OPS 8-822
76001087	ZE37 Zellapherese, OPS 8-823
76001088	ZE38 Isolierte Extremitätenperfusion, OPS 8-859
76001089	ZE41 Retransplantation von Organen während desselben stationären Aufenthaltes
76001090	ZE42A Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen (Stammzellen Deutschland)
76001091	ZE42B Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen (Knochenmark Deutschland)
76001092	ZE42C Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen (Stammzellen/Knochenmark Europa)
76001093	ZE42D Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen (Stammzellen/Knochenmark außerhalb von Europa)
76001094	ZE2005-03-1A ECMO, Kinder, OPS 8-852.00
76001095	ZE2005-03-2A ECMO, Kinder, OPS 8-852.01
76001096	ZE2005-03-3A ECMO, Kinder, OPS 8-852.02
76001097	ZE2005-35-1 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, Stammzellen Deutschland, mit Personal-, ohne Transportkosten
76001098	ZE2005-35-2 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, Knochenmark Deutschland, mit Personal-, ohne Transportkosten
76001099	ZE2005-35-3 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, Stammzellen/Knochenmark Europa, mit Personal-, ohne Transportkosten
76001100	ZE2005-35-4 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, Stammzellen/Knochenmark außerhalb von Europa, mit Personal-, ohne Transportkosten
76001101	ZE2005-27-1 Fandhi 1000
76001102	ZE2005-27-2 Octanate 1000
76001103	ZE2005-27-3 Haemoclin 1000 LE
76001104	ZE2005-27-4 Beriate 500

76001105	ZE2005-27-5 Wilate 900
76001106	ZE2005-27-6 Kogenate 1000 LE
76001107	ZE2005-27-7 Helixate 1000
76001108	ZE2005-27-8 Helixate 500
76001109	ZE2005-27-9 Advate 1000 LE
76001110	ZE2005-27-10 Berinin 1200
76001111	ZE2005-27-11 Berinin 600
76001112	ZE2005-27-12 Faktor VII Immuno600
76001113	ZE2006-27-1 Benefix Faktor IX, 1000 IE
76001114	ZE2006-27-2 Fibrogammin 250
76001115	ZE2006-27-3 Fibrogammin 1250
76001116	ZE2006-43-1 Selektive Embolisation mit Metallspiralen, 1 Metallspirale, OPS 8-836.n1
76001117	ZE2006-43-2 Selektive Embolisation mit Metallspiralen, 2 Metallspiralen, OPS 8-836.n2
76001118	ZE2006-43-3 Selektive Embolisation mit Metallspiralen, 3 Metallspiralen, OPS 8-836.n3
76001119	ZE2006-43-4 Selektive Embolisation mit Metallspiralen, 4 Metallspiralen, OPS 8-836.n4
76001120	ZE2006-43-5 Selektive Embolisation mit Metallspiralen, 5 Metallspiralen, OPS 8-836.n5
76001121	ZE2006-43-6 Selektive Embolisation mit Metallspiralen, 6 Metallspiralen, OPS 8-836.n6
76001122	ZE2006-43-7 Selektive Embolisation mit Metallspiralen, 7 Metallspiralen, OPS 8-836.n7
76001123	ZE2006-43-8 Selektive Embolisation mit Metallspiralen, 8 Metallspiralen, OPS 8-836.n8
76001124	ZE2006-43-9 Selektive Embolisation mit Metallspiralen, 9 Metallspiralen, OPS 8-836.n9
76001125	ZE2006-43-10 Selektive Embolisation mit Metallspiralen, 10 Metallspiralen, OPS 8-836.na
76001126	ZE2006-43-11 Selektive Embolisation mit Metallspiralen, 11 Metallspiralen, OPS 8-836.nb
76001127	ZE2006-43-12 Selektive Embolisation mit Metallspiralen, 12 Metallspiralen, OPS 8-836.nc
76001128	ZE2006-43-13 Selektive Embolisation mit Metallspiralen, 13 Metallspiralen, OPS 8-836.nd
76001129	ZE2006-43-14 Selektive Embolisation mit Metallspiralen, 14 Metallspiralen, OPS 8-836.ne
76001130	ZE2006-43-15 Selektive Embolisation mit Metallspiralen, 15 Metallspiralen, OPS 8-836.nf
76001131	ZE2006-43-16 Selektive Embolisation mit Metallspiralen, 16 Metallspiralen, OPS 8-836.ng
76001132	ZE2006-43-17 Selektive Embolisation mit Metallspiralen, 17 Metallspiralen, OPS 8-836.nh
76001133	ZE2006-43-18 Selektive Embolisation mit Metallspiralen, 18 Metallspiralen, OPS 8-836.nj
76001134	ZE2006-43-19 Selektive Embolisation mit Metallspiralen, 19 Metallspiralen, OPS 8-836.nk
76001135	ZE2006-43-20 Selektive Embolisation mit Metallspiralen, 20 Metallspiralen, OPS 8-836.nm

76001136 ZE2006-43-21 Selektive Embolisation mit Metallspiralen, mehr als 20 Metallspiralen, OPS 8-836.nn

Hamburg

76002001 ZE23 Stentgraft-Prothesen zur Behandlung von Aortenaneurysmen, OPS 5-38a.0, .10, .11, .1x, .7, .8

76002002 ZE44 Medikamente freisetzende Koronarstents, OPS 8-837.m*

76002003 ZE30 Dialyse, OPS 8-854.1*, .x, .y, 8-853.** oder 8-855.**

76002004 ZE29 Künstlicher Blasenschließmuskel, OPS 5-597.0* oder .3*

76002005 ZE26 Ramus-Distraktoren, OPS 5-776.6, .7, .8, .9 oder 5-777.*1

76002006 ZE33 Extrakorporale Photopherese, OPS 8-824

76002007 ZE34 Plasmapherese, OPS 8-820

76002008 ZE35 Immunadsorption, OPS 8-821

76002009 ZE37 Zellapherese, OPS 8-823

76002010 ZE40 Versorgung von Schwerstbehinderten

76002011 ZE20 Tumorendoprothesen, OPS 5-829.c

76002012 ZE21 Beckenimplantate, OPS 5-785.2d, .3d oder .4d

76002013 ZE22 Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), OPS 5-376.20, .30, .40, .50, .60, .70 oder .80

76002014 ZE24 ECMO, OPS 8-852.0

76002015 ZE27 ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), OPS 5-028.0*, 5-029.4, 5-039.2*, .7, 5-059.0* oder .5

76002016 ZE39A Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren (Faktor VII, plasmatisch, je 50 Einheiten)

76002017 ZE39B Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren (Faktor VII, gentechnisch, je 60 kIE)

76002018 ZE39C Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren (Faktor VIII, plasmatisch, je 250 Einheiten)

76002019 ZE39D Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren (Faktor XIII, plasmatisch, je 250 Einheiten)

76002020 ZE39E Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren (Faktor VIII, gentechnisch, je 250 Einheiten)

76002021 ZE39F Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren (Faktor IX, plasmatisch, je 250 Einheiten)

76002022 ZE39G Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren (Faktor IX, plasmatisch, je 100 Einheiten)

76002023 ZE39H Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren (Aktiv. Prothrombin-Komplex, plasmatisch, je 250 Einheiten)

76002024 ZE39I Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren (Faktor II/VII/IX/X, plasmatisch, je 50 Einheiten)

76002025 ZE39J Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren (Fibrinogen, plasmatisch, je 250 Einheiten)

76002026 ZE39K Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren (Faktor IX, gentechnisch, je 50 Einheiten)

76002027 ZE39L Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren (Ceprotin, je 1000 Einheiten)

76002028 ZE39M Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren (Humanfibrinogen, 1g/50 ml)

76002029 ZE39N Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren (Faktor VIII+vWS, plasmatisch, je 250 Einheiten)

76002030	ZE41 Retransplantation von Organen während desselben stationären Aufenthaltes
76002031	ZE42 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen
76002032	ZE2005-27-1 Faktor VII, plasmatisch, je 50 Einheiten
76002033	ZE2005-27-2 Faktor VII, gentechnisch, je 60 kIE
76002034	ZE2005-27-3 Faktor VIII, plasmatisch, je 250 Einheiten
76002035	ZE2005-27-4 Faktor XIII, plasmatisch, je 250 Einheiten
76002036	ZE2005-27-5 Faktor VIII, gentechnisch, je 250 Einheiten
76002037	ZE2005-27-6 Faktor IX, plasmatisch, je 250 Einheiten
76002038	ZE2005-27-7 Faktor IX, plasmatisch, je 100 Einheiten
76002039	ZE2005-27-8 Aktiv, Prothrombin-Komplex, plasmatisch, je 250 Einheiten
76002040	ZE2005-27-9 Faktor II/VII/IX/X, plasmatisch, je 50 Einheiten
76002041	ZE2005-27-10 Fibrinogen, plasmatisch, je 250 Einheiten
76002042	ZE2005-27-11 Faktor IX, gentechnisch, je 50 Einheiten
76002043	ZE2005-27-12 Ceprotin, plasmatisch, je 1000 Einheiten
76002044	ZE2005-27-13 Humafibrinogen, 1g/50ml
76002045	ZE2005-27-14 Faktor VIII + vWS, plasmatisch, je 250 Einheiten
76002046	ZE2005-03-4 ECMO, Alter < 60 Tage, je Anwendung, Anwendungszeitraum: 10 Tage
76002047	ZE2006-46-1 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, vom Kaninchen oder Pferd, Lymphoglobulin – je angefangene 100 mg
76002048	ZE2006-46-2 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, vom Kaninchen oder Pferd, Thymoglobulin – je angefangene 25 mg
76002049	ZE2006-46-3 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, vom Kaninchen oder Pferd, ATG – je angefangene 200 mg

Niedersachsen

76003001	Faktor VII plasmatisch, z.B. Faktor VII STIM (je 250 Einheiten)
76003002	Faktor VII gentechnisch, z.B. Novoseven (je 60kIE)
76003003	Faktor VIII plasmatisch, z.B. Haemoctin, Profilate, Monoclate, Hemofil M, Beriate HS, Immunate, Haemate HS, Octanate (je 250 Einheiten)
76003004	Faktor VIII gentechnisch, z.B. Kogenate, Bioclate, Recombinate, Helixate (je 250 Einheiten)
76003005	Faktor VIII porcine, z.B. Hyate C (je 250 Einheiten)
76003006	Faktor IX plasmatisch, z.B. Berinin HS, Mononine, Immunine STIM plus, Alphanine, Octanine F (je 250 Einheiten)
76003007	Faktor IX gentechnisch, z. Benefix (je 250 Einheiten)
76003008	aktivierter Prothrombinkomplex, z.B. Geiba STIM 4, Autoplex T (je 250 Einheiten)
76003009	ZE30 Dialyse, OPS 8-854.1*, .x, .y, 8-855.** oder 8-857.*
76003010	ZE31 Hämotherapie, OPS 8-856
76003011	ZE34 Plasmapherese, OPS 8-820
76003012	ZE30D Dialyse (Hämofiltration), OPS 8-853.**
76003013	ZE20A Tumorendoprothesen, Hüfte, OPS 5-829.c
76003014	ZE20B Tumorendoprothesen, Knie, OPS 5-829c
76003015	ZE23B Stentgraft-Prothesen zur Behandlung von Aortenaneurysmen, OPS 5-38a.10
76003016	ZE30F Dialyse (Peritonealdialyse), OPS 8-857.*
76003017	ZE20 Tumorendoprothesen, OPS 5-829.c
76003018	ZE21C Beckenimplantate (Metallischer Knochenersatz), OPS 5-785.4d
76003023	ZE27D ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), OPS 5-039.7

76003024	ZE27E ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), OPS 5-059.0*
76003025	ZE27F ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), OPS 5-059.5
76003026	ZE28A Implantierbare Medikamentenpumpen, OPS 5-028.1*
76003027	ZE28B Implantierbare Medikamentenpumpen, OPS 5-028.4*
76003028	ZE30D Dialyse, OPS 8-853.**
76003029	ZE40 Versorgung von Schwerstbehinderten
76003030	ZE44 Medikamente freisetzende Koronarstents, OPS 8-837.m*
76003034	ZE30E Dialyse (Hämodiafiltration), OPS 8-855.0
76003035	ZE30G Dialyse (Peritonealdialyse), OPS 8-857.1
76003036	ZE27C ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation, OPS 5-039.2*
76003037	ZE26 Ramus-Distraktoren, OPS 5-776.6, .7, .8, .9 oder 5-777.*1
76003038	ZE27A ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Einzelelektrodensystem, OPS 5-028.0*
76003039	ZE30A Dialyse (Hämodialyse (CVVHD)), OPS 8-854.1*
76003040	ZE22A Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), extrakorporale Pumpe, univentrikulär, OPS 5-376.20
76003041	ZE22B Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), extrakorporale Pumpe, biventrikulär, OPS 5-376.30
76003042	ZE22F Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), parakorporale Pumpe, univentrikulär, OPS 5-376.70
76003043	ZE22G Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), parakorporale Pumpe, biventrikulär, OPS 5-376.80
76003044	ZE23E Stentgraft-Prothesen zur Behandlung von Aortenaneurysmen (Aorta thoracica), OPS 5-38a.7
76003045	ZE24 ECMO, OPS 8-852.0
76003046	ZE30H Dialyse (Hämodiafiltration), OPS 8-855.**
76003047	ZE33 Extrakorporale Photopherese, OPS 8-824
76003048	ZE37 Zellapherese, OPS 8-823
76003049	ZE41 Retransplantation von Organen während desselben stationären Aufenthaltes
76003050	ZE42 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen
76003051	ZE30C Dialyse (Hämodialyse, n.n.bez.), OPS 8-854.y
76003052	ZE21A Beckenimplantate (Keramischer Knochenersatz, Becken), OPS 5-785.2d
76003053	ZE21B Beckenimplantate (Keramischer Knochenersatz, resorbierbar, Becken), OPS 5-785.3d
76003054	ZE22E Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), OPS 5-376.60
76003055	ZE25 Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, OPS 5-020.62, .63, .64, .71, .72, 5-774.71, .72, 5-775.71 oder .72
76003056	ZE26A Ramus-Distraktoren, OPS 5-776.6
76003057	ZE26B Ramus-Distraktoren, OPS 5-776.7
76003058	ZE26C Ramus-Distraktoren, OPS 5-776.8
76003059	ZE27B ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), Neuroprothese, OPS 5-029.4
76003060	ZE27G ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), zur Stimulation des peripheren Nervensystems, OPS 5-059.00

76003061	ZE27H ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), zur Stimulation des peripheren Nervensystems, OPS 5-059.01
76003062	ZE30O Dialyse (CVVHD, kurz), OPS 8-854.10
76003063	ZE30I Dialyse (CVVHD, mittel), OPS 8-854.11
76003064	ZE30J Dialyse (CVVHD, lang), OPS 8-854.12
76003065	ZE30K Dialyse (CVVHD, kurz), OPS 8-853.20
76003066	ZE30L Dialyse (CVVHD, mittel), OPS 8-853.21
76003067	ZE30M Dialyse (CVVHD, lang), OPS 8-853.22
76003068	ZE30N Dialyse (Peritonealdialyse, intermittierend), OPS 8-857.0
76003069	ZE32 Leberersatztherapie, OPS 8-858
76003070	ZE35 Immunadsorption, OPS 8-821
76003071	ZE36 LDL-Apherese, OPS 8-822
76003072	ZE38 Isolierte Extremitätenperfusion, OPS 8-859
76003073	ZE41A Retransplantation von Organen während desselben stationären Aufenthaltes (Leber)
76003074	ZE41B Retransplantation von Organen während desselben stationären Aufenthaltes (Niere)
76003075	ZE42A Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen (Stammzellen Inland)
76003076	ZE42B Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen (Knochenmark Inland)
76003077	ZE42C Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen (Stammzellen/ Knochenmark Europa)
76003078	ZE42D Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen (Stammzellen/ Knochenmark außerhalb von Europa)
76003079	ZE22C Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), intrakorporale Pumpe, univentrikulär, OPS 5-376.40
76003080	ZE26D Ramus-Distraktoren, Verlagerung des Alveolarfortsatzes durch Distraction nach Osteotomie, OPS 5-776.9
76003081	ZE26E, Ramus-Distraktoren, Osteotomie zur Verlagerung des Mittelgesichts mit Distraction, OPS 5-777.*1
76003082	ZE30P Dialyse (Hämofiltration), OPS 8-853.0
76003083	ZE2005-25-1 Modulare Endoprothesen, Knie
76003084	ZE2005-25-2 Modulare Endoprothesen, andere Gelenke
76003085	ZE2005-35-1 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen (Stammzellen Inland)
76003086	ZE2005-35-2 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen (Knochenmark Inland)
76003087	ZE2005-35-3 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen (Stammzellen/ Knochenmark Europa)
76003088	ZE2005-35-4 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen (Stammzellen/ Knochenmark außerhalb von Europa)
76003089	ZE2006-46-1 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin vom Kaninchen, Gabe pro 25 mg Anti-HTLI vom Kaninchen
76003090	ZE2006-46-2 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin vom Pferd, Gabe pro 100 mg Anti-HTLI vom Pferd
76003091	ZE2006-46-3 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Prophylaxe, OPS 8-547.0
76003092	ZE2006-46-4 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Therapie GvHD (ALG), OPS 8-547.0

- 76003093 ZE2006-46-5 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Therapie (AA) (ALG), OPS 8-547.0
- 76003094 ZE2007-27-1 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren; Entgeltgruppe 9; nicht aktiviertes Protein C – z.B. CEPROTIN (je angefangene 500 Einheiten)

Bremen

- 76004001 ZE39 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren
- 76004003 ZE30 Dialyse, OPS 8-854.1*, .x, .y, 8-853.**, 8-855.** oder 8-857.*
- 76004004 ZE34 Plasmapherese, OPS 8-820
- 76004005 ZE35 Immunadsorption, OPS 8-821
- 76004006 ZE27 ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), OPS 5-028.0*, 5-029.4, 5-039.2*, .7, 5-059.0* oder .5

Nordrhein-Westfalen

- 76005001 Faktor VII S-TIM 4 je 50 Einheiten
- 76005002 NovoSeven VIIa je 60 kIE
- 76005003 Beriate HS, Haemate HS, Immunate STIM plus, Monoclote-P, Profilate, Hemofil M; je 250 Einheiten
- 76005004 Fibrogrammin je 250 Einheiten
- 76005005 Recombinate; Bioclote, Kogenate, Helixate; je 250 Einheiten
- 76005006 Monomine, Berinin; je 250 Einheiten
- 76005007 Immunine STIM plus je 100 Einheiten
- 76005008 Feiba S-TIM 4, Autoplex; je 250 Einheiten
- 76005009 Prothromplex S-TIM 4, Beriplex; je 250 Einheiten
- 76005010 Hämo-complettan HS je 1 g
- 76005011 Kybemin HS je 50 IE
- 76005012 Polyglobin, Intraglobin, Octagam; je 2,5 g/50 ml
- 76005013 Pentaglobin je 1 g / 20 ml
- 76005014 Endobulin je 1 g
- 76005015 Faktor X, gentechnisch, je 50 Einheiten
- 76005018 ZE44 Medikamente freisetzende Koronarstents, OPS 8-837.m*
- 76005020 ZE20 Tumorendoprothesen, OPS 5-829.c
- 76005021 ZE30A Dialyse (Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben, (CVVHD)), OPS 8-854-1*
- 76005022 ZE30B Dialyse (Hämodialyse, Sonstige), OPS 8-854.x
- 76005023 ZE30C Dialyse (Hämodialyse, N.n.bez.), OPS 8-854.y
- 76005024 ZE30D Dialyse (Hämodifiltration), OPS 8-853.**
- 76005025 ZE30E Dialyse (Hämodiafiltration), OPS 8-855.**
- 76005026 ZE30F Dialyse (Peritonealdialyse), OPS 8-857.*
- 76005027 ZE34 Plasmapherese, OPS 8-820
- 76005028 ZE35 Immunadsorption, OPS 8-821
- 76005029 ZE36 LDL-Apherese. OPS 8-822
- 76005030 ZE37 Zellapherese, OPS 8-823
- 76005031 ZE38 Isolierte Extremitätenperfusion, OPS 8-859
- 76005032 ZE27 ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), OPS 5-028.0*, 5-029.4, 5-039.2*, .7, 5-059.0* oder .5
- 76005033 ZE28 Implantierbare Medikamentenpumpen, OPS 5-028.1* oder 5-038.4*
- 76005034 ZE30 Dialyse, OPS 8-854.1*, .x, .y, 8-853.**, 8-855.** oder 8-857.*
- 76005035 ZE21 Beckenimplantate, OPS 5-785.2d, .3d oder .4d

76005042	ZE24 ECMO, OPS 8-852.0
76005043	ZE25A Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, OPS 5-020.62
76005044	ZE25B Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, OPS 5-020.63
76005045	ZE25C Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, OPS 5-020.64
76005046	ZE25D Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, OPS 5-020.71
76005047	ZE25E Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, OPS 5-020.72
76005048	ZE25F Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, OPS 5-774.71
76005049	ZE25G Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, OPS 5-774.72
76005050	ZE25H Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, OPS 5-775.71
76005051	ZE25I Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, OPS 5-775.72
76005052	Ramus-Distraktoren, OPS 5-776.6, .7, .8, .9 oder 5-777.*1
76005053	ZE27A ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Einzelelektrodensystem, OPS 5-028.00
76005054	ZE27B ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, OPS 5-028.01
76005055	ZE27C ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), Implantation einer Neuroprothese, Einzelelektrodensystem, OPS 5-029.4
76005056	ZE27D ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation, Einzelelektrodensystem, OPS 5-039.20
76005057	ZE27E ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation, Mehrelektrodensystem, OPS 5-039.21
76005058	ZE27F ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Vorderwurzelstimulation, OPS 5-039.7
76005059	ZE27G ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einzelelektrodensystem, OPS 5-059.00
76005060	ZE27H ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrelektrodensystem, OPS 5-059.01
76005061	ZE27I ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), Implantation einer peripheren Neuroprothese, OPS 5-029.5
76005062	ZE28A Implantierbare Medikamentenpumpen (Implantation oder Wechsel einer Medikamentenpumpe zur intraventrikulären Infusion), OPS 5-028.1*
76005063	ZE28B Implantierbare Medikamentenpumpen (Implantation oder Wechsel einer Medikamentenpumpe zur intrathekalen und epiduralen Infusion), OPS 5-038.4*
76005065	ZE31 Hämoperfusion, OPS 8-856

76005066	ZE32 Leberersatztherapie, OPS 8-858
76005067	ZE33 Extrakorporale Photopherese, OPS 8-824
76005068	ZE44A Medikamente freisetzende Koronarstents, OPS 8-837.m0
76005069	ZE44B Medikamente freisetzende Koronarstents, OPS 8-837.m1
76005070	ZE44C Medikamente freisetzende Koronarstents, OPS 8-837.m2
76005071	ZE44D Medikamente freisetzende Koronarstents, OPS 8-837.m3
76005072	ZE44E Medikamente freisetzende Koronarstents, OPS 8-837.m4
76005073	ZE30G Dialyse, OPS 8-854.x, .y, 8-853.0, .x, .y, 8-855.0, .x, .y oder 8-857.*
76005074	ZE30H Dialyse (kontinuierlich, bis 3 Tage), OPS 8-854.10, 8-853.20 oder 8-855.20
76005075	ZE30I Dialyse (kontinuierlich, 4 bis 11Tage), OPS 8-854.11, 8-853.21 oder 8-855.21
76005076	ZE30J Dialyse (kontinuierlich, mehr als 11 Tage), OPS 8-854.12, 8-853.22 oder 8-855.22
76005077	ZE30K Dialyse, OPS 8-853.20, .21, .22, 8-854-10, .11 oder .12
76005078	ZE30L Dialyse, OPS 8-855.20, .21 oder .22
76005079	ZE30M Dialyse, OPS 8-855.0
76005080	ZE30N Dialyse, OPS 8-853.0
76005082	ZE42A Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, Deutschland
76005083	ZE42B Fremdbezug von Knochenmark, Deutschland
76005084	ZE42C Fremdbezug von Stammzellen/Knochenmark, Europa
76005085	ZE42D Fremdbezug von Stammzellen/Knochenmark, außereuropäisch
76005086	ZE30O Dialyse (kontinuierliche Dialyseverfahren, venovenös oder arteriovenös, pumpengetrieben, Behandlungsdauer 0–3 Tage), OPS 8-853.10, .20, 8-854.10, 8-855.10 oder .20
76005087	ZE30P Dialyse (kontinuierliche Dialyseverfahren, venovenös oder arteriovenös, pumpengetrieben, Behandlungsdauer 4–11 Tage), OPS 8-853.11, .21, 8-854.11, 8-855.11 oder .21
76005088	ZE30Q Dialyse (kontinuierliche Dialyseverfahren, venovenös oder arteriovenös, pumpengetrieben, Behandlungsdauer >11 Tage), OPS 8-853.12, .22, 8-854.12, 8-855.12 oder .22
76005089	ZE30R Dialyse (Peritonealdialyse), OPS 8-857.1
76005090	ZE30S Dialyse (Peritonealdialyse), OPS 8-857.0 oder .2
76005091	ZE30T Dialyse (Hämofiltration), OPS 8-853.0 oder 8-855.0
76005092	ZE40 Versorgung von Schwerstbehinderten
76005093	ZE22A Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), OPS 5-376.20
76005094	ZE22B Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), OPS 5-376.30
76005095	ZE22C Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), OPS 5-376.40
76005096	ZE22D Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), OPS 5-376.50
76005097	ZE22E Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), OPS 5-376.60
76005098	ZE22F Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), OPS 5-376.70

76005099	ZE22G Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), OPS 5-376.80
76005101	ZE26A Ramus-Distraktoren, OPS 5-776.6
76005102	ZE26B Ramus-Distraktoren, OPS 5-776.7
76005103	ZE26C Ramus-Distraktoren, OPS 5-776.8
76005104	ZE26D Ramus-Distraktoren, OPS 5-776.9
76005105	ZE26E Ramus-Distraktoren, OPS 5-777.*1
76005106	ZE41 Retransplantation von Organen während desselben stationären Aufenthaltes
76005107	ZE25J Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, OPS 5-020.62, .63, .64, .71 oder .72
76005110	ZE27J ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), Wechsel eines Neurostimulators, OPS 5-039.2* oder 5-059.0*
76005111	ZE42E Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen (Europa und USA)
76005112	ZE30U Dialyse (Hämofiltration oder Hämodiafiltration), OPS 8-853.** oder 8-855.**
76005113	ZE30V Dialyse, OPS 8-853.10
76005114	ZE30W Dialyse, OPS 8-853.11
76005115	ZE30X Dialyse, OPS 8-853.12
76005116	ZE30Y Dialyse, OPS 8-853.20
76005117	ZE30Z Dialyse, OPS 8-853.21
76005118	ZE30AA Dialyse, OPS 8-853.22
76005119	ZE30AB Dialyse, OPS 8-854.11
76005120	ZE30AC Dialyse, OPS 8-854.12
76005121	ZE30AD Dialyse, OPS 8-855.10
76005122	ZE30AE Dialyse, OPS 8-855.11
76005123	ZE30AG Dialyse, OPS 8-855.20
76005124	ZE30AH Dialyse, OPS 8-855.21
76005125	ZE24A ECMO (Verweildauer der ECMO-Behandlung <=8 Tage), OPS 8-852.0
76005126	ZE24B ECMO (Verweildauer der ECMO-Behandlung >8 Tage), OPS 8-852.0
76005127	ZE30AI Dialyse (je angefangene 24 Stunden), OPS 8-853.**, 8-854.1*, .x, .y oder 8-857.*
76005128	ZE2005-35-1 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, Stammzellen Deutschland
76005129	ZE2005-35-2 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, Knochenmark Deutschland
76005130	ZE2005-35-3 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, Stammzellen Europa
76005131	ZE2005-35-4 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, Stammzellen außereuropäisch
76005132	ZE2005-36-1 Versorgung von Schwerstbehinderten in der Pädiatrie
76005133	ZE2005-36-2 Versorgung von Schwerstbehinderten, orthopädische beidseitige oder mehrtägige OP bei Kindern
76005134	ZE2005-27-1 Faktor VII, plasmatisch, je 50 Einheiten
76005135	ZE2005-27-2 Faktor VII, gentechnisch, je 60 kIE
76005136	ZE2005-27-3 Faktor VIII, plasmatisch, je 250 Einheiten
76005137	ZE2005-27-4 Faktor XIII, plasmatisch, je 250 Einheiten
76005138	ZE2005-27-5 Faktor VIII, gentechnisch, je 250 Einheiten
76005139	ZE2005-27-6 Faktor IX, plasmatisch, je 250 Einheiten

76005140	ZE2005-27-7 Faktor IX, plasmatisch, je 100 Einheiten
76005141	ZE2005-27-8 Faktor II/VII/IX/X, plasmatisch, je 50 Einheiten
76005142	ZE2005-27-9 Humanfibrinogen, 1g/50ml
76005143	ZE2005-27-10 Faktor VIII + vWS, plasmatisch, je 250 Einheiten
76005144	ZE2005-27-11 Immunine STIM plus (je 250 Einheiten)
76005145	ZE2005-27-12 Immunate (Faktor VIII STIM 3) (je 250 Einheiten)
76005146	ZE2005-27-13 Faktor VIII–Inhibitor je 250 Einheiten
76005147	ZE2005-27-14 Faktor IX, gentechnisch je 50 Einheiten
76005148	ZE2005-27-15 Immunglobulin M/G/A je 1 Gramm/20ml
76005149	ZE2005-27-16 Immunglobulin G Human je 1 Gramm
76005150	ZE2006-27-1 Faktor IX/II/X/XIV je 50 Einheiten
76005151	ZE2006-27-2 Antithrombin III je 50 Einheiten
76005152	ZE2006-27-3 Immunglobulin G Human je 2,5 g/50 ml
76005153	ZE2006-27-4 Faktor I, Haemocomplettan HS (plasmatisch) je 1g
76005154	ZE2006-27-5 Faktor VII, S TIM 4 (plasmatisch) je 50 E
76005155	ZE2006-27-6 Faktor VIIa, Novo Seven (gentechnisch) je 60 KIE
76005156	ZE2006-27-7 Faktor VIII, Advate (gentechnisch) je 250 E
76005157	ZE2006-27-8 Faktor VIII, Haemate HS (plasmatisch) je 250 E
76005158	ZE2006-27-9 Faktor VIII, Recombinate (gentechnisch) je 250 E
76005159	ZE2006-27-10 Faktor VIII, Feiba S TIM (plasmatisch) je 250 E
76005160	ZE2006-27-11 Faktor VIII, Beriate P (plasmatisch) je 250 E
76005161	ZE2006-27-12 Faktor VIII, Kogenate (gentechnisch) je 250 E
76005162	ZE2006-27-13 Faktor VIII, Immunate S TIM Plus je 250 E
76005163	ZE2006-27-14 Faktor IX, Berinin HS (plasmatisch) je 100 E
76005164	ZE2006-27-15 Faktor VIII, Fibrogammin (plasmatisch) je 250 E
76005165	ZE2006-27-16 Faktor II / VII / IX / X, PPSB (plasmatisch) je 50 E
76005166	ZE2006-27-17 Antithrombin III (plasmatisch) je 50 E
76005167	ZE2006-27-18 Endobulin (plasmatisch) je 1g
76005168	ZE2006-43-1 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 1 Metallspirale, OPS 8-836.m* in Kombination mit .n1
76005169	ZE2006-43-2 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 2 Metallspiralen, OPS 8-836.m* in Kombination mit .n2
76005170	ZE2006-43-3 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 3 Metallspiralen, OPS 8-836.m* in Kombination mit .n3
76005171	ZE2006-43-4 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 4 Metallspiralen, OPS 8-836.m* in Kombination mit .n4
76005172	ZE2006-43-5 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 5 Metallspiralen, OPS 8-836.m* in Kombination mit .n5
76005173	ZE2006-43-6 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 6 Metallspiralen, OPS 8-836.m* in Kombination mit .n6
76005174	ZE2006-43-7 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 7 Metallspiralen, OPS 8-836.m* in Kombination mit .n7
76005175	ZE2006-43-8 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 8 Metallspiralen, OPS 8-836.m* in Kombination mit .n8
76005176	ZE2006-43-9 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 9 Metallspiralen, OPS 8-836.m* in Kombination mit .n9
76005177	ZE2006-43-10 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 10 Metallspiralen, OPS 8-836.m* in Kombination mit .na
76005178	ZE2006-43-11 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 11 Metallspiralen, OPS 8-836.m* in Kombination mit .nb

76005179	ZE2006-43-12 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 12 Metallspiralen, OPS 8-836.m* in Kombination mit .nc
76005180	ZE2006-43-13 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 13 Metallspiralen, OPS 8-836.m* in Kombination mit .nd
76005181	ZE2006-43-14 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 14 Metallspiralen, OPS 8-836.m* in Kombination mit .ne
76005182	ZE2006-43-15 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 15 Metallspiralen, OPS 8-836.m* in Kombination mit .nf
76005183	ZE2006-43-16 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 16 Metallspiralen, OPS 8-836.m* in Kombination mit .ng
76005184	ZE2006-43-17 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 17 Metallspiralen, OPS 8-836.m* in Kombination mit .nh
76005185	ZE2006-43-18 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 18 Metallspiralen, OPS 8-836.m* in Kombination mit .nj
76005186	ZE2006-43-19 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 19 Metallspiralen, OPS 8-836.m* in Kombination mit .nk
76005187	ZE2006-43-20 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 20 und mehr Metallspiralen, OPS 8-836.m* in Kombination mit .nm
76005188	ZE2006-46-1 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 300 bis unter 621 mg
76005189	ZE2006-46-2 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 621 bis unter 1.141 mg
76005190	ZE2006-46-3 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 1.141 bis unter 1.735 mg
76005191	ZE2006-46-4 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 1.735 bis unter 2.256 mg
76005192	ZE2006-46-5 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 2.256 bis unter 2.774 mg
76005193	ZE2006-46-6 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 2.774 bis unter 3.394 mg
76005194	ZE2006-46-7 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 3.394 bis unter 3.897 mg
76005195	ZE2006-46-8 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 3.897 bis unter 4.152 mg
76005196	ZE2006-46-9 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 4.152 bis unter 4.775 mg
76005197	ZE2006-46-10 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 4.775 bis unter 8.071 mg
76005198	ZE2006-46-11 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 8.071 mg und mehr
76005199	ZE2006-46-12 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 50 - 150 mg
76005200	ZE2006-46-13 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 300 mg bis unter 600 mg
76005201	ZE2006-46-14 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 600 mg bis unter 1200 mg
76005202	ZE2006-46-15 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 1200 mg bis unter 1800 mg
76005203	ZE2006-46-16 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 1800 mg bis unter 2400 mg

76005204	ZE2006-46-17 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 2400 mg bis unter 3000 mg
76005205	ZE2006-46-18 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 3000 mg bis unter 3600 mg
76005206	ZE2006-46-19 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 3600 mg bis unter 4200 mg
76005207	ZE2006-46-20 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 4200 mg bis unter 4800 mg
76005208	ZE2006-46-21 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 4800 mg bis unter 5400 mg
76005209	ZE2006-46-22 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 5400 mg bis unter 6000 mg
76005210	ZE2006-46-23 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 6000 mg bis unter 6600 mg
76005211	ZE2006-46-24 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 6600 mg bis unter 7200 mg
76005212	ZE2006-46-25 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, mehr als 7200 mg

Hessen

76006001	Feiba STIM 4 (je 250 Einheiten)
76006004	Novoseven (je 60 KIE)
76006005	Octanyne (je 250 Einheiten)
76006006	Octanate (je 250 Einheiten)
76006007	Berinin HS (je 250 Einheiten)
76006008	Alphanine Faktor IX (je 250 Einheiten)
76006009	Mononine (je 250 Einheiten)
76006010	Immunine STIM plus (je 250 Einheiten)
76006012	Faktor VIII SDH Intersero (je 250 Einheiten)
76006013	Immunate (Faktor VIII STIM 3) (je 250 Einheiten)
76006014	Monoclate (je 250 Einheiten)
76006015	Helixate (je 250 Einheiten)
76006016	Profilate (Alpha Faktor VIII) (je 250 Einheiten)
76006017	Beriate HS (je 250 Einheiten)
76006018	Haemoctin (Faktor VIII SDH) (je 250 Einheiten)
76006019	Haemate HS (je 250 Einheiten)
76006020	Bioclate (je 250 Einheiten)
76006021	Kogenate (je 250 Einheiten)
76006022	Recombinat (je 250 Einheiten)
76006023	Faktor VII STIM 4 (je 250 Einheiten)
76006024	ReFacto (je 250 Einheiten)
76006025	Helixate NexGen (je 250 Einheiten)
76006026	Kogenate Bayer Recombinant Coagulation Faktor VIII (je 250 Einheiten)
76006027	Benefix (je 250 Einheiten)
76006028	Fanhdi (je 250 Einheiten)
76006031	ZE22 Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), OPS 5-376.20, .30, .40, .50, .60, .70 oder .80
76006033	ZE24 ECMO, OPS 8-852.0
76006034	ZE25 Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, OPS 5-020.62, .63, .64, .71, .72, 5-774.71, .72, 5-775.71 oder .72

76006035	ZE26 Ramus-Distraktoren, OPS 5-776.6, .7, .8, .9 oder 5-777.*1
76006036	ZE27 ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), OPS 5-028.0*, 5-029-4, 5-039.2*, .7, 5-059.0* oder .5
76006037	ZE28 Implantierbare Medikamentenpumpen, OPS 5-028.1* oder 5-038.4*
76006039	ZE30 Dialyse, OPS 8-854.1*, .x, .y, 8-853.**, 8-855.** oder 8-857.*
76006040	ZE31 Hämo-perfusion, OPS 8-856
76006041	ZE32 Leberersatztherapie, OPS 8-858
76006042	ZE33 Extrakorporale Photopherese, OPS 8-824
76006043	ZE34 Plasmapherese, OPS 8-820
76006044	ZE35 Immunadsorption, OPS 8-821
76006045	ZE36 LDL-Apherese, OPS 8-822
76006046	ZE37 Zellapherese, OPS 8-823
76006047	ZE38 Isolierte Extremitätenperfusion, OPS 8-859
76006050	ZE41 Retransplantation von Organen während desselben stationären Aufenthaltes
76006051	ZE42 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen
76006052	ZE43 Zwerchfellschrittmacher, OPS 5-347.6
76006053	ZE44 Medikamente freisetzende Koronarstents, OPS 8-837.m*
76006054	ZE21 Beckenimplantate, OPS 5-785.2d oder .4d
76006055	ZE44A Medikamente freisetzende Koronarstents (einfach), OPS 8-837.m*
76006056	ZE44B Medikamente freisetzende Koronarstents (zweifach), OPS 8-837.m*
76006061	ZE44C Medikamente freisetzende Koronarstents, OPS 8-837.m0
76006062	ZE44D Medikamente freisetzende Koronarstents, OPS 8-837.m1
76006063	ZE44E Medikamente freisetzende Koronarstents, OPS 8-837.m2
76006064	ZE44F Medikamente freisetzende Koronarstents, OPS 8-837.m3
76006065	ZE44G Medikamente freisetzende Koronarstents, OPS 8-837.m4
76006066	ZE30A Dialyse (Hämodialyse, 0–3 Tage), OPS 8-854.10
76006067	ZE30B Dialyse (Hämodialyse, 4–11 Tage), OPS 8-854.11
76006068	ZE30C Dialyse (Peritonealdialyse, 0–3 Tage), OPS 8-857.*
76006074	ZE30G Dialyse (Hämodialyse, kontinuierlich (CVVHD), >11 Tage), OPS 8-854.12
76006075	ZE30H Dialyse (Hämo-filtration, intermittierend), OPS 8-853.0
76006076	ZE30I Dialyse (Hämo-filtration, kontinuierlich (CVVH), 0–3 Tage), OPS 8-853.20
76006077	ZE30J Dialyse (Hämo-filtration, kontinuierlich (CVVH), 4–11 Tage), OPS 8-853.21
76006078	ZE30K Dialyse (Hämo-filtration, intermittierend), OPS 8-855.0
76006079	ZE30L Dialyse (Hämodiafiltration, kontinuierlich (CVVHDF), 0–3 Tage), OPS 8-855.20
76006080	ZE30M Dialyse (Hämodiafiltration, kontinuierlich (CVVHDF), 4–11 Tage), OPS 8-855.21
76006081	ZE30N Dialyse (Hämodiafiltration, kontinuierlich (CVVHDF), >11 Tage), OPS 8-855.22
76006082	ZE30O Dialyse (Peritonealdialyse, kontinuierlich (CAPD)), OPS 8-857.1
76006083	ZE44H Medikamente freisetzende Koronarstents (2 Stents), OPS 8-837.m1 oder .m2
76006084	ZE44I Medikamente freisetzende Koronarstents (3 oder mehr Stents), OPS 8-837.m3 oder .m4
76006085	ZE30P Dialyse (Hämo-filtration), OPS 8-853.2*

76006086	ZE30Q Dialys (Hämodialyse, kontinuierlich, pumpengetrieben (CVVHD)), OPS 8-854.1*
76006087	ZE30R Dialyse (Hämodialyse, Sonstige), OPs 8-854.x
76006088	ZE30S Dialyse (Hämodialyse, n.n.bez.), OPS 8-854.y
76006089	ZE2005-27-1 Feiba STIM 4 (je 250 Einheiten)
76006091	ZE2005-27-3 Octanyne (je 250 Einheiten)
76006092	ZE2005-27-4 Octanate (je 250 Einheiten)
76006093	ZE2005-27-5 Berinin HS (je 250 Einheiten)
76006094	ZE2005-27-6 Alphanine Faktor IX (je 250 Einheiten)
76006095	ZE2005-27-7 Mononine (je 250 Einheiten)
76006096	ZE2005-27-8 Immunine STIM plus (je 250 Einheiten)
76006097	ZE2005-27-9 Faktor VIII SDH Intersero (je 250 Einheiten)
76006098	ZE2005-27-10 Immunate (Faktor VIII STIM 3, je 250 Einheiten)
76006102	ZE2005-27-14 Beriate HS (je 250 Einheiten)
76006103	ZE2005-27-15 Haemoctin (Faktor VIII SDH, je 250 Einheiten)
76006104	ZE2005-27-16 Haemate HS (je 250 Einheiten)
76006107	ZE2005-27-19 Recombinate (je 250 Einheiten)
76006109	ZE2005-27-21 ReFacto (je 250 Einheiten)
76006110	ZE2005-27-22 Helixate NexGen (je 250 Einheiten)
76006111	ZE2005-27-23 Kogenate Bayer Recombinant Coagulation Faktor VIII (je 250 Einheiten)
76006112	ZE2005-27-24 Benefix (je 250 Einheiten)
76006113	ZE2005-27-25 Fanhdi (je 250 Einheiten)
76006114	ZE2005-27-26 Wilate
76006115	ZE2005-27-27 Advate
76006116	ZE2005-25-1 Modulare Endoprothesen (Totale Endoprothese), OPS 5-829.d
76006117	ZE2005-25-2 Modulare Endoprothesen (Hüfte), OPS 5-829.d
76006118	ZE2005-25-3 Modulare Endoprothesen (Knie), OPS 5-829.d
76006119	ZE2005-25-4 Modulare Endoprothesen (Schulter), OPS 5-829.d
76006120	ZE2005-25-5 Modulare Endoprothesen (Oberes Sprunggelenk), OPS 5-829.d
76006121	ZE2005-35-1 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, Stammzellen Deutschland, mit Personal-, ohne Transportkosten
76006122	ZE2005-35-2 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, Knochenmark Deutschland, mit Personal-, ohne Transportkosten
76006123	ZE2005-35-3 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, Stammzellen/Knochenmark Europa, mit Personal-, ohne Transportkosten
76006124	ZE2005-35-4 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, Stammzellen/Knochenmark außerhalb von Europa, mit Personal-, ohne Transportkosten
76006125	ZE2006-36-1 Versorgung von Schwerstbehinderten, 1–7 BT
76006126	ZE2006-36-2 Versorgung von Schwerstbehinderten, 8–14 BT
76006127	ZE2006-36-3 Versorgung von Schwerstbehinderten, >14 BT
76006128	ZE2006-43-1 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation; OPS 8836.m6 oder .m8 in Verbindung mit n1
76006129	ZE2006-43-2 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation; OPS 8-836.m6 oder .m8 in Verbindung mit n2
76006130	ZE2006-43-3 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation; OPS 8-836.m6 oder .m8 in Verbindung mit n3

76006131	ZE2006-43-4 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation; OPS 8-836.m6 oder .m8 in Verbindung mit n4
76006132	ZE2006-43-5 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation; OPS 8-836.m6 oder .m8 in Verbindung mit n5
76006133	ZE2006-43-6 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation; OPS 8-836.m6 oder .m8 in Verbindung mit n6
76006134	ZE2006-43-7 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation; OPS 8-836.m6 oder .m8 in Verbindung mit n7
76006135	ZE2006-43-8 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation; OPS 8-836.m6 oder .m8 in Verbindung mit n8
76006136	ZE2006-43-9 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation; OPS 8-836.m6 oder .m8 in Verbindung mit n9
76006137	ZE2006-43-10 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation; OPS 8-836.m6 oder .m8 in Verbindung mit na
76006138	ZE2006-43-11 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation; OPS 8-836.m6 oder .m8 in Verbindung mit nb
76006139	ZE2006-43-12 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation; OPS 8-836.m6 oder .m8 in Verbindung mit nk
76006140	ZE2006-46-1 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, sonstige pro 25 mg
76006141	ZE2006-46-2 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, pro 100 mg
76006142	ZE2006-03-1 ECMO, Frühgeborene; OPS 8-852.00
76006143	ZE2006-03-2 ECMO, Frühgeborene; OPS 8-852.01
76006144	ZE2006-03-3 ECMO, Frühgeborene; OPS 8-852.02
76006145	ZE2006-06 Neuroprothesen, Neurostimulatoren zur Vorderwurzelstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems; OPS 5-059.0*
76006146	ZE2008-27-1 Berinert 500 P (je 500 Einheiten)
76006147	ZE2008-27-2 Ceprotin (je 250 Einheiten)
76006148	ZE2008-27-3 Immuseven VII (je 250 Einheiten)
76006149	ZE2008-27-4 Novoseven, Hämophilizentrum Frankfurt (je 60 KIE)
76006150	ZE2008-27-5 Faktor IX SDN (je 250 Einheiten)
76006151	ZE2008-27-6 Octanine F (je 250 Einheiten)
76006152	ZE2008-27-7 Fibrogammin P (je 250 Einheiten)
76006153	ZE2008-27-8 Octaplas (je 200 ml)

Rheinland-Pfalz

76007001	ZE20 Tumorendoprothesen, OPS 5-89.c
76007002	ZE21 Beckenimplantate, OPS 5-785.2d oder .4d
76007003	ZE22C Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“, Intrakorporale Pumpe, univentrikulär), OPS 5-376.40
76007004	ZE22F Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“, Parakorporale Pumpe, univentrikulär), OPS 5-376.70
76007005	ZE23A Stentgraft-Prothesen zur Behandlung von Aortenaneurysmen, OPS 5-38a.0, .10, .11, .1x oder .8
76007006	ZE23E Stentgraft-Prothesen zur Behandlung von Aortenaneurysmen (Aorta thoracica), OPS 5-38a.7
76007007	ZE24A ECMO (<60 Tage), OPS 8-852.0
76007008	ZE24A ECMO (>59 Tage), OPS 8.852.0
76007009	ZE26A Ramus-Distraktoren, OPS 5-776.6, .7, .8, .9

76006010	ZE26E Ramus-Distraktoren (Osteotomie zur Verlagerung des Mittelgesichtes, mit Distraction), OPS 5-777.*1
76007011	ZE27A ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), OPS 5-028.01
76007012	ZE27B ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), OPS 5-028.02
76007013	ZE27C ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), OPS 5-039.20
76007014	ZE27D ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), OPS 5-059.00
76007015	ZE27E ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), OPS 5-059.01
76006016	ZE28A Implantierbare Medikamentenpumpen, OPS 5-028.1*
76006017	ZE28B Implantierbare Medikamentenpumpen, OPS 5-038.4*
76007018	ZE29 Künstlicher Blasenschließmuskel, OPS 5-597.0* oder .3*
76007019	ZE30A Dialyse (Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben CVVHD), 4 bis 11 Tage), OPS 8-854.11
76007020	ZE30B Dialyse (Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben CVVHD), 0 bis 3 Tage), OPS 8-854.10
76007021	ZE30C Dialyse (Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben CVVHD), >11 Tage), OPS 8-854.12
76007022	ZE30D Dialyse (Hämodifiltration), OPS 8.853.**
76007023	ZE30E Dialyse (Hämodiafiltration), OPS 8-855.**
76007024	ZE30F Dialyse (Peritonealdialyse), OPS 8-857.*
76007025	ZE31 Hämo-perfusion, OPS 8-856
76007026	ZE32 Leberersatztherapie, OPS 8-858
76007027	ZE34 Plasmapherese, OPS 8-820
76007028	ZE35 Immunadsorption, OPS 8-821
76007029	ZE37 Zellapherese, OPS 8-823
76007030	ZE38 Isolierte Extremitätenperfusion, OPS 8-859
76007031	ZE39A Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren (Faktor VIII aus Plasma)
76007032	ZE39B Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren (Faktor VIII gentechnisch hergestellt)
76007033	ZE39C Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren (Faktor IX aus Plasma)
76007034	ZE39D Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren (Aktivierter Faktor VII)
76007035	ZE39E Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren (Faktor VIII Inhibiting)
76007036	ZE44 Medikamente freisetzende Koronarstents (1,5), OPS 8-837.m*
76007037	ZE36 LDL-Apherese, OPS 8-822
76007038	ZE40 Versorgung von Schwerstbehinderten
76007039	ZE2005-35-1 Fremdbezug von hämotopoetischen Stammzellen, aus Deutschland
76007040	ZE2005-35-2 Fremdbezug von hämotopoetischen Stammzellen, außerhalb Europas
76007041	ZE2006-46-1 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, ATG, OPS 8-547.**
76007042	ZE2006-46-2 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Thymoglobulin, OPS 8-547.**
76007043	ZE2006-46-3 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Lymphoglobulin, OPS 8-547.**
76007044	ZE2006-08-1 Sonstige Dialyse; OPS 8-853.0, 8-857.0, .10, .20
76007045	ZE2006-08-2 Sonstige Dialyse; OPS 8-853.1*, .2*, .x, .y, 8-854.1*, .x, .y, 8-855.1*, .2*, .x, .y, 8-857.11 - .15, .21 - .25, .x, .y

76007046	ZE2006-35-3 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen; OPS: 5-411.2*; 5-411.3*; 5-411.4*; 5-411.5*; 8-805.2*; 8-805.3*; 8-805.4*; 8-805.5*
76007047	ZE2006-43-1 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation; OPS: 8-836.m* in Verbindung mit 8-836.n1
76007048	ZE2006-43-2 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation; OPS: 8-836.m* in Verbindung mit 8-836.n2
76007049	ZE2006-43-3 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation; OPS: 8-836.m* in Verbindung mit 8-836.n3
76007050	ZE2006-43-4 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation; OPS: 8-836.m* in Verbindung mit 8-836.n4
76007051	ZE2006-43-5 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation; OPS: 8-836.m* in Verbindung mit 8-836.n5
76007052	ZE2006-43-6 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation; OPS: 8-836.m* in Verbindung mit 8-836.n6
76007053	ZE2006-43-7 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation; OPS: 8-836.m* in Verbindung mit 8-836.n7
76007054	ZE2006-43-8 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation; OPS: 8-836.m* in Verbindung mit 8-836.n8
76007055	ZE2006-43-9 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation; OPS: 8-836.m* in Verbindung mit 8-836.n9
76007056	ZE2006-43-10 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation; OPS: 8-836.m* in Verbindung mit 8-836.na
76007057	ZE2006-43-11 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation; OPS: 8-836.m* in Verbindung mit 8-836.nb
76007058	ZE2006-43-12 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation; OPS: 8-836.m* in Verbindung mit 8-836.nc
76007059	ZE2006-43-13 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation; OPS: 8-836.m* in Verbindung mit 8-836.nd
76007060	ZE2006-43-14 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation; OPS: 8-836.m* in Verbindung mit 8-836.ne
76007061	ZE2006-43-15 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation; OPS: 8-836.m* in Verbindung mit 8-836.nf
76007062	ZE2006-43-16 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation; OPS: 8-836.m* in Verbindung mit 8-836.ng
76007063	ZE2006-43-17 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation; OPS: 8-836.m* in Verbindung mit 8-836.nh
76007064	ZE2006-43-18 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation; OPS: 8-836.m* in Verbindung mit 8-836.nj
76007065	ZE2006-43-19 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation; OPS: 8-836.m* in Verbindung mit 8-836.nk
76007066	ZE2006-43-20 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation; OPS: 8-836.m* in Verbindung mit 8-836.nm
76007067	ZE2006-43-21 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation; OPS: 8-836.m* in Verbindung mit 8-836.nn
76007068	ZE2006-27-1 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Hämate 1000 Einheiten
76007069	ZE2006-27-2 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Novo Seven 1000 Einheiten

Baden-Württemberg

76008001	Gruppe 1: Faktor VII plasmatisch, je internationaler Einheit (IE)
76008002	Gruppe 2: Faktor VII gentechnisch, je Tausend internationaler Einheit (kIE)
76008003	Gruppe 3: Faktor III plasmatisch, je internationaler Einheit (IE)
76008004	Gruppe 4: Faktor III gentechnisch, je internationaler Einheit (IE)
76008005	Gruppe 5: Faktor XIII, je internationaler Einheit (IE)
76008006	Gruppe 6: Faktor IX plasmatisch, je internationaler Einheit (IE)
76008007	Gruppe 7: Faktor IX gentechnisch, je internationaler Einheit (IE)
76008008	Gruppe 8: aktivierter Prothrombin Komplex, je internationaler Einheit (IE)
76008009	Gruppe 9: Prothrombin Komplex, je internationaler Einheit (IE)
76008010	Gruppe 10: Fibrinogen-Konzentrate, je Gramm
76008011	ZE30 Dialyse, OPS 8-854.1*, .x, .y, 8-853.**, 8-855.** oder 8-857.*
76008012	ZE34 Plasmapherese, OPS 8-820
76008013	ZE31 Hämo-perfusion, OPS 8-856
76008014	ZE32 Leberersatztherapie, OPS 8-858
76008015	ZE35 Immunadsorption, OPS 8-821
76008016	ZE36 LDL-Apherese, OPS 8-822
76008017	ZE37 Zellapherese, OPS 8-823
76008020	ZE28 Implanierbare Medikamentenpumpen, OPS 5-028,1* oder 5-038.4*
76008021	ZE44 Medikamente freisetzende Koronarstents (1,5), OPS 8-837.m*
76008023	ZE30E Dialyse (Hämodiafiltration), OPS 8-855.**
76008026	ZE22C Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“, Intrakorporale Pumpe, univentrikulär), OPS 5-376.40
76008027	ZE22G Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“, Parakorporale Pumpe, biventrikulär), OPS 5-376.80
76008030	ZE30A Dialyse (Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben CVVHD), OPS 8-854.10
76008031	ZE30D Dialyse (Hämo-filtration), OPS 8-853.**
76008032	ZE33 Extrakorporale Photopherese, OPS 8-824
76008033	ZE42A Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen (Deutschland)
76008034	ZE42B Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen (Europa)
76008035	ZE42C Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen (außerhalb Europas)
76008036	ZE44A Medikamente freisetzende Koronarstents (1 Stent), OPS 8-837.m*
76008037	ZE44B Medikamente freisetzende Koronarstents (2 Stents), OPS 8-837.m*
76008038	ZE44C Medikamente freisetzende Koronarstents (3 und mehr Stents), OPS 8-837.m*
76008039	ZE24 ECMO, OPS 8-852.0
76008040	ZE25 Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, OPS 5-020.62, .63, .64, .71, .72, 5-774.71, .72, 5-775.71 oder .72
76008041	ZE26 Ramus-Distraktoren, OPS 5-776.6, .7, .8, .9 oder 5-777.*1
76008042	ZE27 ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), OPS 5-028.0*, 5-029.4, 5-039.2*, .7, 5-059.0* oder .5
76008043	ZE27A ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), OPS 5-028.01, 5-039.20, 5-059.00
76008044	ZE27B ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), OPS 5-039.21, .7, 5-059.01 oder .5
76008045	ZE27C ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), OPS 5-028.02 oder 5-029.4

76008046	ZE28A Implantierbare Medikamentenpumpen (elektrisch), OPS 5-028.11 oder 5-038.41
76008047	ZE28B Implantierbare Medikamentenpumpen (Gas), OPS 5-038.40
76008048	ZE30B Dialyse (Hämodialyse), OPS 8-854.11
76008049	ZE30C Dialyse (Hämodialyse), OPS 8-854.12
76008050	ZE30F Dialyse (Peritonealdialyse), OPS 8-857.*
76008051	ZE21 Beckenimplantate, OPS 5-785.2d, .3d oder .4d
76008052	ZE22B Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), OPS 5-376.30
76008053	ZE22D Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), OPS 5-376.50
76008054	ZE22E Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), OPS 5-376.60
76008055	ZE22E Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), OPS 5-376.70
76008056	ZE41 Retransplantation von Organen während desselben stationären Aufenthaltes
76008057	ZE22A Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), OPS 5-376.20 oder .30
76008058	ZE27D ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), OPS 5-028.00, 5-039.20 oder 5-059.00
76008059	ZE27E ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), OPS 5-028.01, 5-039.21, 5-059.01 oder .5
76008060	ZE28C Implantierbare Medikamentenpumpen, OPS 5-028.1x, .10, 5-038.4x oder .40
76008061	ZE30G Dialyse (Hämofiltration, intermittierend), OPS 8-853.0, .x oder .y
76008062	ZE30H Dialyse (Hämofiltration, kontinuierlich, bis 3 Tage), OPS 8-853.10 oder .20
76008063	ZE30I Dialyse (Hämofiltration, kontinuierlich, 4 bis 11 Tage), OPS 8-853.11 oder .21
76008064	ZE30J Dialyse (Hämofiltration, kontinuierlich, mehr als 11 Tage), OPS 8-853.12 oder .22
76008065	ZE30K Dialyse (Hämodialyse, kontinuierlich, bis 3 Tage), OPS 8-854.x, .y oder .10
76008066	ZE30L Dialyse (Hämodiafiltration, intermittierend), OPS 8-855.0, x oder .y
76008067	ZE30M Dialyse (Hämodiafiltration, kontinuierlich, bis 3 Tage), OPS 8-855.10 oder .20
76008068	ZE30N Dialyse (Hämodiafiltration, kontinuierlich, 4 bis 11 Tage), OPS 8-855.11 oder .21
76008069	ZE30O Dialyse (Hämodiafiltration, kontinuierlich, mehr als 11 Tage), OPS 8-855.12 oder .22
76008070	ZE30P Dialyse (Peritonealdialyse, intermittierend), OPS 8-857.0, .x oder .y
76008071	ZE30Q Dialyse (Peritonealdialyse, kontinuierlich), OPS 8-857.1 oder .2
76008072	ZE39A Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VII, plasmatisch, je internationaler Einheit (IE)
76008073	ZE39B Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VII, gentechnisch, je Tausend internationaler Einheiten (kIE)
76008074	ZE39C Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII, plasmatisch, je internationaler Einheit (IE)
76008075	ZE39D Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII, gentechnisch, je internationaler Einheit (IE)

76008076	ZE39E Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor XIII, je internationaler Einheit (IE)
76008077	ZE39F Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor IX, plasmatisch, je internationaler Einheit (IE)
76008078	ZE39G Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor IX, gentechnisch, je internationaler Einheit (IE)
76008079	ZE39H Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, aktivierter Prothrombin-Komplex, je internationaler Einheit (IE)
76008080	ZE39I Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Prothrombin-Komplex, je internationaler Einheit (IE)
76008081	ZE39J Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Fibrinogen-Konzentrate, je Gramm
76008082	ZE40 Versorgung von Schwerstbehinderten
76008083	ZE2005-08-1 Sonstige Dialyse (Peritonealdialyse), 1 Tag, OPS 8-857.10
76008084	ZE2005-08-2 Sonstige Dialyse (Peritonealdialyse), 2-3 Tage, OPS 8-857.11
76008085	ZE2005-08-3 Sonstige Dialyse (Peritonealdialyse), 4-6 Tage, OPS 8-857.12
76008086	ZE2005-08-4 Sonstige Dialyse (Peritonealdialyse), 7-11 Tage, OPS 8-857.13
76008087	ZE2005-08-5 Sonstige Dialyse (Peritonealdialyse), 12-18 Tage, OPS 8-857.14
76008088	ZE2005-08-6 Sonstige Dialyse (Peritonealdialyse), mehr als 18 Tage, OPS 8-857.15
76008089	ZE2005-35-1 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen - Deutschland
76008090	ZE2005-35-2 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen - Europa
76008091	ZE2005-35-3 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen - außerhalb Europa
76008092	ZE2005-27-1 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VII plasmatisch
76008093	ZE2005-27-2 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VII gentechnisch
76008094	ZE2005-27-3 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII plasmatisch
76008095	ZE2005-27-4 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor VIII gentechnisch
76008096	ZE2005-27-5 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor XIII
76008097	ZE2005-27-6 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor IX plasmatisch
76008098	ZE2005-27-7 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor IX gentechnisch
76008099	ZE2005-27-8 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, aktivierter Prothrombin Komplex
76008100	ZE2005-27-9 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Prothrombin Komplex
76008101	ZE2005-27-10 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Fibrinogen-Konzentrate
76008102	ZE2005-16-1 Isolierte Extremitätenperfusion mit TNF; OPS 8-859 in Kombination mit 8-810.**
76008103	ZE2006-25-1 Modulare Endoprothese, Knie, OPS 5-829.d
76008104	ZE2006-25-1 Modulare Endoprothese, Hüfte, OPS 5-829.d

76008105	ZE2006-27-1 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, OPS 8-810.b2
76008106	ZE2006-27-2 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, OPS 8-810.f4
76008107	ZE2006-27-3 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, OPS 8-810.f5
76008108	ZE2006-43-1 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 1 Metallspirale, OPS 8-836.m2–.m8, .mb–.mf oder .mx in Kombination mit .n1
76008109	ZE2006-43-2 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 2 Metallspiralen, OPS 8-836.m2–.m8, .mb–.mf oder .mx in Kombination mit .n2
76008110	ZE2006-43-3 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 3 Metallspiralen, OPS 8-836.m2–.m8, .mb–.mf oder .mx in Kombination mit .n3
76008111	ZE2006-43-4 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 4 Metallspiralen, OPS 8-836.m2–.m8, .mb–.mf oder .mx in Kombination mit .n4
76008112	ZE2006-43-5 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 5 Metallspiralen, OPS 8-836.m2–.m8, .mb–.mf oder .mx in Kombination mit .n5
76008113	ZE2006-43-6 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 6 Metallspiralen, OPS 8-836.m2–.m8, .mb–.mf oder .mx in Kombination mit .n6
76008114	ZE2006-43-7 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 7 Metallspiralen, OPS 8-836.m2–.m8, .mb–.mf oder .mx in Kombination mit .n7
76008115	ZE2006-43-8 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 8 Metallspiralen, OPS 8-836.m2–.m8, .mb–.mf oder .mx in Kombination mit .n8
76008116	ZE2006-43-9 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 9 Metallspiralen, OPS 8-836.m2–.m8, .mb–.mf oder .mx in Kombination mit .n9
76008117	ZE2006-43-10 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 10 Metallspiralen, OPS 8-836.m2–.m8, .mb–.mf oder .mx in Kombination mit .na
76008118	ZE2006-43-11 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 11 Metallspiralen, OPS 8-836.m2–.m8, .mb–.mf oder .mx in Kombination mit .nb
76008119	ZE2006-43-12 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 12 Metallspiralen, OPS 8-836.m2–.m8, .mb–.mf oder .mx in Kombination mit .nc
76008120	ZE2006-43-13 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 13 Metallspiralen, OPS 8-836.m2–.m8, .mb–.mf oder .mx in Kombination mit .nd
76008121	ZE2006-43-14 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 14 Metallspiralen, OPS 8-836.m2–.m8, .mb–.mf oder .mx in Kombination mit .ne
76008122	ZE2006-43-15 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 15 Metallspiralen, OPS 8-836.m2–.m8, .mb–.mf oder .mx in Kombination mit .nf

76008123	ZE2006-43-16 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 16 Metallspiralen, OPS 8-836.m2-.m8, .mb-.mf oder .mx in Kombination mit .ng
76008124	ZE2006-43-17 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 17 Metallspiralen, OPS 8-836.m2-.m8, .mb-.mf oder .mx in Kombination mit .nh
76008125	ZE2006-43-18 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 18 Metallspiralen, OPS 8-836.m2-.m8, .mb-.mf oder .mx in Kombination mit .nj
76008126	ZE2006-43-19 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 19 Metallspiralen, OPS 8-836.m2-.m8, .mb-.mf oder .mx in Kombination mit .nk
76008127	ZE2006-43-20 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 20 Metallspiralen, OPS 8-836.m2-.m8, .mb-.mf oder .mx in Kombination mit .nm
76008128	ZE2006-43-21 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, mehr als 20 Metallspiralen, OPS 8-836.m2-.m8, .mb-.mf oder .mx in Kombination mit .nn
76008129	ZE2006-46-1 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Lymphoglobulin, über 100 bis 500 mg
76008130	ZE2006-46-2 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Lymphoglobulin, über 500 bis 1000 mg
76008131	ZE2006-46-3 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Lymphoglobulin, über 1000 bis 1500 mg
76008132	ZE2006-46-4 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Lymphoglobulin, über 1500 bis 2000 mg
76008133	ZE2006-46-5 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Lymphoglobulin, über 2000 bis 2500 mg
76008134	ZE2006-46-6 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Lymphoglobulin, über 2500 bis 3000 mg
76008135	ZE2006-46-7 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Lymphoglobulin, über 3000 bis 3500 mg
76008136	ZE2006-46-8 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Lymphoglobulin, über 3500 bis 4000 mg
76008137	ZE2006-46-9 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Lymphoglobulin, über 4000 bis 4500 mg
76008138	ZE2006-46-10 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Lymphoglobulin, über 4500 bis 5000 mg
76008139	ZE2006-46-11 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Lymphoglobulin, über 5000 bis 5500 mg
76008140	ZE2006-46-12 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Lymphoglobulin, über 5500 bis 6000 mg
76008141	ZE2006-46-13 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Lymphoglobulin, über 6000 mg
76008142	ZE2006-46-14 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Thymoglobulin, über 25 bis 75 mg
76008143	ZE2006-46-15 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Thymoglobulin, über 75 bis 125 mg
76008144	ZE2006-46-16 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Thymoglobulin, über 125 bis 175 mg

76008145	ZE2006-46-17 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Thymoglobulin, über 175 bis 225 mg
76008146	ZE2006-46-18 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Thymoglobulin, über 225 bis 250 mg
76008147	ZE2006-46-19 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Thymoglobulin, über 250 bis 275 mg
76008148	ZE2006-46-20 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Thymoglobulin, über 275 bis 300 mg
76008149	ZE2006-46-21 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Thymoglobulin, über 300 bis 400 mg
76008150	ZE2006-46-22 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Thymoglobulin, über 400 bis 500 mg
76008151	ZE2006-46-23 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Thymoglobulin, über 500 bis 600 mg
76008152	ZE2006-46-24 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Thymoglobulin, über 600 mg
76008153	ZE2006-46-25 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, ATG Fresenius, über 100 bis 500 mg
76008154	ZE2006-46-26 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, ATG Fresenius, über 500 bis 1000 mg
76008155	ZE2006-46-27 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, ATG Fresenius, über 1000 bis 1500 mg
76008156	ZE2006-46-28 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, ATG Fresenius, über 1500 bis 2000 mg
76008157	ZE2006-46-29 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, ATG Fresenius, über 2000 bis 2500 mg
76008158	ZE2006-46-30 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, ATG Fresenius, über 2500 bis 3000 mg
76008159	ZE2006-46-31 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, ATG Fresenius, über 3000 bis 3500 mg
76008160	ZE2006-46-32 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, ATG Fresenius, über 3500 bis 4000 mg
76008161	ZE2006-46-33 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, ATG Fresenius, über 4000 bis 4500 mg
76008162	ZE2006-46-34 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, ATG Fresenius, über 4500 bis 5000 mg
76008163	ZE2006-46-35 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, ATG Fresenius, über 5000 bis 5500 mg
76008164	ZE2006-46-36 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, ATG Fresenius, über 5500 mg
76008165	ZE2006-15A-1 Zellapherese, 1 Zellapherese, OPS 8-823
76008166	ZE2006-15A-2 Zellapherese, 2 Zellapheresen, OPS 8-823
76008167	ZE2006-15A-3 Zellapherese, 3 Zellapheresen, OPS 8-823
76008168	ZE2006-15A-4 Zellapherese, 4 Zellapheresen, OPS 8-823
76008169	ZE2006-15A-5 Zellapherese, 5 Zellapheresen, OPS 8-823
76008170	ZE2006-15A-6 Zellapherese, 6 bis 10 Zellapheresen, OPS 8-823
76008171	ZE2006-15A-72 Zellapherese, 11 und mehr Zellapheresen, OPS 8-823
76008172	ZE2006-46-37 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, über 25 bis 75 mg, OPS 8-810.x
76008173	ZE2006-46-38 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, über 75 bis 125 mg, OPS 8-810.x

76008174	ZE2006-46-39 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, über 125 bis 175 mg, OPS 8-810.x
76008175	ZE2006-46-40 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, über 175 bis 225 mg, OPS 8-810.x
76008176	ZE2006-46-41 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, über 225 bis 250 mg, OPS 8-810.x
76008177	ZE2006-46-42 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, über 250 bis 275 mg, OPS 8-810.x
76008178	ZE2006-46-43 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, über 275 bis 300 mg, OPS 8-810.x
76008179	ZE2006-46-44 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, über 300 bis 400 mg, OPS 8-810.x
76008180	ZE2006-46-45 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, über 400 bis 500 mg, OPS 8-810.x
76008181	ZE2006-46-46 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, über 500 bis 600 mg, OPS 8-810.x
76008182	ZE2006-46-47 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, über 600 bis 1000 mg, OPS 8-810.x
76008183	ZE2006-46-48 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, über 1000 bis 1500 mg, OPS 8-810.x
76008184	ZE2006-46-49 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, über 1500 bis 2000 mg, OPS 8-810.x
76008185	ZE2006-46-50 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, über 2000 bis 2500 mg, OPS 8-810.x
76008186	ZE2006-46-51 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, über 2500 bis 3000 mg, OPS 8-810.x
76008187	ZE2006-46-52 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, über 3000 bis 3500 mg, OPS 8-810.x
76008188	ZE2006-46-53 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, über 3500 bis 4000 mg, OPS 8-810.x
76008189	ZE2006-46-54 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, über 4000 bis 4500 mg, OPS 8-810.x
76008190	ZE2006-46-55 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, über 4500 bis 5000 mg, OPS 8-810.x
76008191	ZE2006-46-56 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, über 5000 bis 5500 mg, OPS 8-810.x
76008192	ZE2006-46-57 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, über 5500 bis 6000 mg, OPS 8-810.x
76008193	ZE2006-46-58 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, über 6000 mg, OPS 8-810.x

Bayern

76009001	Behandlung von angeborenen und erworbenen Blutungskrankheiten
76009002	ZE33 Extrakorporale Photopherese, OPS 8-824
76009003	ZE43 Zwerchfellschrittmacher, OPS 5-347.6
76009004	ZE44A Medikamente freisetzende Koronarstents, OPS 8-837.m0 oder .mx
76009005	ZE44B Medikamente freisetzende Koronarstents, OPS 8-837.m1 oder m2
76009006	ZE44C Medikamente freisetzende Koronarstents, OPS 8-837.m3 oder .m4
76009007	ZE30A Dialyse (Hämofiltration), bis 3 Tage, OPS 8-855.10 oder .20
76009008	ZE30B Dialyse (Hämofiltration), 3 bis 11 Tage, OPS 8-855.11 oder 21

76009009	ZE27A ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), Einzelelektroden, OPS 5-039.20
76009010	ZE27B ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), Mehrelektroden, OPS 5-039.21
76009011	ZE28B Implantierbare Medikamentenpumpen, OPS 5-038.40
76009012	ZE30C Dialyse (Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD)), OPS 8-854.1*
76009015	ZE30D Dialyse (Hämodialyse), OPS 8-853.**
76009016	ZE34 Plasmapherese, OPS 8-820
76009017	ZE36 LDL-Apherese, OPS 8-822
76009018	ZE44 Medikamente freisetzende Koronarstents, OPS 8-837.m*
76009019	ZE28 Implantierbare Medikamentenpumpen, OPS 5-028.1* oder 5-038.4*
76009020	ZE21 Beckenimplantate, OPS 5-785.2d, .3d oder .4d
76009021	ZE30E Dialyse (Hämodialyse), OPS 8-854.*
76009022	ZE30F Dialyse (Hämodiafiltration), OPS 8-855.**
76009023	ZE30G Dialyse (Peritonealdialyse), OPS 8-857.*
76009025	ZE31 Hämo-perfusion, OPS 8-856
76009026	ZE40 Versorgung von Schwerstbehinderten
76009027	ZE22 Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), OPS 5-376.20, .30, .40, .50, .60, .70 oder .80
76009030	ZE24 ECMO, OPS 8-852.0
76009031	ZE26 Ramus-Distraktoren, OPS 5-776.6, .7, .8, .9 oder 5-777.*1
76009032	ZE27C ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Einzelelektrodensystem, OPS 5-028.00
76009033	ZE27D ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Zweielektrodensystem, OPS 5-028.01
76009034	ZE27E ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), OPS 5-039.2* oder 5-059.0*
76009035	ZE32 Leberersatztherapie, OPS 8-858
76009036	ZE35 Immunadsorption, OPS 8-821
76009037	ZE42A Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, aus Deutschland
76009038	ZE42B Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, innerhalb Europas, außer Deutschland
76009039	ZE44D Medikamente freisetzende Koronarstents (1 Stent), OPS 8-837.m0
76009040	ZE44E Medikamente freisetzende Koronarstents (2 Stents), OPS 8-837.m1, .m2 oder .mx
76009041	ZE25A Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, OPS 5-020.71
76009042	ZE25B Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, OPS 5-020.72
76009043	ZE27F ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation, OPS 5-039.2*
76009044	ZE27G ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems, OPS 5-059.0*
76009045	ZE37 Zellapherese, OPS 8-823
76009047	ZE30H Dialyse (Hämodialyse, sonstige), OPS 8-854.x
76009048	ZE30I Dialyse (Hämodialyse, n.n.bez.), OPS 8-854.y

76009049	ZE38 Isolierte Extremitätenperfusion, OPS 8-859
76009050	ZE22A Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), OPS 5-376.30, .40, .50, .60 oder .80
76009052	ZE28A Implantierbare Medikamentenpumpen, OPS 5-028.11 oder 5-038.41
76009053	ZE30 Dialyse (je Behandlungstag), OPS 8-854.1*, .x, .y, 8-853.**, 8-855.** oder 8-857.*
76009054	ZE30 Dialyse, OPS 8-854.1*, .x, .y, 8-853.**, 8-855.** oder 8-857.*
76009055	ZE25 Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, OPS 5-020.62, .63, .64, .71, .72, 5-774.71, .72, 5-775.71 oder .72
76009056	ZE27 ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), OPS 5-028.0*, 5-029.4, 5-039.2*, .7, 5-059.0* oder .5
76009057	ZE30J Dialyse (Hämodialyse, Hämodiafiltration, tagesbezogen), OPS 8-853.** oder 8-855.**
76009058	ZE30K Dialyse (Hämodialyse, Hämodiafiltration, bis 3 Tage), OPS 8-853.20 oder 8-855.20
76009059	ZE30L Dialyse (Hämodialyse, Hämodiafiltration, 4 bis 11 Tage), OPS 8-853.21 oder 8-855.21
76009060	ZE30M Dialyse (Hämodialyse, Hämodiafiltration, mehr als 11 Tage), OPS 8-853.22 oder 8-855.22
76009061	ZE42C Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen (sonstiges Ausland)
76009062	ZE44F Medikamente freisetzende Koronarstents (mind. 3 Stents), OPS 8-837.m3 oder .m4
76009063	ZE22C Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“, intrakorporale Pumpe, univentrikulär), OPS 5-376.40
76009064	ZE22D Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“, intrakorporale Pumpe, biventrikulär), OPS 5-376.50
76009065	ZE25C Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, OPS 5-774.71, .72, 5-775.71 oder .72
76009066	ZE28C Implantierbare Medikamentenpumpen, OPS 5-038.4*
76009067	ZE30N Dialyse (Hämodialyse, bis 3 Tage), OPS 8-854.10
76009068	ZE30M Dialyse (Hämodialyse, 4 bis 11Tage), OPS 8-854.11
76009069	ZE30P Dialyse (Hämodialyse, mehr als 11 Tage), OPS 8-854.12
76009070	ZE41A Retransplantation von Organen während desselben stationären Aufenthaltes (postmortal)
76009071	ZE41B Retransplantation von Organen während desselben stationären Aufenthaltes (Lebendspende)
76009072	ZE42 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, OPS 5-411.1*, .2*, .3*, 8-805.2* oder .3*
76009073	ZE28D Implantierbare Medikamentenpumpen (elektrisch betrieben), OPS 5-038.41
76009074	ZE42E Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, OPS 8-805.**
76009076	ZE41 Retransplantation von Organen während desselben stationären Aufenthaltes
76009077	ZE42F Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen (aus Deutschland), OPS 8-805.1* oder .3*
76009078	ZE42G Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen/Knochenmark (aus Europa), OPS 5-411.1*, .2*, .3*, 8-805.1*, .2* oder .3*
76009079	ZE42H Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen/Knochenmark (außereuropäisch), OPS 5-411.1*, .2*, .3*, 8-805.1*, .2* oder .3*

76009080	ZE22E Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), (Extrakorporale Pumpe, univentrikulär), OPS 5-376.20
76009082	ZE30Q Dialyse (Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration), OPS 8-854.x, .y, 8-853.0 oder 8-855.0
76009083	ZE30R Dialyse (Hämofiltration), OPS 8-853.0
76009084	ZE30S Dialyse (Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, bis 3 Tage), OPS 8-854.10, 8-853.20 oder 8-855.20
76009085	ZE30T Dialyse (Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, 4–11 Tage), OPS 8-854.11, 8-853.21 oder 8-855.21
76009086	ZE30U Dialyse (Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, mehr als 11 Tage), OPS 8-854.12, 8-853.22 oder 8-855.22
76009087	ZE44G Medikamente freisetzende Koronarstents (mindestens 3 Stents), OPS 8-837.m3, .m4 oder .mx
76009088	ZE30V Dialyse (Peritonealdialyse), OPS 8-857.2
76009089	ZE21A Beckenimplantate, OPS 5-785.2d oder .4d
76009091	ZE26A Ramus-Distraktoren, OPS 5-776.6, .7, .8, 5-777.31 oder .41
76009092	ZE22B Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), OPS 5-376.30
76009093	ZE22F Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), OPS 5-376.70
76009094	ZE24A ECMO (Alter <60 Tage), OPS 8-852.0
76009095	ZE24B ECMO (Alter >59 Tage), OPS 8-852.0
76009096	ZE25D Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, OPS 5.020-63
76009097	ZE25E Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, OPS 5.020-64
76009098	ZE25F Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, OPS 5.774-72
76009099	ZE25G Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, OPS 5.775.71
76009100	ZE25F Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, OPS 5.775.72
76009101	ZE27H ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), OPS 5-029.4
76009102	ZE27I ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), OPS 5-039.7
76009103	ZE27J ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), OPS 5-059.5
76009104	ZE30W Dialyse, OPS 8-857.1
76009105	ZE32A Leberersatztherapie, Kinder (<16 Jahre), OPS 8-858
76009106	ZE32B Leberersatztherapie, Erwachsene (>=16 Jahre), OPS 8-858
76009107	ZE34A Plasmapherese (Humanalbumin), OPS 8-820
76009108	ZE34B Plasmapherese (FFP), OPS 8-820
76009109	ZE41C Retransplantation von Organen während desselben stationären Aufenthaltes (Herztransplantation), OPS 5.375.0, .1, .y oder 5-379.5
76009110	ZE41D Retransplantation von Organen während desselben stationären Aufenthaltes (Leber-Retransplantation, postmortale Organspende), OPS 5.504.0, .1, .2, .x, .y oder 5-983
76009111	ZE41E Retransplantation von Organen während desselben stationären Aufenthaltes (Leber-Retransplantation, bei Lebendspende, inkl. aller mit der Organbeschaffung verbundenen Kosten), OPS 5.504.0, .1, .2, .x, .y oder 5-983

76009112	ZE41F Retransplantation von Organen während desselben stationären Aufenthaltes (Nierentransplantation, postmortale Organspende), OPS 5.555.0, .1, .2, .3, .4, .5, .x, .y oder 5-983
76009113	ZE41G Retransplantation von Organen während desselben stationären Aufenthaltes (Nierentransplantation, bei Lebendspende, inkl. aller mit der Organbeschaffung verbundenen Kosten), OPS 5.555.0, .1, .2, .3, .4, .5, .x, .y oder 5-983
76009114	ZE41H Retransplantation von Organen während desselben stationären Aufenthaltes (Transplantation einer Lunge), OPS 5.335.0, .1, .y oder 5-983
76009115	ZE41I Retransplantation von Organen während desselben stationären Aufenthaltes (Transplantation von Herz und Lunge), OPS 5.375.2 oder 5-983
76009116	ZE41H Retransplantation von Organen während desselben stationären Aufenthaltes (Transplantation einer Bauchspeicheldrüse, ggf. mit Niere), OPS 5.528.0, .1, .2, .x, .y, 5-555.0, .1, .2, .3, .4, .5, .x, .y oder 5-983
76009117	ZE26C Ramus-Distraktoren (Oberkiefer), OPS 5-776.8
76009118	ZE26F Ramus-Distraktoren (Mittelgesicht, in einem Stück), OPS 5-777.31
76009119	ZE26G Ramus-Distraktoren (Mittelgesicht, in zwei Stücken), OPS 5-777.41
76009120	Zusatzentgelt für besondere Einrichtung: 137.HLM Ia, Operation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine bei angeborenen Herzfehlern (Gruppe Ia)
76009121	Zusatzentgelt für besondere Einrichtung: 138.HLM Ib, Operation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine bei angeborenen Herzfehlern (Gruppe Ib)
76009122	Zusatzentgelt für besondere Einrichtung: 139.HLM IIa, Operation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine bei angeborenen Herzfehlern (Gruppe IIa)
76009123	Zusatzentgelt für besondere Einrichtung: 140.HLM IIb, Operation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine bei angeborenen Herzfehlern (Gruppe IIb)
76009124	Zusatzentgelt für besondere Einrichtung: 141.HLM IIIa, Operation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine bei angeborenen Herzfehlern (Gruppe IIIa)
76009125	Zusatzentgelt für besondere Einrichtung: 142.HLM IIIb, Operation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine bei angeborenen Herzfehlern (Gruppe IIIb)
76009126	Zusatzentgelt für besondere Einrichtung: 143.HLM IVa, Operation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine bei angeborenen Herzfehlern (Gruppe IVa)
76009127	Zusatzentgelt für besondere Einrichtung: 144.HLM IVb, Operation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine bei angeborenen Herzfehlern (Gruppe IVb)
76009128	Zusatzentgelt für besondere Einrichtung: 145.HLM Re-OP, Re-Operation zu den HLM-Operationen der Gruppen Ia bis IVb
76009129	Zusatzentgelt für besondere Einrichtung: OPohneHLM, Herzoperation bei angeborenen Herzfehlern und/oder an herznahen Gefäßen ohne Einsatz der Herz-Lungen-Maschine (z.B. Aortenisthmusstenose, Ductusverschluss)
76009130	Zusatzentgelt für besondere Einrichtung: 146, Diagnostischer Herzkatheter bei angeborenen Herzfehlern
76009131	Zusatzentgelt für besondere Einrichtung: 147, Diagnostischer Herzkatheter bei angeborenen Herzfehlern mit Dilatation (Kombinationseingriff)
76009132	Zusatzentgelt für besondere Einrichtung: 148, Diagnostischer Herzkatheter bei angeborenen Herzfehlern mit Intervention Stentimplantation

76009133	Zusatzentgelt für besondere Einrichtung: 149, Diagnostischer Herzkatheter bei angeborenen Herzfehlern mit Intervention ASD
76009134	Zusatzentgelt für besondere Einrichtung: 20.DuctusInfant, Katheterintervention zum Verschluss des offenen Ductus Botalli mit Spezialschirm (Infant)
76009135	Zusatzentgelt für besondere Einrichtung: 21.DuctusCoil, Katheterintervention zum Verschluss des offenen Ductus Botalli mit Spezialspirale (Coil)
76009136	Zusatzentgelt für besondere Einrichtung: 25.KathAblation, Katheterablation bei angeborenen Herzfehlern
76009137	Zusatzentgelt für besondere Einrichtung: Hyperthermie
76009138	ZE2005-35-3 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, Europa außerhalb Deutschlands
76009139	ZE2005-35-1 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, von außerhalb Deutschlands
76009140	ZE2005-35-2 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, aus Deutschland
76009147	ZE2005-25-1 Modulare Endoprothesen, Knie Gelenk, OPS 5-829.d
76009148	ZE2005-25-2 Modulare Endoprothesen, übrige Gelenke, OPS 5-829.d
76009149	ZE2005-10-1 Leberersatztherapie, Erwachsene, OPS 8-858
76009150	ZE2005-10-2 Leberersatztherapie, Kinder, OPS 8-858
76009151	ZE2005-35-8 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, außerhalb Europa
76009152	ZE2005-35-4 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, Knochenmark - Deutschland
76009153	ZE2005-35-5 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, Stammzellen/Knochenmark – von außerhalb Europa
76009154	ZE2005-35-6 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, Deutschland und europäisches Ausland
76009155	ZE2005-35-7 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen aus Ländern außerhalb Europas
76009156	ZE2006-25-1 Modulare Endoprothese (Schulter)
76009157	ZE2006-25-2 Modulare Endoprothese (Knie)
76009158	ZE2006-25-3 Modulare Endoprothese (Hüfte)
76009159	ZE2006-43-1 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, OPS 8-836.m2–.m8, .mb–.mf oder .mx in Verbindung mit 8-836.n1
76009160	ZE2006-43-2 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation; OPS 8-836.m2–.m8, .mb–.mf oder .mx in Verbindung mit 8-836.n2
76009161	ZE2006-43-3 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, OPS 8-836.m2–.m8, .mb–.mf oder .mx in Verbindung mit 8-836.n3
76009162	ZE2006-43-4 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, OPS 8-836.m2–.m8, .mb–.mf oder .mx in Verbindung mit 8-836.n4
76009163	ZE2006-43-5 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, OPS 8-836.m2–.m8, .mb–.mf oder .mx in Verbindung mit 8-836.n5

76009164	ZE2006-43-6 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, OPS 8-836.m2-.m8, .mb-.mf oder .mx in Verbindung mit 8-836.n6
76009165	ZE2006-43-7 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, OPS 8-836.m2-.m8, .mb-.mf oder .mx in Verbindung mit 8-836.n7
76009166	ZE2006-43-8 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, OPS 8-836.m2-.m8, .mb-.mf oder .mx in Verbindung mit 8-836.n8 - .nb
76009167	ZE2006-43-9 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, OPS 8-836.m2-.m8, .mb-.mf oder .mx in Verbindung mit 8-836.n8
76009168	ZE2006-43-10 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, OPS 8-836.m2-.m8, .mb-.mf oder .mx in Verbindung mit 8-836.n9
76009169	ZE2006-43-11 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, OPS 8-836.m2-.m8, .mb-.mf oder .mx in Verbindung mit 8-836.na
76009170	ZE2006-43-12 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, OPS 8-836.m2-.m8, .mb-.mf oder .mx in Verbindung mit 8-836.nb
76009171	ZE2006-43-13 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, OPS 8-836.m2-.m8, .mb-.mf oder .mx in Verbindung mit 8-836.nc
76009172	ZE2006-43-14 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, OPS 8-836.m2-.m8, .mb-.mf oder .mx in Verbindung mit 8-836.nd
76009173	ZE2006-43-15 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, OPS 8-836.m2-.m8, .mb-.mf oder .mx in Verbindung mit 8-836.ne
76009174	ZE2006-43-16 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, OPS 8-836.m2-.m8, .mb-.mf oder .mx in Verbindung mit 8-836.nf
76009175	ZE2006-43-17 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, OPS 8-836.m2-.m8, .mb-.mf oder .mx in Verbindung mit 8-836.ng
76009176	ZE2006-43-18 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, OPS 8-836.m2-.m8, .mb-.mf oder .mx in Verbindung mit 8-836.nh
76009177	ZE2006-43-19 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, OPS 8-836.m2-.m8, .mb-.mf oder .mx in Verbindung mit 8-836.nj
76009178	ZE2006-43-20 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, OPS 8-836.m2-.m8, .mb-.mf oder .mx in Verbindung mit 8-836.nk
76009179	ZE2006-43-21 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, OPS 8-836.m2-.m8, .mb-.mf oder .mx in Verbindung mit 8-836.nm
76009180	ZE2006-43-22 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, OPS 8-836.m2-.m8, .mb-.mf oder .mx in Verbindung mit 8-836.nn

76009181	ZE2006-46-1 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, vom Kaninchen, je applizierte volle 100 mg
76009182	ZE2006-46-2 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, vom Pferd, je applizierte volle 100 mg
76009183	ZE 2006-46-3 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Therapie mit Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin vom Kaninchen oder Pferd über 1 mg bis unter 150 mg
76009184	ZE 2006-46-4 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Therapie mit Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin vom Kaninchen oder Pferd über 150 mg bis unter 250 mg
76009185	ZE 2006-46-5 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Therapie mit Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin vom Kaninchen oder Pferd über 250 mg bis unter 350 mg
76009186	ZE 2006-46-6 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Therapie mit Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin vom Kaninchen oder Pferd über 350 mg bis unter 450 mg
76009187	ZE 2006-46-7 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Therapie mit Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin vom Kaninchen oder Pferd über 450 mg bis unter 550 mg
76009188	ZE 2006-46-8 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Therapie mit Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin vom Kaninchen oder Pferd über 550 mg bis unter 950 mg
76009189	ZE 2006-46-9 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Therapie mit Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin vom Kaninchen oder Pferd über 950 mg bis unter 1.350 mg
76009190	ZE 2006-46-10 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Therapie mit Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin vom Kaninchen oder Pferd über 1.350 mg bis unter 1.750 mg
76009191	ZE 2006-46-11 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Therapie mit Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin vom Kaninchen oder Pferd über 1.750 mg bis unter 2.150 mg
76009192	ZE 2006-46-12 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Therapie mit Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin vom Kaninchen oder Pferd über 2.150 mg bis unter 2.550 mg
76009193	ZE 2006-46-13 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Therapie mit Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin vom Kaninchen oder Pferd über 2.550 mg bis unter 3.350 mg
76009194	ZE 2006-46-14 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Therapie mit Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin vom Kaninchen oder Pferd über 3.350 mg bis unter 4.150 mg
76009195	ZE 2006-46-15 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Therapie mit Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin vom Kaninchen oder Pferd über 4.150 mg bis unter 4.950 mg
76009196	ZE 2006-46-16 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Therapie mit Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin vom Kaninchen oder Pferd über 4.950 mg bis unter 5.750 mg
76009197	ZE 2006-46-17 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Therapie mit Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin vom Kaninchen oder Pferd über 5.750 mg bis unter 6.550 mg

76009198	ZE 2006-46-18 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Therapie mit Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin vom Kaninchen oder Pferd über 6.550 mg bis unter 8.150 mg
76009199	ZE 2006-46-19 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Therapie mit Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin vom Kaninchen oder Pferd über 8.150 mg bis unter 10.550 mg
76009200	ZE2006-03-1 Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) für Patienten mit einem Alter kleiner/gleich 60 Tage; OPS:8-852.00
76009201	ZE2006-03-2 Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) für Patienten mit einem Alter größer 60 Tage; OPS:8-852.00
76009202	ZE2006-03-3 Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) für Patienten mit einem Alter kleiner/gleich 60 Tage; OPS:8-852.01
76009203	ZE2006-03-4 Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) für Patienten mit einem Alter größer 60 Tage; OPS:8-852.01
76009204	ZE2006-03-5 Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) für Patienten mit einem Alter kleiner/gleich 60 Tage; OPS:8-852.02
76009205	ZE2006-03-6 Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) für Patienten mit einem Alter größer 60 Tage; OPS:8-852.02
76009206	ZE2006-35-1 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, Deutschland; OPS: 5-411.3*; 5-411.5*; 8-805.3*; 8-805.5*
76009207	ZE2006-35-2 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, Europa außerhalb Deutschland; OPS: 5-411.2*; 5-411.3*; 5-411.4*; 5-411.5*; 8-805.2*; 8-805.3*; 8-805.4*; 8-805.5*
76009208	ZE2006-35-3 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, außerhalb Europa; OPS 5-411.2*; 5-411.3*; 5-411.4*; 5-411.5*; 8-805.2*; 8-805.3*; 8-805.4*; 8-805.5*
76009209	ZE2006-44-1 Stammzellenboost nach erfolgter Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen bei Zellapharese $\leq 6 \times 10^{10}$ WRC; OPS 8-805.61
76009210	ZE2006-44-2 Stammzellenboost nach erfolgter Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen bei Zellapharese $> 6 \times 10^{10}$ WRC; OPS 8-805.61
76009211	ZE2006-46-3 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin - Antithymozytenglobulin/ATG vom Kaninchen, je 100-mg-Ampulle
76009212	ZE2006-46-4 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin - Antithymozytenglobulin/Thymoglobulin (ATG vom Kaninchen), je 25-mg-Ampulle
76009213	ZE2006-46-5 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin - Antithymozytenglobulin/Lymphoglobulin (ATG vom Pferd), je 100-mg-Ampulle
76009214	ZE2006-46-6 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Lymphoglobulin, über 100 bis 500 mg
76009215	ZE2006-46-7 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Lymphoglobulin, über 500 bis 1000 mg
76009216	ZE2006-46-8 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Lymphoglobulin, über 1000 bis 1500 mg
76009217	ZE2006-46-9 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Lymphoglobulin, über 1500 bis 2000 mg
76009218	ZE2006-46-10 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Lymphoglobulin, über 2000 bis 2500 mg

76009219	ZE2006-46-11 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Lymphoglobulin, über 2500 bis 3000 mg
76009220	ZE2006-46-12 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Lymphoglobulin, über 3000 bis 3500 mg
76009221	ZE2006-46-13 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Lymphoglobulin, über 3500 bis 4000 mg
76009222	ZE2006-46-14 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Lymphoglobulin, über 4000 bis 4500 mg
76009223	ZE2006-46-15 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Lymphoglobulin, über 4500 bis 5000 mg
76009224	ZE2006-46-16 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Lymphoglobulin, über 5000 bis 5500 mg
76009225	ZE2006-46-17 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Lymphoglobulin, über 5500 bis 6000 mg
76009226	ZE2006-46-18 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, Lymphoglobulin, über 6000 mg
76009227	ZE2006-46-19 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, ATG, über 100 bis 500 mg
76009228	ZE2006-46-20 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, ATG, über 500 bis 1000 mg
76009229	ZE2006-46-21 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, ATG, über 1000 bis 1500 mg
76009230	ZE2006-46-22 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, ATG, über 1500 bis 2000 mg
76009231	ZE2006-46-23 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, ATG, über 2000 bis 2500 mg
76009232	ZE2006-46-24 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, ATG, über 2500 bis 3000 mg
76009233	ZE2006-46-25 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, ATG, über 3000 bis 3500 mg
76009234	ZE2006-46-26 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, ATG, über 3500 bis 4000 mg
76009235	ZE2006-46-27 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, ATG, über 4000 bis 4500 mg
76009236	ZE2006-46-28 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, ATG, über 4500 bis 5000 mg
76009237	ZE2006-46-29 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, ATG, über 5000 bis 5500 mg
76009238	ZE2006-46-30 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, ATG, über 5500 mg
76009239	ZE2006-46-31 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (Genzyme), 0 mg bis unter 200 mg
76009240	ZE2006-46-32 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (Genzyme), 200 mg bis unter 400 mg
76009241	ZE2006-46-33 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (Genzyme), 400 mg bis unter 600 mg
76009242	ZE2006-46-34 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (Genzyme), 600 mg bis unter 800 mg
76009243	ZE2006-46-35 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (Genzyme), 800 mg bis unter 1000 mg

76009244	ZE2006-46-36 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (Genzyme), 1000 mg bis unter 1200 mg
76009245	ZE2006-46-37 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (Genzyme), 1200 mg bis unter 1400 mg
76009246	ZE2006-46-38 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (Genzyme), 1400 mg bis unter 1600 mg
76009247	ZE2006-46-39 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (Genzyme), 1600 mg bis unter 1800 mg
76009248	ZE2006-46-40 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (Genzyme), 1800 mg bis unter 2000 mg
76009249	ZE2006-46-41 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (Genzyme), 2000 mg bis unter 2200 mg
76009250	ZE2006-46-42 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (Genzyme), 2200 mg bis unter 2400 mg
76009251	ZE2006-46-43 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (Genzyme), 2400 mg bis unter 2600 mg
76009252	ZE2006-46-44 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (Genzyme), 2600 mg bis unter 2800 mg
76009253	ZE2006-46-45 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (Genzyme), 2800 mg bis unter 3000 mg
76009254	ZE2006-46-46 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (Genzyme), 3000 mg bis unter 3200 mg
76009255	ZE2006-46-47 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (Genzyme), 3200 mg bis unter 3400 mg
76009256	ZE2006-46-48 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (Genzyme), 3400 mg bis unter 3600 mg
76009257	ZE2006-46-49 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (Genzyme), 3600 mg bis unter 3800 mg
76009258	ZE2006-46-50 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (Genzyme), 3800 mg bis unter 4000 mg
76009259	ZE2006-46-51 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (Genzyme), 4000 mg bis unter 4200 mg
76009260	ZE2006-46-52 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (Genzyme), 4200 mg bis unter 4400 mg
76009261	ZE2006-46-53 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (Genzyme), 4400 mg bis unter 4600 mg
76009262	ZE2006-46-54 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (Genzyme), 4600 mg bis unter 4800 mg
76009263	ZE2006-46-55 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (Genzyme), 4800 mg bis unter 5000 mg
76009264	ZE2006-46-56 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (Genzyme), 5000 mg bis unter 5200 mg
76009265	ZE2006-46-57 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (Genzyme), 5200 mg bis unter 5400 mg
76009266	ZE2006-46-58 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (Genzyme), 5400 mg bis unter 5600 mg
76009267	ZE2006-46-59 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (Genzyme), 5600 mg bis unter 5800 mg
76009268	ZE2006-46-60 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (Genzyme), 5800 mg bis unter 6000 mg

76009269	ZE2006-46-61 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (Genzyme), 6000 mg bis unter 6200 mg
76009270	ZE2006-46-62 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (Genzyme), 6200 mg bis unter 6400 mg
76009271	ZE2006-46-63 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (Genzyme), 6400 mg bis unter 6600 mg
76009272	ZE2006-46-64 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (Genzyme), 6600 mg bis unter 6800 mg
76009273	ZE2006-46-65 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (Genzyme), 6800 mg bis unter 7000 mg
76009274	ZE2006-46-66 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (Genzyme), 7000 mg bis unter 7200 mg
76009275	ZE2006-46-67 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (Genzyme), 7200 mg bis unter 7400 mg
76009276	ZE2006-46-68 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (Genzyme), 7400 mg bis unter 7600 mg
76009277	ZE2006-46-69 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (Genzyme), 7600 mg bis unter 7800 mg
76009278	ZE2006-46-70 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (Genzyme), über 7800 mg
76009279	ZE2006-46-71 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (ATG), 0 mg bis unter 600 mg
76009280	ZE2006-46-72 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (ATG), 600 mg bis unter 1200 mg
76009281	ZE2006-46-73 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (ATG), 1200 mg bis unter 1800 mg
76009282	ZE2006-46-74 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (ATG), 1800 mg bis unter 2400 mg
76009283	ZE2006-46-75 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (ATG), 2400 mg bis unter 3000 mg
76009284	ZE2006-46-76 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (ATG), 3000 mg bis unter 3600 mg
76009285	ZE2006-46-77 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (ATG), 3600 mg bis unter 4200 mg
76009286	ZE2006-46-78 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (ATG), 4200 mg bis unter 4800 mg
76009287	ZE2006-46-79 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (ATG), 4800 mg bis unter 5400 mg
76009288	ZE2006-46-80 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (ATG), 5400 mg bis unter 6000 mg
76009289	ZE2006-46-81 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (ATG), 6000 mg bis unter 6600 mg
76009290	ZE2006-46-82 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (ATG), 6600 mg bis unter 7200 mg
76009291	ZE2006-46-83 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (ATG), 7200 mg bis unter 7800 mg
76009292	ZE2006-46-84 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (ATG), über 7800 mg
76009293	ZE2006-46-85 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (OKT-3), 0 mg bis unter 20 mg

76009294	ZE2006-46-86 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (OKT-3), 20 mg bis unter 40 mg
76009295	ZE2006-46-87 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (OKT-3), 40 mg bis unter 60 mg
76009296	ZE2006-46-88 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (OKT-3), 60 mg bis unter 80 mg
76009297	ZE2006-46-89 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (OKT-3), 80 mg bis unter 100 mg
76009298	ZE2006-46-90 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (OKT-3), 100 mg bis unter 120 mg
76009299	ZE2006-46-91 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (OKT-3), 120 mg bis unter 140 mg
76009300	ZE2006-46-92 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (OKT-3), 140 mg bis unter 160 mg
76009301	ZE2006-46-93 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (OKT-3), 160 mg bis unter 180 mg
76009302	ZE2006-46-94 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (OKT-3), 180 mg bis unter 200 mg
76009303	ZE2006-46-95 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin (OKT-3), über 200 mg

Saarland

76010001	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktor IX: 1,15 DM je I.E.
76010002	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktor VIII Preis-Gruppe 1 (z.B. Profilate, Alpha; Beriate, Behring; Haemate, Behring): 1,27 DM je I.E.
76010003	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktor VIII Preis-Gruppe 2 (z.B. Immunate, Immuno; Monoclate, Armour): 1,47 DM je I.E.
76010004	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktor VIII Preis-Gruppe 3 (z.B. Feiba S-Tim, Immun): 2,04 DM je I.E.
76010005	ZE30 Dialyse, OPS 8-854.1*, .x, .y, 8-853.**, 8-855.** oder 8-857.*
76010006	ZE30G Dialyse, OPS 8-853.10 oder .20
76010007	ZE30H Dialyse, OPS 8-855.10 oder .20
76010008	ZE30I Dialyse, OPS 8-855.11 oder .21
76010009	ZE30J Dialyse, OPS 8-855.12 oder .22
76010010	ZE44 Medikamente freisetzende Koronarstents, OPS 8-837.m*
76010011	ZE39 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren
76010012	ZE30K Dialyse, OPS 8-853.11 oder 8-853.21
76010013	ZE30L Dialyse (Hämodialyse, kontinuierlich), OPS 8-854.10
76010014	ZE30M Dialyse (Hämodialyse), OPS 8-854.11
76010015	ZE30N Dialyse (Hämodialyse), OPS 8-854.12
76010016	ZE30O Dialyse (Hämodialyse), OPS 8-853.12 oder .22
76010017	ZE30P Dialyse, OPS 8-853.0, .x, .y, 8-854.x, .y, 8-855.0, .x oder .y
76010018	ZE30F Dialyse (Peritonealdialyse), OPS 8-857.*
76010019	ZE39A Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Blutgerinnungsfaktor IX, OPS 8-810.6, .a oder .b
76010020	ZE39B Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Blutgerinnungsfaktor VIII, Preisgruppe 1, OPS 8-810.8 oder .9
76010021	ZE39C Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Blutgerinnungsfaktor VIII, Preisgruppe 2, OPS 8-810.8 oder .9
76010022	ZE39D Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Blutgerinnungsfaktor VIII, Preisgruppe 3, OPS 8-810.6, .8, .9 oder .c

76010023	ZE31 Hämoperfusion, OPS 8-856
76010024	ZE32 Leberersatztherapie, OPS 8-858
76010025	ZE34 Plasmapherese, OPS 8-820
76010026	ZE35 Immunadsorption, OPS 8-821
76010027	ZE38 Isolierte Extremitätenperfusion, OPS 8-859
76010028	ZE27 ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), OPS 5-028.0*, 5-029.4, 5-039.2*, 5-039.7, 5-059.0* oder 5-059.5
76010029	ZE2005-27-1 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Blutgerinnungsfaktor IX; OPS 8-810.6, .a oder .b
76010030	ZE2005-27-2 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Blutgerinnungsfaktor VIII, Preisgruppe 1; OPS 8-810.8 oder .9
76010031	ZE2005-27-3 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Blutgerinnungsfaktor VIII, Preisgruppe 2; OPS 8-810.8 oder .9
76010032	ZE2005-27-4 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Blutgerinnungsfaktor VIII, Preisgruppe 3; OPS 8-810.6, .8, .9 oder .c
76010033	ZE2005-27-5 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Blutgerinnungsfaktor VII (S-TIM), Preisgruppe 4; OPS 8-810.7*
76010034	ZE2005-27-6 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Blutgerinnungsfaktor VII (Novo-Seven), Preisgruppe 5; OPS 8-810.6*
Berlin	
76011001	Behandlung von Blutgerinnungsfaktoren (hausindividuelle Sachkostenerstattung)
76011002	ZE22A Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“, Parakorporale Pumpe, univentrikulär), OPS 5-376.70
76011003	ZE22B Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“, Parakorporale Pumpe, biventrikulär), OPS 5-376.80
76011004	ZE30A Dialyse (intermittierende Verfahren), OPS 8-853.0, .x, .y, 8-854.x, .y, 8-855-0, .x oder .y
76011005	ZE30B Dialyse (kontinuierliche Verfahren, 0–3Tage), OPS 8-853.10, .20, 8-854.10, 8-855.10 oder .20
76011006	ZE30C Dialyse (kontinuierliche Verfahren, 4–11 Tage), OPS 8-853.11, .21, 8-854.11, 8-855.11 oder .21
76011007	ZE30D Dialyse (kontinuierliche Verfahren, >11 Tage), OPS 8-853.12, .22 8-854.12, 8-855.12 oder .22
76011008	ZE30E Peritonealdialyse (1x/24h), OPS 8-857.*
76011009	ZE44A Medikamente freisetzende Koronarstents, OPS 8-837.m0
76011010	ZE44B Medikamente freisetzende Koronarstents, OPS 8-837.m1 oder .m2
76011011	ZE44C Medikamente freisetzende Koronarstents, OPS 8-837.m3, .m4 oder .mx
76011012	ZE28 Implantierbare Medikamentenpumpen, OPS 5-028.1* oder 5-038.4*
76011014	ZE24A ECMO, Kinder, OPS 8-852.0
76011015	ZE25 Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, OPS 5-020.62, .63, .64, .71, .72, 5-774.71, .72, 5-775.71 oder .72
76011016	ZE26 Ramus-Distraktoren, OPS 5-776.6, .7, .8, .9 oder 5-777.*1
76011019	ZE31 Hämoperfusion, OPS 8-856
76011020	ZE32 Leberersatztherapie, OPS 8-858
76011021	ZE33 Extrakorporale Photopherese, OPS 8-824
76011022	ZE34 Plasmapherese, OPS 8-820
76011023	ZE35 Immunadsorption, OPS 8-821

76011024	ZE36 LDL-Apherese, OPS 8-822
76011025	ZE41A Retransplantation von Organen während desselben stationären Aufenthaltes (Leber), OPS 5-504.* , 5-983, 8-805.1, .3*
76011026	ZE42A Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, OPS 8-805.1* , .2* , .3* , 5-411.1* , .2* oder .3*
76011032	ZE30F Dialyse (Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben, 0–3 Tage), OPS 8-854.10
76011033	ZE30G Dialyse (Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben, 4–11 Tage), OPS 8-854.11
76011034	ZE30H Dialyse (Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben, >11 Tage), OPS 8-854.12
76011035	ZE30I Dialyse (Hämodialyse, n.n.bez.), OPS 8-854.y
76011036	ZE30J Dialyse (Hämofiltration, intermittierend), OPS 8-853.0
76011037	ZE30K Dialyse (Hämofiltration, arteriovenös, kontinuierlich, 0–3 Tage), OPS 8-853.10
76011038	ZE30L Dialyse (Hämofiltration, venovenös, kontinuierlich, 0–3 Tage), OPS 8-853.20
76011039	ZE30M Dialyse (Hämofiltration, venovenös, kontinuierlich, 4–11 Tage), OPS 8-853.21
76011040	ZE30N Dialyse (Hämofiltration, venovenös, kontinuierlich, >11 Tage), OPS 8-853.22
76011041	ZE30O Dialyse (Hämofiltration, n.n.bez.), OPS 8-853.y
76011042	ZE30P Dialyse (Hämodiafiltration, intermittierend), OPS 8-855.0
76011043	ZE30Q Dialyse (Hämodiafiltration, arteriovenös, kontinuierlich, 0–3 Tage), OPS 8-855.10
76011044	ZE30R Dialyse (Hämodiafiltration, arteriovenös, kontinuierlich, 4–11 Tage), OPS 8-855.11
76011045	ZE30S Dialyse (Hämodiafiltration, arteriovenös, kontinuierlich, >11Tage), OPS 8-855.12
76011046	ZE30T Dialyse (Hämodiafiltration, venovenös, kontinuierlich, 0–3 Tage), OPS 8-855.20
76011047	ZE30U Dialyse (Hämodiafiltration, venovenös, kontinuierlich, 4–11 Tage), OPS 8-855.21
76011048	ZE30V Dialyse (Hämodiafiltration, venovenös, kontinuierlich, >11Tage), OPS 8-855.22
76011049	ZE30W Dialyse (Hämodiafiltration, n.n.bez.), OPS 8-855.y
76011050	ZE30X Dialyse (Peritonealdialyse, intermittierend, maschinell unterstützt), OPS 8-857.0
76011051	ZE30X Dialyse (Peritonealdialyse, intermittierend, nicht maschinell unterstützt), OPS 8-857.1
76011052	ZE30Z Dialyse (Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell unterstützt), OPS 8-857.2
76011053	ZE21 Beckenimplantate, OPS 5-785.2d, .3d oder .4d
76011058	ZE40 Versorgung von Schwerstbehinderten
76011064	ZE30Ä Dialyse (Hämofiltration), OPS 8-853.**
76011066	ZE2006-43-1 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 1 Metallspirale, OPS 8-836.m2, .m3, .m4, .m5, .m6, .m7, .m8, .mb, .mc, .md, .me, .mf oder .mx kombiniert mit 8-836.n1
76011067	ZE2006-43-2 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 2 Metallspiralen, OPS 8-836.m2, .m3, .m4, .m5, .m6, .m7, .m8, .mb, .mc, .md, .me, .mf oder .mx kombiniert mit 8-836.n2

76011068	ZE2006-43-3 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 3 Metallspiralen, OPS 8-836.m2, .m3, .m4, .m5, .m6, .m7, .m8, .mb, .mc, .md, .me, .mf oder .mx kombiniert mit 8-836.n3
76011069	ZE2006-43-4 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 4 Metallspiralen, OPS 8-836.m2, .m3, .m4, .m5, .m6, .m7, .m8, .mb, .mc, .md, .me, .mf oder .mx kombiniert mit 8-836.n4
76011070	ZE2006-43-5 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 5 Metallspiralen, OPS 8-836.m2, .m3, .m4, .m5, .m6, .m7, .m8, .mb, .mc, .md, .me, .mf oder .mx kombiniert mit 8-836.n5
76011071	ZE2006-43-6 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 6 Metallspiralen, OPS 8-836.m2, .m3, .m4, .m5, .m6, .m7, .m8, .mb, .mc, .md, .me, .mf oder .mx kombiniert mit 8-836.n6
76011072	ZE2006-43-7 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 7 Metallspiralen, OPS 8-836.m2, .m3, .m4, .m5, .m6, .m7, .m8, .mb, .mc, .md, .me, .mf oder .mx kombiniert mit 8-836.n7
76011073	ZE2006-43-8 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 8 Metallspiralen, OPS 8-836.m2, .m3, .m4, .m5, .m6, .m7, .m8, .mb, .mc, .md, .me, .mf oder .mx kombiniert mit 8-836.n8
76011074	ZE2006-43-9 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 9 Metallspiralen, OPS 8-836.m2, .m3, .m4, .m5, .m6, .m7, .m8, .mb, .mc, .md, .me, .mf oder .mx kombiniert mit 8-836.n9
76011075	ZE2006-43-10 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 10 Metallspiralen, OPS 8-836.m2, .m3, .m4, .m5, .m6, .m7, .m8, .mb, .mc, .md, .me, .mf oder .mx kombiniert mit 8-836.na
76011076	ZE2006-43-11 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 11 Metallspiralen, OPS 8-836.m2, .m3, .m4, .m5, .m6, .m7, .m8, .mb, .mc, .md, .me, .mf oder .mx kombiniert mit 8-836.nb
76011077	ZE2006-43-12 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 12 Metallspiralen, OPS 8-836.m2, .m3, .m4, .m5, .m6, .m7, .m8, .mb, .mc, .md, .me, .mf oder .mx kombiniert mit 8-836.nc
76011078	ZE2006-43-13 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, 15 Metallspiralen, OPS 8-836.m2, .m3, .m4, .m5, .m6, .m7, .m8, .mb, .mc, .md, .me, .mf oder .mx kombiniert mit 8-836.nf
76011079	ZE2005-02-1 Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), OPS 5-376.20 kombiniert mit 8-83a.10
76011080	ZE2005-02-2 Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), OPS 5-376.20 kombiniert mit 8-83a.11
76011081	ZE2005-02-3 Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), OPS 5-376.20 kombiniert mit 8-83a.12
76011082	ZE2005-02-4 Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), OPS 5-376.30 kombiniert mit 8-83a.20
76011083	ZE2005-02-5 Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), OPS 5-376.30 kombiniert mit 8-83a.21
76011084	ZE2005-02-6 Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), OPS 5-376.30 kombiniert mit 8-83a.22
76011085	ZE2005-22-1 ABP, OPS 5-376.00 oder 8-839.0 kombiniert mit 8-83a.00
76011086	ZE2005-22-2 ABP, OPS 5-376.00 oder 8-839.0 kombiniert mit 8-83a.01
76011087	ZE2005-22-3 ABP, OPS 5-376.00 oder 8-839.0 kombiniert mit 8-83a.02
76011088	ZE2005-25-1 modulare Endoprothesen, OPS 5-829.d kombiniert mit 5-822.0*, .1*, .2*, .3*, .4*, .5*, .6*, .7*, .9*, .x* oder 5-823.1*, .2*, .3*, .4*

76011089	ZE2006-43-1 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, OPS 8-836.m2 - .m8, .mb - .mx in Verbindung mit 8-836.nd
76011090	ZE2006-43-2 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation, OPS 8-836.m2 - .m8, .mb - .mx in Verbindung mit 8-836.ne
76011091	ZE2005-19 Medikamente-freisetzende Koronarstents; OPS 8-837.m5, .m6, .m7, .m8, .m9, .ma

Brandenburg

76012001	Faktor VIII-Präparate (Hämophilie A) => Mischpreis für plasmatische Faktor VIII-Präparate
76012002	Faktor VIII-Präparate (Hämophilie A) => Mischpreis für rekombinante Faktor VIII-Präparate
76012003	Faktor IX-Präparate (Hämophilie B) => Mischpreis für plasmatische Faktor IX-Präparate
76012004	Faktorpräparat bei Hemmkörperhämophilie A oder B => Mischpreis
76012005	ZE30 Dialyse (Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Hämofiltration, Hämodiafiltration), OPS 8-854.1*, 8-853.** oder 8-855.**
76012006	ZE44 Medikamente freisetzende Koronarstents, OPS 8-837.m*
76012007	ZE22A Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme (Parakorporale Pumpe, univentrikulär), OPS 5-376.70
76012008	ZE22B Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme (Parakorporale Pumpe, biventrikulär), OPS 5-376.80
76012009	ZE22C Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme (Extrakorporale Pumpe, univentrikulär), OPS 5-376.20
76012010	ZE30A Dialyse (Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD)), OPS 8-854.1*
76012011	ZE30B Dialyse (Hämodiafiltration), OPS 8-855.**
76012012	ZE34 Plasmapherese, OPS 8-820
76012013	ZE35 Immunadsorption, OPS 8-821
76012016	ZE30C Dialyse (Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD) oder Hämofiltration), OPS 8-854.1* oder 8-853.**
76012017	ZE30D Dialyse (Hämofiltration oder Hämodiafiltration), OPS 8-853.20, .21 oder .22
76012019	ZE30E Dialyse (Peritonealdialyse), OPS 8-857.0
76012020	ZE21C Beckenimplantate (Metallischer Knochenersatz), OPS 5-785.4d
76012022	ZE24 ECMO, OPS 8-852.0
76012023	ZE27A ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation oder Stimulation des peripheren Nervensystems, OPS 5-039.2* oder 5-059.0*
76012024	ZE28B Implantierbare Medikamentenpumpen (Implantation oder Wechsel einer Medikamentenpumpe zur intrathekalen und epiduralen Infusion), OPS 5-038.4*
76012025	ZE30F Dialyse, OPS 8-854.1*, .x, .y, 8-853.**, 8-855.** oder 8-857.*
76012026	ZE30G Dialyse, OPS 8-854.x, .y, 8-853.0, .x, .y, 8-855.0, .x, .y, 8-857.x oder .y
76012027	ZE32 Leberersatztherapie, OPS 8-858
76012028	ZE38 Isolierte Extremitätenperfusion, OPS 8-823
76012029	ZE30H Dialyse (Hämodialyse, Hämodiafiltration), OPS 8-854.1* oder 8-855.**

76012030	ZE30I Dialyse (Hämodialyse), OPS 8-853.x
76012032	ZE27B ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), OPS 5-039.2*, .7 oder 5-059.0*
76012033	ZE28C Implantierbare Medikamentenpumpen, OPS 5-038.40 oder .41
76012034	ZE30J Dialyse, OPS 8-853.2*, 8-854.1*, 8-855.0, .12, .20, .22, .x, .y oder 8-857.*
76012035	ZE31 Hämooperfusion, OPS 8-856
76012036	ZE27C ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), OPS 5-028.0*, 5-029.4, 5-039.2*, .7 oder 5-059.0*
76012037	ZE28 Implantierbare Medikamentenpumpen, OPS 5-028.1* oder 5-038.4*
76012038	ZE30K Dialyse, OPS 8-853.**, 8-855.** oder 8-857.*
76012039	ZE27D ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation), OPS 5-039.2*
76012040	ZE30L Dialyse (Hämodiafiltration, Peritonealdialyse), OPS 8-855.** oder 8-857.*
76012041	ZE2007-27-1 NovoSeven, je KIE

Mecklenburg-Vorpommern

76013005	ZE21A Beckenimplantate, OPS 5-785.2d oder .4d
76013007	ZE25B Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, OPS 5-020.63
76013008	ZE26B Ramus-Distraktoren (Verlagerung der Mandibula durch Distraction nach Osteotomie im horizontalen Mandibulaast), OPS 5-776.7
76013009	ZE27A ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), Ein-Kanal-Impuls, OPS 5-028.00
76013010	ZE27B ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), Zwei-Kanal-Impuls, OPS 5-028.01
76013011	ZE27C ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), Wechsel, OPS 5-028.0*
76013012	ZE27D ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), Nervus-Vagus-Stimulator, OPS 5-059.00
76013013	ZE27E ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), Vorderwurzelstimulator, OPS 5-039.7
76013014	ZE27F ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), Blasenstimulator, einelektrodisch, OPS 5-059.5
76013015	ZE27G ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), Blasenstimulator, zweielektrodisch, OPS 5-059.5
76013016	ZE28B Implantierbare Medikamentenpumpen (Implantation oder Wechsel einer Medikamentenpumpe zur intrathekalen und epiduralen Infusion), OPS 5-038.41
76013019	ZE30A Dialyse (Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD)), OPS 8-854.1*
76013020	ZE30B Dialyse (Hämodialyse, sonstige), OPS 8-854.x
76013021	ZE30C Dialyse (Hämodialyse, n.n.bez.), OPS 8-854.y
76013022	ZE30D Dialyse (Hämodialyse), OPS 8-853.**
76013023	ZE30E Dialyse (Hämodiafiltration), OPS 8-855.**
76013024	ZE30F Dialyse (Peritonealdialyse), OPS 8-857.*
76013025	ZE30G Dialyse (Hämodialyse), OPS 8-853.0 oder .1*
76013026	ZE30H Dialyse (Hämodialyse), OPS 8-853.2*
76013027	ZE30I Dialyse (Hämodiafiltration), OPS 8-855.0 oder .1*

76013028	ZE30J Dialyse (Hämodiafiltration), OPS 8-855.2*
76013029	ZE32 Leberersatztherapie, OPS 8-858
76013030	ZE33 Extrakorporale Photopherese, OPS 8-824
76013031	ZE34 Plasmapherese, OPS 8-820
76013032	ZE35A Immunadsorption, 1. Zyklus, OPS 8-821
76013033	ZE35B Immunadsorption, 2. bis 4. Zyklus, OPS 8-821
76013034	ZE37 Zellapherese, OPS 8-823
76013035	ZE38 Isolierte Extremitätenperfusion, OPS 8-823
76013036	ZE44 Medikamente freisetzende Koronarstents, OPS 8-837.m*
76013037	ZE44A Medikamente freisetzende Koronarstents, OPS 8-837.m0
76013038	ZE44B Medikamente freisetzende Koronarstents, OPS 8-837.m1 oder .m2
76013039	ZE44C Medikamente freisetzende Koronarstents, OPS 8-837.m3 oder .m4
76013041	ZE30 Dialyse, OPS 8-854.1*, .x, .y, 8-853.**, 8-855.** oder 8-857.*
76013042	ZE21 Beckenimplantate, OPS 5-785.2d, .3d oder .4d
76013044	ZE25C Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesicht- und Schädelbereich, OPS 5-020.62, .63, .64, .71 oder .72
76013045	ZE26C Ramus-Distraktoren, OPS 5-776.6, .7, .8 oder 5-777.*1
76013047	ZE26 Ramus-Distraktoren, OPS 5-776.6, .7, .8, .9 oder 5-777.*1
76013048	ZE28 Implantierbare Medikamentenpumpen, OPS 5-028.1* oder 5-038.4*
76013049	ZE40 Versorgung von Schwerstbehinderten
76013050	ZE22 Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), OPS 5-376.20, .30, .40, .50, .60, .70 oder .80
76013051	ZE24 ECMO, OPS 8-852.0
76013052	ZE25 Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesicht- und Schädelbereich, OPS 5-020.62, .63, .64, .71, .72, 5-774.71, .72, 5-775.71 oder .72
76013053	ZE27 ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), OPS 5-028.0*, 5-029.4, 5-039.2*, 5-039.7, 5-059.0* oder 5-059.5
76013054	ZE31 Hämooperfusion, OPS 8-856
76013055	ZE35 Immunadsorption, OPS 8-821
76013056	ZE36 LDL-Apherese, OPS 8-822
76013057	ZE42 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen

Sachsen

76014002	ZE26 Ramus-Distraktoren, OPS 5-776.6, .7, .8, .9 oder 5-777.*1
76014003	ZE30 Dialyse, OPS 8-854.1*, .x, .y, 8-853.**, 8-855.** oder 8-857.*
76014006	ZE44 Medikamente freisetzende Koronarstents, OPS 8-837.m*
76014007	ZE30D Dialyse (Hämofiltration), OPS 8-853.2*
76014012	ZE30A Dialyse (Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben CVVHD)), OPS 8-854.1*
76014013	ZE32 Leberersatztherapie, OPS 8-858
76014014	ZE30B Dialyse (Hämodialyse), OPS 8-854.1*, .x oder .y
76014016	ZE25A Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesicht- und Schädelbereich, OPS 5-020.6*
76014018	ZE30D Dialyse (Hämofiltration), OPS 8-853.**
76014019	ZE30E Dialyse (Hämodiafiltration), OPS 8-855.**
76014020	ZE30F Dialyse (Peritonealdialyse), OPS 8.857.**
76014021	ZE33 Extrakorporale Photopherese, OPS 8-824
76014022	ZE34 Plasmapherese, OPS 8-820
76014023	ZE35 Immunadsorption, OPS 8-821
76014024	ZE36 LDL-Apherese, OPS 8-822

76014025	ZE42 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen
76014026	ZE39A Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren (Faktor VIII aus Plasma)
76014027	ZE39B Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren (Faktor VIII aus Rekombinat)
76014028	ZE39C Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren (Faktor IX aus Plasma)
76014029	ZE22 Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), OPS 5-376.20, .30, .40, .50, .60, .70, .80
76014031	ZE27 ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), OPS 5-028.0*, 5-039.2* oder 5-059.0*
76014039	ZE30I Dialyse, OPS 8-854.1*, 8-853.** oder 8-855.**
76014041	ZE30J Dialyse (Hämofiltration), OPS 8-853.20
76014042	ZE30K Dialyse (Hämofiltration), OPS 8-853.21
76014043	ZE30L Dialyse (Hämofiltration), OPS 8-853.22
76014073	ZE39Q Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren (Faktor VII), OPS 8-810.7*
76014074	ZE39R Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren (Faktor VIII aus Plasma (Beriate, Fandhi, Haemocitin, Octante)), OPS 8-810.9*
76014075	ZE39S Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren (Faktor VIII aus Plasma mit hohem Willebrand-Anteil (Haemate HS)), OPS 8-810.d*
76014076	ZE39T Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren (Faktor VIII aus Plasma oder gentechnisch hergestellt (Helixate, NexGen, Kogenate, Recombinate)), OPS 8-810.8*
76014077	ZE39U Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren (Faktor IX (Berinin HS, Immunine)), OPS 8-810.a*
76014078	ZE39V Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren (Faktor XIII (Fibriogrammin HS)), OPS 8-810.e*
76014079	ZE39W Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren (Faktor VII gentechnisch hergestellt (Novo Seven, 60 KIE)), OPS 8-810.x
76014080	ZE39X Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren (sonstige gentechnisch hergestellte Präparate)
76014081	ZE30T Dialyse (Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, bis 3 Tage), OPS 8-854.10, 8-853.10, .20, 8-855.10 oder .20
76014082	ZE30U Dialyse (Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, 4 bis 11 Tage), OPS 8-854.11, 8-853.11, .21, 8-855.11 oder .21
76014083	ZE30V Dialyse (Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, >11 Tage), OPS 8-854.12, 8-853.12, .22, 8-855.12 oder .22
76014084	ZE2005-27-1 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, plasmatischer Faktor VIII, OPS 8-810.90–.92
76014085	ZE2005-27-2 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, plasmatischer Faktor IX, OPS 8-810.b0–.b2
76014086	ZE2005-27-3 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinat Faktor VIII, OPS 8-810.80–.82
76014087	ZE2005-27-4 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Willebrand-Faktor VIII, OPS 8-810.d0–.d2
76014089	ZE2005-27-6 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Recombinater Faktor VII, OPS 8-810.6*
76014090	ZE2005-27-7 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Recombinater Faktor IX, OPS 8-810.a*

76014091	ZE2005-27-8 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Feiba-Prothrombinkomplex mit Faktor VIII-Inhibitor Bypass Aktivität, OPS 8-810.c*
76014092	ZE2005-27-9 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor I, OPS 8-810.x
76014093	ZE2005-27-10 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, plasmatischer Faktor VII, OPS 8-810.7*
76014094	ZE2005-27-11 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor XI, OPS 8-810.x
76014095	ZE2005-27-12 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Faktor XIII, OPS 8-810.e*
76014096	ZE2006-27-1 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Fibrinogenkonzentrat; OPS 8-810.j0, .j1 oder .j2
76014097	ZE2006-35-1 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, Deutschland
76014098	ZE2006-35-2 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, Europa
76014099	ZE2006-35-3 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, USA
76014100	ZE2006-46-1 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, unter 2.000 mg
76014101	ZE2006-46-2 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 2.000 mg bis unter 3.000 mg
76014102	ZE2006-46-3 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 3.000 mg bis unter 4.000 mg
76014103	ZE2006-46-4 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, 4.000 mg und mehr
76014104	ZE2006-46-5 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, vom Pferd bis unter 1000 mg
76014105	ZE2006-46-6 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, vom Pferd 1000 mg bis unter 2000 mg
76014106	ZE2006-46-7 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, vom Pferd 4000 mg bis unter 5000 mg
76014107	ZE2006-46-8 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, vom Pferd 5000 mg bis unter 6000 mg
76014108	ZE2006-46-9 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, vom Pferd mehr als 6000 mg
76014109	ZE2006-46-10 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, vom Kaninchen bis unter 200 mg
76014110	ZE2006-46-11 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, vom Kaninchen 200 mg bis unter 340 mg
76014111	ZE2006-46-12 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, vom Kaninchen 340 mg bis unter 450 mg
76014112	ZE2006-46-13 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, vom Kaninchen 450 mg bis unter 570 mg
76014113	ZE2006-46-14 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, vom Kaninchen mehr als 570 mg

Sachsen-Anhalt

76015001	ZE30D Dialyse (Hämofiltration), OPS 8-853.**
76015002	ZE30E Dialyse (Hämodiafiltration), OPS 8-855.**
76015003	ZE30F Dialyse (Peritonealdialyse), OPS 8-857.*

76015006	ZE22B Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“, Extrakorporale Pumpe, biventrikulär), OPS 5-376.30
76015007	ZE22C Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“, Intrakorporale Pumpe, univentrikulär), OPS 5-376.40
76015008	ZE22D Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“, Intrakorporale Pumpe, biventrikulär), OPS 5-376.50
76015013	ZE24 ECMO, OPS 8-852.0
76015014	ZE27A ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“, Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Hirnstimulation), OPS 5-028.0*
76015015	ZE27B ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“, Implantation einer Neuroprothese), OPS 5-029.4
76015016	ZE27C ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“, Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation), OPS 5-039.2*
76015017	ZE27D ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“, Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Vorderwurzelstimulation), OPS 5-039.7
76015018	ZE27E ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“, Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems), OPS 5-059.0*
76015019	ZE30A Dialyse (Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD)), OPS 8-854.1*
76015020	ZE27F ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“, Implantation einer peripheren Neuroprothese), OPS 5-059.5
76015022	ZE39Q Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren (Faktor VII), OPS 8-810.7*
76015023	ZE39R Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren (Faktor VIII aus Plasma (Beriate, Fandhi, Haemocitin, Octante)), OPS 8-810.9*
76015024	ZE39S Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren (Faktor VIII aus Plasma mit hohem Willebrand-Anteil (Haemate HS)), OPS 8-810.d*
76015025	ZE39T Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren (Faktor VIII aus Plasma oder gentechnisch hergestellt (Helixate, NexGen, Kogenate, Recombinate)), OPS 8-810.8*
76015026	ZE39U Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren (Faktor XI (Berinin HS, Immunine)), OPS 8-810.a*
76015027	ZE39V Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren (Faktor XIII (Fibriogrammin HS)), OPS 8-810.e*
76015028	ZE39W Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren (Faktor VII, gentechnisch hergestellt (Novo Seven, 60 KIE)), OPS 8-810.x
76015029	ZE39X Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren (sonstige gentechnisch hergestellte Präparate)
76015031	ZE23G Stentgraft-Prothesen zur Behandlung von Aortenaneurysmen, OPS 5-38a.0, .11, .1x, oder .8
76015032	ZE25A Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, OPS 5-020.62
76015033	ZE25B Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, OPS 5-020.63
76015034	ZE25C Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, OPS 5-020.64
76015035	ZE25D Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, OPS 5-020.71

76015036	ZE25E Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, OPS 5-020.72
76015037	ZE26F Ramus-Distraktoren, OPS 5-776.6, .7 oder .8
76015038	ZE28C Implantierbare Medikamentenpumpen, OPS 5-028.40
76015040	ZE30G Dialyse (Hämodialyse, 4–11 Tage), OPS 8-854.11
76015041	ZE30H Dialyse (Hämodialyse, >11 Tage), OPS 8-854.12
76015042	ZE30I Dialyse (Hämodifiltration, >11 Tage), OPS 8-853.12 oder .22
76015043	ZE30J Dialyse (Hämodiafiltration, intermittierend), OPS 8-855.0
76015044	ZE30K Dialyse (Hämodiafiltration, intermittierend), OPS 8-855.10 oder .20
76015045	ZE30L Dialyse (Hämodiafiltration, intermittierend, 4–11 Tage), OPS 8-855.11 oder .21
76015046	ZE30M Dialyse (Hämodiafiltration, intermittierend, >11 Tage), OPS 8-855.12 oder .22
76015047	ZE30N Dialyse (Peritonealdialyse, CAPD), OPS 8-857.1
76015048	ZE30O Dialyse (Peritonealdialyse, CCPD), OPS 8-857.2
76015049	ZE30P Dialyse (Peritonealdialyse, Spülung), OPS 8-857.x
76015050	ZE30Q Dialyse (Hämodialyse, 0–3 Tage), OPS 8-854.10
76015051	ZE30R Dialyse (Hämodifiltration, 0–3 Tage), OPS 8-853.10 oder .20
76015052	ZE30S Dialyse (Hämodifiltration, 4–11 Tage), OPS 8-853.11 oder .21
76015053	ZE32 Leberersatztherapie, OPS 8-858
76015054	ZE33 Extrakorporale Photopherese, OPS 8-824
76015055	ZE34 Plasmapherese, OPS 8-820
76015056	ZE35 Immunadsorption, OPS 8-821
76015057	ZE37 Zellapherese, OPS 8-823
76015058	ZE41 Retransplantation von Organen während desselben stationären Aufenthaltes, OPS 5-504 oder 5-983
76015059	ZE44A Medikamente freisetzende Koronarstents, OPS 8-837.m0
76015060	ZE44B Medikamente freisetzende Koronarstents, OPS 8-837.m1
76015061	ZE44C Medikamente freisetzende Koronarstents, OPS 8-837.m3
76015062	ZE21A Beckenimplantate, OPS 5-785.2d
76015063	ZE22A Links- und Rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), OPS 5-376.20
76015064	ZE26 Ramus-Distraktoren, OPS 5-776.6, .7, .8, .9 oder 5-777.*1
76015065	ZE28A Implantierbare Medikamentenpumpen, OPS 5-028.1*
76015066	ZE28B Implantierbare Medikamentenpumpen, OPS 5-038.4*
76015067	ZE30B Dialyse, OPS 8-854.x
76015068	ZE30C Dialyse, OPS 8-854.y
76015069	ZE31 Hämo-perfusion, OPS 8-856
76015070	ZE36 LDL-Apherese, OPS 8-822
76015071	ZE44D Medikamente freisetzende Koronarstents, OPS 8-837.m2
76015072	ZE44E Medikamente freisetzende Koronarstents, OPS 8-837.m4
76015073	ZE42A Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, Stammzellen Deutschland
76015074	ZE42B Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, Knochenmark Deutschland
76015075	ZE42C Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, Stammzellen/ Knochenmark Europa
76015076	ZE42C Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, Stammzellen/ Knochenmark außerhalb Europas

76015077	ZE2006-35-1 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, Stammzellen aus Deutschland
76015078	ZE2006-35-2 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, Knochenmark aus Deutschland
76015079	ZE2006-35-3 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, Stammzellen/Knochenmark aus Europa
76015080	ZE2006-35-4 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, Stammzellen/Knochenmark außerhalb Europas
76015081	ZE2006-22-1 IABP, offen chirurgisch, bis 48 Std., OPS 5-376.00 in Verbindung mit 8-83a.00
76015082	ZE2006-22-2 IABP, offen chirurgisch, 48 bis 96 Std., OPS 5-376.00 in Verbindung mit 8-83a.01
76015083	ZE2006-22-3 IABP, offen chirurgisch, 96 und mehr Std., OPS 5-376.00 in Verbindung mit 8-83a.02
76015084	ZE2006-22-4 IABP, perkutane Einführung, bis 48 Std., OPS 8-839.0 in Verbindung mit 8-83a.00
76015085	ZE2006-22-5 IABP, perkutane Einführung, 48 bis 96 Std., OPS 8-839.0 in Verbindung mit 8-83a.01
76015086	ZE2006-22-6 IABP, perkutane Einführung, 96 und mehr Std., OPS 8-839.0 in Verbindung mit 8-83a.02
76015087	ZE2006-46-1 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, je 5 ml Ampulle

Thüringen

76016001	Faktor XIII (je 1000 Einheiten)
76016002	Prothrombinkomplex (je 1000 Einheiten)
76016003	Faktor VIII aus Plasma (human) (je 1000 Einheiten)
76016004	Faktor VIII aus Plasma (human) mit hohem Willebrand-Anteil (je 1000 Einheiten)
76016005	Faktor VIII rekombinant, gentechnologisch (je 1000 Einheiten)
76016006	Faktor IX aus Plasma (human) (je 1000 Einheiten)
76016007	Faktor IX rekombinant, gentechnologisch (je 1000 Einheiten)
76016008	Faktor VII aus Plasma (human) (je 1000 Einheiten)
76016009	Faktor VII rekombinant, gentechnologisch (je 1000 Einheiten)
76016010	Faktor XI gerinnungsaktives Frischplasma (je 1000 Einheiten)
76016011	Inhibitor umgehende Präparate (je 1000 Einheiten)
76016012	Fibrinogen-Präparat (je 10 g)
76016013	Fibrinogen-Präparat (je 20 g)
76016014	ZE30 Dialyse, OPS 8-854.1*, .x, .y, 8-853.**, 8-855.** oder 8-857.*
76016017	ZE21 Beckenimplantate, OPS 5-785.2d, .3d, .4d
76016018	ZE22A Links- und Rechtsventrikuläre Herzunterstützungssysteme (uni- und biventrikulär), OPS 5-376.20, .30
76016019	ZE22B Links- und Rechtsventrikuläre Herzunterstützungssysteme (intrakorporale Pumpe, linksventrikulär), OPS 5-376.40
76016020	ZE22C Links- und Rechtsventrikuläre Herzunterstützungssysteme (intrakorporale Pumpe, biventrikulär), OPS 5-376.50, .60
76016021	ZE22D Links- und Rechtsventrikuläre Herzunterstützungssysteme (parakorporale Pumpe, univentrikulär), OPS 5-376.70
76016022	ZE22E Links- und Rechtsventrikuläre Herzunterstützungssysteme (parakorporale Pumpe, biventrikulär), OPS 5-376.80
76016025	ZE24 ECMO, OPS 8-852.0

76016026	ZE25A Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, OPS 5-020.62
76016027	ZE25B Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, OPS 5-020.63
76016028	ZE25C Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, OPS 5-020.64
76016029	ZE25D Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, OPS 5-020.71
76016030	ZE25E Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, OPS 5-020.72
76016031	ZE25F Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, OPS 5-774.71
76016032	ZE25G Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, OPS 5-774.72
76016033	ZE25H Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, OPS 5-775.71
76016034	ZE25I Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich, OPS 5-775.72
76016035	ZE26 Ramus-Distraktoren, OPS 5-776.6, .7, .8, .9 oder 5-777.*1
76016036	ZE27A ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), Hirn, Einzelektrodensystem, OPS 5-028.00
76016037	ZE27B ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), Hirn, Mehrelektrodensystem, OPS 5-028.01
76016038	ZE27C ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), RM, Einzel, OPS 5-039.20
76016039	ZE27D ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), RM, Mehr, OPS 5-039.21
76016040	ZE27E ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), Neuroprothese, OPS 5-029.4
76016041	ZE27F ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), Vorderwurzelstimulation, OPS 5-039.7
76016042	ZE27G ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), peripher, Einzel, OPS 5-059.00
76016043	ZE27H ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), peripher, Mehr, OPS 5-059.01
76016044	ZE27I ZNS-Stimulatorimplantate („Nervenschrittmacher“), peripher, Neuroprothese, OPS 5-059.5
76016045	ZE28A Implantierbare Medikamentenpumpen (elektrisch betrieben), OPS 5-028.11, .1x, 5-038.41, .4x
76016046	ZE28B Implantierbare Medikamentenpumpen (gasdruckbetrieben), OPS 5-038.10, .40
76016048	ZE30A Dialyse (Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), 0–3 Tage), OPS 8-854.10
76016049	ZE30B Dialyse (Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), 4–11 Tage), OPS 8-854.11
76016050	ZE30C Dialyse (Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), >11 Tage), OPS 8-854.12
76016051	ZE30D Dialyse (Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), sonstige, n.n.bez.), OPS 8-854.x, .y
76016052	ZE30N Dialyse (Hämofiltration, intermittierend sowie sonstige und n.n.bez.) OPS 8-853.0, .x, .y

76016053	ZE30F Dialyse (Hämofiltration, kontinuierlich, bis 3 Tage) OPS 8-853.10, .20
76016054	ZE30G Dialyse (Hämofiltration, kontinuierlich, 4–11 Tage) OPS 8-853.11, .21
76016055	ZE30H Dialyse (Hämofiltration, kontinuierlich, >11 Tage) OPS 8-853.12, .22
76016056	ZE30I Dialyse (Hämofiltration, intermittierend sowie sonstige und n.n.bez.) OPS 8-855.0, .x, .y
76016057	ZE30J Dialyse (Hämodiafiltration, kontinuierlich, bis 3 Tage) OPS 8-855.10, .20
76016058	ZE30K Dialyse (Hämodiafiltration, kontinuierlich, 4–11 Tage) OPS 8-855.11, .21
76016059	ZE30L Dialyse (Hämodiafiltration, kontinuierlich, >11 Tage) OPS 8-855.12, .22
76016060	ZE30M Dialyse (Peritonealdialyse) OPS 8-857.*
76016061	ZE31 Hämo-perfusion, OPS 8-856
76016062	ZE32 Leberersatztherapie, OPS 8-858
76016063	ZE33 Extrakorporale Photopherese, OPS 8-824
76016064	ZE34 Plasmapherese, OPS 8-820
76016065	ZE35 Immunadsorption, OPS 8-821
76016066	ZE36 LDL-Apherese, OPS 8-822
76016067	ZE37 Zellapherese, OPS 8-823
76016068	ZE38 Isolierte Extremitätenperfusion, OPS 8-859
76016069	ZE41 Retransplantation von Organen während desselben stationären Aufenthaltes
76016070	ZE42A Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen (außerhalb Europa)
76016071	ZE42B Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen (Europa)
76016072	ZE42C Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen (Deutschland)
76016073	ZE42D Fremdbezug von Knochenmark (Deutschland)
76016074	ZE44A Medikamente freisetzende Koronarstents (Einlegen medik. Stents, ein Stent), OPS 8-837.m0, .mx
76016075	ZE44B Medikamente freisetzende Koronarstents (Einlegen medik. Stents, zwei Stent), OPS 8-837.m1, .m2
76016076	ZE44C Medikamente freisetzende Koronarstents (Einlegen medik. Stents, >drei Stent), OPS 8-837.m3, .m4
76016078	ZE2005-35-1 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, außereuropäisches Ausland
76016079	ZE2005-35-2 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, Stammzellen Deutschland
76016080	ZE2005-35-3 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, Knochenmark Deutschland
76016081	ZE2005-35-4 Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen, europäisches Ausland
76016082	ZE2006-46-1 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, vom Kaninchen oder Pferd, je 100 mg
76016083	ZE2006-46-2 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, vom Kaninchen oder Pferd, je 25 mg

Zusatzentgelt nach § 6 Abs. 2 KHEntgG (bis Ende 2011)

76196001	Amphotericin B Lipidkomplex, 100 ml
76196002	Tyrosinkinaseinhibitor, Sorafenib, 200 mg
76196003	Tyrosinkinaseinhibitor, Sunitinib, 50 mg
76196004	Fluoreszenzzystoskopie (Photodynamische Diagnostik) HAL, Resektions- technik des Harnblasenkarzinoms; OPS 5-989 in Verbindung mit 5-573.4
76196005	Fluoreszenzzystoskopie (Photodynamische Diagnostik) HAL, Fluoreszenz- gesteuerte Diagnostik; OPS 5-989 in Verbindung mit 1-661
76196006	Ex-vivo-Chemosensibilitätstestung, bis 7 Tests
76196007	Ex-vivo-Chemosensibilitätstestung, 7 Tests und mehr
76196008	Diboterminalfa (rhBMP-2)
76196009	Natalizumab, bis 300 mg
76196010	Natalizumab, > 300 mg bis 600 mg
76196011	Natalizumab, > 600 mg bis 900 mg
76196012	Natalizumab, > 900 mg bis 1200 mg
76196013	Natalizumab, > 1200 mg bis 1500 mg
76196014	Natalizumab, > 1500 mg bis 1800 mg
76196015	Natalizumab, > 1800 mg bis 2100 mg
76196016	Tyrosinkinaseinhibitor, Sorafenib, bis 2400 mg
76196017	Tyrosinkinaseinhibitor, Sorafenib, >2400 mg bis 4800 mg
76196018	Tyrosinkinaseinhibitor, Sorafenib, >4800 mg bis 7200 mg
76196019	Tyrosinkinaseinhibitor, Sorafenib, >7200 mg bis 9600 mg
76196020	Tyrosinkinaseinhibitor, Sorafenib, >9600 mg bis 12000 mg
76196021	Tyrosinkinaseinhibitor, Sorafenib, >12000 mg bis 14400 mg
76196022	Tyrosinkinaseinhibitor, Sorafenib, >14400 mg bis 16800 mg
76196023	Tyrosinkinaseinhibitor, Sorafenib, >16800 mg bis 19200 mg
76196024	Tyrosinkinaseinhibitor, Sorafenib, >19200 mg bis 21600 mg
76196025	Tyrosinkinaseinhibitor, Sorafenib, >21600 mg bis 24000 mg
76196026	Tyrosinkinaseinhibitor, Sorafenib, >24000 mg
76196027	Tyrosinkinaseinhibitor, Sunitinib, bis 150 mg
76196028	Tyrosinkinaseinhibitor, Sunitinib, >150 mg bis 300 mg
76196029	Tyrosinkinaseinhibitor, Sunitinib, >300 mg bis 450 mg
76196030	Tyrosinkinaseinhibitor, Sunitinib, >450 mg bis 600 mg
76196031	Tyrosinkinaseinhibitor, Sunitinib, >600 mg bis 750 mg
76196032	Tyrosinkinaseinhibitor, Sunitinib, >750 mg bis 900 mg
76196033	Tyrosinkinaseinhibitor, Sunitinib, >900 mg bis 1050 mg
76196034	Tyrosinkinaseinhibitor, Sunitinib, >1050 mg bis 1200 mg
76196035	Tyrosinkinaseinhibitor, Sunitinib, >1200 mg bis 1350 mg
76196036	Tyrosinkinaseinhibitor, Sunitinib, >1350 mg bis 1500 mg
76196037	Tyrosinkinaseinhibitor, Sunitinib, >1500 mg
76196038	Clofarabin, bis 80 mg
76196039	Clofarabin, >80 mg bis 120 mg
76196040	Clofarabin, >120 mg bis 160 mg
76196041	Clofarabin, >160 mg bis 200 mg
76196042	Clofarabin, >200 mg bis 240 mg
76196043	Clofarabin, >240 mg bis 280 mg
76196044	Clofarabin, >280 mg bis 320 mg
76196045	Clofarabin, >320 mg bis 360 mg
76196046	Clofarabin, >360 mg bis 400 mg
76196047	Clofarabin, >400 mg bis 440 mg

76196048	Clofarabin, >440 mg bis 480 mg
76196049	Clofarabin, >480 mg
76196062	Amphotericin B Lipidkomplex, <400 mg
76196063	Amphotericin B Lipidkomplex, 400 mg bis <1200 mg
76196064	Amphotericin B Lipidkomplex, 1200 mg bis <2000 mg
76196065	Amphotericin B Lipidkomplex, 2000 mg bis <2800 mg
76196066	Amphotericin B Lipidkomplex, 2800 mg bis <3600 mg
76196067	Amphotericin B Lipidkomplex, 3600 mg bis <4600 mg
76196068	Amphotericin B Lipidkomplex, 4600 mg bis <5600 mg
76196069	Amphotericin B Lipidkomplex, 5600 mg bis <6600 mg
76196070	Amphotericin B Lipidkomplex, 6600 mg bis <7600 mg
76196071	Amphotericin B Lipidkomplex, 7600 mg bis <8700 mg
76196072	Amphotericin B Lipidkomplex, 8700 mg bis <10000 mg
76196073	Amphotericin B Lipidkomplex, 10000 mg bis <11500 mg
76196074	Amphotericin B Lipidkomplex, 11500 mg bis <13000 mg
76196075	Amphotericin B Lipidkomplex, 13000 mg und mehr
76196076	Palifermin, bis 6,25 mg
76196077	Palifermin, >6,25 mg bis 12,5 mg
76196078	Palifermin, >12,5 mg bis 18,75 mg
76196079	Palifermin, >18,75 mg bis 25 mg
76196080	Palifermin, >25 mg bis 31,25
76196081	Palifermin, >31,25 mg bis 37,5
76196082	Palifermin, >37,5 mg und mehr
76196083	Eptotermin alfa (rhOP-1/BMP-7), 1 Set
76196084	Eptotermin alfa (rhOP-1/BMP-7), 2 Sets
76196085	Medikament freisetzende Microsphären zur transarteriellen Chemoembolisation
76196087	AB0-inkompatible Organtransplantation
76196088	Endobronchialventil, 1–2 Ventile
76196089	Endobronchialventil, 3–4 Ventile
76196090	Endobronchialventil, mehr als 4 Ventile
76196091	Bioaktive Coils zur intrakraniellen Aneurysmathherapie, 1 Coil
76196092	Bioaktive Coils zur intrakraniellen Aneurysmathherapie, 2 Coils
76196093	Bioaktive Coils zur intrakraniellen Aneurysmathherapie, 3 Coils
76196094	Bioaktive Coils zur intrakraniellen Aneurysmathherapie, mehr als 3 Coils
76196095	Gefäßtransplantatersatz bei infizierten Gefäßprothesen (Gefäßhomograft); OPS 5-394.3 in Verbindung mit OPS 5-930.20 oder 5-930.21
76196096	Bioaktive Coils zur intrakraniellen Aneurysmathherapie
76196097	Intrakranielle endovaskuläre Thrombektomie (Mikrodraht-Retriever)
76196098	Natalizumab
76196099	Sunitinib
76196100	Amphotericin B Lipidkomplex; OPS 8-014.1
76196101	Palifermin; OPS 8-014.2
76196103	Carmustin-Implantat; intrathekal, je Fall
76196104	Citratdialyse, je Fall
76196105	Enzymersatztherapie bei lysosomalen Speichererkrankungen, je Fall
76196106	Neurostimulator zur Stimulation des Rückenmarks oder des peripheren Nervensystems, wiederaufladbar, je Fall
76196107	Pegaptanib, intravitreal, je Fall
76196108	Sorafenib
76196109	Fluoreszenzzytoskopie (Photodynamische Diagnostik) HAL

76196110	Antikörperbeschichteter Koronarstent
76196111	Überlange 3D-Coils zur intrakraniellen Aneurysmathherapie
76196112	Sunitinib, 12,5 mg
76196113	Sunitinib, 25 mg
76196114	Sunitinib, 50 mg
76196115	Schlaganfall-Komplexbehandlung nach dem TEMPIS-Konzept; OPS 8-836.8
76196116	Kiefergelenksendoprothese (Totalersatz), Lorenz-Prothese; OPS 5-773.a, 5-775.72, 5-779.2
76196117	Kiefergelenksendoprothese (Totalersatz), TMJ-Concepts-Prothese; OPS 773.a, 5-775.72, 5-779.2
76196118	Bone-Morphogenetik-Proteins (Eptoterminal alpha [rhOP-1/BMP-7])
76196120	Anidulafungin
76196121	Carmustin-Implantat, intrathekal; OPS 8-014.3
76196122	Clofarabin
76196123	Decitabine
76196124	Lenalidomid
76196125	Enzymersatztherapie bei lysosomalen Speichererkrankungen, Morbus Pompe, bis 50 mg; OPS 8-014.7
76196126	Enzymersatztherapie bei lysosomalen Speichererkrankungen, Morbus Pompe, 51 mg bis 100 mg; OPS 8-014.7
76196127	Enzymersatztherapie bei lysosomalen Speichererkrankungen, Morbus Pompe, 101 mg bis 150 mg; OPS 8-014.7
76196128	Enzymersatztherapie bei lysosomalen Speichererkrankungen, Morbus Pompe, 151 mg bis 200 mg; OPS 8-014.7
76196129	Enzymersatztherapie bei lysosomalen Speichererkrankungen, Morbus Pompe, 201 mg bis 250 mg; OPS 8-014.7
76196130	Enzymersatztherapie bei lysosomalen Speichererkrankungen, Morbus Pompe, 251 mg bis 300 mg; OPS 8-014.7
76196131	Enzymersatztherapie bei lysosomalen Speichererkrankungen, Morbus Pompe, 301 mg bis 350 mg; OPS 8-014.7
76196132	Enzymersatztherapie bei lysosomalen Speichererkrankungen, Morbus Pompe, 351 mg bis 400 mg; OPS 8-014.7
76196133	Enzymersatztherapie bei lysosomalen Speichererkrankungen, Morbus Pompe, 401 mg bis 450 mg; OPS 8-014.7
76196134	Enzymersatztherapie bei lysosomalen Speichererkrankungen, Morbus Pompe, 451 mg bis 500 mg; OPS 8-014.7
76196135	Enzymersatztherapie bei lysosomalen Speichererkrankungen, Morbus Pompe, 501 mg bis 550 mg; OPS 8-014.7
76196136	Enzymersatztherapie bei lysosomalen Speichererkrankungen, Morbus Pompe, 551 mg bis 600 mg; OPS 8-014.7
76196137	Enzymersatztherapie bei lysosomalen Speichererkrankungen, Morbus Pompe, mehr als 600 mg; OPS 8-014.7
76196138	Radioimmuntherapie mit Yttrium (90Y)-markiertem Ibritumomab- Tiuxetan; OPS 8-014.6
76196139	Künstlicher Analspinkter, Analband
76196140	Kiefergelenksendoprothese (Totalersatz); OPS 5-773.a
76196141	Nelarabin
76196142	Selektive interne Radiotherapie (SIRT) von Lebertumoren mit Yttrium-90 markierten Microsphären; OPS 8-530.60

76196143	Medikament freisetzende Microsphären zur transarteriellen Chemoembolisation (TACE), 1 Fl. Embolisat
76196144	Medikament freisetzende Microsphären zur transarteriellen Chemoembolisation (TACE), 2 Fl. Embolisat
76196145	Medikament freisetzende Microsphären zur transarteriellen Chemoembolisation (TACE), 3 Fl. Embolisat
76196146	Medikament freisetzende Microsphären zur transarteriellen Chemoembolisation (TACE), 4 Fl. Embolisat
76196149	Amphotericin B Lipidkomplex, je 375 mg
76196150	Anidulafungin, je Tagesdosis
76196151	Clofarabin, je Tagesdosis
76196152	Decitabine, je Tagesdosis
76196153	Lenalidomid, je 5 mg Packung
76196154	Lenalidomid, je 10 mg Packung
76196155	Lenalidomid, je 25 mg Packung
76196157	Sorafenib, je Tablette
76196158	Sunitinib, je Tablette
76196159	Citratdialyse, Hämodilution kontinuierlich, pro 24 h
76196160	Citratdialyse, Hämodiafiltration kontinuierlich, pro 24 h
76196161	Ex-vivo-Chemosensibilitätstestung
76196162	Sorafenib, 400–1200 mg
76196163	Sunitinib, 50–100 mg
76196173	Laserresektion der Prostata
76196174	Bifurkationsstenting mit Ostium protection device
76196175	Clofarabin, je 20 mg
76196176	Palifermin, mehr als 5 Ampullen a 6,25 mg; OPS 8-014.2
76196178	Sorafenib, je Tag (800 mg)
76196179	Sunitinib, 1.400 mg
76196181	Palifermin, 5 mg
76196182	Fluoreszenzzystoskopie (Photodynamische Diagnostik) HAL, 85 mg
76196183	Fluoreszenzzystoskopie (Photodynamische Diagnostik) HAL, HAL-TURB pro Stück
76196184	Fluoreszenzzystoskopie (Photodynamische Diagnostik) HAL, HAL-ZYSTOSKOPIE pro Stück
76196185	Kathetersystem für die mechanische Drahtpassage zur Rekanalisation von Verschlüssen der unteren Extremität, pro Stück
76196186	Argatroban, pro 1 mg
76196187	Intrakavitäre Radiotherapie mit Jod-125, je durchgeführter Therapie
76196188	Clofarabin, Alter <= 21 Jahre, je volle 10 mg
76196189	Mikroaxial-Blutpumpe; OPS 8-839.42
76196190	Sorafenib, je 400 mg
76196191	Bioaktive Coils zur intrakraniellen Aneurysmathherapie, 4 Coils
76196192	Bioaktive Coils zur intrakraniellen Aneurysmathherapie, 5 Coils
76196193	Bioaktive Coils zur intrakraniellen Aneurysmathherapie, 6 Coils
76196194	Bioaktive Coils zur intrakraniellen Aneurysmathherapie, 7 Coils
76196195	Bioaktive Coils zur intrakraniellen Aneurysmathherapie, 8 Coils
76196196	Bioaktive Coils zur intrakraniellen Aneurysmathherapie, 9 Coils
76196197	Bioaktive Coils zur intrakraniellen Aneurysmathherapie, 10 Coils
76196198	Bioaktive Coils zur intrakraniellen Aneurysmathherapie, 11 Coils
76196199	Bioaktive Coils zur intrakraniellen Aneurysmathherapie, 12 Coils
76196200	Bioaktive Coils zur intrakraniellen Aneurysmathherapie, 13 Coils

76196201	Bioaktive Coils zur intrakraniellen Aneurysmathherapie, 14 Coils
76196202	Bioaktive Coils zur intrakraniellen Aneurysmathherapie, 15 Coils
76196203	Bioaktive Coils zur intrakraniellen Aneurysmathherapie, 16 Coils
76196204	Bioaktive Coils zur intrakraniellen Aneurysmathherapie, 17 Coils
76196205	Bioaktive Coils zur intrakraniellen Aneurysmathherapie, 18 Coils
76196206	Bioaktive Coils zur intrakraniellen Aneurysmathherapie, 19 Coils
76196207	Bioaktive Coils zur intrakraniellen Aneurysmathherapie, 20 Coils
76196208	Bioaktive Coils zur intrakraniellen Aneurysmathherapie, mehr als 20 Coils
76196209	Ex-vivo-Chemosensibilitätstestung, pro Leistung
76196210	Behandlung der letalen Epidermolysis bullosa junctionalis (M. Herlitz) durch Transplantation von haploidentischem Knochenmark und Haut desselben Spenders, pro Fall
76196211	Medikament freisetzende Microsphären zur transarteriellen Chemoembolisation (TACE), pro Leistung
76196212	Abatacept, je 250 mg
76196213	Anidulafungin, je 50 mg
76196214	Decitabine, je 50 mg
76196215	Lenalidomid, pro Fall
76196216	Nelarabin, je 250 mg
76196217	Ex-vivo-Chemosensibilitätstestung, bis 14 Testungen
76196218	Clofarabin, pro Zyklus
76196219	Mikroaxial-Blutpumpe; OPS 8-839.42 oder .43
76196220	Medikament freisetzende Microsphären zur transarteriellen Chemoembolisation (TACE); OPS 8-836.k
76196221	Radiorezeptorthherapie mit radionuklidmarkierten Somatostatinanaloga; OPS 8-530.60
76196222	Decitabine, pro Zyklus
76196223	Nelarabin, pro Zyklus
76196224	Sorafenib, 1600 bis unter 2000 mg
76196225	Sorafenib, 2800 bis unter 3200 mg
76196226	Sorafenib, 5000 bis unter 6000 mg
76196227	Sunitinib, 150 bis unter 200 mg
76196228	Sunitinib, 350 bis unter 400 mg
76196229	Sunitinib, 600 bis unter 700 mg
76196230	Lenalidomid, 75 bis unter 100 mg
76196231	Lenalidomid, 200 bis unter 250 mg
76196232	Lenalidomid, 250 bis unter 300 mg
76196233	Anidulafungin, 400 bis unter 500 mg
76196234	Anidulafungin, 1000 bis unter 1200 mg
76196235	Anidulafungin, 1800 bis unter 2400 mg
76196236	Diboterminalfa (rhBMP-2), 12 mg
76196238	Amphotericin B-Lipidkomplex, je mg
76196239	Palifermin, je mg
76196240	Enzymersatztherapie bei lysosomalen Speichererkrankungen, je mg
76196241	Antikörperbeschichteter Koronarstent, je Stent; OPS 8-837.x
76196242	Pegaptanib, intravitreal, 1 Fertigspritze a 0,5 mg; OPS 5-156.9 i.V.m. 5-158.06, .16, .26, .36, .46 oder .x6
76196243	Ranibizumab, intravitreal, 1 Fertigspritze a 0,5 mg; OPS 5-156.9 i.V.m. 5-158.06, .16, .26, .36, .46 oder .x6
76196244	Fluoreszenzzystoskopie (Photodynamische Diagnostik) HAL; OPS 5-573.4 oder 1-661 jeweils i.V.m. 5-989

76196245	Excimer-Laser-Extraktion von Schrittmacher- und Defibrillatorelektroden
76196246	Autologe matrixinduzierte Hepatozytentransplantation
76196247	Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speichererkrankungen (Morbus Pompe mit Myozyme), je 50 mg
76196248	Palifermin, je 6,25 mg
76196250	Ranibizumab, je 3 mg
76196251	Nelarabin, Erwachsene, 2 Zyklen
76196252	Lenalidomid, je 15 mg Packung
76196253	Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD), Folgeuntersuchung nach 16. Woche; OPS 1-991.1
76196254	Kardiale Kontraktilitätsmodulation (CCM)
76196255	Lenalidomid, je mg
76196263	Amphotericin B Lipidkomplex, 0 mg bis 200 mg
76196264	Amphotericin B Lipidkomplex, 200 mg bis 400 mg
76196265	Amphotericin B Lipidkomplex, 400 mg bis 600 mg
76196266	Amphotericin B Lipidkomplex, 600 mg bis 1000 mg
76196267	Amphotericin B Lipidkomplex, 1000 mg bis 1500 mg
76196268	Amphotericin B Lipidkomplex, 1500 mg bis 2000 mg
76196269	Amphotericin B Lipidkomplex, 2000 mg bis 3000 mg
76196270	Amphotericin B Lipidkomplex, 3000 mg bis 4000 mg
76196271	Amphotericin B Lipidkomplex, 4000 mg und mehr
76196272	Sorafenib, 0 mg bis 400 mg
76196273	Sorafenib, 400 mg bis 800 mg
76196274	Sorafenib, 800 mg bis 1200 mg
76196275	Sorafenib, 1200 mg bis 1600 mg
76196276	Sorafenib, 1600 mg bis 2400 mg
76196277	Sorafenib, 2400 mg bis 3200 mg
76196278	Sorafenib, 3200 mg bis 4000 mg
76196279	Sorafenib, 4000 mg bis 4800 mg
76196280	Sorafenib, 4800 mg und mehr
76196281	Sunitinib, 100 mg bis 150 mg
76196282	Sunitinib, 200 mg bis 250 mg
76196283	Sunitinib, 250 mg bis 300 mg
76196284	Sunitinib, 300 mg bis 350 mg
76196285	Sunitinib, 400 mg bis 500 mg
76196286	Sunitinib, 500 mg und mehr
76196287	Fluoreszenzzystoskopie (Photodynamische Diagnostik) HAL; OPS 1-661
76196288	Fluoreszenzzystoskopie (Photodynamische Diagnostik) HAL; OPS 5-573.4
76196289	Sunitinib, bis unter 100 mg
76196290	Sunitinib, 100 mg bis unter 200 mg
76196291	Sunitinib, 200 mg bis unter 300 mg
76196292	Sunitinib, 300 mg bis unter 400 mg
76196293	Sunitinib, 400 mg bis unter 500 mg
76196294	Sunitinib, 500 mg bis unter 600 mg
76196295	Sunitinib, 600 mg bis unter 700 mg
76196296	Sunitinib, 700 mg bis unter 800 mg
76196297	Sunitinib, 800 mg bis unter 900 mg
76196298	Sunitinib, 900 mg bis unter 1000 mg
76196299	Sunitinib, 1000 mg bis unter 1100 mg
76196300	Sunitinib, 1100 mg bis unter 1200 mg
76196301	Sunitinib, 1200 mg bis unter 1300 mg

76196302	Sunitinib, 1300 mg bis unter 1400 mg
76196303	Sunitinib, 1400 mg und mehr
76196304	Sorafenib, unter 800 mg
76196305	Sorafenib, 800 mg bis unter 1600 mg
76196306	Sorafenib, 4800 mg bis unter 5600 mg
76196307	Sorafenib, 5600 mg bis unter 6400 mg
76196308	Sorafenib, 6400 mg bis unter 7200 mg
76196309	Sorafenib, 7200 mg bis unter 8000 mg
76196310	Sorafenib, 8000 mg bis unter 8800 mg
76196311	Sorafenib, 8800 mg bis unter 9600 mg
76196312	Sorafenib, 9600 mg bis unter 10400 mg
76196313	Sorafenib, 10400 mg und mehr
76196314	Amphotericin B Lipidkomplex, bis 1400 mg
76196315	Amphotericin B Lipidkomplex, über 1400 mg bis 3000 mg
76196316	Amphotericin B Lipidkomplex, über 3000 mg bis 4600 mg
76196317	Amphotericin B Lipidkomplex, über 4600 mg bis 6200 mg
76196318	Amphotericin B Lipidkomplex, über 6200 mg bis 7800 mg
76196319	Amphotericin B Lipidkomplex, über 7800 mg bis 9400 mg
76196320	Amphotericin B Lipidkomplex, über 9400 mg bis 11000 mg
76196321	Amphotericin B Lipidkomplex, über 11000 mg bis 13800 mg
76196322	Amphotericin B Lipidkomplex, über 13800 mg bis 17000 mg
76196323	Amphotericin B Lipidkomplex, über 17000 mg bis 20200 mg
76196324	Amphotericin B Lipidkomplex, über 20200 mg bis 23400 mg
76196325	Amphotericin B Lipidkomplex, über 23400 mg bis 26600 mg
76196326	Amphotericin B Lipidkomplex, über 26600 mg bis 29800 mg
76196327	Amphotericin B Lipidkomplex, über 29800 mg bis 33000 mg
76196328	Amphotericin B Lipidkomplex, über 33000 mg bis 37400 mg
76196329	Amphotericin B Lipidkomplex, über 37400 mg bis 42200 mg
76196330	Amphotericin B Lipidkomplex, über 42200 mg bis 47000 mg
76196331	Amphotericin B Lipidkomplex, 47000 mg und mehr
76196332	Carmustin Implantat, intrathekal, 9 bis 16 Implantate
76196333	Clofarabin, bis unter 200 mg
76196334	Clofarabin, 480 mg bis unter 520 mg
76196335	Clofarabin, 520 mg bis unter 560 mg
76196336	Clofarabin, 560 mg bis unter 600 mg
76196337	Clofarabin, 600 mg und mehr
76196338	Bone-Morphogenetic-Proteins (Eptotermin alfa (rhOP-1/BMP-7)/ Dibotermin alfa (rhBMP-2)), Eptotermin alfa, bis 3,5 mg
76196339	Bone-Morphogenetic-Proteins (Eptotermin alfa (rhOP-1/BMP-7)/ Dibotermin alfa (rhBMP-2)), Eptotermin alfa, über 3,5 mg
76196340	Bone-Morphogenetic-Proteins (Eptotermin alfa (rhOP-1/BMP-7)/ Dibotermin alfa (rhBMP-2)), Dibotermin alfa, bis 12 mg
76196341	Bone-Morphogenetic-Proteins (Eptotermin alfa (rhOP-1/BMP-7)/ Dibotermin alfa (rhBMP-2)), Dibotermin alfa, über 12 mg bis 24 mg
76196342	Bone-Morphogenetic-Proteins (Eptotermin alfa (rhOP-1/BMP-7)/ Dibotermin alfa (rhBMP-2)), Dibotermin alfa, über 24 mg
76196343	Überlange 3D-Coils zur intrakraniellen Aneurysmathherapie, 1 Metallspirale
76196344	Überlange 3D-Coils zur intrakraniellen Aneurysmathherapie, 2 Metallspiralen
76196345	Überlange 3D-Coils zur intrakraniellen Aneurysmathherapie, 3 Metallspiralen
76196346	Überlange 3D-Coils zur intrakraniellen Aneurysmathherapie, 4 Metallspiralen
76196347	Überlange 3D-Coils zur intrakraniellen Aneurysmathherapie, 5 Metallspiralen

76196348	Überlange 3D-Coils zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, mehr als 5 Metallspiralen
76196349	Sorafenib, je mg
76196350	Sunitinib, je mg
76196351	Amphotericin B Lipidkomplex, 3.500 mg – 4.500 mg
76196352	Amphotericin B Lipidkomplex, 4.500 mg – 5.500 mg
76196353	Amphotericin B Lipidkomplex, 5.500 mg – 6.500 mg
76196354	Clofarabin, 240 mg – 270 mg
76196355	Clofarabin, 270 mg – 310 mg
76196356	Palifermin, bis 5 mg
76196357	Palifermin, 5 mg – 10 mg
76196360	Sorafenib, 4.200 mg – 5.000 mg
76196361	Sorafenib, 5.000 mg – 5.800 mg
76196362	Sorafenib, 5.800 mg – 6.400 mg
76196363	Dibotetermin alfa (rhBMP-2), 12 mg zur Implantation
76196364	Intrakavitäre Radiotherapie mit Jod-125, Hirntumor/Intrakranielle Metastasen
76196365	Mikroaxial-Blutpumpe; OPS 8-83a.1 oder 8-839.4*
76196366	AB0-Inkompatible Organtransplantation, je Absorptionssäule
76196367	Amphotericin B Lipidkomplex, je 100 mg
76196368	Bioaktive Coils zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, je Fall
76196369	Fluoreszenzzytoskopie (Photodynamische Diagnostik) HAL; je Fall
76196370	Laserresektion der Prostata, Holmium-Laser, je Fall
76196371	Mikroaxial-Blutpumpe; je Fall
76196372	Intrakranielle endovaskuläre Thrombektomie (Mikrodraht-Retriever), je Fall
76196373	Natalizumab, i.d.R. maximal 2 Gaben pro stationärem Patient
76196374	Eptotetermin alfa (rhOP-1/BMP-7), je 3,5 mg
76196375	Medikamente freisetzende Mikrosphären zur Chemoembolisation (TACE), je 37,5 mg
76196376	Sorafenib, je 800 mg
76196377	Enzymersatztherapie bei lysosomalen Speichererkrankungen (ERT) bei Morbus Fabry, je 35 mg
76196378	Enzymersatztherapie bei lysosomalen Speichererkrankungen (ERT) bei Morbus Fabry, je 1 mg
76196379	Enzymersatztherapie bei lysosomalen Speichererkrankungen (ERT) bei Mukopolysaccharidose Typ 1 Hurler/Scheie, je 500 mg
76196380	Enzymersatztherapie bei lysosomalen Speichererkrankungen (ERT) bei Morbus Pompe (Glykogenose Typ 2), je 50 mg
76196381	Mikroaxial-Blutpumpe (interventionell); OPS 8-839.42
76196382	Mikroaxial-Blutpumpe (interventionell); OPS 8-839.43
76196383	Sunitinib, 100 mg bis unter 250 mg
76196384	Sunitinib, 250 mg bis unter 400 mg
76196385	Sunitinib, 400 mg bis unter 550 mg
76196386	Sunitinib, 550 mg bis unter 700 mg
76196387	Sunitinib, 700 mg bis unter 850 mg
76196388	Sunitinib, 850 mg bis unter 1000 mg
76196389	Sunitinib, 1000 mg bis unter 1150 mg
76196390	Sunitinib, 1150 mg bis unter 1300 mg
76196391	Sunitinib, 1300 mg bis unter 1450 mg
76196392	Sunitinib, 1450 mg und mehr
76196393	Lenalidomid, 25 mg bis unter 50 mg

76196394	Lenalidomid, 50 mg bis unter 75 mg
76196395	Lenalidomid, 100 mg bis unter 125 mg
76196396	Lenalidomid, 125 mg bis unter 150 mg
76196397	Lenalidomid, 150 mg bis unter 200 mg
76196398	Lenalidomid, 300 mg bis unter 350 mg
76196399	Lenalidomid, 350 mg bis unter 425 mg
76196400	Lenalidomid, über 500 mg
76196401	Natalizumab, Einmaleingabe
76196402	Anidulafungin, 100 mg bis unter 200 mg
76196403	Anidulafungin, 200 mg bis unter 300 mg
76196404	Anidulafungin, 300 mg bis unter 400 mg
76196405	Anidulafungin, 500 mg bis unter 600 mg
76196406	Anidulafungin, 600 mg bis unter 700 mg
76196407	Anidulafungin, 700 mg bis unter 800 mg
76196408	Anidulafungin, 800 mg bis unter 1000 mg
76196409	Anidulafungin, 1200 mg bis unter 1400 mg
76196410	Anidulafungin, 1400 mg bis unter 1800 mg
76196411	Anidulafungin, 2400 mg bis unter 2800 mg
76196412	Anidulafungin, über 2800 mg
76196413	Sorafenib, 2000 mg bis unter 2400 mg
76196414	Sorafenib, 2400 mg bis unter 2800 mg
76196415	Sorafenib, 3200 mg bis unter 3800 mg
76196416	Sorafenib, 3800 mg bis unter 4400 mg
76196417	Sorafenib, 4400 mg bis unter 5000 mg
76196418	Sorafenib, 6000 mg bis unter 7000 mg
76196419	Sorafenib, 7000 mg bis unter 8000 mg
76196420	Sorafenib, über 8000 mg
76196421	Sunitinib, 1000 mg bis unter 1200 mg
76196422	Sunitinib, 1200 mg bis unter 1400 mg
76196423	Sunitinib, 1400 mg bis unter 1600 mg
76196424	Sunitinib, 1600 mg bis unter 1800 mg
76196425	Sunitinib, 1800 mg bis unter 2000 mg
76196426	Sunitinib, mehr als 2000 mg
76196427	Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speichererkrankungen, Morbus Pompe, 600 mg bis 650 mg
76196428	Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speichererkrankungen, Morbus Pompe, 650 mg bis 700 mg
76196429	Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speichererkrankungen, Morbus Pompe, 700 mg bis 750 mg
76196430	Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speichererkrankungen, Morbus Pompe, 750 mg bis 800 mg
76196431	Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speichererkrankungen, Morbus Pompe, 800 mg bis 850 mg
76196432	Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speichererkrankungen, Morbus Pompe, 850 mg bis 900 mg
76196433	Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speichererkrankungen, Morbus Pompe, 900 mg bis 950 mg
76196434	Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speichererkrankungen, Morbus Pompe, 950 mg bis 1000 mg
76196435	Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speichererkrankungen, Morbus Pompe, 1000 mg bis 1050 mg

76196436	Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speichererkrankungen, Morbus Pompe, 1050 mg bis 1100 mg
76196437	Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speichererkrankungen, Morbus Pompe, 1100 mg bis 1150 mg
76196438	Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speichererkrankungen, Morbus Pompe, 1150 mg bis 1200 mg
76196439	Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speichererkrankungen, Morbus Pompe, 1200 mg bis 1250 mg
76196440	Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speichererkrankungen, Morbus Pompe, 1250 mg bis 1300 mg
76196441	Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speichererkrankungen, Morbus Pompe, 1300 mg bis 1350 mg
76196442	Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speichererkrankungen, Morbus Pompe, 1350 mg bis 1400 mg
76196443	Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speichererkrankungen, Morbus Pompe, 1400 mg bis 1450 mg
76196444	Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speichererkrankungen, Morbus Pompe, 1450 mg und mehr
76196445	Amphotericin B Lipidkomplex, 1 mg
76196446	Amphotericin B Lipidkomplex, 10 mg
76196447	Amphotericin B Lipidkomplex, 1000 mg; OPS 6-003.1
76196448	Clofarabin, 1 mg
76196449	Lenalidomid, 1 mg
76196450	Medikament freisetzende Mikrosphären zur transarteriellen Chemoembolisation (TACE), 2 ml Beads (1 Amp.)
76196451	Palifermin, 1 mg
76196452	Sorafenib, 100 mg
76196453	Sunitinib, 10 mg
76196454	Endovaskuläre Mitralklappenanuloplastie
76196455	Kardiale Kontraktilitätsmodulation (CCM)
76196456	Wachstumslenkende Epiphyseodese
76196457	Bioaktive Coils zur intrakraniellen Aneurysmathherapie, je Coil
76196458	Diboterminalfa (rhBMP-2) in der Wirbelsäulen Chirurgie; OPS 8-014.4 in Verbindung mit 5-83*
76196459	Diboterminalfa (rhBMP-2) bei der Reposition von Frakturen/Luxationen; OPS 8-014.4 in Verbindung mit 5-79*
76196460	Medikament freisetzende Mikrosphären zur transarteriellen Chemoembolisation (TACE), mit 2 ml Beads; OPS 8-836.k* in Verbindung mit 8-83b.10
76196461	Medikament freisetzende Mikrosphären zur transarteriellen Chemoembolisation (TACE), mit 4 ml Beads; OPS 8-836.k* in Verbindung mit 8-83b.10
76196462	Medikament freisetzende Mikrosphären zur transarteriellen Chemoembolisation (TACE), mit 6 ml Beads; OPS 8-836.k* in Verbindung mit 8-83b.10
76196463	Clofarabin, von 200 mg bis unter 240 mg
76196464	Clofarabin, von 240 mg bis unter 280 mg
76196465	Clofarabin, von 280 mg bis unter 320 mg
76196466	Clofarabin, von 320 mg bis unter 360 mg
76196467	Clofarabin, von 360 mg bis unter 400 mg
76196468	Clofarabin, von 400 mg bis unter 440 mg
76196469	Clofarabin, von 440 mg bis unter 480 mg
76196471	Sorafenib, 200 mg

76196472	Clofarabin, bis unter 50 mg
76196473	Clofarabin, 50 mg bis unter 100 mg
76196474	Clofarabin, 100 mg bis unter 150 mg
76196475	Clofarabin, 150 mg bis unter 200 mg
76196476	Clofarabin, 200 mg bis unter 250 mg
76196477	Clofarabin, 250 mg bis unter 300 mg
76196478	Clofarabin, 300 mg bis unter 350 mg
76196479	Clofarabin, 350 mg bis unter 400 mg
76196480	Clofarabin, 400 mg bis unter 450 mg
76196481	Clofarabin, 450 mg bis unter 500 mg
76196482	Clofarabin, 500 mg bis unter 550 mg
76196483	Clofarabin, 550 mg bis unter 600 mg
76196484	Clofarabin, 600 mg bis unter 650 mg
76196485	Clofarabin, 650 mg bis unter 700 mg
76196486	Clofarabin, 700 mg bis unter 750 mg
76196487	Clofarabin, 750 mg bis unter 800 mg
76196488	Clofarabin, 800 mg bis unter 850 mg
76196489	Clofarabin, 850 mg bis unter 900 mg
76196490	Clofarabin, 900 mg bis unter 950 mg
76196491	Clofarabin, 950 mg bis unter 1000 mg
76196494	Lenalidomid, über 425 mg
76196495	Koronare Bifurkationsstents; OPS 8-837.u
76196496	Lenalidomid, je Tag
76196497	Amphotericin B Lipidkomplex, 50 mg
76196499	Citratdialyse, je Dialyse
76196500	Auditorische Hirnstammimplantate
76196502	Eculizumab, je Therapiezyklus (4.200 mg pro Zyklus)
76196503	Abatacept, je mg
76196504	Nelarabin, 2250 mg–2499 mg
76196505	Nelarabin, 2500 mg–2749 mg
76196506	Nelarabin, 2750 mg–2999 g
76196507	Nelarabin, 3000 mg–3249 mg
76196508	Nelarabin, 600 mg–649 mg
76196509	Sorafenib, 3600 mg–3999 mg
76196510	Sorafenib, 4400 mg–5199 mg
76196511	Sorafenib, 5200 mg–5999 mg
76196512	Sorafenib, 6000 mg–6799 mg
76196513	Sorafenib, 6800 mg–7599 mg
76196514	Sorafenib, 7600 mg–8399 mg
76196515	Sorafenib, 8400 mg–9199 mg
76196516	Sorafenib, 9200 mg–10000 mg
76196517	Sunitinib, 400 mg–449 mg
76196518	Sunitinib, 450 mg–499 mg
76196519	Sunitinib, 500 mg–549 mg
76196520	Sunitinib, 550 mg–599 mg
76196521	Sunitinib, 600 mg–649 mg
76196522	Sunitinib, 650 mg–699 mg
76196523	Sunitinib, 700 mg–749 mg
76196524	AB0-inkompatible Organtransplantation, AB0-Apherese
76196525	Koronare Bifurkationsstents, nicht medikamentefreisetzend

76196526	Diboterminalfa (rhBMP-2), Knochen-Morphogeneseprotein-2/ osteogenetisches Protein-2
76196527	Eptoterminalfa (rhOP-1/BMP-7), Knochen-Morphogeneseprotein-7/human recombinant bone morphogenetic protein 7/osteogenetisches Protein-1
76196528	Mikroaxial-Blutpumpe
76196529	Palifermin, doppelte Standarddosis
76196530	Neurostimulator zur Stimulation des Rückenmarks oder des peripheren Nervensystems, wiederaufladbar
76196531	Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD) bei der ALL (Erstuntersuchung)
76196532	Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD) bei der ALL (Folgeuntersuchung)
76196533	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße (6 mm x 50 mm)
76196534	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße (6 mm x 100 mm)
76196535	Temsirolimus
76196536	Temsirolimus, pro 25 mg
76196537	Nilotinib, pro 800 mg
76196538	Trabectedin (Ecteinascidin-743), pro Patient
76196539	Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD) bei der ALL
76196540	Panitumumab, pro 100 mg
76196541	Dasatinib, pro Tag
76196542	Anidulafungin, 1 mg
76196543	Anidulafungin, 1000 mg
76196544	Lenalidomid, 1000 mg
76196545	Natalizumab, MS-Therapie, je 1 mg
76196546	Panitumumab, 20 mg parenteral
76196547	Dasatinib, 50 mg
76196548	Temsirolimus, 30 mg
76196549	Trabectedin, 1 mg
76196550	Micafungin, 50 mg
76196551	Nelarabin, 50 ml
76196552	Trabectedin, 0,25 mg
76196553	Dasatinib, 20 mg
76196554	Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD), Identifikation von patientenspezifischen MRD-Markern; OPS 1-991.0
76196555	Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD), patientenspezifische molekulargenetische Quantifizierung der Resttumorlast (MRD Monitoring); OPS 1-991.1
76196556	Nilotinib, Kps.
76196557	Anidulafungin, 100 mg
76196558	Dasatinib, 70 mg
76196559	Lenalidomid, 21 x 5 mg
76196560	Lenalidomid, 21 x 10 mg
76196561	Lenalidomid, 21 x 15 mg
76196562	Lenalidomid, 21 x 25 mg
76196563	Pazopanib, 200 mg; OPS 6-005.a
76196564	Sunitinib, 400 mg bis 450 mg
76196565	Sunitinib, 450 mg bis 500 mg
76196566	Sunitinib, 800 mg bis 1000 mg

76196567	Sunitinib, 1000 mg bis 1200 mg
76196568	Sunitinib, 1200 mg bis 1400 mg
76196569	Lenalidomid, 150 mg bis 175 mg
76196570	Lenalidomid, 175 mg bis 200 mg
76196571	Lenalidomid, 200 mg bis 225 mg
76196572	Lenalidomid, 225 mg bis 250 mg
76196573	Lenalidomid, 300 mg bis 350 mg
76196574	Lenalidomid, 350 mg bis 400 mg
76196575	Lenalidomid, 400 mg bis 450 mg
76196576	Lenalidomid, 450 mg bis 500 mg
76196577	Lenalidomid, 500 mg bis 550 mg
76196578	Lenalidomid, über 550 mg
76196579	Vinflunin, je 50 mg; OPS 6-005.b
76196580	Künstlicher Analsphinkter
76196581	Anidulafungin, pro 1 mg
76196582	Endovaskuläre Implantation einer Herzklappenprothese/ Mitralklappenanuloplastie, OPS 5-35a.2
76196583	Dasatinib, pro 1 mg
76196584	Antikörperbeschichteter Koronarstent, pro Implantat
76196585	Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD)
76196586	Nelarabin, pro 1 mg
76196587	Panitumumab, pro 1 mg
76196588	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, pro Implantat
76196589	Temsirolimus, pro 1 mg
76196590	Natalizumab, pro 1 mg
76196591	Endovaskuläre Implantation einer Herzklappenprothese / Mitralklappenanuloplastie; perkutaner Zugang
76196592	Künstlicher Analsphinkter, je Fall
76196593	Dasatinib, 1000 mg
76196594	Endobronchialventil, je Ventil
76196595	Nelarabin, 1000 mg
76196596	Nilotinib, 1 mg
76196597	Nilotinib, 1000 mg
76196598	Panitumumab, 1000 mg
76196599	Sorafenib, 1000 mg; OPS 6-003.b
76196600	Sunitinib, 1000 mg; OPS 6-003.a
76196601	Medikamentenbeschichteter Ballonkatheter, nicht koronar; OPS 8-836.0b oder 8-836.0c in Verbindung mit OPS 8-83b.b2
76196602	Dasatinib
76196603	Anidulafungin, je mg
76196604	Medikamentenbeschichteter Ballonkatheter, pro Fall je Katheter
76196605	Micafungin, pro Tag
76196606	Endovaskulärer Herzklappenersatz, perkutan-transluminal und transapikal
76196607	Nelarabin, pro Tag
76196608	Panitumumab, 200 mg, 1. Gabe
76196609	Panitumumab, 200 mg, ab 2. Gabe
76196610	Temsirolimus, pro Gabe
76196611	Trabectedin (Ecteinascidin-743), pro Gabe
76196612	Antikörperbeschichteter Koronarstent; OPS 8-837.w0
76196613	Antikörperbeschichteter Koronarstent; OPS 8-837.w1

76196614	Antikörperbeschichteter Koronarstent; OPS 8-837.w2
76196615	Antikörperbeschichteter Koronarstent; OPS 8-837.w3
76196616	Antikörperbeschichteter Koronarstent; OPS 8-837.w4
76196617	Antikörperbeschichteter Koronarstent; OPS 8-837.w5
76196618	Antikörperbeschichteter Koronarstent; OPS 8-837.w6
76196619	Antikörperbeschichteter Koronarstent; OPS 8-837.w7
76196620	Antikörperbeschichteter Koronarstent; OPS 8-837.w8
76196621	Antikörperbeschichteter Koronarstent; OPS 8-837.w9
76196622	Antikörperbeschichteter Koronarstent; OPS 8-837.wa
76196623	Endovasculärer Herzklappenersatz, perkutan-transluminal und transapikal, perkutaner (endovasculärer) Aortenklappenersatz; OPS 5-35a.00
76196624	Endovasculärer Herzklappenersatz, perkutan-transluminal und transapikal, endovasculärer Pulmonalklappenersatz; OPS 5-35a.1
76196625	Transapikaler Herzklappenersatz; OPS 5-35a.01
76196626	Amphotericin B Lipidkomplex, 100 mg; OPS 6-003.1
76196627	Anidulafungin, 100 mg; OPS 6-003.k
76196628	Clofarabin; OPS 6-003.j
76196629	Abatacept, 250 mg; OPS 6-003.m
76196630	Lenalidomid, 25 mg; OPS 6-003.g
76196631	Fluoreszenzgesteuerte Diagnostik oder Resektionstechnik des Harnblasenkarzinoms (HEXVIX); OPS (5-573.4 und 5-989) oder (1-661 und (1-460.2 oder 1-460.5) und 5-989)
76196632	Palifermin, mehr als 5 Ampullen a 6,25 mg
76196633	Eculizumab, 300 mg; OPS 6-003.h
76196634	Radioimmuntherapie mit Yttrium (90Y)-markiertem Ibritumomab-Tiuxetan; OPS 6-003.6
76196635	Kiefergelenksendoprothese (Totalersatz); OPS 5-773.a0, .a1, 5-779.20 oder .21
76196636	Kiefergelenksendoprothese Gelenkkopfprothese; OPS 5-773.a2 oder 5-779.22
76196637	Nelarabin, 250 mg; OPS 6-003.e
76196638	Sitaxentan, 100 mg
76196639	Sorafenib, 200 mg; OPS 6-003.b
76196640	Sunitinib, 50 mg; OPS 6-003.a
76196641	Treprostinil, 20 mg (Flasche)
76196642	Treprostinil, 50 mg (Flasche)
76196643	Treprostinil, 100 mg (Flasche)
76196644	Treprostinil, 200 mg (Flasche)
76196645	Überlange 3D-Coils zur intrakraniellen Aneurysmatherapie; OPS 8-83b.32 oder .33
76196646	Bioaktive Coils zur intrakraniellen Aneurysmatherapie; OPS 8-83b.31
76196647	Künstlicher Analsphinkter, Soft Anal Band; OPS 5-496.9 oder .a4
76196648	Intrakranielle endovaskuläre Thrombektomie (Mikrodraht-Retriever), Rekanalisation von Hirnarterien; OPS 8-836.80 und 8-83b.8*
76196651	Molekulares Monitoring der Resttumorlast, bei ALL, Identifikation; OPS 1-991.0
76196652	Molekulares Monitoring der Resttumorlast, bei ALL, Quantifizierung; OPS 1-991.1
76196653	Amphotericin B Lipidkomplex, parenteral, pro Behandlungstag 350 mg; OPS 6-003.1
76196654	Carmustin-Implantat, intrathekal; OPS 6-003.3

76196655	AB0-inkompatible Organtransplantation, Nieren-Lebendspende; OPS 5-555.0 und 5-930.21
76196656	Radioimmuntherapie mit (90Y)-markiertem Ibritumomab-Tiuxetan, pro 3,2 mg
76196657	Carmustin-Implantat, intrathekal; je Implantat
76196658	Intrakranielle endovaskuläre Thrombektomie (Mikrodraht-Retriever), 1 System
76196659	Intrakranielle endovaskuläre Thrombektomie (Mikrodraht-Retriever), 2 Systeme oder mehr
76196660	Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD), Erstuntersuchung pro Fall
76196661	Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD), Folgeuntersuchung pro Fall
76196662	Intrakavitäre Radiotherapie mit Jod 125
76196663	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße
76196664	Dasatinib, 140 mg
76196665	Decitabine, pro mg
76196666	Bioaktive Coils zur intrakraniellen Aneurysmathherapie; OPS 8-83b.30, .31 oder .32
76196667	Panitumumab, je Applikation
76196668	Ambrisentan, je applizierte 5 mg
76196669	Nilotinib, je applizierte volle 200 mg
76196670	Abatacept, pro 1.000 mg
76196671	Natalizumab, pro 1.000 mg
76196672	Medikamentenbeschichteter Ballonkatheter; OPS 8-83b.b0
76196673	Micafungin
76196674	Nilotinib
76196675	Panitumumab
76196676	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 1 Stent in 1 Koronararterie; OPS 8-837.m0 in Kombination mit 8-83b.07
76196677	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 2 Stents in 1 Koronararterie; OPS 8-837.m1 in Kombination mit 8-83b.07
76196678	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 2 Stents in mehrere Koronararterien; OPS 8-837.m2 in Kombination mit 8-83b.07
76196679	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 3 Stents in 1 Koronararterie; OPS 8-837.m3 in Kombination mit 8-83b.07
76196680	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 3 Stents in mehrere Koronararterien; OPS 8-837.m4 in Kombination mit 8-83b.07
76196681	Trabectedin (Ecteinascidin – 743)
76196682	Ex-vivo-Chemosensibilitätstestung; OPS 1-990
76196683	AB0-inkompatible Organtransplantation, Nierentransplantation; OPS 8-821.10 in Kombination mit 5-555.0
76196684	AB0-inkompatible Organtransplantation, Nierentransplantation; OPS 8-821.10 in Kombination mit 5-555.6

76196685	AB0-inkompatible Organtransplantation, Nierentransplantation; OPS 8-821.10 in Kombination mit 5-930.21
76196686	AB0-inkompatible Organtransplantation, Nierentransplantation; OPS 8-821.11 in Kombination mit 5-555.0
76196687	AB0-inkompatible Organtransplantation, Nierentransplantation; OPS 8-821.11 in Kombination mit 5-555.6
76196688	AB0-inkompatible Organtransplantation, Nierentransplantation; OPS 8-821.11 in Kombination mit 5-930.21
76196689	AB0-inkompatible Organtransplantation, Nierentransplantation; OPS 8-821.0 in Kombination mit 5-555.0
76196690	AB0-inkompatible Organtransplantation, Nierentransplantation; OPS 8-821.0 in Kombination mit 5-555.6
76196691	AB0-inkompatible Organtransplantation, Nierentransplantation; OPS 8-821.0 in Kombination mit 5-930.21
76196692	Endobronchialventil, 1 Ventil; OPS 5-339.50
76196693	Endobronchialventil, 2 Ventile; OPS 5-339.51
76196694	Endobronchialventil, 3 Ventile; OPS 5-339.52
76196695	Endobronchialventil, 4 Ventile; OPS 5-339.53
76196696	Fluoreszenzzytoskopie (Photodynamische Diagnostik) HAL, 1 mg
76196697	Panitumumab, pro 400 mg
76196698	Intrakranielle endovaskuläre Thrombektomie (Mikrodraht-Retriever), Katheterset
76196699	Intrakranielle endovaskuläre Thrombektomie (Mikrodraht-Retriever), Seperator
76196700	Intrakranielle endovaskuläre Thrombektomie (Mikrodraht-Retriever), zusätzlicher Seperator
76196701	Lenalidomid, 5 mg pro Tag; OPS 6-003.g
76196702	Lenalidomid, 10 mg pro Tag; OPS 6-003.g
76196703	Lenalidomid, 15 mg pro Tag; OPS 6-003.g
76196704	Intrakranielle endovaskuläre Thrombektomie, zusätzlicher Katheter
76196705	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 20 mm
76196706	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 40 mm
76196707	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 60 mm
76196708	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 100 mm
76196709	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 200 mm
76196710	Clofarabin, je begonnener Flasche a 20 mg
76196711	Palifermin, je Zyklus
76196712	Trabectedin, 0,5 mg
76196713	Trabectedin, 0,75 mg
76196714	Trabectedin, 1,25 mg
76196715	Trabectedin, 1,5 mg
76196716	Trabectedin, 1,75 mg
76196717	Trabectedin, 2 mg
76196718	Trabectedin, 2,25 mg
76196719	Trabectedin, 2,5 mg
76196720	Trabectedin, 2,75 mg

76196721	Trabectedin, 3 mg
76196722	Trabectedin, 3,25 mg
76196723	Trabectedin, 3,5 mg
76196724	Trabectedin, 3,75 mg
76196725	Trabectedin, 4 mg
76196726	Ereignisrekorder, implantierbar, bei Vorhofflimmern; OPS 5-377.8
76196727	Eculizumab
76196728	Auditorisches Mittelhirnimplantat
76196729	Doppel-J-Stent aus Metall zur Harnableitung bei Ureterstrikturen
76196730	Ambrisentan
76196731	Radioimmuntherapie von Lymphomen mit Anti-CD66-Antikörper
76196732	Trabectedin, 1000 mg; OPS 8-542
76196733	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 120 mm
76196734	Natalizumab, je begonnener Flasche a 300 mg
76196735	Endobronchialventil, 5 oder mehr Ventile; OPS 5-339.54
76196736	Medikamentenbeschichteter Ballonkatheter, nicht koronar; OPS 8-836.0b oder 8-836.0c in Verbindung mit OPS 8-83b.b3
76196737	Carmustin-Implantat, intrathekal, je mg
76196738	Radioimmuntherapie mit Yttrium (90Y)-markiertem Ibritumomab-Tiuxetan
76196739	Micafungin, je mg
76196740	Transapikaler Herzklappenersatz
76196741	Intrakavitäre Radiotherapie mit Jod-125, eine Ampulle
76196742	Intrakavitäre Radiotherapie mit Jod-125, zwei Ampullen
76196743	Intrakavitäre Radiotherapie mit Jod-125, drei Ampullen
76196744	Eculizumab, je mg
76196745	Magenschrittmacher
76196746	Fluoreszenzzystoskopie (Photodynamische Diagnostik) HAL, fluoreszenzgesteuerte Resektion des Harnblasenkarzinoms
76196747	Nelarabin, Erwachsene, je 10 mg
76196748	Nelarabin, Kinder, je 10 mg
76196749	Multiviszeraltransplantation
76196750	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 50 mm
76196751	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 150 mm
76196752	Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD bei der ALL, bei Erstaufenthalt; OPS 1-991.0
76196753	Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD bei der ALL, ab dem zweiten und jeden weiteren Aufenthalt; OPS 1-991.1
76196754	Amphotericin B Lipidkomplex, 20 ml (IFK)
76196755	Endovaskuläre Implantation einer Herzklappenprothese/Mitralklappenanuloplastie, perkutan-transluminare Aortenklappenimplantation (interventionell); OPS 5-35a.0*
76196756	Endo-Exo-Prothese; OPS 5-785.4g
76196757	Abatacept
76196758	Sitaxsentan, je mg
76196760	Panitumumab, 50 mg
76196761	Trabectedin, 2,10 mg bis unter 2,40 mg
76196762	Trabectedin, 2,40 mg bis unter 2,70 mg
76196763	Trabectedin, 2,70 mg bis unter 3,00 mg

76196764	Trabectedin, 3,00 mg und mehr
76196765	Endovaskuläre Implantation einer Herzklappenprothese, Implantation gestentete Pulmonalklappen; OPS 5-35a.1
76196766	Abatacept, je Gabe
76196767	Radioimmuntherapie mit Anti-CD19-, Anti-CD45- und Anti-CD66-Antikörper, Myeloablative Radioimmuntherapie
76196768	Endovaskuläre Implantation einer Mitralklappenprothese; OPS 5-35a.2
76196769	Doppel-J-Stent aus Metall zur Harnableitung bei Ureterstrikturen; OPS 8-137.0, .1 oder .2
76196770	Lenalidomid, 5 mg
76196771	Lenalidomid, 10 mg
76196772	Lenalidomid, 15 mg
76196773	Ranibizumab, intravitreal, je mg
76196774	AB0-inkompatible Organtransplantation, Initialisierung
76196775	AB0-inkompatible Organtransplantation, Transplantationsvorbereitung
76196776	Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD), erfolgreiche Markeridentifikation, Erstuntersuchung
76196777	Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD), erfolgreiche Markeridentifikation, Tumorlastbestimmung Folgeuntersuchung
76196778	Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD), erfolglose Markeridentifikation, Erstuntersuchung
76196779	Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD), erfolglose Markeridentifikation, Tumorlastbestimmung Folgeuntersuchung
76196780	Nelarabin, > 0 mg bis 250 mg
76196781	Nelarabin, > 250 mg bis 500 mg
76196782	Nelarabin, > 500 mg bis 750 mg
76196783	Nelarabin, > 750 mg bis 1000 mg
76196784	Nelarabin, > 1000 mg bis 1250 mg
76196785	Nelarabin, > 1250 mg bis 1500 mg
76196786	Nelarabin, > 1500 mg bis 1750 mg
76196787	Nelarabin, > 1750 mg bis 2000 mg
76196788	Nelarabin, > 2000 mg bis 2250 mg
76196789	Nelarabin, > 2250 mg bis 2500 mg
76196790	Nelarabin, > 2500 mg bis 2750 mg
76196791	Nelarabin, > 2750 mg bis 3000 mg
76196792	Nelarabin, > 3000 mg bis 3250 mg
76196793	Nelarabin, > 3250 mg bis 3500 mg
76196794	Nelarabin, > 3500 mg bis 3750 mg
76196795	Nelarabin, > 3750 mg bis 4000 mg
76196796	Nelarabin, > 4000 mg bis 4250 mg
76196797	Nelarabin, > 4250 mg bis 4500 mg
76196798	Nelarabin, > 4500 mg bis 4750 mg
76196799	Nelarabin, > 4750 mg bis 5000 mg
76196800	Nelarabin, > 5000 mg bis 6000 mg
76196801	Nelarabin, > 6000 mg bis 7000 mg
76196802	Nelarabin, > 7000 mg bis 8000 mg
76196803	Nelarabin, > 8000 mg bis 9000 mg
76196804	Nelarabin, > 9000 mg bis 10000 mg
76196805	Nelarabin, > 10000 mg bis 11000 mg
76196806	Nelarabin, > 11000 mg bis 12000 mg
76196807	Nelarabin, > 12000 mg bis 13000 mg

76196808	Panitumumab, > 0 mg bis 100 mg
76196809	Panitumumab, > 100 mg bis 200 mg
76196810	Panitumumab, > 200 mg bis 300 mg
76196811	Panitumumab, > 300 mg bis 400 mg
76196812	Panitumumab, > 400 mg bis 500 mg
76196813	Panitumumab, > 500 mg bis 600 mg
76196814	Panitumumab, > 600 mg bis 700 mg
76196815	Panitumumab, > 700 mg bis 800 mg
76196816	Panitumumab, > 800 mg bis 900 mg
76196817	Panitumumab, > 900 mg bis 1000 mg
76196818	Trabectedin, > 1,25 mg bis 1,5 mg
76196819	Trabectedin, > 1,5 mg bis 1,75 mg
76196820	Trabectedin, > 1,75 mg bis 2 mg
76196821	Trabectedin, > 2 mg bis 2,25 mg
76196822	Trabectedin, > 2,25 mg bis 2,5 mg
76196823	Trabectedin, > 2,5 mg bis 2,75 mg
76196824	Trabectedin, > 2,75 mg bis 3 mg
76196825	Trabectedin, > 3 mg bis 3,25 mg
76196826	Trabectedin, > 3,25 mg bis 3,5 mg
76196827	Trabectedin, > 3,5 mg bis 3,75 mg
76196828	Trabectedin, > 3,75 mg bis 4 mg
76196829	Trabectedin, > 4 mg bis 4,25 mg
76196830	Trabectedin, > 4,25 mg bis 4,5 mg
76196831	Trabectedin, > 4,5 mg bis 4,75 mg
76196832	Trabectedin, > 4,75 mg bis 5 mg
76196833	Trabectedin, > 5 mg bis 5,25 mg
76196834	Trabectedin, > 5,25 mg bis 5,5 mg
76196835	Trabectedin, > 5,5 mg bis 5,75 mg
76196836	Trabectedin, > 5,75 mg bis 6 mg
76196837	Trabectedin, > 6 mg bis 6,25 mg
76196838	Trabectedin, > 6,25 mg bis 6,5 mg
76196839	Trabectedin, > 6,5 mg bis 6,75 mg
76196840	Trabectedin, > 6,75 mg bis 7 mg
76196841	Trabectedin, > 7 mg bis 7,25 mg
76196842	Trabectedin, > 7,25 mg bis 7,5 mg
76196843	Trabectedin, > 7,5 mg bis 7,75 mg
76196844	Trabectedin, > 7,75 mg bis 8 mg
76196845	Trabectedin, > 8 mg bis 8,25 mg
76196846	Trabectedin, > 8,25 mg bis 8,5 mg
76196847	Trabectedin, > 8,5 mg bis 8,75 mg
76196848	Trabectedin, > 8,75 mg bis 9 mg
76196849	Trabectedin, > 9 mg bis 9,25 mg
76196850	Trabectedin, > 9,25 mg bis 9,5 mg
76196851	Trabectedin, > 9,5 mg bis 9,75 mg
76196852	Amphotericin B-Lipidkomplex, Anwendung für 14-tägige Therapie, 100 mg
76196853	Radioimmuntherapie mit Yttrium (90Y)-markiertem Ibritumomab-Tiuxetan, pro Applikation bei 250 mg/(mxm) und 2mxm Körperoberfläche; OPS 6-003.g in Kombination mit 8-530.7
76196854	Intrakranielle endovaskuläre Thrombektomie (Mikrodraht-Retriever); OPS 8-83b.81 in Kombination mit 8-836.81

76196855	Bioaktive Coils zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, je Coil; OPS 8-83b.31 oder .32 in Kombination mit 8-836.m0
76196856	Überlange Coils (3D) zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, je Coil; OPS 8-83b.33 in Kombination mit 8-836.m0
76196857	Clofarabin, je 20 mg; OPS 6-003.j
76196858	Ex-vivo-Chemosensibilisierung mehr als 7 Tests
76196859	Catumaxomab, je mg
76196860	Ixabepilon, je mg
76196861	Golimumab, je mg
76196862	Ambrisentan, je mg
76196863	Tocilizumab, je mg
76196864	Vorinostat, je mg
76196865	Arsentrioxid, je mg
76196866	Icatibant, je mg
76196868	Trabectedin, pro Behandlung; OPS 6-004.a
76196869	Anidulafungin, 1.400 mg bis 1.600 mg
76196870	Anidulafungin, 1.600 mg bis 1.800 mg
76196871	Anidulafungin, 1.800 mg bis 2.000 mg
76196872	Anidulafungin, 2.000 mg bis 2.200 mg
76196873	Anidulafungin, 2.200 mg bis 2.400 mg
76196874	Anidulafungin, 2.400 mg bis 2.800 mg
76196875	Anidulafungin, 2.800 mg bis 3.200 mg
76196876	Anidulafungin, 3.200 mg bis 4.000 mg
76196877	Anidulafungin, 4.000 mg und mehr
76196878	Clofarabin, 1.000 mg bis 1.200 mg
76196879	Clofarabin, 1.200 mg bis 1.400 mg
76196880	Clofarabin, 1.400 mg bis 1.600 mg
76196881	Clofarabin, 1.600 mg bis 1.800 mg
76196882	Clofarabin, 1.800 mg bis 2.000 mg
76196883	Clofarabin, über 2.000 mg
76196884	Decitabine, 50 mg bis 100 mg
76196885	Decitabine, 100 mg bis 150 mg
76196886	Decitabine, 150 mg bis 200 mg
76196887	Decitabine, 200 mg bis 250 mg
76196888	Decitabine, 250 mg bis 300 mg
76196889	Decitabine, 300 mg bis 350 mg
76196890	Decitabine, 350 mg bis 400 mg
76196891	Decitabine, 400 mg bis 450 mg
76196892	Decitabine, 450 mg bis 500 mg
76196893	Decitabine, 500 mg bis 550 mg
76196894	Decitabine, 550 mg bis 600 mg
76196895	Decitabine, 600 mg bis 650 mg
76196896	Decitabine, mehr als 650 mg
76196897	Panitumumab, 300 mg bis 400 mg
76196898	Panitumumab, 400 mg bis 600 mg
76196899	Panitumumab, 600 mg bis 800 mg
76196900	Panitumumab, 800 mg bis 1000 mg
76196901	Panitumumab, 1000 mg bis 1200 mg
76196902	Panitumumab, 1200 mg bis 1400 mg
76196903	Panitumumab, 1400 mg bis 1600 mg
76196904	Panitumumab, 1600 mg bis 1800 mg

76196905	Panitumumab, 1800 mg bis 2000 mg
76196906	Panitumumab, 2000 mg bis 2600 mg
76196907	Panitumumab, 2600 mg bis 3200 mg
76196908	Panitumumab, über 3200 mg
76196909	Dasatinib, 50 mg bis unter 100 mg
76196910	Dasatinib, 100 mg bis unter 150 mg
76196911	Dasatinib, 150 mg bis unter 200 mg
76196912	Dasatinib, 200 mg bis unter 250 mg
76196913	Dasatinib, 250 mg bis unter 300 mg
76196914	Dasatinib, 300 mg bis unter 350 mg
76196915	Dasatinib, 350 mg bis unter 400 mg
76196916	Dasatinib, 400 mg bis unter 450 mg
76196917	Dasatinib, 450 mg bis unter 500 mg
76196918	Dasatinib, 500 mg bis unter 550 mg
76196919	Dasatinib, 550 mg bis unter 600 mg
76196920	Dasatinib, 60 mg bis unter 650 mg
76196921	Dasatinib, 650 mg bis unter 700 mg
76196922	Dasatinib, 700 mg bis unter 750 mg
76196923	Dasatinib, 750 mg bis unter 800 mg
76196924	Dasatinib, 800 mg bis unter 850 mg
76196925	Dasatinib, 850 mg bis unter 900 mg
76196926	Dasatinib, 900 mg bis unter 950 mg
76196927	Dasatinib, 950 mg bis unter 1000 mg
76196928	Dasatinib, 1000 mg und mehr
76196929	Nilotinib, 200 mg bis unter 400 mg
76196930	Nilotinib, 400 mg bis unter 600 mg
76196931	Nilotinib, 600 mg bis unter 800 mg
76196932	Nilotinib, 800 mg bis unter 1000 mg
76196933	Nilotinib, 1000 mg bis unter 1200 mg
76196934	Nilotinib, 1200 mg bis unter 1400 mg
76196935	Nilotinib, 1400 mg bis unter 1600 mg
76196936	Nilotinib, 1600 mg bis unter 1800 mg
76196937	Nilotinib, 1800 mg bis unter 2000 mg
76196938	Nilotinib, 2000 mg bis unter 2200 mg
76196939	Nilotinib, 2200 mg bis unter 2400 mg
76196940	Nilotinib, 2400 mg bis unter 2600 mg
76196941	Nilotinib, 2600 mg bis unter 2800 mg
76196942	Nilotinib, 2800 mg bis unter 3000 mg
76196943	Nilotinib, 3000 mg bis unter 3200 mg
76196944	Nilotinib, 3200 mg bis unter 3400 mg
76196945	Nilotinib, 3400 mg bis unter 3600 mg
76196946	Nilotinib, 3600 mg bis unter 3800 mg
76196947	Nilotinib, 3800 mg bis unter 4000 mg
76196948	Nilotinib, 4000 mg bis unter 4200 mg
76196949	Nilotinib, 4200 mg bis unter 4400 mg
76196950	Nilotinib, 4400 mg bis unter 4600 mg
76196951	Nilotinib, 4600 mg bis unter 4800 mg
76196952	Nilotinib, 4800 mg bis unter 5000 mg
76196953	Nilotinib, 5000 mg und mehr
76196954	Pegaptanib, intravitreal, 1,65 mg (1 Am.)
76196955	Temsirolimus, 25 mg bis unter 50 mg

76196956	Temsirolimus, 50 mg bis unter 75 mg
76196957	Temsirolimus, 75 mg bis unter 100 mg
76196958	Temsirolimus, 100 mg und mehr
76196959	Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD) bei der ALL bei Erwachsenen (Alter > 17 Jahre)
76196961	Catumaxomab, 10 µg
76196962	Panitumumab, 10 mg; OPS 6-004.7
76196963	Ex-Vivo-Chemosensibilitätstestung, Abbruchpauschale bei ergebnisloser Testung
76196964	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 6-7 mm Durchmesser, 50, 100 oder 150 mm Länge, 1 Stent
76196965	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 6-7 mm Durchmesser, 50, 100 oder 150 mm Länge, 2 Stents
76196966	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 6-7 mm Durchmesser, 50, 100 oder 150 mm Länge, 3 Stents
76196967	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 6-7 mm Durchmesser, 50, 100 oder 150 mm Länge, 4 Stents
76196968	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 6-7 mm Durchmesser, 50, 100 oder 150 mm Länge, 5 Stents
76196969	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 6-7 mm Durchmesser, 50, 100 oder 150 mm Länge, 6 und mehr Stents
76196970	Bioaktive Coils zur intrakraniellen Aneurysmathherapie, je Spirale; OPS 8-83b.32
76196971	Excimer-Laser-Extraktion von Schrittmacher- und Defibrillatorelektroden; OPS 5-378.a0
76196972	Kardiale Kontraktilitätsmodulation (CCM); OPS 5-379.8
76196974	Icatibant, 30 mg
76196975	Micafungin, 100 mg
76196976	Autologe matrixinduzierte Chondrogenese (AMIC), je 20 cm x cm Matrix
76196977	Autologe matrixinduzierte Chondrogenese (AMIC), je 12cm x cm Matrix
76196978	Autologe matrixinduzierte Chondrogenese (AMIC), je 6 cm x cm Matrix
76196980	Okklusionsschirm für Aortendissektionsmembranen, je Stück
76196981	Perkutan-transluminale Clipping bei Mitralklappeninsuffizienz, je Stück
76196982	Catumaxomab, je Therapiezyklus
76196983	Catumaxomab, Fertigspritze 50 µg
76196984	Magenschrittmacher, mit laparoskopischer Implantation der Sonden; OPS 5-449.n1
76196985	Magenschrittmacher, mit Implantation der Sonden durch Umsteigen von laparoskopischen auf offen chirurgische Verfahren; OPS 5-449.n2
76196986	Antikörperbeschichteter Koronarstent, je Stent; OPS 8-837.wx
76196987	Intrakranielle endovaskuläre Thrombektomie (Mikrodraht-Retriever), 1 System; OPS (8-836.80 oder .81) in Kombination mit 8-83b.80
76196988	Intrakranielle endovaskuläre Thrombektomie (Mikrodraht-Retriever), 2 oder mehr Systeme; OPS (8-836.80 oder .81) in Kombination mit 8-83b.81
76196990	Tocilizumab, 80 mg

76196992	Selektive interne Radiotherapie (SIRT) mit Rhenium; OPS 8-530.46
76196993	Doppel-J-Stent aus Metall zur Harnableitung bei Ureterstrikturen/- kompressionen; OPS 5-560.30 oder .70
76196994	Epiretinale Beta-Bestrahlung mit Gabe von Ranibizumab; OPS 5-158.16, 5-155.80, 6-003.c
76196995	Hybrid-Kochleaimplantat
76196996	Implantation eines medikamentefreisetzenden Stents in Oberschenkelgefäße, 1 Stent
76196997	Implantation eines medikamentefreisetzenden Stents in Oberschenkelgefäße, 2 Stents
76196998	Implantation eines medikamentefreisetzenden Stents in Oberschenkelgefäße, 3 Stents
76196999	Implantation eines medikamentefreisetzenden Stents in Oberschenkelgefäße, 4 Stents
76197000	Implantation eines medikamentefreisetzenden Stents in Oberschenkelgefäße, 5 Stents
76197001	Implantation eines medikamentefreisetzenden Stents in Oberschenkelgefäße, ab 6 Stents
76197002	Tocilizumab, 200 mg
76197003	Tocilizumab, 400 mg
76197004	Micafungin, je 1000 mg
76197005	Medikamentenbeschichteter Ballonkatheter; OPS 8-837.00
76197006	Medikamentenbeschichteter Ballonkatheter; OPS 8-837.01
76197007	Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen
76197008	Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen; OPS 8-836.d0 oder .e0
76197009	Plerixafor
76197010	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 250 mm
76197011	Dasatinib, 100 mg
76197012	Intraaortale Ballonokklusion mit extrakorporaler Zirkulation; OPS 5-379.x
76197013	Implantation eines medikamente-freisetzenden Stents in Unterschenkelgefäße, 1 Stent, OPS 8-841.0c
76197014	Ex-vivo-Chemosensibilitätstestung ATP-TCA (bei Rezidivpatienten)
76197015	Überlange Coils (3D) zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, je Coil
76197016	Abatacept, je 500 mg
76197017	Abatacept, je 750 mg
76197018	Tocilizumab, 100 mg
76197019	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, < 100 mm, ein Stent; OPS 8-842.0b oder .0c
76197020	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, < 100 mm, zwei Stents; OPS 8-842.1b oder .1c
76197021	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, < 100 mm, drei Stents; OPS 8-842.2b oder .2c
76197022	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, < 100 mm, vier Stents; OPS 8-842.3b oder .3c
76197023	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, < 100 mm, fünf Stents; OPS 8-842.4b oder .4c

76197024	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, < 100 mm, sechs Stents; OPS 8-842.5b oder .5c
76197025	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, >= 100 mm, ein Stent; OPS 8-842.0b oder .0c in Verbindung mit 8-83b.f0
76197026	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, >= 100 mm, zwei Stents; OPS 8-842.1b oder .1c in Verbindung mit 8-83b.f0
76197027	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, >= 100 mm, drei Stents; OPS 8-842.2b oder .2c in Verbindung mit 8-83b.f0
76197028	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, >= 100 mm, vier Stents; OPS 8-842.3b oder .3c in Verbindung mit 8-83b.f0
76197029	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, >= 100 mm, fünf Stents; OPS 8-842.4b oder .4c in Verbindung mit 8-83b.f0
76197030	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, >= 100 mm, sechs Stents; OPS 8-842.5b oder .5c in Verbindung mit 8-83b.f0
76197031	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 25 mm; OPS 8-842.0b oder .0c
76197032	Kiefergelenkendoprothese (Totalersatz)
76197033	Ambrisentan, je Tablette
76197034	Antikörperbeschichteter Koronarstent, je Stent
76197035	Pegaptanib, intravitreal, je Spritze
76197036	Dasatinib, pro Fall (durchschnittlich 2000 mg)
76197037	Panitumumab, pro Fall (durchschnittlich 400 mg)
76197038	Sorafenib, pro Fall (durchschnittlich 8000 mg)
76197039	Sunitinib, pro Fall (durchschnittlich 550 mg)
76197040	Temsirolimus, pro Fall (durchschnittlich 60 mg)
76197041	Endovaskuläre Implantation einer Herzklappenprothese / Mitralklappenanuloplastie; OPS 5-35a.00
76197042	Lenalidomid (21 x 5 mg), je 1 mg
76197043	Lenalidomid (21 x 10 mg), je 1 mg
76197044	Lenalidomid (21 x 15 mg), je 1 mg
76197045	Lenalidomid (21 x 25 mg), je 1 mg
76197047	Dasatinib, Packung (56 Tabletten a 50 mg)
76197048	Hämodialyse zur Eliminierung freier Leichtketten bei Plasmozytom, je Dialyse
76197049	Fluoreszenzzytoskopie (Photodynamische Diagnostik) HAL; OPS 5-989 in Kombination mit 5-573.4 oder 1-66*
76197050	Certolizumab, je mg
76197051	Radionuklidtherapie mit Jod-131-Metomidat
76197052	Catumaxomab, je µg
76197053	Denileukin Diftitox, je µg
76197054	Ex-vivo-Chemosensibilitätstestung, je weitere 7 Substanzen/Kombinationen
76197055	Sitaxentan, pro Tag
76197056	Medikamentenbeschichteter Ballonkatheter; OPS 8-837.0* in Kombination mit 8-83b.b*
76197057	Icatibant, je Fertigspritze

76197058	Fluoreszenzzystoskopie (Photodynamische Diagnostik) HAL; OPS 5-573.* in Kombination mit 5-989
76197060	Kiefergelenkendoprothese (Totalersatz), vorgefertigt; OPS 5-773.a0
76197061	Kiefergelenkendoprothese (Totalersatz), CAD-CAM-gefertigt; OPS 5-773.a1
76197062	Überlange Coils (3D) zur intrakraniellen Aneurysmathherapie; OPS 8-83b.32 oder .33 in Kombination mit 8-836.m0
76197063	Intraaortale Ballonokklusion mit extrakorporaler Zirkulation
76197064	Implantation gentechnisch charakterisierter Chondrozyten
76197065	Kiefergelenkendoprothese (Totalersatz), Titanimplantate
76197066	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, je Stent, 25 bis unter 100 mm
76197067	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, je Stent, 100 bis unter 150 mm
76197068	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, je Stent, 150 bis unter 250 mm
76197069	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, je Stent, 250 mm und mehr
76197070	Golimumab, je 50 mg
76197071	Fetoskopischer Tracheal-Ballonverschluss bei Zwerchfellhernie und bei vorzeitigem Blasensprung
76197072	Catumaxomab, pro Behandlung
76197073	Arsentrioxid, intravenös, je 10 mg/ml
76197074	Uterus-Schirmchenverschluss nach fetoskopischen Eingriffen
76197075	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, je Stent, 25 oder 50 mm
76197076	Ambrisentan, je applizierte 10 mg
76197077	Prävention parastomaler Hernien durch Einsatz eines intraperitoneal platzierten Kunststoffnetzes
76197078	Treprostnil, je mg
76197079	Endovaskuläre Implantation einer Herzklappenprothese, Mitralklappen- anuloplastie; OPS 5-35a.*
76197082	Hypertherme intrathorakale/-pleurale Chemotherapie in Kombination mit kompletter Pleurektomie und Tumorreduktion
76197084	Pegaptanib, intravitreal, 1 Fertigspritze a 0,3 mg; OPS 6-003.d
76197085	Pegaptanib, intravitreal, 1 Fertigspritze a 0,3 mg; OPS 5-156.9 in Kombination mit 6-003.d
76197086	Ranibizumab, intravitreal, 1 Fertigspritze a 0,5 mg; OPS 6-003.c
76197087	Ranibizumab, intravitreal, 1 Fertigspritze a 0,5 mg; OPS 5-156.9 in Kombination mit 6-003.c
76197088	Dasatinib, 10 mg
76197089	Micafungin, 10 mg
76197090	Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD), Folgeuntersuchung, je Leistung; OPS 1-991.*
76197091	Behandlung der letalen Epidermolysis bullosa junctionalis (M. Herlitz) durch Transplantation von haploidentischem Knochenmark und Haut desselben Spenders, je Tag
76197092	Nilotinib, je Tablette zu 200 mg; OPS 6-004.6
76197093	Ranibizumab; OPS 6-003.c
76197094	Amphotericin B-Lipidkomplex, 10.000 mg und mehr
76197095	Clofarabin, 400 mg bis 600 mg

76197096	Clofarabin, 600 mg bis 800 mg
76197097	Clofarabin, 800 mg bis 1000 mg
76197098	Sorafenib, 200 mg bis 800 mg
76197099	Micafungin, 100 mg bis unter 150 mg
76197100	Micafungin, 150 mg bis unter 200 mg
76197101	Micafungin, 200 mg bis unter 250 mg
76197102	Micafungin, 250 mg bis unter 300 mg
76197103	Micafungin, 300 mg bis unter 350 mg
76197104	Micafungin, 350 mg bis unter 400 mg
76197105	Micafungin, 400 mg bis unter 450 mg
76197106	Micafungin, 450 mg bis unter 500 mg
76197107	Micafungin, 500 mg bis unter 550 mg
76197108	Micafungin, 550 mg bis unter 600 mg
76197109	Micafungin, 600 mg bis unter 650 mg
76197110	Micafungin, 650 mg bis unter 700 mg
76197111	Micafungin, 700 mg bis unter 750 mg
76197112	Micafungin, 750 mg bis unter 800 mg
76197113	Micafungin, 800 mg bis unter 850 mg
76197114	Micafungin, 850 mg bis unter 900 mg
76197115	Micafungin, 900 mg bis unter 950 mg
76197116	Micafungin, 950 mg bis unter 1000 mg
76197117	Nelarabin, 4.000 mg und mehr
76197137	Eculizumab, 300 mg bis unter 600 mg
76197138	Eculizumab, 600 mg bis unter 900 mg
76197139	Eculizumab, 900 mg bis unter 1200 mg
76197140	Eculizumab, 1200 mg bis unter 1500 mg
76197141	Eculizumab, 1500 mg und mehr
76197142	Wachstumsendoprothesen, non-invasiv, ohne Motor
76197143	Wachstumsendoprothesen, non-invasiv, mit Motor
76197145	Pazopanib, je mg
76197146	Romiplostim, je 250 µg
76197147	Everolimus bei fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom, je mg
76197148	Temozolomid, intravenös, je mg
76197149	Everolimus bei fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom, 5 mg
76197150	Everolimus bei fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom, 10 mg
76197151	Vinflunin, 50 mg
76197152	Vinflunin, 250 mg
76197153	Temozolomid, intravenös, 100 mg
76197154	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, ein Stent, 25 bis 50 mm; OPS 8-842.0* in Verbindung mit 8-83b.e1
76197155	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, zwei Stents, 25 bis 50 mm; OPS 8-842.1* in Verbindung mit 8-83b.e1
76197156	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, drei Stents, 25 bis 50 mm; OPS 8-842.2* in Verbindung mit 8-83b.e1
76197157	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, vier Stents, 25 bis 50 mm; OPS 8-842.3* in Verbindung mit 8-83b.e1

76197158	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, fünf Stents, 25 bis 50 mm; OPS 8-842.4* in Verbindung mit 8-83b.e1
76197159	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, sechs und mehr Stents, 25 bis 50 mm; OPS 8-842.5* in Verbindung mit 8-83b.e1
76197160	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, ein Stent, 100 mm; OPS 8-842.0* in Verbindung mit 8-83b.e1 und in Verbindung mit 8-83b.f0
76197161	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, zwei Stents, 100 mm; OPS 8-842.1* in Verbindung mit 8-83b.e1 und in Verbindung mit 8-83b.f0
76197162	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, drei Stents, 100 mm; OPS 8-842.2* in Verbindung mit 8-83b.e1 und in Verbindung mit 8-83b.f0
76197163	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, vier Stents, 100 mm; OPS 8-842.3* in Verbindung mit 8-83b.e1 und in Verbindung mit 8-83b.f0
76197164	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, fünf Stents, 100 mm; OPS 8-842.4* in Verbindung mit 8-83b.e1 und in Verbindung mit 8-83b.f0
76197165	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, sechs und mehr Stents, 100 mm; OPS 8-842.5* in Verbindung mit 8-83b.e1 und in Verbindung mit 8-83b.f0
76197166	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, ein Stent, 150 mm; OPS 8-842.0* in Verbindung mit 8-83b.e1 und in Verbindung mit 8-83b.f0
76197167	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, zwei Stents, 150 mm; OPS 8-842.1* in Verbindung mit 8-83b.e1 und in Verbindung mit 8-83b.f0
76197168	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, drei Stents, 150 mm; OPS 8-842.2* in Verbindung mit 8-83b.e1 und in Verbindung mit 8-83b.f0
76197169	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, vier Stents, 150 mm; OPS 8-842.3* in Verbindung mit 8-83b.e1 und in Verbindung mit 8-83b.f0
76197170	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, fünf Stents, 150 mm; OPS 8-842.4* in Verbindung mit 8-83b.e1 und in Verbindung mit 8-83b.f0
76197171	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, sechs und mehr Stents, 150 mm; OPS 8-842.5* in Verbindung mit 8-83b.e1 und in Verbindung mit 8-83b.f0
76197172	Micafungin, je 150 mg; OPS 6-004.5
76197173	Nelarabin, je 10 mg; OPS 6-003.e
76197174	Nelarabin, je 100 mg; OPS 6-003.e
76197175	Überlange Coils (3D) zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 1 Metallspirale; OPS 8-83b.33 in Verbindung mit 8-836.n1
76197176	Überlange Coils (3D) zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 2 Metallspiralen; OPS 8-83b.33 in Verbindung mit 8-836.n2

76197177	Überlange Coils (3D) zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 3 Metallspiralen; OPS 8-83b.33 in Verbindung mit 8-836.n3
76197178	Überlange Coils (3D) zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 4 Metallspiralen; OPS 8-83b.33 in Verbindung mit 8-836.n4
76197179	Überlange Coils (3D) zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 5 Metallspiralen; OPS 8-83b.33 in Verbindung mit 8-836.n5
76197180	Überlange Coils (3D) zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 6 Metallspiralen; OPS 8-83b.33 in Verbindung mit 8-836.n6
76197181	Überlange Coils (3D) zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 7 Metallspiralen; OPS 8-83b.33 in Verbindung mit 8-836.n7
76197182	Überlange Coils (3D) zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 8 Metallspiralen; OPS 8-83b.33 in Verbindung mit 8-836.n8
76197183	Überlange Coils (3D) zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 9 Metallspiralen; OPS 8-83b.33 in Verbindung mit 8-836.n9
76197184	Überlange Coils (3D) zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 10 Metallspiralen; OPS 8-83b.33 in Verbindung mit 8-836.na
76197185	Überlange Coils (3D) zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 11 Metallspiralen; OPS 8-83b.33 in Verbindung mit 8-836.nb
76197186	Überlange Coils (3D) zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 12 Metallspiralen; OPS 8-83b.33 in Verbindung mit 8-836.nc
76197187	Überlange Coils (3D) zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 13 Metallspiralen; OPS 8-83b.33 in Verbindung mit 8-836.nd
76197188	Überlange Coils (3D) zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 14 Metallspiralen; OPS 8-83b.33 in Verbindung mit 8-836.ne
76197189	Überlange Coils (3D) zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 15 Metallspiralen; OPS 8-83b.33 in Verbindung mit 8-836.nf
76197190	Überlange Coils (3D) zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 16 Metallspiralen; OPS 8-83b.33 in Verbindung mit 8-836.ng
76197191	Überlange Coils (3D) zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 17 Metallspiralen; OPS 8-83b.33 in Verbindung mit 8-836.nh
76197192	Überlange Coils (3D) zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 18 Metallspiralen; OPS 8-83b.33 in Verbindung mit 8-836.nj
76197193	Überlange Coils (3D) zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 19 Metallspiralen; OPS 8-83b.33 in Verbindung mit 8-836.nk
76197194	Überlange Coils (3D) zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 20 Metallspiralen; OPS 8-83b.33 in Verbindung mit 8-836.nm
76197195	Überlange Coils (3D) zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, mehr als 20 Metallspiralen; OPS 8-83b.33 in Verbindung mit 8-836.nn
76197196	Ustekinumab, 45 mg
76197197	Dialyse mit High-Cut-off-Dialysemembran; OPS 8-854.8
76197198	Medikamentenbeschichteter Ballonkatheter, koronar oder nicht koronar, in den Unterschenkel; OPS 8-836.0c in Kombination mit 8-83b.b0
76197199	Medikamentenbeschichteter Ballonkatheter, koronar oder nicht koronar, peripher; OPS 8-836.0* in Kombination mit 8-83b.b0
76197200	nab-Paclitaxel, pro 1 mg
76197201	Vinflunin, pro 1 mg
76197202	Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung peripherer Aneurysmen
76197203	nab-Paclitaxel, je 100 mg
76197204	Implantation eines medikamente-freisetzenden Stents in Oberschenkelgefäße
76197205	Barorezeptor-Aktivierung, pro Stück

76197206	Sitaxentan, je mg; OPS 6-004.8
76197207	Romiplostim, pro 1 µg
76197208	Implantation eines medikamente-freisetzenden Stents in Unterschenkelgefäße, zwei Stents; OPS 8-841.1c
76197209	Implantation eines medikamente-freisetzenden Stents in Unterschenkelgefäße, drei Stents; OPS 8-841.2c
76197210	Pazopanib, 800 mg
76197211	Mifamurtid, 4 mg
76197212	Implantation eines medikamente-freisetzenden Stents in Unterschenkelgefäße, 2 Stents; OPS 8-841.1c in Kombination mit 8-83b.08
76197213	Implantation eines medikamente-freisetzenden Stents in Unterschenkelgefäße, 3 Stents; OPS 8-841.2c in Kombination mit 8-83b.08
76197214	Implantation eines medikamente-freisetzenden Stents in Unterschenkelgefäße, 4 Stents; OPS 8-841.3c in Kombination mit 8-83b.08
76197215	Implantation eines medikamente-freisetzenden Stents in Unterschenkelgefäße, 5 Stents; OPS 8-841.4c in Kombination mit 8-83b.08
76197216	Implantation eines medikamente-freisetzenden Stents in Unterschenkelgefäße, 6 und mehr Stents; OPS 8-841.5c in Kombination mit 8-83b.08
76197217	Dialyse mit High-Cut-off-Dialysemembran
76197218	Ereignisrekorder, implantierbar, gemeinsam mit Ablation
76197219	Medikamentenbeschichteter Ballonkatheter, nicht koronar
76197220	Fetoskopische Drainage – Therapie der Harnblase
76197221	Fetoskopische Eröffnung von verengten Semilunarklappen und des Foramen ovale
76197222	Fetoskopische Therapie von fetaler supraventrikulärer Tachykardie und Kehlkopf- bzw. Luftröhrenverschluss
76197223	Fetoskopischer Patchverschluss bei Spina bifida aperta
76197224	Fetoskopischer Tracheal-Ballonverschluss bei Zwerchfellhernie und bei vorzeitigem Blasensprung, Ballon pprom
76197225	Perkutane ultraschallgesteuerte Radiofrequenzablation zum Verschluss von Nabelschnur- und intrafetalen Gefäßen bei Zwillingsschwangerschaft und Steißbeinteratom
76197226	Autologe matrixinduzierte Chondrogenese (AMIC)
76197227	Mifamurtid, je 1 mg
76197228	Medikamentenbeschichteter Ballonkatheter, koronar oder nicht koronar in den Oberschenkel; OPS 8-836.0b in Kombination mit 8-83b.b0
76197229	Plerixafor, je mg
76197230	Certolizumab, je 200 mg
76197231	nab-Paclitaxel, je 400 mg
76197232	Romiplostim, je 80 µg
76197233	Autologe matrixinduzierte Chondrogenese (AMIC) und andere osteochondrale regenerative Verfahren, 11 mm x 4, 6 oder 8 mm
76197234	Autologe matrixinduzierte Chondrogenese (AMIC) und andere osteochondrale regenerative Verfahren, 22 mm x 4, 6 oder 8 mm
76197235	Pazopanib, 200 mg
76197236	nab-Paclitaxel, 5 mg

76197237	Kombinierte Nieren- und Stammzelltransplantation (Lebendspende), je Transplantation
76197238	Eltrombopag, 50 mg
76197239	Nahtfreier chirurgischer Aortenklappenersatz, je Verfahren
76197240	Endovaskuläre Trikuspidalklappenrekonstruktion, je Verfahren
76197241	Implantation eines medikamente-freisetzenden Stents in Ober- und Unterschenkelgefäße, je Stent
76197242	Medikamentenbeschichteter Ballonkatheter, nicht koronar, peripher; OPS 8-836.0* in Kombination mit 8-83b.b0
76197243	Plerixafor, je 24 mg
76197244	Romiplostim, je 10 µg
76197245	Mifamurtid, je 0,5 mg
76197247	Überlange Coils, intrakraniell, 30 cm
76197248	Überlange Coils, intrakraniell, 40 cm
76197249	Überlange Coils, intrakraniell, 50 cm
76197250	Romiplostim, 500 µg
76197251	Temozolomid, intravenös, 50 mg
76197252	nab-Paclitaxel, pro 40 mg
76197253	Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen, Flow Diverter in der zerebralen Aneurysmatherapie; OPS 8-844.00
76197254	Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen, Flow Diverter in der zerebralen Aneurysmatherapie; OPS 8-844.10
76197255	Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen, Flow Diverter in der zerebralen Aneurysmatherapie; OPS 8-844.20
76197256	Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen, Flow Diverter in der zerebralen Aneurysmatherapie; OPS 8-844.30
76197257	Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen, Flow Diverter in der zerebralen Aneurysmatherapie; OPS 8-844.40
76197258	Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen, Flow Diverter in der zerebralen Aneurysmatherapie; OPS 8-844.50
76197259	Barorezeptor-Aktivierung, je Behandlung
76197260	Herzinduzierte Vagusnervstimulation (HIVNS), je Behandlung
76197261	Arsentrioxid, 100 mg; OPS 6-005.5
76197262	Überlange Coils, je Coil; OPS 8-836.32 oder .33
76197263	Ex-vivo-Chemosensibilitätstestung, Identifikation von Risikopatienten vor Einleitung evidenzbasierter Chemotherapien
76197265	Tocilizumab, je 600 mg
76197266	nab-Paclitaxel, je 500 mg
76197267	Implantation eines medikamente-freisetzenden Stents in Oberschenkelgefäße, Paclitaxel-freisetzend; OPS 8-841.*b oder 8-848.*b
76197268	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, < 100 mm; OPS 8-842.** in Kombination mit 8-83b.e1
76197269	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, >= 100 mm; OPS 8-842.** in Kombination mit 8-83b.e1 und 8-83b.f0

76197270	Autologe matrixinduzierte Chondrogenese (AMIC) und andere osteochondrale regenerative Verfahren; OPS 5-801.n*
76197271	Koronare Bifurkationsstents; OPS 8-837.v
76197272	nab-Paclitaxel, je 300 mg; OPS 8-542 in Kombination mit 8-020.y
76197273	Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD) bei der ALL bei Erwachsenen (Alter > 17), Erstaufenthalt
76197274	Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD) bei der ALL bei Erwachsenen (Alter > 17), Folgeaufenthalte
76197275	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, heparinbeschichteter Stentgraft
76197276	Arsentrioxid, pro 1000 mg
76197277	Certolizumab, pro 1000 mg
76197278	Golimumab, pro 1000 mg
76197279	Mifamurtid, pro 1000 mg
76197280	nab-Paclitaxel, pro 1000 mg
76197281	Plerixafor, pro 1000 mg
76197282	Romiplostim, pro 1000 µg
76197283	Temozolomid, intravenös, pro 1000 mg
76197284	Everolimus, bei fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom, pro 1000 mg
76197285	Pazopanib, pro 1000 mg
76197286	Medikamentenbeschichteter Ballonkatheter, koronar
76197287	Medikamentenbeschichteter Ballonkatheter, koronar oder nicht koronar
76197288	Medikamentenbeschichteter Ballonkatheter, koronar; OPS 8-83b.b0 in Kombination mit 8-837.00 oder .01
76197289	Medikamentenbeschichteter Ballonkatheter, nicht koronar; OPS 8-83b.b0 in Kombination mit 8-836.0*
76197290	Vertical Expandable Prosthetic Titanium Rib – Nachspannen, ICD Z96.7
76197291	Everolimus, bei fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom, 30 Tabletten a 10 mg
76197292	Ex-vivo-Chemosensibilitätstestung, erste 7 Testungen
76197293	Ex-vivo-Chemosensibilitätstestung, weitere 7 Testungen
76197294	Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD), bei ALL, initiale Austestung
76197295	Überlange Coils (3D) zur intrakraniellen Aneurysmathherapie; OPS 8-836.m* in Kombination mit 8-836.n* und 8-83b.32
76197296	Antikörperbeschichteter Koronarstent, 2 Stents; OPS 8-837.w1 oder .w2
76197297	Antikörperbeschichteter Koronarstent, 3 Stents; OPS 8-837.w3 oder .w4
76197298	Antikörperbeschichteter Koronarstent, 4 Stents; OPS 8-837.w5 oder .w6
76197299	Antikörperbeschichteter Koronarstent, 5 Stents; OPS 8-837.w7 oder .w8
76197300	Antikörperbeschichteter Koronarstent, mindestens 6 Stents; OPS 8-837.w9 oder .wa
76197301	Implantation eines medikamente-freisetzenden Stents in Oberschenkelgefäße, 1 Stent; OPS 8-841.0b
76197302	Implantation eines medikamente-freisetzenden Stents in Oberschenkelgefäße, 2 Stents; OPS 8-841.1b
76197303	Implantation eines medikamente-freisetzenden Stents in Oberschenkelgefäße, 3 Stents; OPS 8-841.2b
76197304	Implantation eines medikamente-freisetzenden Stents in Oberschenkelgefäße, 4 Stents; OPS 8-841.3b
76197305	Implantation eines medikamente-freisetzenden Stents in Oberschenkelgefäße, 5 Stents; OPS 8-841.4b

76197306	Implantation eines medikamente-freisetzenden Stents in Oberschenkelgefäße, 6 und mehr Stents; OPS 8-841.5b
76197307	Endovaskuläre Mitralklappenanuloplastik und vertrikuläre Mitralklappenrekonstruktion/Clipping; OPS 5-35a.4
76197308	Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD), Folgetest (2 Marker), Erwachsene; OPS 1-991.1
76197309	Perkutan-transluminale Clipping bei Mitralklappeninsuffizienz, je Fall; OPS 5-35a.x
76197310	Eculizuman, je 1000 mg
76197311	Ranibizumab, intravitreal, je 2,3 mg; OPS 6-003.c
76197312	Rhenium-188 PTA, Shunt-EVBT, je Leistung; OPS 8-530.47
76197313	Vinflunin, 25 mg
76197314	Canakinumab, je mg
76197315	Eltrombopag, je mg
76197316	Rhenium-188-PTA, je Leistung
76197317	Defibrotid, je mg
76197318	Ambrisentan, je mg bei Verwendung der 5mg-Tablette; OPS 6-004.2
76197319	Ambrisentan, je mg bei Verwendung der 10mg-Tablette; OPS 6-004.2
76197320	Micafungin, je 50 mg; OPS 6-004.5
76197321	Catumaxomab, je 10 µg; OPS 6-005.1
76197323	Doppel-J-Stent aus Metall zur Harnableitung bei Ureterstrukturen; OPS 5-560.30
76197324	Ereignisrekorder, implantierbar, gemeinsam mit Ablation, bei Vorhofflimmern, offen chirurgisch
76197325	Ereignisrekorder, implantierbar, gemeinsam mit Ablation, bei kardiologischer Ablation des Vorhofflimmerns
76197326	Überlange Coils; OPS 8-836.m* in Kombination mit 8-83b.33 und 8-836.n*
76197327	Antikörperbeschichteter Koronarstent; OPS 8-837.w* in Kombination mit 8-83b.e0
76197328	Certolizumab, je 400 mg; OPS 6-005.7
76197329	Adoptive Immuntherapie mit CD8 depletierten Spenderlymphozyten, Gabe von separierten antigenspezifischen CD4+ und CD8+ T-Zellen bei viraler Infektion nach allogener Stammzelltransplantation, virusspezifische T-Zellen
76197330	Ustekinumab, je Gabe von 45 oder 90 mg
76197331	Magenschrittmacher, Implantierbarer Magenpulsgenerator (IPG); OPS 5-449.n*
76197332	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, je Stent, 25 bis 50 mm; OPS 8-83b.e1 in Kombination mit 8-842.*b oder .*c
76197333	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, je Stent, 100 mm; OPS 8-83b.e1 in Kombination mit 8-842.*b oder .*c
76197334	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, je Stent, 150 mm; OPS 8-83b.e1 in Kombination mit 8-842.*b oder .*c
76197335	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, je Stent, 250 mm; OPS 8-83b.e1 in Kombination mit 8-842.*b oder .*c
76197336	Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD), bei der ALL, Alter >= 18 Jahre; OPS 1-991.0

76197337	Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD), bei der ALL, Alter >= 18 Jahre; OPS 1-991.1
76197338	Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen; OPS 8-842.00
76197339	Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen; OPS 8-842.10
76197340	Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen; OPS 8-842.20
76197341	Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen; OPS 8-842.30
76197342	Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen; OPS 8-842.40
76197343	Perkutan-transluminale Clipping bei Mitralklappeninsuffizienz, je Fall
76197344	Ex-vivo-Chemosensibilitätstestung, ATP-TCA
76197345	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße; OPS 8-842.0*
76197346	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße; OPS 8-842.1*
76197347	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße; OPS 8-842.2*
76197348	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße; OPS 8-842.3*
76197349	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße; OPS 8-842.4*
76197350	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße; OPS 8-842.5*
76197351	Ex-vivo-Chemosensibilitätstestung, pro Patient
76197352	Everolimus bei fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom, 100 mg
76197353	Ex-vivo-Chemosensibilitätstestung, ATP-TCA, 7 Substanzen, je Test
76197354	Ex-vivo-Chemosensibilitätstestung, ATP-TCA, 14 Substanzen, je Test
76197355	Ex-vivo-Chemosensibilitätstestung, ATP-TCA, 21 Substanzen, je Test
76197356	Implantation eines medikamente-freisetzenden Stents in Oberschenkelgefäße, ein Stent; OPS 8-841.0b in Kombination mit 8-83b.03, .04, .05 oder .06
76197357	Implantation eines medikamente-freisetzenden Stents in Oberschenkelgefäße, zwei Stents; OPS 8-841.1b in Kombination mit 8-83b.03, .04, .05 oder .06
76197358	Implantation eines medikamente-freisetzenden Stents in Oberschenkelgefäße, drei Stents; OPS 8-841.2b in Kombination mit 8-83b.03, .04, .05 oder .06
76197359	Implantation eines medikamente-freisetzenden Stents in Oberschenkelgefäße, vier Stents; OPS 8-841.3b in Kombination mit 8-83b.03, .04, .05 oder .06
76197360	Implantation eines medikamente-freisetzenden Stents in Oberschenkelgefäße, fünf Stents; OPS 8-841.4b in Kombination mit 8-83b.03, .04, .05 oder .06
76197361	Implantation eines medikamente-freisetzenden Stents in Oberschenkelgefäße, sechs und mehr Stents; OPS 8-841.5b in Kombination mit 8-83b.03, .04, .05 oder .06
76197362	Golimumab, je 50 mg; OPS 6-005.2
76197363	Arsentrioxid, 10 mg; OPS 6-005.5

76197364	Medikamentenbeschichteter Ballonkatheter, nicht koronar; OPS 8-836.0b oder .0c in Kombination mit 8-83b.b0
76197365	Tocilizumab, 10 mg; OPS 6-005.3
76197366	nab-Paclitaxel, je 10 mg
76197367	Pazopanib, 400 mg
76197368	Romiplostim, je 100 µg
76197369	Vinflunin, je 10 mg
76197370	Vinflunin, je 100 mg
76197371	Ereignisrekorder, implantierbar, gemeinsam mit Ablation; OPS 5-377.8 in Kombination mit 5-371.4*
76197372	Autologe matrixinduzierte Chondrogenese (AMIC) und andere osteochondrale regenerative Verfahren; OPS 5-801.nh
76197373	Medikamentenbeschichteter Ballonkatheter, nicht koronar; OPS 8-836.0* in Kombination mit 8-83b.b2
76197374	Medikamentenbeschichteter Ballonkatheter, nicht koronar; OPS 8-836.0* in Kombination mit 8-83b.b3
76197375	Medikamentenbeschichteter Ballonkatheter, nicht koronar; OPS 8-836.0* in Kombination mit 8-83b.b4
76197376	Medikamentenbeschichteter Ballonkatheter, nicht koronar; OPS 8-836.0* in Kombination mit 8-83b.b5
76197377	Eltrombopag, 25 mg
76197378	Volumencoils zur Aneurysmatherapie, intrakraniell
76197379	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 25 oder 50 mm, je Stent; OPS 5-38d.*b oder .*c in Kombination mit 5-38a.x
76197380	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 100 mm, je Stent; OPS 5-38d.*b oder .*c in Kombination mit 5-38a.x und 8-83b.f0
76197381	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 150 mm, je Stent; OPS 5-38d.*b oder .*c in Kombination mit 5-38a.x und 8-83b.f0
76197382	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 250 mm, je Stent; OPS 5-38d.*b oder .*c in Kombination mit 5-38a.x und 8-83b.f0
76197383	Perkutan-transluminale Clipping bei Mitralklappeninsuffizienz; OPS 5-35a.41
76197384	Ereignisrekorder, implantierbar, gemeinsam mit Ablation, bei Vorhofflimmern bei DRG F12F oder F12H; OPS 5-377.8
76197385	Implantation eines medikamente-freisetzen Stents in Unterschenkelgefäße; OPS 8-841.*c in Kombination mit 8-83b.03, .04, .05 oder .06
76197386	Medikamentenbeschichteter Ballonkatheter, nicht koronar, Paclitaxel-freisetzend; OPS 8-836.0* in Kombination mit 8-83b.b2 bis .b5
76197387	Endovaskuläre Implantation einer iliakalen Stent-Prothese mit Seitenarm in die A. iliaca interna ohne Beteiligung der Aorta; OPS 5-38a.41
76197388	Implantation eines medikamente-freisetzen Stents in Oberschenkelgefäße; OPS 8-841.*b in Kombination mit 8-83b.03
76197389	Medikamentenbeschichteter Ballonkatheter, nicht koronar, in Oberschenkelgefäße, je Ballon; OPS 8-836.0b in Kombination mit 8-83b.b*
76197390	Medikamentenbeschichteter Ballonkatheter, nicht koronar, in Unterschenkelgefäße, je Ballon; OPS 8-836.0c in Kombination mit 8-83b.b*

76197391	Implantation eines medikamente-freisetzenden Stents in Oberschenkelgefäße, Paclitaxel-freisetzend; OPS 8-841.*b in Kombination mit 8-83b.03, .04, .05 oder .06
76197392	Gefäßtransplantatersatz bei infizierten Gefäßprothesen (Gefäßhomograft), Arterien abdominal und pelvin; OPS 5-383.5*
76197393	Gefäßtransplantatersatz bei infizierten Gefäßprothesen (Gefäßhomograft), Arterien Oberschenkel; OPS 5-383.7*
76197394	Gefäßtransplantatersatz bei infizierten Gefäßprothesen (Gefäßhomograft), Arterien Unterschenkel und Fuß; OPS 5-383.8*
76197395	Romiplostim, je Fall
76197396	nab-Paclitaxel, je Fall
76197397	Medikamentenbeschichteter Ballonkatheter, nicht koronar; OPS 8-836.0b oder 8-836.0c in Verbindung mit OPS 8-83b.b4
76197398	Medikamentenbeschichteter Ballonkatheter, nicht koronar; OPS 8-836.0b oder 8-836.0c in Verbindung mit OPS 8-83b.b5
76197399	Catumaxomab, 31-100 µg; OPS 6-005.1
76197400	Catumaxomab, 101-200 µg; OPS 6-005.1
76197401	Dasatinib, je mg; OPS 6-004.3
76197402	Implantation eines medikamente-freisetzenden Stents in Unterschenkelgefäße; OPS 8-841.0c in Verbindung mit OPS 8-83b.07 oder 8-83b.08
76197403	Implantation eines medikamente-freisetzenden Stents in Unterschenkelgefäße; OPS 8-841.1c in Verbindung mit OPS 8-83b.07 oder 8-83b.08
76197404	Implantation eines medikamente-freisetzenden Stents in Unterschenkelgefäße; OPS 8-841.2c in Verbindung mit OPS 8-83b.07 oder 8-83b.08
76197405	Implantation eines medikamente-freisetzenden Stents in Unterschenkelgefäße; OPS 8-841.3c in Verbindung mit OPS 8-83b.07 oder 8-83b.08
76197406	Implantation eines medikamente-freisetzenden Stents in Unterschenkelgefäße; OPS 8-841.4c in Verbindung mit OPS 8-83b.07 oder 8-83b.08
76197407	Implantation eines medikamente-freisetzenden Stents in Unterschenkelgefäße; OPS 8-841.5c in Verbindung mit OPS 8-83b.07 oder 8-83b.08
76197408	Treprostinil, pro 1 mg je 20 mg Konzentration; OPS 6-004.b
76197409	Treprostinil, pro 1 mg je 50 mg Konzentration; OPS 6-004.b
76197410	Treprostinil, pro 1 mg je 100 mg Konzentration; OPS 6-004.b
76197411	Treprostinil, pro 1 mg je 200 mg Konzentration; OPS 6-004.b
76197412	Romiplostim, je 250 µg; OPS 6-005.9
76197413	Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen; OPS 8-84b.00
76197414	Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen; OPS 8-84b.10
76197415	Dialyse mit High-Cut-off-Dialysemembran, je Dialyse
76197416	Ustekinumab, je Fertigspritze; OPS 6-005.j
76197417	Mifamurtid, je 4 mg; OPS 6-005.g
76197418	Certolizumab, je 200 mg; OPS 6-005.7
76197419	Intraaortale Ballonokklusion mit extrakorporaler Zirkulation; OPS 8-851.01 oder 8-851.11 oder 8-851.31 oder 8-851.41 oder 8-851.51
76197420	Nab-Paclitaxel, je 100 mg; OPS 6-005.d

76197421	Temozolomid intravenös, je 100 mg; OPS 6-005.c
76197422	Tocilizumab, je 80 mg; OPS 6-005.3
76197423	Perkutan-transluminale Clipping bei Mitralklappeninsuffizienz; OPS 5-35a.40
76197424	Dialyse mit High-Cut-off-Dialysemembran, je Tag
76197425	Lungenvolumenreduktion durch Einlage von Coils
76197426	Lungenvolumenreduktion mittels bronchoskopischer Applikation von Polymerschaum
76197427	Volumencoils zur Aneurysmatherapie, je Coil
76197428	Medikamentenbeschichtete Stents zur Behandlung von Läsionen der supraaortalen Arterien
76197429	Romiplostim, je 50 µg; OPS 6-005.9
76197430	Medikamentenbeschichteter Ballonkatheter, nicht koronar (Becken-, Ober- und Unterschenkel- und extra- und intrakranielle Gefäße), je Katheter
76197431	Vinflunin, 400 mg; OPS 6-005.b
76197432	Lungenvolumenreduktion durch Einlage von Coils, je Coil
76197433	Medikamentenbeschichteter Ballonkatheter, nicht koronar, intrakraniell; OPS 8-836.00 in Verbindung mit OPS 8-83b.b2
76197434	Medikamentenbeschichteter Ballonkatheter, nicht koronar; OPS 8-836.0a oder 8-836.0b oder 8-836.0c oder 8-836.02 oder 8-836.03 oder 8-836.09 in Verbindung mit OPS 8-83b.b2
76197435	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, je Stent; OPS 8-842.*b oder 8-842.*c in Verbindung mit OPS 8-83b.e1
76197436	Magenschrittmacher; OPS 5-449.n0
76197437	Epiretinale Netzhautprothese
76197438	Kiefergelenkendoprothese (Totalersatz), CAD/CAM, je Gelenk
76197439	Kiefergelenkendoprothese (Totalersatz), vorgefertigt, je Gelenk
76197440	Vinflunin, je 1.000 mg
76197441	Icatibant, je 1.000 mg
76197442	Eltrombopag, je 1.000 mg
76197443	Tocilizumab, je 1.000 mg
76197444	Adoptiver T-Zelltransfer von autologen EBV-spezifischen zytotoxischen T- Zellen
76197445	Everolimus bei fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom, je mg bei Gabe der 5 mg Tablette
76197446	Everolimus bei fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom, je mg bei Gabe der 10 mg Tablette
76197447	Nilotinib, je 150 mg; OPS 6-004.6
76197448	Intraarterielle Radiorezeptortherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga, Dotatate, Yttrium
76197449	Intraarterielle Radiorezeptortherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga, Dotatate, Lutetium
76197450	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 250 mm; OPS 8-842.0b in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f0
76197451	Medikamentenbeschichtete Stents zur Behandlung von Läsionen der supraaortalen Arterien, je Stent
76197452	Lungenvolumenreduktion durch Einlage von Coils, Einführungsbesteck und erstes Coil

76197453	Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung peripherer Aneurysmen, pro Stent; OPS 8-84b.++
76197454	Adoptiver T-Zelltransfer zur Therapie viraler Infektionen nach allogener Stammzelltransplantation
76197455	Defibrotide, je 200 mg
76197456	Antikörperbeschichteter Koronarstent; OPS 8-837.w0 in Verbindung mit OPS 8-83b.e0
76197457	Implantation eines medikamente-freisetzenden Stents in Unterschenkelgefäße, > 33 mm, je Stent
76197458	Antikörperbeschichteter Koronarstent; OPS 8-837.w1 in Verbindung mit OPS 8-83b.e0
76197459	Antikörperbeschichteter Koronarstent; OPS 8-837.w2 in Verbindung mit OPS 8-83b.e0
76197460	Antikörperbeschichteter Koronarstent; OPS 8-837.w3 in Verbindung mit OPS 8-83b.e0
76197461	Antikörperbeschichteter Koronarstent; OPS 8-837.w4 in Verbindung mit OPS 8-83b.e0
76197462	Antikörperbeschichteter Koronarstent; OPS 8-837.w5 in Verbindung mit OPS 8-83b.e0
76197463	Antikörperbeschichteter Koronarstent; OPS 8-837.w6 in Verbindung mit OPS 8-83b.e0
76197464	Antikörperbeschichteter Koronarstent; OPS 8-837.w7 in Verbindung mit OPS 8-83b.e0
76197465	Antikörperbeschichteter Koronarstent; OPS 8-837.w8 in Verbindung mit OPS 8-83b.e0
76197466	Antikörperbeschichteter Koronarstent; OPS 8-837.w9 in Verbindung mit OPS 8-83b.e0
76197467	Antikörperbeschichteter Koronarstent; OPS 8-837.wa in Verbindung mit OPS 8-83b.e0
76197468	Temozolomid, intravenös, je 2,5mg; OPS 6-005.c
76197470	Gefäßtransplantatersatz bei infizierten Gefäßprothesen (Gefäßhomograft)
76197471	Endovaskuläre Trikuspidalklappenrekonstruktion; OPS 5-35a.5
76197472	Ereignisrekorder, implantierbar, gemeinsam mit Ablation; OPS 5-377.8 in Verbindung mit OPS 5-371
76197473	Ereignisrekorder, implantierbar, gemeinsam mit Ablation; OPS 5-377.8 in Verbindung mit OPS 8-835
76197474	Implantation eines medikamente-freisetzenden Stents in Unterschenkelgefäße, < 33 mm, je Stent
76197475	Fetoskopischer Tracheal-Ballonverschluss bei Zwerchfellhernie und bei vorzeitigem Blasensprung, Fetoskopischer temporärer Verschluss der Luftröhre durch Latexballons; OPS 5-755.0
76197476	AB0-inkompatible Organtransplantation, je Transplantation; OPS 5-930.21 in Verbindung mit OPS 5-504.*
76197477	Fetoskopischer Tracheal-Ballonverschluss bei Zwerchfellhernie und bei vorzeitigem Blasensprung, Fetoskopische Entfernung eines Latexballons; OPS 5-755.1
76197478	Canakinumab, je 150 mg
76197480	Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen, Flow Diverter in der zerebralen Aneurysmatherapie, Intraaneurysmaler Flussteiler; OPS 8-84b.00

76197481	Implantation eines medikamente-freisetzenden Stents in Unterschenkelgefäße; OPS 8-841.*c in Verbindung mit OPS 8-83b.08
76197482	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße; OPS 5-38a.x oder 5-38d.0b in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 oder 8-83b.f0
76197483	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße; OPS 5-38a.x oder 5-38d.1b in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 oder 8-83b.f0
76197484	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße; OPS 5-38a.x oder 5-38d.0b in Verbindung mit OPS 8-83b.e1
76197485	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße; OPS 5-38a.x oder 5-38d.1b in Verbindung mit OPS 8-83b.e1
76197486	Bioaktive Coils, Selektive Embolisation mit Metallspiralen, Hydrogel-beschichtet, normallang; OPS 8-836.m0 in Verbindung mit OPS 8-836.n* in Verbindung mit OPS 8-83b.30
76197487	Bioaktive Coils, Selektive Embolisation mit Metallspiralen, sonstige bioaktive Metallspiralen, normallang, je Coil; OPS 8-836.m0 in Verbindung mit OPS 8-83b.31
76197488	Bioaktive Coils, Selektive Embolisation mit Metallspiralen, bioaktive Metallspiralen, überlang, je Coil; OPS 8-836.m0 in Verbindung mit OPS 8-83b.32

Schleswig-Holstein

76101003	Intrakoronare/intrakardiale Stammzelltherapie
76101004	Selektive interne Radiotherapie (SIRT) von Lebertumoren mit Yttrium-90 markierten Microsphären
76101005	Radioimmuntherapie mit Yttrium (90Y)-markiertem Ibritumomab-Tiuxetan
76101010	Dibotermine alfa (rhDMP-2)
76101011	Carmustin Implantat, intrathekal
76101012	Dynamische Stabilisierung mit elastischem interspinösen Implantat
76101013	Künstlicher Analsphinkter
76101014	Palifermin
76101016	Amphotericin B-Lipidkomplex
76101017	Autologe matrixinduzierte Chondrozytentransplantation ACI, Knie
76101018	Bosentan
76101019	Fenestrierte Endoprothesen bei Bauchortenaneurysmen, Fenestrierte Iliakale Bifurkations-Prothesen
76101020	Fenestrierte Endoprothesen bei Bauchortenaneurysmen, Fenestrierte thorakale und abdominelle Prothesen
76101021	Fenestrierte Endoprothesen bei Bauchortenaneurysmen, Branchend thorakale und abdominelle Prothesen
76101022	Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC) in Kombination mit Peritonektomie und Multiviszeralresektion
76101024	Laserresektion der Prostata

Hamburg

76102015	Bosentan, bis 62,5 mg
76102016	Bosentan, über 62,5 mg bis 250 mg
76102017	Bosentan, über 250 mg bis 500 mg

76102018	Bosentan, über 500 mg bis 750 mg
76102019	Bosentan, über 750 mg bis 1000 mg
76102020	Bosentan, über 1000 mg bis 1250 mg
76102021	Bosentan, über 1250 mg bis 1500 mg
76102022	Bosentan, über 1500 mg bis 1750 mg
76102023	Bosentan, über 1750 mg bis 2000 mg
76102024	Bosentan, über 2000 mg bis 2250 mg
76102025	Bosentan, über 2250 mg bis 2500 mg
76102026	Bosentan, über 2500 mg bis 2750 mg
76102027	Bosentan, über 2750 mg bis 3000 mg
76102028	Bosentan, über 3000 mg bis 3250 mg
76102029	Bosentan, über 3250 mg bis 3500 mg
76102030	Bosentan, über 3500 mg
76102033	ABO-inkompatible Lebertransplantation, je Transplantation
76102035	Knorpelzellzüchtung (Knie), je Implantat
76102038	Radioimmuntherapie mit Yttrium (90Y)-markiertem Ibritumomab-Tiuxetan, je Fall
76102039	Palifermin, über 5 bis 10 mg
76102040	Palifermin, über 10 bis 15 mg
76102041	Palifermin, über 15 bis 20 mg
76102042	Palifermin, über 20 bis 25 mg
76102043	Palifermin, über 25 bis 30 mg
76102044	Palifermin, über 30 bis 35 mg
76102045	Palifermin, über 35 bis 40 mg
76102046	Palifermin, über 40 bis 45 mg
76102047	Palifermin, über 45 bis 50 mg
76102048	Palifermin, über 50 bis 55 mg
76102049	Palifermin, über 55 mg
76102050	Carmustin Implantat, intrathekal, je Implantat
76102051	Pumpless Extracorporal Lung Assist (PECLA), je Fall
76102052	Intrakranielle endovaskuläre Thrombektomie (Mikrodraht–Retriever), je Fall
76102053	Künstlicher Analsphinkter, je Fall
76102054	Akkomodative Kunstlinsen, je Linse
76102055	Excimer-Laser Extraktion von Schrittmacher- und Defibrillatorelektroden

Niedersachsen

76103009	Radioimmuntherapie mit Yttrium (90Y)-markiertem Ibritumomab-Tiuxetan, je Patient
76103013	Pumpless Extracorporal Lung Assist (PECLA)
76103014	Carmustin Implantat, intrathekal
76103017	Bosentan
76103018	Amphotericin, 500 mg bis unter 1000 mg
76103019	Amphotericin, 1000 mg bis unter 1500 mg
76103020	Amphotericin, 1500 mg bis unter 2000 mg
76103021	Amphotericin, 2000 mg bis unter 2500 mg
76103022	Amphotericin, 2500 mg bis unter 3000 mg
76103023	Amphotericin, 3000 mg bis unter 3500 mg
76103024	Amphotericin, 3500 mg bis unter 4000 mg
76103025	Amphotericin, 4000 mg bis unter 4500 mg
76103026	Amphotericin, 4500 mg bis unter 4750 mg
76103027	Amphotericin, 4750 mg bis unter 5000 mg

76103028	Amphotericin, 5000 mg bis unter 5250 mg
76103029	Amphotericin, 5250 mg bis unter 5500 mg
76103030	Amphotericin, 5500 mg bis unter 5750 mg
76103031	Amphotericin, 5750 mg bis unter 6000 mg
76103032	Amphotericin, 6000 mg bis unter 6250 mg
76103033	Amphotericin, mehr als 6250 mg
76103060	Palifermin, 4 mg bis unter 6,25 mg
76103061	Palifermin, 6,25 mg bis unter 9,0 mg
76103062	Palifermin, 9,0 mg bis unter 12,5 mg
76103063	Palifermin, 12,5 mg bis unter 15,0 mg
76103064	Palifermin, 15,0 mg bis unter 18,75 mg
76103065	Palifermin, 18,75 mg bis unter 22,0 mg
76103066	Palifermin, 22,0 mg bis unter 25,0 mg
76103067	Palifermin, 25,0 mg bis unter 27,0 mg
76103068	Palifermin, 27,0 mg bis unter 31,25 mg
76103069	Palifermin, 31,25 mg bis unter 33,5 mg
76103070	Palifermin, mehr als 33,5 mg
76103076	Carmustin-Implantat intrathekal, OPS 5-010.** oder 5-015.**
76103077	Autologe matrixinduzierte Chondrozytentransplantation, OPS 5-801.**
76103078	Selektive interne Radiotherapie (SIRT) von Lebertumoren mit Yttrium-90 markierten Microsphären
76103079	Eptotermin alfa (rhOP-1/BMP-7)
76103080	Radiorezeptorthherapie neuroendokriner Tumore mit DOTATOC (DOTA-phe, Tyr-Octreotid)
76103081	Vertical Expandable Prosthetic Titanium Rib [VEPTR]
76103082	Intrakranielle endovaskuläre Thrombektomie (Mikrodraht Retriever)
76103083	Bosentan, jeTherapiezyklus, pro Fall > 3.000 mg
76103085	Radioimmuntherapie mit Yttrium (90Y)-markiertem Ibritumomab-Tiuxetan
76103086	Distraktionsmarknagel
76103088	Fenestrierte Endoprothesen bei Bauchaortenaneurysmen, fenestriert, OPS 5-38a.*
76103089	Fenestrierte Endoprothesen bei Bauchaortenaneurysmen, gebrancht, OPS 5-38a.*
76103090	Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC) in Kombination mit Peritonektomie und Multiviszeralresektion
76103091	Bone-Morphogenetic-Proteins (Eptotermin alfa (rhOP-1/BMP-7)/ Dibotermin alfa (rhBMP-2))
76103093	Auditorische Hirnstammimplantate

Bremen

76104002	Mikroaxial-Blutpumpe 2,5 L
----------	----------------------------

Nordrhein-Westfalen

76105003	Thorako-Abdominelles Aneurysma (TAA), OPS 5-384.4*
76105004	VEPTR (Vertical Expandable Prothetic Titanium Rib)
76105019	Radioimmuntherapie mit Yttrium (90Y)-markiertem Ibritumomab-Tiuxetan
76105026	Bosentan
76105059	Pumpless Extracorporeal Lung Assist (PECLA)
76105060	Selektive interne Radiotherapie (SIRT) von Lebertumoren mit Yttrium-90 markierten Microsphären

76105061	Urethrale Injektionstherapie mit Dextra-homer-Hyaluronsäure-Gel
76105062	Excimer-Laser Extraktion von Schrittmacher- und Defibrillatorelektroden
76105064	ISKD-Nagel (Intramedullary Skeletal Kinetik Distractor)
76105065	Dibotermin alfa (rhBMP-2)
76105067	Embolisation mit oberflächenbeschichteten Metallspiralen (Coils)
76105068	Künstlicher Analsphinkter
76105070	Amphotericin B Lipidkomplex, 100 mg bis unter 175 mg
76105071	Amphotericin B Lipidkomplex, 175 mg bis unter 250 mg
76105072	Amphotericin B Lipidkomplex, 250 mg bis unter 350 mg
76105073	Amphotericin B Lipidkomplex, 350 mg bis unter 450 mg
76105074	Amphotericin B Lipidkomplex, 450 mg bis unter 550 mg
76105075	Amphotericin B Lipidkomplex, 550 mg bis unter 650 mg
76105076	Amphotericin B Lipidkomplex, 650 mg bis unter 750 mg
76105077	Amphotericin B Lipidkomplex, 750 mg bis unter 850 mg
76105078	Amphotericin B Lipidkomplex, 850 mg bis unter 950 mg
76105079	Amphotericin B Lipidkomplex, 950 mg bis unter 1150 mg
76105080	Amphotericin B Lipidkomplex, 1150 mg bis unter 1350 mg
76105081	Amphotericin B Lipidkomplex, 1350 mg bis unter 1550 mg
76105082	Amphotericin B Lipidkomplex, 1550 mg bis unter 1750 mg
76105083	Amphotericin B Lipidkomplex, 1750 mg bis unter 1950 mg
76105084	Amphotericin B Lipidkomplex, 1950 mg bis unter 2150 mg
76105085	Amphotericin B Lipidkomplex, 2150 mg bis unter 3150 mg
76105086	Amphotericin B Lipidkomplex, 3150 mg bis unter 4150 mg
76105087	Amphotericin B Lipidkomplex, 4150 mg bis unter 5150 mg
76105088	Amphotericin B Lipidkomplex, 5150 mg bis unter 6150 mg
76105089	Amphotericin B Lipidkomplex, 6150 mg bis unter 7150 mg
76105090	Amphotericin B Lipidkomplex, 7150 mg bis unter 8150 mg
76105091	Amphotericin B Lipidkomplex, 8150 mg bis unter 9150 mg
76105092	Amphotericin B Lipidkomplex, 9150 mg bis unter 10150 mg
76105093	Amphotericin B Lipidkomplex, 10150 mg bis unter 11150 mg
76105094	Amphotericin B Lipidkomplex, 11150 mg und mehr
76105126	Radiorezeptortherapie neuroendokriner Tumore mit DOTATOC
76105127	Laserresektion der Prostata
76105128	Carmustin-Implantat intrathekal
76105143	Palifermin
76105160	Bone-Morphogenetic-Proteins (Eptotermin alfa (rhOP-1/BMP-7)/ Dibotermin alfa (rhBMP-2))
76105162	Dynamische Stabilisierung mit elastischem interspinösen Implantat, 1 Segment, OPS 5-830.70
76105163	Dynamische Stabilisierung mit elastischem interspinösen Implantat, 2 oder mehr Segmente, OPS 5-830.71
76105164	Amphotericin B Lipidkomplex, 100-200 mg
76105165	Amphotericin B Lipidkomplex, 200-300 mg
76105166	Amphotericin B Lipidkomplex, 300-400 mg
76105167	Amphotericin B Lipidkomplex, 400-500 mg
76105168	Amphotericin B Lipidkomplex, 500-600 mg
76105169	Amphotericin B Lipidkomplex, 600-700 mg
76105170	Amphotericin B Lipidkomplex, 700-800 mg
76105171	Amphotericin B Lipidkomplex, 800-900 mg
76105172	Amphotericin B Lipidkomplex, 900-1000 mg
76105173	Amphotericin B Lipidkomplex, 1000-1200 mg

76105174	Amphotericin B Lipidkomplex, 1200-1400 mg
76105175	Amphotericin B Lipidkomplex, 1400-1600 mg
76105176	Amphotericin B Lipidkomplex, 1600-1800 mg
76105177	Amphotericin B Lipidkomplex, 1800-2000 mg
76105178	Palifermin, 25-30 mg
76105179	Palifermin, 30-35 mg
76105180	Endovaskuläre Implantation einer Aortenklappenprothese
76105181	Endovaskuläre Implantation einer Mitralklappenprothese
76105182	Koronare Bifurkations-Stents
76105183	Palifermin, 0 bis 10 mg
76105184	Palifermin, 16 bis 20 mg
76105185	Palifermin, 26 bis 30 mg
76105186	Palifermin, 36 bis 40 mg
76105187	Palifermin, 46 bis 50 mg
76105189	Amphotericin B Lipidkomplex, 3000 bis unter 4000 mg
76105190	Amphotericin B Lipidkomplex, 4000 bis unter 5000 mg
76105191	Amphotericin B Lipidkomplex, 5000 bis unter 6000 mg
76105192	Amphotericin B Lipidkomplex, 6000 bis unter 7000 mg
76105193	Amphotericin B Lipidkomplex, 7000 bis unter 8000 mg
76105194	Amphotericin B Lipidkomplex, 8000 bis unter 9000 mg
76105195	Amphotericin B Lipidkomplex, 9000 bis unter 10000 mg
76105199	Selektive interne Radiotherapie (SIRT) von Lebertumoren mit Yttrium-90 markierten Microsphären
76105204	Fenestrierte Endoprothesen bei Bauchaortenaneurysmen
76105205	Fetale Operationstechniken in der Geburtshilfe - Drainagen
76105206	Fetale Operationstechniken in der Geburtshilfe - Laser
76105207	Fetale Operationstechniken in der Geburtshilfe – Verschluss der Nabelschnur
76105208	Fetale Operationstechniken in der Geburtshilfe - Ballon
76105209	Fetale Operationstechniken in der Geburtshilfe – Spina Bifida
76105210	Fetale Operationstechniken in der Geburtshilfe - Herzkatheter
76105211	Fetale Operationstechniken in der Geburtshilfe - Fetoskopie
76105229	Palifermin, 7,2 mg bis unter 9,0 mg
76105230	Palifermin, 9,0 mg bis unter 10,80 mg
76105231	Palifermin, 10,8 mg bis unter 12,6 mg
76105232	Palifermin, 12,6 mg bis unter 14,4 mg
76105233	Palifermin, 14,4 mg bis unter 16,2 mg
76105234	Palifermin, 16,2 mg bis unter 18,0 mg
76105235	Palifermin, 18,0 mg bis unter 21,6 mg
76105236	Palifermin, 21,6 mg bis unter 25,2 mg
76105237	Palifermin, 25,2 mg bis unter 28,8 mg
76105238	Palifermin, 28,8 mg bis unter 32,4 mg
76105239	Palifermin, 32,4 mg und mehr
76105241	Amphotericin B Lipidkomplex, 1 mg bis 375 mg
76105242	Amphotericin B Lipidkomplex, 376 mg bis 750 mg
76105243	Amphotericin B Lipidkomplex, 751 mg bis 1125 mg
76105244	Amphotericin B Lipidkomplex, 1126 mg bis 1500 mg
76105245	Amphotericin B Lipidkomplex, 1501 mg bis 1875 mg
76105246	Amphotericin B Lipidkomplex, 1876 mg bis 2250 mg
76105247	Amphotericin B Lipidkomplex, 2251 mg bis 2625 mg
76105248	Amphotericin B Lipidkomplex, 2626 mg bis 3000 mg
76105249	Amphotericin B Lipidkomplex, 3001 mg bis 3375 mg

76105250	Amphotericin B Lipidkomplex, 3376 mg bis 3750 mg
76105251	Amphotericin B Lipidkomplex, 3751 mg bis 4125 mg
76105252	Amphotericin B Lipidkomplex, 4126 mg bis 4500 mg
76105253	Amphotericin B Lipidkomplex, 4501 mg bis 4875 mg
76105254	Amphotericin B Lipidkomplex, 4876 mg bis 5250 mg
76105279	Palifermin, 1 mg bis 6,25
76105280	Palifermin, 6,26 mg bis 12,5
76105281	Palifermin, 12,51 mg bis 18,75
76105282	Palifermin, 18,75 mg bis 25
76105283	Palifermin, 25,01 mg bis 31,25
76105284	Palifermin, 31,26 mg bis 37,5
76105285	Palifermin, 37,51 mg bis 43,75
76105286	Palifermin, 43,76 mg bis 50
76105287	Palifermin, 50,01 mg bis 56,25
76105318	Autologe matrixinduzierte Chondrozytentransplantation
76105319	Bone-Morphogenetic-Proteins, 0,1 mg bis 3,5 mg
76105320	Bone-Morphogenetic-Proteins, 3,6 mg bis 7,0 mg
76105372	Amphotericin B-Lipidkomplex, je Behandlungstag

Hessen

76106009	Radioimmuntherapie mit Yttrium (90Y)-markiertem Ibritumomab-Tiuxetan
76106011	Diboterminalfa (InductOs-Wirbelsäulenerkrankung), OPS 5-828.7
76106012	Diboterminalfa (InductOs-Tibiafraktur), OPS 5-828.7
76106015	Radioimmuntherapie mit Yttrium (90Y)-markiertem Ibritumomab-Tiuxetan
76106016	Carmustin Implantat, intrathekal
76106018	Excimer-Laser Extraktion von Schrittmacher- und Defibrillatorelektroden
76106019	Selektive interne Radiotherapie (SIRT) von Lebertumoren mit Yttrium-90 markierten Microsphären
76106020	Palifermin, je Ampulle

Baden-Württemberg

76108001	Radioimmuntherapie mit Yttrium (90Y)-markiertem Ibritumomab-Tiuxetan
76108016	Radioimmuntherapie mit Yttrium (90Y)-markiertem Ibritumomab-Tiuxetan, OPS 8-530.7
76108017	Radioimmuntherapie von akuten Leukämien mit Anti CD66-Antikörper, OPS 8-547.1
76108024	Urethrale Injektionstherapie mit Dextranomer-Hyaluronsäure-Gel
76108047	Ex-vivo Chemosensibilitätstestung76108048Radioimmuntherapie mit radioaktiv markiertem Anti-CD19-Antikörper
76108049	Interne Radiopeptidtherapie mit Y-90- oder LU-177-markierten Somatostatinanaloga
76108050	Bosentan, über 125 mg bis 375 mg
76108051	Bosentan, über 375 mg bis 625 mg
76108052	Bosentan, über 625 mg bis 875 mg
76108053	Bosentan, über 875 mg bis 1125 mg
76108054	Bosentan, über 1125 mg bis 1375 mg
76108055	Bosentan, über 1375 mg bis 1625 mg
76108056	Bosentan, über 1625 mg bis 1875 mg
76108057	Bosentan, über 1875 mg bis 2125 mg
76108058	Bosentan, über 2125 mg bis 2375 mg

76108059	Bosentan, über 2375 mg bis 2625 mg
76108060	Bosentan, über 2625 mg bis 2875 mg
76108061	Bosentan, über 2875 mg bis 3125 mg
76108062	Bosentan, über 3125 mg bis 3375 mg
76108063	Bosentan, über 3375 mg bis 3625 mg
76108064	Bosentan, über 3625 mg bis 3875 mg
76108065	Bosentan, über 3875 mg
76108066	Intrakoronare/intrakardiale Stammzelltherapie
76108068	Bosentan
76108069	Idiovox
76108071	Excimer-Laser Extraktion von Schrittmacher- und Defibrillatorelektroden
76108072	Implantation von auditorischen Hirnstammimplantaten
76108108	Laserresektion der Prostata, OPS 5-601.41
76108109	Pumpless Extracorporal Lung Assist (PECLA)
76108110	Anlage eines intra-extrakraniellen High-Flow-Bypasses mittels der nicht-okklusiven Laser-assistierten Anastomosierungstechnik (ELANA)
76108111	Radioimmuntherapie mit Yttrium (90Y)-markiertem Ibritumomab-Tiuxetan, OPS 8-530.6
76108112	Laserresektion der Prostata, OPS 5-601.1 oder .42
76108118	Amphotericin B Lipidkomplex (5000 mg bis unter 6000 mg)
76108121	Diboterin alfa (rhBMP-2)
76108122	Palifermin
76108127	Bosentan, 62,5 mg
76108128	Bosentan, 125,0 mg
76108129	Autologe matrixinduzierte Chondrozytentransplantation, OPS 5-801.bh oder .ch
76108144	Amphotericin B Lipidkomplex, über 10 bis 50 mg
76108145	Amphotericin B Lipidkomplex, über 50 bis 100 mg
76108146	Amphotericin B Lipidkomplex, über 100 bis 150 mg
76108147	Amphotericin B Lipidkomplex, über 150 bis 250 mg
76108148	Amphotericin B Lipidkomplex, über 250 bis 350 mg
76108149	Amphotericin B Lipidkomplex, über 350 bis 450 mg
76108150	Amphotericin B Lipidkomplex, über 450 bis 550 mg
76108151	Amphotericin B Lipidkomplex, über 550 bis 650 mg
76108152	Amphotericin B Lipidkomplex, über 650 bis 750 mg
76108153	Amphotericin B Lipidkomplex, über 750 bis 850 mg
76108154	Amphotericin B Lipidkomplex, über 850 bis 950 mg
76108155	Amphotericin B Lipidkomplex, über 950 bis 1150 mg
76108156	Amphotericin B Lipidkomplex, über 1150 bis 1350 mg
76108157	Amphotericin B Lipidkomplex, über 1350 bis 1550 mg
76108158	Amphotericin B Lipidkomplex, über 1550 bis 1750 mg
76108159	Amphotericin B Lipidkomplex, über 1750 bis 1950 mg
76108160	Amphotericin B Lipidkomplex, über 1950 bis 2150 mg
76108161	Amphotericin B Lipidkomplex, über 2150 bis 3150 mg
76108162	Amphotericin B Lipidkomplex, über 3150 bis 4150 mg
76108163	Amphotericin B Lipidkomplex, über 4150 bis 5150 mg
76108164	Amphotericin B Lipidkomplex, über 5150 bis 6150 mg
76108165	Amphotericin B Lipidkomplex, über 6150 bis 7150 mg
76108166	Amphotericin B Lipidkomplex, über 7150 bis 8150 mg
76108167	Amphotericin B Lipidkomplex, über 8150 mg
76108168	Palifermin, über 5 bis 10 mg

76108169	Palifermin, über 10 bis 15 mg
76108170	Palifermin, über 15 bis 20 mg
76108171	Palifermin, über 20 bis 25 mg
76108172	Palifermin, über 25 bis 30 mg
76108173	Palifermin, über 30 bis 35 mg
76108174	Palifermin, über 35 bis 40 mg
76108175	Palifermin, über 40 bis 45 mg
76108176	Palifermin, über 45 bis 50 mg
76108177	Palifermin, über 50 bis 55 mg
76108178	Palifermin, über 55 mg
76108179	Carmustin-Implantat, intrathekal
76108180	Eptotermin alfa (rhOP-1/BMP-7)
76108181	Citratdialyse
76108182	Koronare Bifurkations-Stents
76108183	Fenestrierte Endoprothesen bei Bauchaortenaneurysmen
76108184	Mikroaxial-Blutpumpe
76108185	Interventioneller Vorhofohrverschluss bei Vorhofflimmern
76108186	Adoptive Immuntherapie mit zytokininduzierten Killerzellen (CIK-Zellen)
76108197	Selektive interne Radiotherapie (SIRT) von Lebertumoren mit Yttrium-90 markierten Microsphären
76108198	Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC) in Kombination mit Peritonektomie und Multiviszeralresektion
76108199	Magenschrittmacher
76108200	Gehirn-Computer-Kommunikation
76108201	Subretinale Netzhautprothese
76108229	Amphotericin B Lipidkomplex, 100 mg bis unter 201 mg
76108230	Amphotericin B Lipidkomplex, 201 mg bis unter 301 mg
76108231	Amphotericin B Lipidkomplex, 301 mg bis unter 401 mg
76108232	Amphotericin B Lipidkomplex, 401 mg bis unter 501 mg
76108233	Amphotericin B Lipidkomplex, 501 mg bis unter 601 mg
76108234	Amphotericin B Lipidkomplex, 601 mg bis unter 701 mg
76108235	Amphotericin B Lipidkomplex, 701 mg bis unter 801 mg
76108236	Amphotericin B Lipidkomplex, 801 mg bis unter 901 mg
76108237	Amphotericin B Lipidkomplex, 901 mg bis unter 1001 mg
76108238	Amphotericin B Lipidkomplex, 1001 mg bis unter 1101 mg
76108239	Amphotericin B Lipidkomplex, 1101 mg bis unter 1201 mg
76108240	Amphotericin B Lipidkomplex, 1201 mg und mehr

Bayern

76109009	Radioimmuntherapie mit Yttrium (90Y)-markiertem Ibritumomab-Tiuxetan
76109013	Autologe Chondrozytentransplantation
76109014	Präoperative Therapieplanung in Virtual reality vor Leberresektionen
76109018	Intrakavitäre Radiotherapie mit Iod-125
76109019	Selektive interne Radiotherapie (SIRT) von Lebertumoren mit Yttrium-90 markierten Micosphären
76109023	Urethrale Injektionstherapie mit Dextranomer-Hyaluronsäure-Gel
76109024	Laserresektion der Prostata
76109025	Excimer-Laser Extraktion von Schrittmacher- und Defibrillatorelektroden
76109070	Pumpless Extracorporal Lung Assist (PECLA)
76109071	Autologe Chondrozytentransplantation
76109072	Extremitätenkorrekturen mit voll implantierbaren Distractionssystemen

76109074	Behandlung von Leistenbrüchen mit titanisierten Kunststoffnetzen
76109076	Interne Radiopeptidtherapie mit Y-90- oder Lu-177- markierten Somatostatinanaloga
76109078	Bosentan, 125 mg/Tag
76109080	Enzymersatztherapie bei lysosomalen Speichererkrankungen
76109082	Lenalidomid
76109088	Palifermin
76109089	Bone-Morphogenetic-Proteins (BMP)
76109091	Amphotericin B Lipidkomplex
76109092	Mikroaxial-Blutpumpe
76109093	Carmustin Implantat, intrathekal
76109094	Koronare Bifurkations-Stents
76109099	Bone-Morphogenetic-Proteins, Eptotermin alfa (rhOP-1/BMP-7)
76109100	Bone-Morphogenetic-Proteins, Dibotermin alfa (rhBMP-2)
76109101	Amphotericin B Lipidkomplex, 1 mg bis 499 mg
76109102	Amphotericin B Lipidkomplex. 500 mg bis 999 mg
76109103	Amphotericin B Lipidkomplex. 1.000 mg bis 1.499 mg
76109104	Amphotericin B Lipidkomplex. 1.500 mg bis 1.999 mg
76109105	Amphotericin B Lipidkomplex. 2.000 mg bis 2.499 mg
76109106	Amphotericin B Lipidkomplex. 2.500 mg bis 3.499 mg
76109107	Amphotericin B Lipidkomplex. 3.500 mg bis 4.499 mg
76109108	Amphotericin B Lipidkomplex. 4.500 mg bis 5.499 mg
76109109	Amphotericin B Lipidkomplex. 5.500 mg bis 6.499 mg
76109110	Amphotericin B Lipidkomplex. 6.500 mg bis 7.499 mg
76109111	Amphotericin B Lipidkomplex. 7.500 mg bis 9.499 mg
76109112	Amphotericin B Lipidkomplex. 9.500 mg bis 11.499 mg
76109113	Amphotericin B Lipidkomplex. 11.500 mg bis 13.499 mg
76109114	Amphotericin B Lipidkomplex. 13.500 mg bis 15.499 mg
76109115	Amphotericin B Lipidkomplex. 15.500 mg bis 17.499 mg
76109116	Amphotericin B Lipidkomplex. bis 17.500 mg und mehr
76109122	Palifermin, 1,00 mg bis 6,25 mg
76109123	Palifermin, 6,26 mg bis 12,50 mg
76109124	Palifermin, 12,51 mg bis 18,75 mg
76109125	Palifermin, 18,76 mg bis 25,00 mg
76109126	Palifermin, 25,01 mg bis 31,25 mg
76109127	Palifermin, 31,26 mg bis 37,50 mg
76109128	Palifermin, 37,51 mg bis 43,75 mg
76109129	Palifermin, 43,76 mg bis 50,00 mg
76109130	Palifermin, 50,01 mg bis 56,25 mg
76109131	Palifermin, 56,25 mg und mehr
76109152	Intrakranielle endovaskuläre Thrombektomie
76109154	Radiorezeptortherapie neuroendokriner Tumore mit DOTATOC (DOTA-Phe,Tyr-Octreotid)
76109155	Akkommodative Kunstlinse, je Linse
76109156	Citratdialysen, je Tag
76109158	Autologe matrixinduzierte Chondrogenese (AMIC)
76109159	Interspinöse Implantate, 1 Ebene
76109160	Interspinöse Implantate, 2 und mehr Ebenen
76109161	Endobronchialventil
76109162	Amphotericin B Lipidkomplex., über 10 bis 50 mg
76109163	Amphotericin B Lipidkomplex, über 50 bis 100 mg

76109164	Amphotericin B Lipidkomplex, über 100 bis 150 mg
76109165	Amphotericin B Lipidkomplex, über 150 bis 250 mg
76109166	Amphotericin B Lipidkomplex, über 250 bis 350 mg
76109167	Amphotericin B Lipidkomplex, über 350 bis 450 mg
76109168	Amphotericin B Lipidkomplex, über 450 bis 550 mg
76109169	Amphotericin B Lipidkomplex, über 550 bis 650 mg
76109170	Amphotericin B Lipidkomplex, über 650 bis 750 mg
76109171	Amphotericin B Lipidkomplex, über 750 bis 850 mg
76109172	Amphotericin B Lipidkomplex, über 850 bis 950 mg
76109173	Amphotericin B Lipidkomplex, über 950 bis 1150 mg
76109174	Amphotericin B Lipidkomplex, über 1150 bis 1350 mg
76109175	Amphotericin B Lipidkomplex, über 1350 bis 1550 mg
76109176	Amphotericin B Lipidkomplex, über 1550 bis 1750 mg
76109177	Amphotericin B Lipidkomplex, über 1750 bis 1950 mg
76109178	Amphotericin B Lipidkomplex, über 1950 bis 2150 mg
76109179	Amphotericin B Lipidkomplex, über 2150 bis 3150 mg
76109180	Amphotericin B Lipidkomplex, über 3150 bis 4150 mg
76109181	Amphotericin B Lipidkomplex, über 4150 bis 5150 mg
76109182	Amphotericin B Lipidkomplex, über 5150 bis 6150 mg
76109183	Amphotericin B Lipidkomplex, über 6150 bis 7150 mg
76109184	Amphotericin B Lipidkomplex, über 7150 bis 8150 mg
76109185	Amphotericin B Lipidkomplex, über 8150 mg
76109186	Palifermin, über 5 bis 10 mg
76109187	Palifermin, über 10 bis 15 mg
76109188	Palifermin, über 15 bis 20 mg
76109189	Palifermin, über 20 bis 25 mg
76109190	Palifermin, über 25 bis 30 mg
76109191	Palifermin, über 30 bis 35 mg
76109192	Palifermin, über 35 bis 40 mg
76109193	Palifermin, über 40 bis 45 mg
76109194	Palifermin, über 45 bis 50 mg
76109195	Palifermin, über 50 bis 55 mg
76109196	Fenestrierte Endoprothesen bei Bauchaortenaneurysmen
76109198	Auditorische Hirnstammimplantate
76109199	Amphotericin B-Lipidkomplex, bis 200 mg
76109200	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 200 mg bis 600 mg
76109201	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 600 mg bis 1000 mg
76109202	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 1000 mg bis 1400 mg
76109203	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 1400 mg bis 1800 mg
76109204	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 1800 mg bis 2200 mg
76109205	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 2200 mg bis 2600 mg
76109206	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 2600 mg bis 3000 mg
76109207	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 3000 mg bis 3400 mg
76109208	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 3400 mg bis 3800 mg
76109209	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 3800 mg bis 4200 mg
76109210	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 4200 mg bis 4600 mg
76109211	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 4600 mg bis 5000 mg
76109212	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 5000 mg bis 5400 mg
76109213	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 5400 mg bis 5800 mg
76109214	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 5800 mg bis 6200 mg
76109215	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 6200 mg bis 6600 mg

76109216	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 6600 mg bis 7000 mg
76109217	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 7000 mg bis 7400 mg
76109218	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 7400 mg bis 7800 mg
76109219	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 7800 mg bis 8200 mg
76109220	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 8200 mg bis 8600 mg
76109221	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 8600 mg bis 9000 mg
76109222	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 9000 mg bis 9400 mg
76109223	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 9400 mg bis 9800 mg
76109224	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 9800 mg bis 10200 mg
76109225	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 10200 mg bis 10600 mg
76109226	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 10600 mg bis 11000 mg
76109227	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 11000 mg bis 11400 mg
76109228	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 11400 mg bis 12200 mg
76109229	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 12200 mg bis 13000 mg
76109230	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 13000 mg bis 13800 mg
76109231	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 13800 mg bis 14600 mg
76109232	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 14600 mg bis 15400 mg
76109233	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 15400 mg bis 16200 mg
76109234	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 16200 mg bis 17000 mg
76109235	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 17000 mg bis 17800 mg
76109236	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 17800 mg bis 18600 mg
76109237	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 18600 mg bis 19400 mg
76109238	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 19400 mg bis 20200 mg
76109239	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 20200 mg bis 21000 mg
76109240	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 21000 mg bis 21800 mg
76109241	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 21800 mg bis 22600 mg
76109242	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 22600 mg bis 23400 mg
76109243	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 23400 mg bis 24200 mg
76109244	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 24200 mg bis 25000 mg
76109245	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 25000 mg bis 25800 mg
76109246	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 25800 mg bis 26600 mg
76109247	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 26600 mg bis 27400 mg
76109248	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 27400 mg bis 28200 mg
76109249	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 28200 mg bis 29000 mg
76109250	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 29000 mg bis 29800 mg
76109251	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 29800 mg bis 30600 mg
76109252	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 30600 mg bis 31400 mg
76109253	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 31400 mg bis 32200 mg
76109254	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 32200 mg bis 33000 mg
76109255	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 33000 mg bis 33800 mg
76109256	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 33800 mg bis 35000 mg
76109257	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 35000 mg bis 36200 mg
76109258	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 36200 mg bis 37400 mg
76109259	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 37400 mg bis 38600 mg
76109260	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 38600 mg bis 39800 mg
76109261	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 39800 mg bis 41000 mg
76109262	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 41000 mg bis 42200 mg
76109263	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 42200 mg bis 43400 mg
76109264	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 43400 mg bis 44600 mg
76109265	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 44600 mg bis 45800 mg
76109266	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 45800 mg bis 47000 mg

76109267	Amphotericin B-Lipidkomplex, über 47000 mg
76109268	Palifermin, bis 37,50 mg
76109284	Intrakranielle endovaskuläre Thrombektomie (Mikrodraht-Retriever), ein Mikro-Retriever
76109285	Intrakranielle endovaskuläre Thrombektomie (Mikrodraht-Retriever), ein Mikro-Retriever und ein Stent inklusive Ballon
76109286	Intrakranielle endovaskuläre Thrombektomie (Mikrodraht-Retriever), ein Mikro-Retriever, ein Stent und ein separater Ballon
76109287	Intrakranielle endovaskuläre Thrombektomie (Mikrodraht-Retriever), zwei Mikro-Retriever
76109288	Intrakranielle endovaskuläre Thrombektomie (Mikrodraht-Retriever), zwei Mikro-Retriever und ein Stent inklusive Ballon
76109289	Intrakranielle endovaskuläre Thrombektomie (Mikrodraht-Retriever), zwei Mikro-Retriever, ein Stent und ein separater Ballon
76109290	Carmustin Implantat, intrathekal, bis 8 Implantate
76109291	Carmustin Implantat, intrathekal, bis 16 Implantate

Saarland

76110004	Bosentan, 1 Tablette
----------	----------------------

Berlin

76111021	Pumpless Extracorporal Lung Assist (PECLA), OPS 8-852.2
76111022	Bone-Morphogenic-Proteins (Diboterminalfa (rhBMP-2))
76111025	Radioimmuntherapie mit Yttrium (90Y)-markiertem Ibritumomab-Tiuxetan
76111026	Selektive interne Radiotherapie (SIRT) von Lebertumoren mit Yttrium-90 markierten Micosphären
76111031	Laserresektion der Prostata; OPS 5-601.4*

Brandenburg

76112001	Radioimmuntherapie mit Yttrium (90Y)-markiertem Ibritumomab-Tiuxetan
76112014	Excimer-Laser Extraktion von Schrittmacher- und Defibrillatorelektroden
76112015	Mikroaxial-Blutpumpe
76112016	Palifermin
76112017	Amphotericin B Lipidkomplex, 100 mg
76112020	Bevacizumab, 400 mg bis unter 500 mg
76112021	Bevacizumab, 500 mg bis unter 600 mg
76112022	Palifermin (Mukositisprophylaxe), 37,50 mg (6 Flaschen)
76112023	Pegfilgrastim, 12 mg
76112024	Pegfilgrastim, 18 mg
76112025	Pegfilgrastim, 24 mg
76112026	Cytarabin, spezielle Zubereitung zur intrathekalen Applikation, 100 mg
76112027	Cytarabin, spezielle Zubereitung zur intrathekalen Applikation, 200 mg

Mecklenburg-Vorpommern

76113001	Bosentan
76113003	Pemetrexed
76113004	Hyperthermie nach Reanimation/zerebraler Ischämie
76113006	Bortezomib
76113007	Cetuximab

76113008	Künstlicher Analsphinkter
76113009	Radioimmuntherapie mit Yttrium (90Y)-markiertem Ibritumomab-Tiuxetan
76113010	Pumpless Extracorporal Lung Assist (PECLA)
76113011	Dibotermin alfa (rhBMP-2) – offen chirurgisches Verfahren
76113012	Dibotermin alfa (rhBMP-2) – laparoskopisches Verfahren
76113013	Laserresektion der Prostata
76113015	Palifermin, je Fall

Sachsen

76114023	Radioimmuntherapie mit Yttrium (90Y)-markiertem Ibritumomab-Tiuxetan
76114034	Carmustin Implantat, intrathekal
76114035	Palifermin
76114124	Interspinöse Implantate (Funktionelle dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule mit Coflex), 1 Implantat
76114125	Interspinöse Implantate (Funktionelle dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule mit Coflex), 2 Implantate
76114138	Koronare Bifurkations-Stents

Sachsen-Anhalt

76115006	Ex vivo-Chemosensibilitätstestung (Chemoresistenztestung)
76115007	Radioimmuntherapie mit Yttrium (90Y)-markiertem Ibritumomab-Tiuxetan
76115008	Bosentan bis unter 1,875 mg
76115009	Bosentan 1,875 mg bis unter 2,125 mg
76115010	Bosentan 2,125 mg bis unter 2,375 mg
76115011	Bosentan 2,375 mg bis unter 2,625 mg
76115012	Bosentan ab 2,625 mg
76115019	Herzschrittmacher-System zur kardialen Kontraktilitätsmodulation; OPS 5-377.7
76115021	Selektive interne Radiotherapie (SIRT) von Lebertumoren mit Yttrium-90 markierten Microsphären
76115022	Mikroaxial-Blutpumpe
76115032	Amphotericin B Lipidkomplex, 100 mg
76115033	Carmustin Implantat, intrathekal, OPS 5-012.7
76115048	Bosentan
76115053	Bone-Morphogenetic-Proteins
76115068	Palifermin, Packung a 6 Ampullen
76115070	Palifermin, je Ampulle
76115071	Koronare Bifurkations-Stents, je Fall

Thüringen

76116024	Radioimmuntherapie mit Yttrium (90Y)-markiertem Ibritumomab-Tiuxetan
76116025	Doppel-Ballon-Enteroskopie
76116027	Radiorezeptortherapie neuroendokriner Tumore mit DOTATOC (DOTA-Phe, Tyr-Octreotid)
76116030	Amphotericin B Lipidkomplex, je 10 x 100 mg
76116031	Autologe matrixinduzierte Chondrozytentransplantation
76116034	Amphotericin B Lipidkomplex, je 375 mg
76116036	Bosentan, je Tag
76116038	Palifermin, je Ampulle

76116039	Lenalidomid
76116040	Radioimmuntherapie mit Yttrium (90Y)-markiertem Ibritumomab-Tiuxetan, pro Applikation bei 250 mg/(mxm) und 2 mxm Körperoberfläche
76116041	Bone-Morphogenetic-Proteins (Eptotermin alpha), je 3,5 mg
76116042	Bone-Morphogenetic-Proteins (Dibotermin alpha), je Eingriff - 12 mg
76116043	Radiorezeptorthherapie mit radionuklidmarkiertem Somatostatin

Zusatzentgelt nach § 6 Abs. 2a KHEntgG

76296001	Isolierstation, intensiv beatmet
76296002	Isolierstation, intensiv nicht beatmet
76296003	Isolierstation, isoliert
76296004	Transplantation für hämatopoetische Stammzellen aus dem Knochenmark mit In-vitro-Aufbereitung, Autogene Stammzelltherapie und lokale Therapie mit Blutbestandteilen und Hepatozyten; OPS 8-860.x
76296005	Sepsisbehandlung i.V.m. orthopädischer OP
76296006	Stereotaxie; OPS 8-523.0* oder .1*
76296007	Künstliche Iris
76296008	Transarterielle endovaskuläre Aortenklappenimplantation
76296009	Transapikale endovaskuläre Aortenklappenimplantation
76296010	Große Spondylodesen; OPS 5-836.33 oder 5-836.43
76296011	Halotractionen und Deformitätenoperationen; OPS 8-410.0 und 8-390.4 und 5-837.0-9 oder 5-838.9 oder 5-838.x
76296012	Transorale Operationen; OPS 5-030.0 und 5-836.4* oder 5-836.5* und 5-837.0*
76296013	Große Wirbelsäulen-OP an Morbus Bechterew Patienten; OPS 5-837.* oder 5-838.91 und 5-834.4 oder 5-835.5
76296014	DVD-Technik; OPS 5-032.0* und 5-032.6 oder 5-032.5 5-836.40 oder 5-836.41 oder 5-834.4
76296015	Tumoroperationen an der Wirbelsäule; OPS 5-836.* oder 5-837.0*
76296016	Große Wirbelsäulen-OP bei Patienten mit Metastasen; OPS 5-837.0* und 5-836.*
76296017	Große Wirbelsäulen-OP bei Patienten mit Spondylodisitis; OPS 5-836.* und 5-837.0* oder 5-835.8
76296018	Große Wirbelsäulen-OP bei voroperierten Patienten; OPS 5-839.5 und 5-837.0 bis .9 oder 5-838.9 oder 5-838.x
76296019	Große Wirbelsäulen-OP bei Patienten Scheuermann-Kyphose; OPS 5-837.7 oder 5-837.3 und 5-834.4
76296020	Zwerchfellschrittmacher, Antennen lang
76296021	Zwerchfellschrittmacher, Transmitter
76296022	Intraoperative MRT mit integrierter Neuronavigation
76296023	Hyperbare Sauerstofftherapie (HBO), Behandlungsdauer bis 145 Minuten ohne Intensivüberwachung; OPS 8-721.0
76296024	Hyperbare Sauerstofftherapie (HBO), Behandlungsdauer bis 145 Minuten mit Intensivüberwachung; OPS 8-721.1
76296025	Hyperbare Sauerstofftherapie (HBO), Behandlungsdauer 145–280 Minuten mit Intensivüberwachung; OPS 8-721.2
76296026	Hyperbare Sauerstofftherapie (HBO), Behandlungsdauer über 280 Minuten mit Intensivüberwachung; OPS 8-721.3
76296027	Hyperbare Sauerstofftherapie (HBO), Behandlungsdauer 145–280 Minuten ohne Intensivüberwachung; OPS 8-721.4
76296028	Regionale Tiefenhyperthermie; OPS 8-600.1
76296029	Regionale Tiefenhyperthermie
76296030	Teilkörperhyperthermie
76296031	Oberflächenhyperthermie
76296032	Stereotaxie, einseitig (fallbezogen); OPS 8-523.0*
76296033	Stereotaxie, fraktioniert je Prozedur; OPS 8-523.1*

76296034	Elektrophysiologische Untersuchungen – Ablation mit 3-dimensionalem Mapping
76296035	Embolisationstherapie bei angeborenen Gefäßerkrankungen, Patient <= 30 Jahre, Patient > 30 Jahre Einzelfallentscheidung, ICD Q87.2, Q28.8* oder Q82.0*; OPS 8-836.9d in Kombination mit 8-83b.21
76296036	Fassier-Duval-Teleskopnagel
76296037	Ringfixateur mit digitaler Korrekturplanung
76296038	Hochpräzisionsstrahlentherapie am Linearbeschleuniger, Durchführung (Fraktion) bis 5 Bestrahlungen; OPS 8-522.* oder 8-523.*
76296039	Hochpräzisionsstrahlentherapie am Linearbeschleuniger, Durchführung (Fraktion) bis 30 Bestrahlungen; OPS 8-522.* oder 8-523.*
76296040	Orthopädische Behandlung von infizierten Totalendoprothesen mit Problemkeimen, Kategorie 1: ICD U80, U81 oder MRSE (Problemkeime); OPS 8-987.11, .12, .13 oder 8-989.0, .1, .2, .3, .4, .5 oder .6 in Kombination mit mindestens 1 OPS aus 5-800.2*, 5-808.3, 5-820.*, 5-821.*, 5-822.*, 5-823.*, 5-828.*, 5-829.2, .9, .f, .g oder 5-864.*
76296041	Orthopädische Behandlung von infizierten Totalendoprothesen mit Problem-keimen, Kategorie 2: Verweildauer mindestens 30 Tage, ICD U80, U81 oder MRSE (Problemkeime); OPS 8-987.11, .12, .13 oder 8-989.0, .1, .2, .3, .4, .5 oder .6 in Kombination mit mindestens 2 OPS aus 5-800.2*, 5-808.3, 5-820.*, 5-821.*, 5-822.*, 5-823.*, 5-828.*, 5-829.2, .9, .f, .g oder 5-864.*
76296042	Orthopädische Behandlung von infizierten Totalendoprothesen mit Problem-keimen, Kategorie 3: Verweildauer mindestens 60 Tage, ICD U80, U81 oder MRSE (Problemkeime); OPS 8-987.11, .12, .13 oder 8-989.0, .1, .2, .3, .4, .5 oder .6 in Kombination mit mindestens 2 OPS aus 5-808.3, 5-820.*, 5-821.*, 5-822.*, 5-823.*, 5-828.*, 5-829.2, .9, .f, .g oder 5-864.* oder mindestens 3 OPS aus 5-800.2*, 5-808.3, 5-820.*, 5-821.*, 5-822.*, 5-823.*, 5-828.*, 5-829.2, .9, .f, .g oder 5-864.*
76296043	Interstitielle Hyperthermie, je Leistung
76296044	Gaumenplatte mit velarem Sporn inkl. Trinktraining
76296045	Gaumenplatte mit velarem Sporn ohne Trinktraining
76296046	Tagessatz Sonderisolierstation nicht intensivpflichtige Patienten
76296047	PBH-Teilkörperhyperthermie in Kombination mit Chemotherapie und/oder Radiochemothermie; OPS 8-601
76296048	Tagessatz Sonderisolierstation intensivpflichtige Patienten
76296049	Tagessatz Sonderisolierstation intensivpflichtige beatmete Patienten
76296050	Kreuzband-OP mit 1 allogenen Sehnen-transplantat; OPS 5-813.g oder 5-813.h oder 5-815.23 oder 5-815.33
76296051	Kreuzband-OP mit 2 allogenen Sehnen-transplantaten; OPS 5-813.g oder 5-813.h oder 5-815.23 oder 5-815.33
76296052	Blasenektrophie
76296053	NanoTherm Therapie

Bremen

76204001	Kinderelektrophysiologie und Elektrophysiologie bei angeborenem Herzfehler
----------	--

Nordrhein-Westfalen

76205001	Regionale Tiefenhyperthermie, OPS 8-600.1 oder 8-601
76205002	Gefensterte Stentgraftprothese
76205003	Hyperbare Sauerstofftherapie

Hessen

76206002	Zuschlag Neugeborenennotarzt
----------	------------------------------

Baden-Württemberg

76208004	Gaumenplatte mit velarem Sporn (Pierre Robin)
76208005	Lokale Hyperthermie und regionale Tiefenhyperthermie, OPS 8-600.1

Bayern

76209001	Regionale Tiefenhyperthermie, vollstationär
76209002	Elektrode Zwerchfellschrittmacher
76209003	Receiver Zwerchfellschrittmacher
76209004	Antennen Zwerchfellschrittmacher
76209005	Teilkörperhyperthermie-Behandlung (PBH)
76209006	Implantation von motorisierten Distraktionsmarknägeln
76209007	Stereotaxie, OPS 5-014.*
76209008	Behandlung mit MR-Open, bei intraoperativer Anwendung, OPS 3-800
76209009	Pränatale stationäre Betreuung
76209010	Ohrmuschelrekonstruktion
76209011	Therapie mit Myozyme (Einheit a 20 mg)
76209012	Hypertherme Chemoperfusion
76209013	Stereotaxie; OPS 8-523.00
76209014	Positronen-Emissions-Tomographie (PET) bei Bronchialkarzinom

Berlin

76211001	Hyperbare Sauerstofftherapie bis 145 Min ohne Intensiv für ICD A48.0, I26, T58, T59.8, T70.3 oder T79.0, OPS 8-721.0
76211002	Hyperbare Sauerstofftherapie bis 145 Min mit Intensiv für ICD A48.0, I26, T58, T59.8, T70.3 oder T79.0, OPS 8-721.1
76211003	Hyperbare Sauerstofftherapie bis 280 Min mit Intensiv für ICD A48.0, I26, T58, T59.8, T70.3 oder T79.0, OPS 8-721.2
76211004	Hyperbare Sauerstofftherapie über 280 Min mit Intensiv für ICD A48.0, I26, T58, T59.8, T70.3 oder T79.0, OPS 8-721.3
76211005	Hyperbare Sauerstofftherapie bis 280 Min ohne Intensiv für ICD A48.0, I26, T58, T59.8, T70.3 oder T79.0, OPS 8-721.4
76211006	Protonentherapie

Brandenburg

76212001	Gefensterte Stentgraft-Prothesen bei Aortenaneurysmen, OPS 5-38a.11 oder 5-38a.8 i.V.m. 8-836.fa
76212002	Stentgraft-Prothese bei Aortenaneurysmen

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

77[0–6][01–16][001–999] Länderschlüssel in der 4. und 5. Stelle

77001001	Schleswig-Holstein
77002001	Hamburg
77003001	Niedersachsen
77004001	Bremen
77005001	Nordrhein-Westfalen
77006001	Hessen
77006002	Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD), Hessen
77007001	Rheinland-Pfalz
77008001	Baden-Württemberg
77009001	Bayern
77010001	Saarland
77011001	Berlin
77012001	Brandenburg
77013001	Mecklenburg-Vorpommern
77014001	Sachsen
77015001	Sachsen-Anhalt
77016001	Thüringen

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

78999999 teilstationäre Behandlung innerhalb der oberen GVD einer vorherigen vollstationären DRG-Fallpauschale nach § 6 Abs. 2 KFPV 2004 (0,00 EUR) oder innerhalb des Zeitraumes bis einschließlich drei Tage nach Überschreiten der mittleren Verweildauer nach § 6 Abs. 2 FPV (0,00 EUR)

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

79[1–6]0A06Z ff. DRG-Fallpauschalen nach Anlage 1 KFPV 2003

Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Abs. 2 KHEntgG fallbezogen

8000[0001–9999] bundesweit

80[01–16][0001–9999] Länderschlüssel in der 3. und 4. Stelle

Schleswig-Holstein

80010001 Endo-Exo-Prothese, OPS 5-785.4g

Baden-Württemberg

80080001 Multivisceraltransplantation

Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG

8100[0001–9999] bundesweit

81[01–16][0001–9999] Länderschlüssel in der 3. und 4. Stelle

Schleswig-Holstein

81010001 Endo-Exo-Prothese, OPS 5-785.4g

Baden-Württemberg

81080001 Multivisceraltransplantation

Abschlag bei Verlegung für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG

8200[0001–9999] bundesweit

82[01–16][0001–9999] Länderschlüssel in der 3. und 4. Stelle

Schleswig-Holstein

82010001 Endo-Exo-Prothese, OPS 5-785.4g

Baden-Württemberg

82080001 Multivisceraltransplantation

Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG

8300[0001–9999] bundesweit

83[01–16][0001–9999] Länderschlüssel in der 3. und 4. Stelle

Schleswig-Holstein

83010001 Endo-Exo-Prothese, OPS 5-785.4g

Baden-Württemberg

83080001 Multivisceraltransplantation

Tagesbezogene Entgelte nach § 7 Abs. 1 Nr. 5 KHEntgG (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)

Bundesweit

85000000	Tagespauschale (600,- EUR) nach §10 Abs. 1 FPV
85000001	Tagesklinik Frührehabilitation
85000002	Teilstationäres Schlaflabor, Diagnostik und Maskenersteinstellung, 1 Nacht (Splittnacht)
85000003	Teilstationäres Schlaflabor, Maskentherapieeinleitung, 1 Nacht
85000004	Tagesklinik Onkologie
85000005	Teilstationäres Schlaflabor - Nachtsatz
85000006	Tagesklinik Schmerztherapie
85000007	Teilstationäre Onkologie und Hämatologie
85000008	Tagesklinik Pädiatrie
85000009	Tagesklinik Diabetologie
85000010	Teilstationäre Tumorthherapie, Frauenheilkunde, Staging
85000011	Teilstationäre Tumorthherapie, Frauenheilkunde, Chemotherapie
85000012	Teilstationäre Tumorthherapie, Innere Medizin, Staging
85000013	Teilstationäre Tumorthherapie, Innere Medizin, Chemotherapie
85000014	Teilstationäre Tumorthherapie, Pädiatrische Onkologie
85000015	Tagesklinik Neurochirurgie
85000016	Tagesklinik Neurologie
85000017	Tagesklinik Rheumatologie und Immunologie
85000018	Tagesklinik Rheumatologie und Immunologie - HIV
85000019	Tagesklinik Plasmapherese
85000020	Tagesklinik Schlaflabor
85000021	Tagesklinik Naturheilkunde
85000022	Tagesklinik Diabetologie für Kinder und Jugendliche
85000023	Teilstationäre Chemotherapie
85000024	Tagesklinik Photopherese
85000025	Teilstationäre Immunadsorption / Plasmapherese bei entzündlichen neurologischen Erkrankungen
85000026	Teilstationäre interdisziplinäre nichtonkologische Diagnostik und Therapie
85000027	Teilstationäre Tumorthherapie, Chemotherapie
85000028	Teilstationäre Tumorthherapie, Staging
85000029	Teilstationäre Kinderkardiologie
85000030	Teilstationäre Schlafbehandlung, elektive Fälle zur diagnostischen Polysomnographie über eine Nacht
85000031	Teilstationäre Schlafbehandlung, elektive Aufnahmen zur Polysomnographie mit Druckeinstellung über eine Nacht
85000032	Tagesklinik für Ernährungs- und Stoffwechselstörungen
85000033	Tagesklinik Kinderrheumatologie
85000034	Tagesklinik Onkologie, ohne Zytostatikagabe
85000035	Tagesklinik Onkologie, mit Zytostatikagabe; OPS 8-542.* oder 8-547.0
85000036	Tagesklinik Kardioversion
85000037	Teilstationäre Radioonkologie mit regionaler Tiefenhyperthermie; OPS 8-600.1
85000038	Teilstationäre Radioonkologie mit PBH Teilkörperhyperthermie in Kombination mit Chemotherapie und/oder Radiochemotherapie; OPS 8-601
85000039	Tagesklinik Zellapherese
85000040	Tagesklinik Zellapherese, zweiter Behandlungstag
85000041	Tagesklinik Dermatologie

85000042	Teilstationäre Adipositaschirurgie, Nachkontrolle
85000043	Teilstationäre Schmerztherapie (CT-gestützte Facettenfiltration)
85000044	Teilstationäre Tagesklinik Stoffwechselerkrankungen (Enzymersatztherapie)
85000045	Teilstationäre Neurologie, Behandlung mit Botulinumtoxin
85000046	Teilstationäre Phoniatrie
85000047	Tagesklinik Chirurgie
85000048	Tagesklinik Immunadsorption
85000049	Teilstationäre Augenheilkunde: Messung des Augeninnendrucks: Tages- und Nachtdruckmessung über 24 Std.
85000050	Tagesklinik Injektionen von Botulinumtoxin in Sedierung
85000051	Tagesklinik Injektionen von Botulinumtoxin in Narkose
85000052	Tagesklinik Facettenkoagulation

Belegabteilung

8530B61Z	Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks außer bei Transplantation, Belegabteilung
----------	---

Besondere Einrichtungen, teilstationär

85003001	Besondere Einrichtung neuropädiatrische Tagesklinik
----------	---

Besondere Einrichtungen, vollstationär

85004001	Besondere Einrichtung Neurologie – Behandlung von Morbus Parkinson
85004002	Besondere Einrichtung für Multiresistente Mykobakterien
85004003	Besondere Einrichtung für Umweltmedizin
85004004	Besondere Einrichtung zur Behandlung von Lungentransplantierten
85004005	Besondere Einrichtung zur Behandlung von Patienten vor LTX
85004006	Besondere Einrichtung Zentrum für Mikrochirurgie/Replantation
85004007	Besondere Einrichtung Traumazentrum
85004008	Besondere Einrichtung für Drogenentzug
85004009	Besondere Einrichtung für Neurologie, Phase B
85004010	Besondere Einrichtung für Neurologie, Phase B Intensivmedizin
85004011	Besondere Einrichtung zur Palliativversorgung von Kindern
85004012	Besondere Einrichtung für hochkontagiöse Patienten
85004013	Besondere Einrichtung für Kinder- und Jugendschmerztherapie
85004014	Besondere Einrichtung Palliativmedizin

Schleswig-Holstein

85010001	Tagesklinik Geriatrie
85010002	Tagesklinik Frührehabilitation
85010003	Tagesklinik Kinderklinik
85010004	Tagesklinik Onkologie
85010006	Teilstationäre Dialyse
85010007	Teilstationäre Dermatologie
85010008	Teilstationäre Chemotherapie - Frauenheilkunde
85010009	Teilstationäre Chemotherapie - Strahlenheilkunde
85010010	Teilstationäre Chemotherapie - Innere Medizin
85010013	Teilstationäre Chemotherapie - sonstige Fachabteilungen
85010014	Teilstationäre Risikodialyse
85010015	Teilstationäre Tinnitus-Behandlung

Besondere Einrichtungen, vollstationär

85014001	Besondere Einrichtung für Palliativmedizin
85014002	Besondere Einrichtung für neurologische Behandlung von Parkinson-Erkrankten
85014003	Besondere Einrichtung für Pädiatrie

Hamburg

85020001	Teilstationäre Geriatrie
85020002	Teilstationäre Pädiatrie
85020003	Tagesklinik Hämatologie
85020004	Tagesklinik Dialyse
85020005	Tagesklinik Lungenheilkunde
85020006	Tagesklinik Dermatologie
85020007	Tagesklinik HIV
85020008	Tagesklinik Schmerztherapie
85020009	Tagesklinik Früh-Rehabilitation
85020010	Tagesklinik Epileptologie
85020011	Tagesklinik Endoskopische Chirurgie
85020012	Tagesklinik Gynäkologie
85020013	Tagesklinik Diabetes
85020014	Tagesklinik Infektionsmedizin
85020015	Tagesklinik HELP
85020016	Tagesklinik MKG-Chirurgie
85020017	Teilstationäre Augenheilkunde
85020018	Teilstationäre Neurologie

Besondere Einrichtungen, vollstationär

85024001	Besondere Einrichtung für Schwerstbrandverletzte
85024002	Besondere Einrichtung für Schwerbrandverletzte 1. Phase
85024003	Besondere Einrichtung für Schwerbrandverletzte 2. Phase
85024004	Besondere Einrichtung für Hochquerschnittsgelähmte/Atemgelähmte
85024005	Besondere Einrichtung für sonstige Querschnittslähmungen
85024006	Besondere Einrichtung für Handchirurgie

Niedersachsen

85030001	Teilstationäre Dermatologie
85030002	Teilstationäre Innere Medizin – Schwerpunkt Nephrologie
85030003	Teilstationäre Innere Medizin – Schwerpunkt Onkologie
85030004	Teilstationäre Pädiatrie
85030005	Teilstationäre Kinderchirurgie
85030006	Teilstationäre Dialyse
85030007	Teilstationäre Onkologie
85030008	Teilstationäre H.E.L.P. (LDL-Apherese)
85030009	Tagesklinik Gastroenterologie

Besondere Einrichtungen, teilstationär

85033001	Besondere Einrichtung für teilstationäre Behandlung in der Neurologie
----------	---

Besondere Einrichtungen, vollstationär

85034001	Besondere Einrichtung für neurologische Frührehabilitation (NFR) der Phasen B und C
85034002	Besondere Einrichtung für neurologische Frührehabilitation (NFR) der Phase B
85034003	Besondere Einrichtung für neurologische Frührehabilitation (NFR) der Phase C und vollstationäre Behandlung in der Neurologie
85034004	Besondere Einrichtung zur Behandlung Schwerst-Schädel-Hirn-Verletzter

Bremen

85040001	Tagesklinik Geriatrie
85040002	Tagesklinik Dermatologie
85040003	Tagesklinik Innere Medizin – Schwerpunkt Gastroenterologie
85040004	Teilstationäre Dialyse
85040005	Teilstationäre Neurologie
85040006	Teilstationäre Kinderonkologie
85040007	Tagesklinik Innere Medizin – Schwerpunkt Diabetes
85040008	Tagesklinik Innere Medizin – Schwerpunkt LDL Apherese
85040009	Tagesklinik Rheumatologie
85040010	Tagesklinik Pädiatrie
85040011	Tagesklinik Pädiatrie – Schwerpunkt Onkologie
85040012	Tagesklinik Urologie
85040013	Tagesklinik Frauenheilkunde
85040014	Tagesklinik Frauenheilkunde – Schwerpunkt Onkologie
85040015	Tagesklinik Hämatologie und Onkologie
85040016	Tagesklinik Elektrophysiologische Ablation

Nordrhein-Westfalen

85050001	Geriatrie Tagesklinik
85050002	Teilstationäre Dialyse
85050004	Tagesklinik Dermatologie
85050005	Tagesklinik HIV
85050006	Tagesklinik Erwachsenenonkologie
85050007	Tagesklinik Kinderonkologie
85050008	Teilstationäre Frührehabilitation
85050009	Tagesklinik Rheumatologie
85050010	CAPD teilstationär
85050011	Tagesklinik HNO - Tinnitus
85050012	Tagesklinik Augenheilkunde - Katarakt
85050013	Tagesklinik Orthopädische Schmerzklinik
85050015	Teilstationäre Pädiatrie
85050016	Teilstationäre Hämatologie und Onkologie
85050017	Tagesklinik Palliativmedizin
85050018	Tagesklinik Naturheilkunde
85050019	Tagesklinik Tumorforschung
85050020	Tagesklinik Gastroenterologie
85050021	Tagesklinik Gynäkologie
85050022	Tagesklinik HNO
85050023	Tagesklinik Kardiologie

85050024	Tagesklinik Pulmologie (Schlaflabor)
85050025	Teilstationäre pädiatrische Hämatologie und Onkologie
85050026	Teilstationäres Schlaflabor
85050027	Tagesklinik Neurologie
85050028	Teilstationäre LDL-Apherese
85050029	Tagesklinik Schmerzambulanz
85050030	Teilstationäre Peritonealdialyse: intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)
85050031	Teilstationäre Kontinenzpauschale

Besondere Einrichtungen, vollstationär

85054001	Besondere Einrichtung zur Behandlung Schwerst-Schädel-Hirn-Verletzter
85054002	Besondere Einrichtung Innere Medizin/Schwerpunkt Behindertenmedizin
85054003	Besondere Einrichtung Chirurgie/Schwerpunkt Behindertenmedizin
85054004	Besondere Einrichtung Epilepsiechirurgie
85054005	Besondere Einrichtung Neurologie/Schwerpunkt Epileptologie
85054006	Besondere Einrichtung AIDS/Schwerpunkt Behindertenmedizin
85054007	Besondere Einrichtung Kinderneurologie und Sozialpädiatrie
85054008	Besondere Einrichtung für neonatologische Intensivbehandlung, Perinatalzentrum
85054009	Besondere Einrichtung Intensivstation für langzeitbeatmete Kinder
85054010	Besondere Einrichtung Frührehabilitation für langzeitbeatmete Patienten
85054011	Besondere Einrichtung zur Behandlung von Patienten mit Multipler Sklerose oder Morbus Parkinson
85054012	Besondere Einrichtung für Schwerbrandverletzte
85054013	Besondere Einrichtung für Rückenmarkverletzte
85054014	Besondere Einrichtung für Palliativmedizin

Hessen

85060001	Teilstationäre Geriatrie
85060002	Suchtbehandlung (für Aufnahmen in 2003)
85060003	Teilstationäre Dialyse
85060004	Teilstationäre Onkologie
85060005	Tagesklinik Rheumatologie
85060006	Tagesklinik Pädiatrie
85060007	Tagesklinik Dermatologie
85060008	Teilstationäre CAPD
85060009	Tagesklinik Pädiatrische Kardiologie/Hämatologie
85060010	Teilstationäre Diabetikerbetreuung
85060011	Teilstationäre LDL-Apherese
85060012	Tagesklinische Behandlung Onkologie, Kinder
85060013	Tagesklinische Behandlung AIDS, Kinder

Besondere Einrichtungen, vollstationär

85064001	Besondere Einrichtung zur Behandlung Schwerbrandverletzter
85064002	Besondere Einrichtung für tagesbezogene vollstationäre Leistungen der Phoniatrie (Klinik für Stimm- und Spracherkrankungen)
85064003	Besondere Einrichtung für tagesbezogene vollstationäre Leistungen der Neurologie

85064004	Besondere Einrichtung für tagesbezogene vollstationäre Leistungen der Stroke Unit
85064005	Besondere Einrichtung für Palliativbehandlung
85064006	Besondere Einrichtung für Schwerbrandverletzte, Kinder
85064007	Besondere Einrichtung für neurologische Frührehabilitation, Kinder
85064008	Besondere Einrichtung für Psychosomatik, Kinder
85064009	Besondere Einrichtung für Neurologie Phase B
85064010	Besondere Einrichtung für Neurologie Phase B, intensiv

Rheinland-Pfalz

85070001	Dialyse, teilstationär
85070002	Schmerztherapie, teilstationär
85070003	Onkologie, teilstationär
85070006	Tagesklinik Pädiatrie
85070009	Tagesklinik Innere Medizin
85070010	Tagesklinik Hämatologie
85070011	Tagesklinik Kinderonkologie
85070012	Tagesklinik Innere Medizin, Schwerpunkt Geriatrie
85070013	Tagesklinik Rheumatologie

Besondere Einrichtungen, teilstationär

85073001	Besondere Einrichtung zur teilstationären Behandlung von Rheumapatienten
----------	--

Besondere Einrichtungen, vollstationär

85074001	Besondere Einrichtung für Querschnittsgelähmte
85074002	Besondere Einrichtung für Schwerstneurologie
85074003	Besondere Einrichtung zur Behandlung Schwerst-Schädel-Hirn-Verletzter
85074004	Besondere Einrichtung für Rheumatologie
85074005	Besondere Einrichtung für Schwerbrandverletzte
85074006	Besondere Einrichtung vollstationäre Schmerztherapie
85074007	Besondere Einrichtung Neurologie, Phase A
85074008	Besondere Einrichtung Neurologie, Phase B
85074009	Besondere Einrichtung neurologische Frührehabilitation
85074010	Besondere Einrichtung für Palliativmedizin
85074011	Besondere Einrichtung Kinderneurologie

Baden-Württemberg

85080001	Spezielle orthopädische Schmerz-Tagesklinik
85080002	Entgelt für teilstationäre Diabetikerschulung
85080003	Tagesklinik Dermatologie
85080004	Teilstationäre Dialyse
85080005	Tagesentgelt teilstationär – Innere Medizin
85080006	Teilstationäre onkologische Behandlung / Schwerpunkt Nephrologie
85080007	Teilstationäre Geriatrie
85080008	Tagesklinik Allgemeine Chirurgie
85080009	Tagesklinik Thorax- und Gefäßchirurgie
85080010	Tagesklinik Unfall-, Extremitäten-, Plastische und Wiederherstellende Chirurgie
85080011	Tagesklinik Pädiatrie

85080012	Tagesklinik Augenheilkunde
85080013	Tagesklinik HNO
85080014	Tagesklinik Radiologie/Strahlentherapie
85080015	Tagesklinik Behandlung von onkologischen Patienten (Kinder)
85080019	Tagesgleicher Pflegesatz teilstationär, Allgemeine Kinderheilkunde
85080020	Tagesgleicher Pflegesatz teilstationär, pädiatrische Neurologie
85080021	Tagesgleicher Pflegesatz teilstationär, Dermatologie
85080023	Tagesklinik Rheumatologie
85080024	Teilstationäre stereotaktische Bestrahlung
85080025	Neurochirurgische Tagesklinik (Belegarzt)
85080026	Tagesklinik Onkologie (Erwachsene)
85080027	Tagesgleicher Pflegesatz Allgemeine Chirurgie
85080030	Tagesklinik Neurologie
85080031	Tagesklinik Neurologisches Schmerzzentrum
85080032	Teilstationäre Onkologie
85080033	Teilstationäre Radioonkologie mit lokaler Hyperthermie und regionale Tiefenhyperthermie

Besondere Einrichtungen, vollstationär

85084001	Besondere Einrichtung für neurologische Frührehabilitation, Phase B, und Behandlung von Schwerst-Schädel-Hirn-Verletzten
85084002	Besondere Einrichtung für Epileptologie
85084003	Besondere Einrichtung für neurologische Behandlung von Parkinson-Erkrankten
85084004	Besondere Einrichtung für Palliativmedizin
85084005	Besondere Einrichtung für Neurologie
85084006	Besondere Einrichtung Schwerbrandverletzte
85084007	Besondere Einrichtung Neuropädiatrie

Bayern

85090001	Tagesklinik Geriatrie
85090002	Tagesklinik Pädiatrie
85090003	Teilstationäre Dialyse
85090004	Versorgung Schwerbrandverletzter auf der Schwerbrandverletztenintensivereinheit (für Aufnahmen in 2003)
85090005	Nachversorgung Schwerbrandverletzter auf Normal-Stationen im Anschluss an Aufenthalt auf der Schwerbrandverletztenintensivereinheit (für Aufnahmen in 2003)
85090006	Teilstationäre Haut-Tagesklinik
85090007	Teilstationäre HNO-Klinik
85090008	Tagesklinik Hämatologie und internistische Onkologie
85090009	Tagesklinik Schmerztherapie
85090010	Teilstationäre Kinderchirurgie
85090011	Teilstationäre Behandlung von onkologisch zu behandelnden Patienten
85090012	Teilstationäre Diabetes-Behandlung
85090013	Teilstationäre Behandlung von onkologischen Patienten, Kinder
85090014	Tagesklinik Neurologie
85090015	Tagesklinik Diabetologie/Endokrinologie
85090016	Teilstationäre gynäkologische Leistung
85090017	Tagesklinik Allgemeine Chirurgie

85090018	Tagesklinik Frauenklinik
85090019	Tagesklinik Nuklearmedizin
85090020	Tagesklinik Strahlenheilkunde
85090021	Tagesklinik Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
85090022	Tagesklinik Rheuma
85090023	Teilstationäre Remicade-Behandlung
85090024	Tagesklinik Kardiologie
85090025	Tagesklinik Gastroenterologie
85090026	Tagesklinik Hämatologie
85090027	Tagesklinik Gefäßchirurgie
85090028	Tagesklinik Gynäkologie/Geburtshilfe
85090029	Tagesklinik Onkologie/Chemotherapie
85090030	Teilstationäre Phoniatrie
85090031	Teilstationäre Herzchirurgie
85090032	Tagesklinik Schwerst-Schädel-Hirnverletzte
85090033	Tagesklinik Innere Akut-Medizin
85090034	Tagesklinik Hämatologie und internistische Onkologie (HIV-Behandlung)
85090035	Tagesklinik Frauenklinik (Onkologie)
85090036	Tagesklinik Strahlenheilkunde (Onkologie)
85090037	Teilstationäre Innere Medizin
85090038	Teilstationäre Innere Medizin, Behandlungseinheit für rheumatoide Arthritis
85090039	Teilstationäres Zentrum für Gefäßerkrankungen und chronische Problemwunden
85090040	Tagesklinik Augenheilkunde
85090041	Tagesklinik Neurologie, Neuromuskuläre Behandlungseinheit
85090042	Tagesklinik Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
85090043	Tagesklinik Physikalische Medizin
85090044	Tagesklinik Plasmapherese
85090045	Tagesklinik AIDS-Patienten
85090046	Tagesklinik Strahlenmedizin, einschließlich Nuklearmedizin
85090047	Tagesklinik Kardiologie, einschließlich Nephrologie
85090048	Tagesklinik Allgemeine Chirurgie, einschließlich Gefäß- und plastische Chirurgie/Unfallchirurgie
85090049	Tagesklinik Neurochirurgie
85090050	Teilstationäre ESWL
85090051	Teilstationäre Behandlung mit bildgebender Diagnostik (nur bei OPS 3-200, 3-201, 3-202, 3-206, 3-207, 3-208, 3-20x, 3-220, 3-221, 3-222, 3-225, 3-226, 3-228, 3-22x, 3-800, 3-801, 3-803, 3-804, 3-805, 3-808, 3-809, 3-80x, 3-820, 3-821, 3-822, 3-824, 3-825, 3-828, 3-82a, 3-82x, 3-601, 3-602, 3-603, 3-604, 3-605, 3-606, 3-607, 3-60x
85090052	Tagesklinik Nephrologie
85090053	Tagesklinik Mukoviszidose
85090054	Tagesklinik HNO
85090055	Teilstationäre Leistung Staging Komplexbehandlung
85090056	Teilstationäre Leistung Vakuumbiopsie
85090057	Teilstationäre minimalinvasive Mammadiagnostik (MIM)
85090058	Teilstationär TCE PÄD/ERW
85090059	Teilstationär CAPD
85090060	Teilstationäre Stammzellenentnahme beim Eigenspender
85090061	Teilstationäre Innere Medizin, Transfusionsmedizin
85090063	Teilstationäre regionale Tiefenhyperthermie

85090064	Teilstationäre Teilkörperhyperthermie
85090065	Teilstationäre Haut-Tagesklinik, Onkologie
85090066	Teilstationäre Enzyersatztherapie
85090067	Teilstationäre HNO Hauptfachabteilung
85090068	Teilstationäres Schlaflabor, diagnostische Nacht
85090069	Teilstationäres Schlaflabor, therapeutische Nacht
85090070	Teilstationäre First-Night-Effekt-Polysomnographie ohne aussagekräftige Ergebnisse
85090071	Teilstationäre Polysomnographie
85090072	Teilstationäre erweiterte Polysomnographie
85090073	Teilstationäre Kontrolluntersuchung Polysomnographie
85090074	Rheuma-Tagesklinik in Verbindung mit ZE 25.10
85090075	Tagesklinik Strahlenheilkunde, Brachytherapie
Besondere Einrichtungen, teilstationär	
85093001	Besondere Einrichtung zur teilstationären Behandlung von onkologischen Patienten
85093002	Besondere Einrichtung zur teilstationären Behandlung Schwerst-Schädel-Hirn-Verletzter
85093003	Besondere Einrichtung zur teilstationären Behandlung von Multiple Sklerose Patienten
85093004	Besondere Einrichtung Kinderklinik teilstationär
Besondere Einrichtungen, vollstationär	
85094001	Besondere Einrichtung zur vollstationären Behandlung von onkologischen Patienten
85094002	Besondere Einrichtung für Schwerst-Schädel-Hirn-Verletzte
85094003	Besondere Einrichtung für Schwerstbrandverletzte, Intensivstation
85094004	Besondere Einrichtung für Nachbehandlung Schwerstbrandverletzter auf Normalstationen
85094005	Besondere Einrichtung Chirurgie
85094006	Besondere Einrichtung Innere Medizin
85094007	Besondere Einrichtung Orthopädie
85094008	Besondere Einrichtung Innere Medizin/SchwerpunktNaturheilverfahren
85094009	Besondere Einrichtung für interdisziplinäre Schmerztherapie
85094010	Besondere Einrichtung zur Behandlung von Querschnittsgelähmten
85094011	Besondere Einrichtung zur Behandlung von Querschnittsgelähmten auf Intensivstation
85094012	Besondere Einrichtung für Schwerst-Schädel-Hirnverletzte, Intensivstation
85094013	Besondere Einrichtung zur vollstationären Behandlung von Multiple Sklerose Patienten
85094014	Besondere Einrichtung für Palliativmedizin
85094015	Besondere Einrichtung Pädiatrie
85094016	Besondere Einrichtung HNO
85094017	Besondere Einrichtung Hyperthermie
85094018	Besondere Einrichtung Regionale Tiefenhyperthermie Behandlung (RHT)
85094019	Besondere Einrichtung Teilkörperhyperthermie Behandlung (PBH)
85094020	Besondere Einrichtung Kinderherzchirurgie und -kardiologie
85094021	Besondere Einrichtung Mukoviszidose
85094022	Besondere Einrichtung Neuromuskuläre Behandlungseinheit (Baur-Institut)

85094023	Besondere Einrichtung Strahlenheilkunde mit Schwerpunkt Radioonkologie
85094024	Besondere Einrichtung für hochkontagiöse Patienten, Level IV
85094025	Besondere Einrichtung für hochkontagiöse Patienten, Level III
85094026	Besondere Einrichtung für hochkontagiöse Patienten, Kontaktperson
85094027	Besondere Einrichtung Dermatologie
85094028	Besondere Einrichtung T-KK-Normalstation
85094029	Besondere Einrichtung T-KKINT-Intensivstation
85094030	Besondere Einrichtung Wirbelsäulenchirurgie für Kinder und Jugendliche
85094031	Besondere Einrichtung Neuropädiatrie
85094032	Besondere Einrichtung Epilepsiechirurgie
85094033	Besondere Einrichtung Akutneurologie
85094034	Besondere Einrichtung für Kinder- und Jugendrheumatologie
85094035	Besondere Einrichtung für Schwerst-Schädel-Hirnverletzte, komplexe multimodulare Spastiktherapie
85094036	Besondere Einrichtung für Schwerst-Schädel-Hirnverletzte, komplexe multimodulare Dyspagietherapie
85094037	Besondere Einrichtung Kinderheilkunde
85094038	Besondere Einrichtung Kinderintensivmedizin
85094039	Besondere Einrichtung Kinderonkologie
85094040	Besondere Einrichtung Epilepsie-Zentrum
85094041	Besondere Einrichtung Akutneurologie mit Schwerpunkt Parkinson und Multiple Sklerose

Saarland

85100001	Teilstationäre Onkologie
85100002	Teilstationäre Geriatrie
85100003	Tagesklinik Innere Medizin
85100004	Teilstationäre LDL-Apherese
85100005	Pflegesatz vollstationär für die Innere Medizin, Sektion Palliativ
85100006	Tagesklinik Nachbetreuung von Patienten mit Cochlea-Implantat
85100007	Tagesklinik Shunt-Chirurgie

Besondere Einrichtungen, vollstationär

85104001	Besondere Einrichtung Palliativmedizin
----------	--

Berlin

85110001	Teilstationäre Chemotherapie, Kinder
85110002	Teilstationäre HIV-Tagesklinik, Erwachsene
85110003	Teilstationäre HIV-Tagesklinik, Kinder
85110004	Teilstationäre LDL-Apherese
85110005	Teilstationäre Tagesklinik Stoffwechselerkrankungen
85110006	Teilstationäre Dialyse, Erwachsene
85110007	Teilstationäre Dialyse, Kinder
85110008	Teilstationäre onkologische Tagesklinik
85110009	Teilstationäre Tagesklinik rheumatologische Erkrankungen
85110010	Teilstationäre dermatologische Tagesklinik
85110011	Teilstationäre Geriatrie
85110012	Teilstationäre Dialyse
85110013	Teilstationäre Gynäkologie

85110014	Teilstationäre Hämatologie
85110015	Teilstationäre Innere Medizin
85110016	Teilstationäre Pädiatrie
85110017	Tagesklinik Neurologie
85110018	Tagesklinik Neuropädiatrie (DBZ)
85110019	Tagesklinik für Protonentherapie bei Augentumoren
85110020	Teilstationäre Chirurgie

Besondere Einrichtungen, vollstationär

84114001	Besondere Einrichtung für Palliativmedizin
----------	--

Brandenburg

85120001	Tagesklinik Geriatrie
85120002	Tagesklinik Rheumatologie
85120003	Teilstationäre Dialyse
85120004	Tagesklinik Wirbelsäulenchirurgie
85120005	Tagesklinik Orthopädie
85120006	Tagesklinik Palliativmedizin und Schmerztherapie
85120007	Tagesklinik Hämatologie
85120008	Tagesklinik Pädiatrie
85120009	Teilstationäre Kardiologie
85120010	Teilstationäre Chemotherapie/Infusion
85120011	Teilstationäre Neurologie
85120012	Teilstationäre Endokrinologie
85120013	Teilstationäre Angiologie
85120014	Teilstationäre Schlaflabor
85120015	Teilstationäre Gastroskopien bei Kindern

Besondere Einrichtungen, vollstationär

85124001	Nichtoperative Orthopädie/Schmerztherapie
85124002	Besondere Einrichtung für Epileptologie
85124003	Besondere Einrichtung für die neurologische Frührehabilitation in der Phase B (ohne Beatmung)
85124004	Besondere Einrichtung für die neurologische Frührehabilitation in der Phase B (mit Beatmung)
85124005	Besondere Einrichtung Palliativmedizin

Mecklenburg-Vorpommern

85130001	Geriatrie (Tagesklinik)
85130002	Schmerztherapie (für Aufnahmen in 2003)
85130003	Frührehabilitation (für Aufnahmen in 2003)
85130004	Onkologie (Tagesklinik)
85130005	Rheumatologie (Tagesklinik)
85130006	Orthopädie (Tagesklinik)
85130007	Kidernephrologie (Tagesklinik)
85130008	Nuklearmedizin (Tagesklinik)
85130009	Teilstationäre Chemotherapie
85130010	Pädiatrie (Tagesklinik)
85130011	Pneumologie (Tagesklinik)

85130012	Gynäkologie (Tagesklinik)
	Besondere Einrichtungen, vollstationär
85134001	Besondere Einrichtung für neurologische Behandlung
85134002	Besondere Einrichtung für neurologische Behandlung mit Beatmung
85134003	Besondere Einrichtung zur Behandlung Querschnittsgelähmter
85134004	Besondere Einrichtung zur Behandlung Querschnittsgelähmter mit Beatmung
Sachsen	
85140002	Tagesklinik Schmerztherapie
85140003	Tagesklinik Dermatologie
85140004	Nachtklinik Polysomnographie Stufe 4
85140005	Tagesklinik Onkologie
85140006	Tagesklinik Innere Medizin
85140007	Tagesklinik Kinderheilkunde
85140008	Tagesklinik Kinderchirurgie
85140009	Tagesklinik Frauenheilkunde
85140010	Tagesklinik Strahlenheilkunde
85140011	Teilstationäre LDL-Apherese
85140012	Tagesklinik für kognitive Neurologie
85140014	Teilstationäre Hämatologie
85140015	Teilstationäre Geriatrie
85140016	Tagesklinik Kardiologie
85140017	Tagesklinik Urologie
85140018	Tagesklinik Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
85140019	Tagesklinik Neurologie
85140020	Augenheilkunde teilstationär
	Besondere Einrichtungen, vollstationär
85144006	Besondere Einrichtung für Neurologie, Schwerpunkt Epilepsie
85144007	Besondere Einrichtung für Neurologie, Schwerpunkt Epilepsie (Monitoring)
85144008	Besondere Einrichtung für Neurologie, Phase B
85144009	Besondere Einrichtung für Neurologie, Phase B Intensivmedizin
Sachsen-Anhalt	
85150002	Teilstationäre Geriatrie
85150003	Teilstationäre Onkologie
85150004	Teilstationäre Diabetologie
85150005	Tagesklinik Dermatologie
85150006	Teilstationäre Pädiatrische Onkologie
85150007	Teilstationäre Pädiatrie
85150008	Tagesklinik Bienen- und Wespenallergose
85150009	Tagesklinik Dialyse
85150010	Teilstationäre Gynäkologische Onkologie
85150011	Teilstationäre Erwachsenenhämatologie und Onkologie
85150012	Teilstationäre Kinderhämatologie, -onkologie und Stoffwechselstörungen
85150013	Teilstationäre Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten
85150014	Teilstationäre Urologie

85150015 Teilstationäre Strahlentherapie
85150016 Teilstationäre Orthopädie

Thüringen

85160001 Tagesklinik Geriatrie
85160002 Teilstationäre Dermatologie
85150003 Teilstationäre Orthopädie
85160004 Teilstationäre Onkologie
85160005 Teilstationäre Diabetologie
85160006 Teilstationäre Neurologie
85160007 Teilstationäre Augenheilkunde
85160008 Teilstationäre Allgemeine Pädiatrie
85160009 Teilstationäre Strahlentherapie
85160010 Teilstationäre Wirbelsäulenchirurgie
85160011 Teilstationäres Schlaflabor

Besondere Einrichtungen, vollstationär

85164001 Besondere Einrichtung für neurologische Frührehabilitation, Phase B, Kinder
85164002 Besondere Einrichtung für dermatologische Spezialbehandlung

Fallbezogene Entgelte nach § 7 Abs. 1 Nr. 5 KHEntgG (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)

Bundesweit

86000001	Schlafapnoesyndrom, teilstationär
86000002	Teilstationäres Schlaflabor
86000003	Teilstationäres Schlaflabor, Sauerstofftitrationsnacht mit Kapnographie; OPS 1-790 in Verbindung mit 9-500.0
86000004	Teilstationäres Schlaflabor, Maskenanpassungsnacht mit Abbruch und Umstellung auf Sauerstofftitration mit Kapnographie; OPS 1-790 in Verbindung mit 8-717.0 und 9-500.0
86000005	Teilstationäres Schlaflabor, Diagnostiknacht und primäre Sauerstofftitrationsnacht mit Kapnographie (2 Nächte); OPS 1-790 kombiniert mit 1-790 in Verbindung mit 9-500.0
86000006	Teilstationäres Schlaflabor, kombinierte Diagnostik-/Maskennacht und Sauerstofftitration mit Kapnographie (2 Nächte); OPS 1-790 in Verbindung mit 8-717.0 kombiniert mit 1-790 in Verbindung mit 9-500.0
86000007	Teilstationäre Schulung diabeteskranker Kinder und Jugendlicher; 5-Tage-Kurs
86000008	Teilstationäre Behandlung der feuchten altersbedingten Makuladegeneration (AMD)
86000009	Teilstationäre extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen ohne auxiliäre Maßnahmen, außer bei Para-/Tetraplegie
86000010	Teilstationäre Schlafbehandlung, elektive Fälle zur Polysomnographie über mindestens 2 Nächte
86000011	Teilstationäre Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, Implantation von > 10 Seeds
86000012	Andere Eingriffe bei Glaukom mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE) -teilstationäre Behandlung-

Besondere Einrichtungen, vollstationär

86004002	Besondere Einrichtung für endovaskulären Pulmonalklappenersatz (System Melody Transcatheter Valve)
----------	--

Schleswig-Holstein

86010002	Schulung diabeteskranker Erwachsener (teilstationär); CSII (Pumpe), 5-Tage-Kurs
86010004	Schulung diabeteskranker Erwachsener (teilstationär); ICT (Intensivierte Insulintherapie), 12-Tage-Kurs
86010006	Teilstationäre Kataraktbehandlung

Besondere Einrichtungen, vollstationär

86014001	Besondere Einrichtung für die Behandlung von Parkinsonerkrankten
----------	--

Bremen

Besondere Einrichtungen, vollstationär

86044001	Besondere Einrichtung für Implantation/Wechsel von Defibrillatoren (AICD) aller Art
----------	---

- 86044002 Besondere Einrichtung für invasive elektrophysiologische Untersuchung am Herzen
 86044003 Besondere Einrichtung für invasive ablativ Maßnahmen am Herzen
 86044004 Besondere Einrichtung für invasive elektrophysiologische Untersuchung und Therapie bei Kindern und/oder angeborenem Herzfehler

Hessen

- 86060011 Tagesklinisch-diagnostische Versorgung Erwachsener (1x innerhalb von 12 Monaten ab Aufnahme-tag)
 86060012 Tagesklinisch-therapeutische Behandlung Erwachsener, insbes. in den Bereichen Gastroenterologie, Onkologie, Urologie, Pneumologie usw. (1x innerhalb von 3 Monaten ab Aufnahme-tag)
 86060013 Tagesklinisch-therapeutische Behandlung und Schulung erwachsener Diabetiker (1x innerhalb von 3 Monaten ab Aufnahme-tag)
 86060014 Tagesklinisch-schmerztherapeutische Behandlung Erwachsener (integr. Diagnostik bereits erfolgt) (1x innerhalb von 3 Monaten ab Aufnahme-tag)
 86060015 Tagesklinisch-diagnostische Versorgung von Kindern (1x innerhalb von 3 Monaten ab Aufnahme-tag)
 86060016 Tagesklinisch-therapeutische Behandlung von Kindern (1x innerhalb von 3 Monaten ab Aufnahme-tag)
 86060017 Aus medizinischen Gründen vorzeitig beendete tagesklinische Behandlung

Baden-Württemberg

- 86080001 Tageschirurgie
 86080002 Beleg-Tagesklinik Augenheilkunde

Bayern

- 86090004 Teilstationäre Schmerztherapie
 86090005 Regionale Tiefenhyperthermie, teilstationär
 86090006 Teilstationäre Behandlung mit Linearbeschleuniger
 86090007 Teilstationäre Kopfstererotaxie
 86090008 Teilstationäre Körperstererotaxie
 86090009 Teilstationäres Schlaflabor, First-Night Effekt
 86090010 Teilstationäres Schlaflabor mit kardiorespiratorischer Polysomnographie
 86090011 Teilstationäres Schlaflabor mit kardiorespiratorischer Polysomnographie mit kardiorespiratorischer Polygraphie
 86090012 Teilstationäres Schlaflabor, Kontrolluntersuchung

Besondere Einrichtungen, vollstationär

- 86094001 Besondere Einrichtung zur Behandlung chronischer Tonsillitis, elektiv bei Kindern und Erwachsenen
 86094002 Besondere Einrichtung Epilepsie-Patienten
 86094003 Besondere Einrichtung Epilepsiechirurgie, Monitoring
 86094004 Besondere Einrichtung Epilepsiechirurgie, Oberflächenmonitoring
 86094005 Besondere Einrichtung Epilepsiechirurgie, epilepsiechirurgischer Eingriff ohne Monitoring

Mecklenburg-Vorpommern

86130008 Tagesklinik Rheumatologie

Besondere Einrichtungen, vollstationär

86134001 Besondere Einrichtung Paraplegiologischer Check

86134002 Besondere Einrichtung zur Botox-Behandlung

Sachsen-Anhalt

86150001 Teilstationäre Onkologie

Entgelte bei Überschreiten der oberen GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG

Bundesweit

- 87000001 Schlafapnoesyndrom, teilstationär
- 87000002 Teilstationäres Schlaflabor
- 87000003 Teilstationäres Schlaflabor, Sauerstofftitrationsnacht mit Kapnographie; OPS 1-790 in Verbindung mit 9-500.0
- 87000004 Teilstationäres Schlaflabor, Maskenanpassungsnacht mit Abbruch und Umstellung auf Sauerstofftitration mit Kapnographie; OPS 1-790 in Verbindung mit 8-717.0 und 9-500.0
- 87000005 Teilstationäres Schlaflabor, Diagnostiknacht und primäre Sauerstofftitrationsnacht mit Kapnographie (2 Nächte); OPS 1-790 kombiniert mit 1-790 in Verbindung mit 9-500.0
- 87000006 Teilstationäres Schlaflabor, kombinierte Diagnostik-/Maskennacht und Sauerstofftitration mit Kapnographie (2 Nächte); OPS 1-790 in Verbindung mit 8-717.0 kombiniert mit 1-790 in Verbindung mit 9-500.0
- 87000007 Teilstationäre Schulung diabeteskranker Kinder und Jugendlicher; 5-Tage-Kurs
- 87000008 Teilstationäre Behandlung der feuchten altersbedingten Makuladegeneration (AMD)
- 87000009 Teilstationäre extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen ohne auxiliäre Maßnahmen, außer bei Para-/Tetraplegie
- 87000010 Teilstationäre Schlafbehandlung, elektive Fälle zur Polysomnographie über mindestens 2 Nächte
- 87000011 Teilstationäre Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, Implantation von > 10 Seeds
- 87000012 Andere Eingriffe bei Glaukom mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE) -teilstationäre Behandlung-

Besondere Einrichtungen, vollstationär

- 87004002 Besondere Einrichtung für endovaskulären Pulmonalklappenersatz (System Melody Transcatheter Valve)

Schleswig-Holstein

- 87010002 Schulung diabeteskranker Erwachsener (teilstationär); CSII (Pumpe), 5-Tage-Kurs
- 87010004 Schulung diabeteskranker Erwachsener (teilstationär); ICT (Intensivierte Insulintherapie), 12-Tage-Kurs
- 87010006 Teilstationäre Kataraktbehandlung

Besondere Einrichtungen, vollstationär

- 87014001 Besondere Einrichtung für die Behandlung von Parkinsonerkrankten

Bremen

Besondere Einrichtungen, vollstationär

- 87044001 Besondere Einrichtung für Implantation/Wechsel von Defibrillatoren (AICD) aller Art
- 87044002 Besondere Einrichtung für invasive elektrophysiologische Untersuchung am Herzen
- 87044003 Besondere Einrichtung für invasive ablativ Maßnahmen am Herzen
- 87044004 Besondere Einrichtung für invasive elektrophysiologische Untersuchung und Therapie bei Kindern und/oder angeborenem Herzfehler

Hessen

- 87060011 Tagesklinisch-diagnostische Versorgung Erwachsener (1x innerhalb von 12 Monaten ab Aufnahmetag)
- 87060012 Tagesklinisch-therapeutische Behandlung Erwachsener, insbes. in den Bereichen Gastroenterologie, Onkologie, Urologie, Pneumologie usw. (1x innerhalb von 3 Monaten ab Aufnahmetag)
- 87060013 Tagesklinisch-therapeutische Behandlung und Schulung erwachsener Diabetiker (1x innerhalb von 3 Monaten ab Aufnahmetag)
- 87060014 Tagesklinisch-schmerztherapeutische Behandlung Erwachsener (integr. Diagnostik bereits erfolgt) (1x innerhalb von 3 Monaten ab Aufnahmetag)
- 87060015 Tagesklinisch-diagnostische Versorgung von Kindern (1x innerhalb von 3 Monaten ab Aufnahmetag)
- 87060016 Tagesklinisch-therapeutische Behandlung von Kindern (1x innerhalb von 3 Monaten ab Aufnahmetag)
- 87060017 Aus medizinischen Gründen vorzeitig beendete tagesklinische Behandlung

Baden-Württemberg

- 87080001 Tageschirurgie
- 87080002 Beleg-Tagesklinik Augenheilkunde

Bayern

- 87090004 Teilstationäre Schmerztherapie
- 87090005 Regionale Tiefenhyperthermie, teilstationär
- 87090006 Teilstationäre Behandlung mit Linearbeschleuniger
- 87090007 Teilstationäre Kopfstererotaxie
- 87090008 Teilstationäre Körperstererotaxie
- 87090009 Teilstationäres Schlaflabor, First-Night Effekt
- 87090010 Teilstationäres Schlaflabor mit kardiorespiratorischer Polysomnographie
- 87090011 Teilstationäres Schlaflabor mit kardiorespiratorischer Polysomnographie mit kardiorespiratorischer Polygraphie
- 87090012 Teilstationäres Schlaflabor, Kontrolluntersuchung

Besondere Einrichtungen, vollstationär

- 87094001 Besondere Einrichtung zur Behandlung chronischer Tonsillitis, elektiv bei Kindern und Erwachsenen
- 87094002 Besondere Einrichtung Epilepsie-Patienten
- 87094003 Besondere Einrichtung Epilepsiechirurgie, Monitoring

87094004 Besondere Einrichtung Epilepsiechirurgie, Oberflächenmonitoring
87094005 Besondere Einrichtung Epilepsiechirurgie, epilepsiechirurgischer Eingriff
ohne Monitoring

Mecklenburg-Vorpommern

87130008 Tagesklinik Rheumatologie

Besondere Einrichtungen, vollstationär

87134001 Besondere Einrichtung Paraplegiologischer Check

87134002 Besondere Einrichtung zur Botox-Behandlung

Sachsen-Anhalt

87150001 Teilstationäre Onkologie

Abschläge bei Verlegung für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG

Bundesweit

88000001	Schlafapnoesyndrom, teilstationär
88000002	Teilstationäres Schlaflabor
88000003	Teilstationäres Schlaflabor, Sauerstofftitrationsnacht mit Kapnographie; OPS 1-790 in Verbindung mit 9-500.0
88000004	Teilstationäres Schlaflabor, Maskenanpassungsnacht mit Abbruch und Umstellung auf Sauerstofftitration mit Kapnographie; OPS 1-790 in Verbindung mit 8-717.0 und 9-500.0
88000005	Teilstationäres Schlaflabor, Diagnostiknacht und primäre Sauerstofftitrationsnacht mit Kapnographie (2 Nächte); OPS 1-790 kombiniert mit 1-790 in Verbindung mit 9-500.0
88000006	Teilstationäres Schlaflabor, kombinierte Diagnostik-/Maskennacht und Sauerstofftitration mit Kapnographie (2 Nächte); OPS 1-790 in Verbindung mit 8-717.0 kombiniert mit 1-790 in Verbindung mit 9-500.0
88000007	Teilstationäre Schulung diabeteskranker Kinder und Jugendlicher; 5-Tage-Kurs
88000008	Teilstationäre Behandlung der feuchten altersbedingten Makuladegeneration (AMD)
88000009	Teilstationäre extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen ohne auxiliäre Maßnahmen, außer bei Para-/Tetraplegie
88000010	Teilstationäre Schlafbehandlung, elektive Fälle zur Polysomnographie über mindestens 2 Nächte
88000011	Teilstationäre Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, Implantation von > 10 Seeds
88000012	Andere Eingriffe bei Glaukom mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE) -teilstationäre Behandlung-

Besondere Einrichtungen, vollstationär

88004002	Besondere Einrichtung für endovaskulären Pulmonalklappenersatz (System Melody Transcatheter Valve)
----------	--

Schleswig-Holstein

88010002	Schulung diabeteskranker Erwachsener (teilstationär); CSII (Pumpe), 5-Tage-Kurs
88010004	Schulung diabeteskranker Erwachsener (teilstationär); ICT (Intensivierte Insulintherapie), 12-Tage-Kurs
88010006	Teilstationäre Kataraktbehandlung

Besondere Einrichtungen, vollstationär

88014001	Besondere Einrichtung für die Behandlung von Parkinsonerkrankten
----------	--

Bremen

Besondere Einrichtungen, vollstationär

88044001	Besondere Einrichtung für Implantation/Wechsel von Defibrillatoren (AICD) aller Art
----------	---

- 88044002 Besondere Einrichtung für invasive elektrophysiologische Untersuchung am Herzen
 88044003 Besondere Einrichtung für invasive ablativ Maßnahmen am Herzen
 88044004 Besondere Einrichtung für invasive elektrophysiologische Untersuchung und Therapie bei Kindern und/oder angeborenem Herzfehler

Hessen

- 88060011 Tagesklinisch-diagnostische Versorgung Erwachsener (1x innerhalb von 12 Monaten ab Aufnahmetag)
 88060012 Tagesklinisch-therapeutische Behandlung Erwachsener, insbes. in den Bereichen Gastroenterologie, Onkologie, Urologie, Pneumologie usw. (1x innerhalb von 3 Monaten ab Aufnahmetag)
 88060013 Tagesklinisch-therapeutische Behandlung und Schulung erwachsener Diabetiker (1x innerhalb von 3 Monaten ab Aufnahmetag)
 88060014 Tagesklinisch-schmerztherapeutische Behandlung Erwachsener (integr. Diagnostik bereits erfolgt) (1x innerhalb von 3 Monaten ab Aufnahmetag)
 88060015 Tagesklinisch-diagnostische Versorgung von Kindern (1x innerhalb von 3 Monaten ab Aufnahmetag)
 88060016 Tagesklinisch-therapeutische Behandlung von Kindern (1x innerhalb von 3 Monaten ab Aufnahmetag)
 88060017 Aus medizinischen Gründen vorzeitig beendete tagesklinische Behandlung

Baden-Württemberg

- 88080001 Tageschirurgie
 88080002 Beleg-Tagesklinik Augenheilkunde

Bayern

- 88090004 Teilstationäre Schmerztherapie
 88090005 Regionale Tiefenhyperthermie, teilstationär
 88090006 Teilstationäre Behandlung mit Linearbeschleuniger
 88090007 Teilstationäre Kopfstereotaxie
 88090008 Teilstationäre Körperstereotaxie
 88090009 Teilstationäres Schlaflabor, First-Night Effekt
 88090010 Teilstationäres Schlaflabor mit kardiorespiratorischer Polysomnographie
 88090011 Teilstationäres Schlaflabor mit kardiorespiratorischer Polysomnographie mit kardiorespiratorischer Polygraphie
 88090012 Teilstationäres Schlaflabor, Kontrolluntersuchung

Besondere Einrichtungen, vollstationär

- 88094001 Besondere Einrichtung zur Behandlung chronischer Tonsillitis, elektiv bei Kindern und Erwachsenen
 88094002 Besondere Einrichtung Epilepsie-Patienten
 88094003 Besondere Einrichtung Epilepsiechirurgie, Monitoring
 88094004 Besondere Einrichtung Epilepsiechirurgie, Oberflächenmonitoring
 88094005 Besondere Einrichtung Epilepsiechirurgie, epilepsiechirurgischer Eingriff ohne Monitoring

Mecklenburg-Vorpommern

88130008 Tagesklinik Rheumatologie

Besondere Einrichtungen, vollstationär

88134001 Besondere Einrichtung Paraplegiologischer Check

88134002 Besondere Einrichtung zur Botox-Behandlung

Sachsen-Anhalt

88150001 Teilstationäre Onkologie

Abschläge bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte
nach § 6 Abs. 1 KHEntgG

Bundesweit

- 89000001 Schlafapnoesyndrom, teilstationär
- 89000002 Teilstationäres Schlaflabor
- 89000003 Teilstationäres Schlaflabor, Sauerstofftitrationsnacht mit Kapnographie;
OPS 1-790 in Verbindung mit 9-500.0
- 89000004 Teilstationäres Schlaflabor, Maskenanpassungsnacht mit Abbruch und
Umstellung auf Sauerstofftitration mit Kapnographie; OPS 1-790 in
Verbindung mit 8-717.0 und 9-500.0
- 89000005 Teilstationäres Schlaflabor, Diagnostiknacht und primäre Sauerstoff-
titrationsnacht mit Kapnographie (2 Nächte); OPS 1-790 kombiniert mit
1-790 in Verbindung mit 9-500.0
- 89000006 Teilstationäres Schlaflabor, kombinierte Diagnostik-/Maskennacht und
Sauerstofftitration mit Kapnographie (2 Nächte); OPS 1-790 in Verbindung
mit 8-717.0 kombiniert mit 1-790 in Verbindung mit 9-500.0
- 89000007 Teilstationäre Schulung diabeteskranker Kinder und Jugendlicher; 5-Tage-
Kurs
- 89000008 Teilstationäre Behandlung der feuchten altersbedingten Makuladegeneration
(AMD)
- 89000009 Teilstationäre extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen
ohne auxiliäre Maßnahmen, außer bei Para-/Tetraplegie
- 89000010 Teilstationäre Schlafbehandlung, elektive Fälle zur Polysomnographie über
mindestens 2 Nächte
- 89000011 Teilstationäre Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der
männlichen Geschlechtsorgane, Implantation von > 10 Seeds
- 89000012 Andere Eingriffe bei Glaukom mit extrakapsulärer Exzision der Linse
(ECCE) -teilstationäre Behandlung-

Besondere Einrichtungen, vollstationär

- 89004002 Besondere Einrichtung für endovaskulären Pulmonalklappenersatz (System
Melody Transcatheter Valve)

Schleswig-Holstein

- 89010002 Schulung diabeteskranker Erwachsener (teilstationär); CSII (Pumpe), 5-
Tage-Kurs
- 89010004 Schulung diabeteskranker Erwachsener (teilstationär); ICT (Intensivierte
Insulintherapie), 12-Tage-Kurs

Besondere Einrichtungen, vollstationär

- 89014001 Besondere Einrichtung für die Behandlung von Parkinsonerkrankten

Bremen

Besondere Einrichtungen, vollstationär

- 89044001 Besondere Einrichtung für Implantation/Wechsel von Defibrillatoren
(AICD) aller Art

89044002	Besondere Einrichtung für invasive elektrophysiologische Untersuchung am Herzen
89044003	Besondere Einrichtung für invasive ablativ Maßnahmen am Herzen
89044004	Besondere Einrichtung für invasive elektrophysiologische Untersuchung und Therapie bei Kindern und/oder angeborenem Herzfehler

Hessen

89060011	Tagesklinisch-diagnostische Versorgung Erwachsener (1x innerhalb von 12 Monaten ab Aufnahmetag)
89060012	Tagesklinisch-therapeutische Behandlung Erwachsener, insbes. in den Bereichen Gastroenterologie, Onkologie, Urologie, Pneumologie usw. (1x innerhalb von 3 Monaten ab Aufnahmetag)
89060013	Tagesklinisch-therapeutische Behandlung und Schulung erwachsener Diabetiker (1x innerhalb von 3 Monaten ab Aufnahmetag)
89060014	Tagesklinisch-schmerztherapeutische Behandlung Erwachsener (integr. Diagnostik bereits erfolgt) (1x innerhalb von 3 Monaten ab Aufnahmetag)
89060015	Tagesklinisch-diagnostische Versorgung von Kindern (1x innerhalb von 3 Monaten ab Aufnahmetag)
89060016	Tagesklinisch-therapeutische Behandlung von Kindern (1x innerhalb von 3 Monaten ab Aufnahmetag)
89060017	Aus medizinischen Gründen vorzeitig beendete tagesklinische Behandlung

Baden-Württemberg

89080001	Tageschirurgie
89080002	Beleg-Tagesklinik Augenheilkunde

Bayern

89090004	Teilstationäre Schmerztherapie
89090005	Regionale Tiefenhyperthermie, teilstationär
89090006	Teilstationäre Behandlung mit Linearbeschleuniger
89090007	Teilstationäre Kopfstereotaxie
89090008	Teilstationäre Körperstereotaxie
89090009	Teilstationäres Schlaflabor, First-Night Effekt
89090010	Teilstationäres Schlaflabor mit kardiorespiratorischer Polysomnographie
89090011	Teilstationäres Schlaflabor mit kardiorespiratorischer Polysomnographie mit kardiorespiratorischer Polygraphie
89090012	Teilstationäres Schlaflabor, Kontrolluntersuchung

Besondere Einrichtungen, vollstationär

89094001	Besondere Einrichtung zur Behandlung chronischer Tonsillitis, elektiv bei Kindern und Erwachsenen
89094002	Besondere Einrichtung Epilepsie-Patienten
89094003	Besondere Einrichtung Epilepsiechirurgie, Monitoring
89094004	Besondere Einrichtung Epilepsiechirurgie, Oberflächenmonitoring
89094005	Besondere Einrichtung Epilepsiechirurgie, epilepsiechirurgischer Eingriff ohne Monitoring

Mecklenburg-Vorpommern

89130008 Teilstationäre Rheumatologie

Besondere Einrichtungen, vollstationär

89134001 Besondere Einrichtung Paraplegiologischer Check

89134002 Besondere Einrichtung zur Botox-Behandlung

Sachsen-Anhalt

89150001 Teilstationäre Onkologie

Rückforderung von Abschlägen bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG nach § 8 Abs. 5 Satz 2 KHEntgG

Hinweis: nur für Aufnahmen in 2003 zulässig (Anlage 2 KFPV 2003)

bundesweit für Aufnahmen in 2003, Anlage 2 KFPV 2003

90[1-6]00001 ff.fortlaufend je Länderschlüssel

Entgelte bei Überschreiten der oberen GVD für teilstationäre DRG-Fallpauschalen aus 2003 nach § 9 Abs. 2 KFPV 2004 oder § 10 Abs. 2 FPV

91[1-6]0A06Z ff. DRG-Fallpauschalen nach Anlage 1 KFPV 2003

Abschläge bei Verlegungen für teilstationäre DRG-Fallpauschalen aus 2003 nach § 9 Abs. 2 KFPV 2004 oder § 10 Abs. 2 FPV

92[1-6]0A06Z ff. DRG-Fallpauschalen nach Anlage 1 KFPV 2003

Abschläge bei Nichterreichen der unteren GVD für teilstationäre DRG-Fallpauschalen aus 2003 nach § 9 Abs. 2 KFPV 2004 oder § 10 Abs. 2 FPV

93[1-6]0A06Z ff. DRG-Fallpauschalen nach Anlage 1 KFPV 2003

Rückforderung von Abschlägen bei Nichterreichen der unteren GVD für teilstationäre DRG-Fallpauschalen aus 2003 nach § 9 Abs. 2 KFPV 2004 oder § 10 Abs. 2 FPV

94[1-6]0A06Z ff. DRG-Fallpauschalen nach Anlage 1 KFPV 2003

Anhang C zu Anlage 2

Fehlercodes

Allgemeine Fehler der Prüfstufe 1

10001	Segment UNB fehlt bzw. folgt nicht auf UNA
10003	Segment UNH fehlt bzw. folgt nicht auf UNB
10004	Segment UNT fehlt
10006	Segment UNZ fehlt
10010	Segment UNA doppelt
10020	Segment UNA über 9 Zeichen lang
10021	Segment UNA Stelle 8 nicht Blank (reserviert für spätere Verwendung)
10022	Segment UNA nur Sonderzeichen (ohne Umlaute) erlaubt
10023	Segment UNA Datenelemente 4 bis 7 und 9 nicht alle verschieden
10030	Verwendetes Trennkennzeichen ist nicht bekannt
10031	Anzahl der Trennkennzeichen im Segment fehlerhaft
10032	Datenfeldformat nicht numerisch
10033	Datenfeldlänge nicht korrekt
10034	Datenfeldformat nicht Datum:Uhrzeit
10040	Verwendete Syntax (in UNB) nicht bekannt
10041	IK Absender der Datei nicht als Kommunikationspartner bekannt
10042	IK Empfänger der Datei nicht als Kommunikationspartner bekannt
10043	IK Empfänger der Datei nicht annehmende Stelle
10044	Erstellungstag und Uhrzeit der Datei > Tag und Uhrzeit der Verarbeitung
10045	Anwendungsreferenz (UNB 0026) < 8 Stellen oder > 11 Stellen
10046	Referenz/Passwort des Empfängers (UNB S005) unzulässig gefüllt
10047	Dateinummernfolge nicht korrekt
10049	ABSENDER_PHYSIKALISCH aus Auftragsdatei nicht bekannt
10060	Nachrichten-Referenznummer in UNH nicht lückenlos
10061	Dateiname aus UNB entspricht nicht Dateiname aus der Auftragsdatei
10066	Der Absender aus UNB 0004 stimmt nicht mit dem ABSENDER_EIGNER aus der Auftragsdatei überein.
10067	Der Empfänger aus UNB 0010 stimmt nicht mit dem EMPFÄNGER_NUTZER oder EMPFÄNGER_PHYSIKALISCH aus der Auftragsdatei überein.
10080	Nach UNT folgt nicht UNH oder UNZ

- 10090 Anzahl der Nachrichten in UNZ (0036) entspricht nicht der Anzahl der übermittelten Nachrichten in der Datei
- 10091 Datenaustauschreferenz in UNZ ist nicht identisch mit Datenaustauschreferenz aus UNB
- 10092 Nach UNZ weiteres Segment vorhanden
- 10099 Segment nicht bekannt
- 10100 Datenelement im Servicesegment unzulässig leer
- 10101 Auf Segment xxx darf Segment yyy nicht folgen

Spezifische Fehler der Prüfstufe 1

- 14001 IK Absender der Datei nicht Krankenhaus, RZ eines Krankenhauses, Krankenkasse oder RZ einer Krankenkasse
- 14002 Anwendungsreferenz (UNB 0026) entspricht nicht Anlage 4 (4.1.3)
- 14003 Dateinummer schon vorhanden
- 14999 Noch nicht spezifizierter Fehler

Allgemeine Fehler der Prüfstufe 2

- 20001 Datenelement unzulässig leer
- 20003 Inhalt Datenelement 1. Stelle nicht Buchstabe
- 20004 Negativer Betrag unzulässig
- 20006 Inhalt Datenelement NULL ist unzulässig
- 20020 Inhalt Datenelement nicht JJMM
- 20021 Inhalt Datenelement nicht JJJJMMTT
- 20022 Format nicht JJMMTT:HHMM (UNB S004)
- 20030 Verwendetes Trennzeichen ist nicht bekannt
- 20031 Anzahl der Trennzeichen im Segment fehlerhaft
- 20032 Datenfeldformat nicht numerisch
- 20033 Datenfeldlänge nicht korrekt
- 20034 Inhalt Datenelement > zulässige Länge
- 20036 Datenfeldformat nicht Uhrzeit (HHMM)
- 20041 Krankenversicherthenummer < 6 oder > 12 Stellen unzulässig
- 20060 Nachrichtentypen der Datei nicht fortlaufend nummeriert
- 20061 Nachrichtentyp-Kennung in UNH nicht in Nachrichtentyp-tabelle
- 20062 Versionsnummer des Nachrichtentyps nicht bekannt
- 20063 Nachrichtenreferenznummer des ersten UNH-Segmentes nicht 00001
- 20064 Freigabenummer des Nachrichtentyps nicht 000
- 20065 Verwaltende Organisation des Nachrichtentyps nicht 00

- 20070 Anzahl der Segmente in UNT entspricht nicht der Anzahl der übermittelten Segmente des Nachrichtentyps
- 20071 Nachrichtenreferenznummer in UNT entspricht nicht Nachrichtenreferenznummer in UNH
- 20072 Segment xxx darf auf Segment yyy nicht folgen

Spezifische Fehler der Prüfstufe 2

- 24002 Laufende Nummer des Geschäftsvorfalls nicht 01
- 24003 Laufende Nummer des Geschäftsvorfalls darf nicht 00 sein
- 24004 Unterschiedliche Versionsnummern des Nachrichtentyps in einer Datenlieferung sind nicht zulässig.
- 24010 Segment FKT fehlt
- 24011 Segment INV fehlt
- 24012 Segment NAD fehlt
- 24013 Segment AUF fehlt
- 24014 Segment EAD fehlt
- 24015 Segment DAU fehlt
- 24016 Segment FAB fehlt
- 24017 Segment ETL fehlt
- 24018 Segment REC fehlt
- 24020 Segment ENA fehlt
- 24021 Segment KOS fehlt
- 24022 Segment ZPR fehlt
- 24023 Segment TXT fehlt
- 24024 Segment CUX fehlt
- 24025 Segment FHL fehlt
- 24026 Segment DPV fehlt
- 24027 Segment RED fehlt
- 24028 Segment RED kann nur 99mal vorkommen
- 24029 Segment NDG kann nur 40mal vorkommen
- 24030 Segment EAD kann nur 20mal vorkommen
- 24031 Segment FAB kann nur 10mal vorkommen
- 24032 Segment EBG kann nur 2mal vorkommen
- 24033 Segment RBG kann nur 10mal vorkommen
- 24034 Segment ENT kann nur 30/98/99mal vorkommen
- 24035 Segment ENA kann nur 300mal vorkommen
- 24036 Segment EZV kann nur 10mal vorkommen
- 24037 Segment TXT kann nur 10mal vorkommen
- 24038 Segment FAB kann nur 30/99mal vorkommen
- 24039 Segmentgruppe ETL-NDG kann nur 30mal vorkommen

24040	Nach EAD folgt nicht EAD oder UNT
24041	Nach FAB folgt nicht FAB oder UNT
24042	Nach FAB folgt nicht FAB oder ENT
24043	Nach FAB folgt nicht FAB oder RBG oder UNT
24044	Nach ETL folgt nicht EBG oder FAB
24045	Nach EBG folgt nicht EBG oder FAB
24046	Nach RBG folgt nicht RBG oder UNT
24047	Nach REC folgt nicht ZLG oder FAB
24048	Nach ZLG folgt nicht FAB
24049	Nach letztem ENT folgt nicht UNT
24050	Nach ENA folgt nicht ENA oder EZV oder UNT
24051	Nach letztem EZV folgt nicht UNT
24052	Nach KOS folgt nicht TXT oder UNT
24053	Nach ZPR folgt nicht ENT oder UNT
24054	Nach TXT folgt nicht TXT oder UNT
24055	Nach ZPR folgt nicht ZLG, ENA oder UNT
24056	Nach ZLG folgt nicht ZPR
24057	Nach TXT folgt nicht TXT oder UNT
24058	Nach REC folgt nicht ZLG oder ZPR
24059	Nach letztem ENT folgt nicht UNT
24060	Nach ENA folgt nicht ENA oder EZV oder UNT
24061	Nach letztem EZV folgt nicht UNT
24062	Nach NDG folgt nicht NDG oder ETL oder EBG oder FAB
24063	Nach RED folgt nicht UNT
24064	Nach RED folgt nicht RED oder UWD
24065	Nach UWD folgt nicht UNT
24066	Nach REC folgt nicht ZLG oder RZA
24067	Nach ZLG folgt nicht RZA
24068	Nach RZA folgt nicht PRZ oder ENA
24069	Segment PRZ kann nur 30mal vorkommen
24070	Nach PRZ folgt nicht PRZ oder ENA
24071	Nach PRZ folgt nicht BDG
24072	Segment BDG kann nur 30mal vorkommen
24073	Nach BDG folgt nicht BDG, PRZ oder ENA
24999	Noch nicht spezifizierter Fehler

Allgemeine Fehler der Prüfstufe 3

- 30001 Es ist weder die KV-Nummer noch das Geburtsdatum des Versicherten vorhanden
- 30004 Datum > Tag der Verarbeitung unzulässig
- 30005 IK der Krankenkasse bei der DAV unbekannt
- 30006 Verarbeitungskennzeichen entspricht nicht Schlüssel Verarbeitungskennzeichen
- 30007 Versichertenstatus entspricht nicht Schlüssel Versichertenstatus und ist nicht 99999
- 30009 Datum liegt vor dem 01.01.1901
- 30010 Anschriftenfelder (teilweise) leer
- 30011 Straße und Hausnummer gefüllt, aber Wohnort leer
- 30012 PLZ gefüllt, aber Wohnort leer
- 30013 PLZ nicht 5 Stellen und Länderkennzeichen leer oder gleich D ist unzulässig
- 30014 PLZ fehlt
- 30015 Wohnort fehlt
- 30016 Für diese Kasse (im FKT-Segment) ist ein anderer Kostenträger zuständig – Daten separat senden

Spezifische Fehler der Prüfstufe 3

- 34001 IK des Krankenhauses nicht bekannt oder nicht mit IK in UNB verknüpft
- 34002 IK nicht als Stationäre Einrichtung bekannt
- 34003 Rechnungsart 01, 03, 09, 51, 53 und 59 bei Nachrichtentyp AMBO unzulässig
- 34005 IK der Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtung nicht bekannt
- 34006 ENT fehlt, obwohl Zahlungsbetrag abweichend vom Rechnungsbetrag
- 34007 ENA fehlt, obwohl Zahlungsbetrag abweichend vom Rechnungsbetrag
- 34008 Verarbeitungskennzeichen gleich 11, 30, 31, 32, 33, 34 oder 35 unzulässig bei Nachrichtentyp ungleich AUFN oder AMBO
- 34009 IK des Krankenhauses für Zahlungsweg ist für das Krankenhaus nicht bekannt
- 34010 Aufnahmegrund entspricht nicht Schlüssel 1
- 34011 Durchgeführte Reha-Maßnahme entspricht nicht Schlüssel 2
- 34012 Einzelvergütung, Erläuterung entspricht nicht Schlüssel 3
- 34013 Entgeltart entspricht nicht Schlüssel 4
- 34014 Entlassungs-/Verlegungsgrund entspricht nicht Schlüssel 5
- 34015 Fachabteilung entspricht nicht Schlüssel 6
- 34016 Länderkennzeichen entspricht nicht Schlüssel 7
- 34017 Merkmal Kostenübernahme entspricht nicht Schlüssel 8
- 34018 Prüfungsvermerk entspricht nicht Schlüssel 10
- 34019 Rechnungsart entspricht nicht Schlüssel 11
- 34020 Vorschlag für weitere Behandlung entspricht nicht Schlüssel 13
- 34021 Währungskennzeichen entspricht nicht Schlüssel 18
- 34022 Zuzahlungskennzeichen entspricht nicht Schlüssel 15

- 34023 Operationsschlüssel entspricht nicht amtlichem OP-Schlüssel
- 34024 Diagnose entspricht nicht ICD-Schlüssel
- 34025 Diagnose 3-stellig, obwohl 4-stelliger ICD-Schlüssel vorhanden
- 34026 Entgeltart entspricht nicht einer EBM-Ziffer
- 34027 Klassifikation (Sonderzeichen) der Diagnose unzulässig oder in diesem Datenfeld nicht zulässig
- 34028 Lokalisation entspricht nicht Schlüssel 16
- 34029 Zusatzkennzeichen entspricht nicht Schlüssel 19
- 34030 Datum > Tag der Verarbeitung unzulässig
- 34031 Datum < Tag der Verarbeitung unzulässig
- 34032 Datum bis < Datum von
- 34033 Operationstag < 5 Tage vor dem Aufnahmetag
- 34034 Entlassungstag/Verlegungstag < Aufnahmetag
- 34035 Tag der Entbindung < Aufnahmetag
- 34036 Tag der Wundheilung < Aufnahmetag
- 34037 Voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung oder AU-begründendes Datum der Diagnose < Aufnahmetag
- 34038 Rechnungsdatum < Aufnahmetag/Tag des Zugangs/Tag der Behandlung
- 34039 Nachfolgediagnose, die ab dem ... AU allein begründet, ist vorhanden, aber Datum, ab dem ... nicht angegeben oder umgekehrt
- 34040 AU-begründendes Datum > voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung
- 34041 AU-begründendes Datum > Entlassungstag
- 34042 Tag der Entbindung > Entlassungstag
- 34042 Tage der Entbindung > Entlassungstag
- 34043 Kostenübernahme ab > Kostenübernahme bis
- 34044 Bei Ablehnung der Kostenübernahme darf Kostenübernahme ab/bis nicht gefüllt sein
- 34045 Bei Ablehnung der Kostenübernahme dürfen keine Zuzahlungstage gemeldet werden
- 34046 Anzahl Zuzahlungstage > Höchstanzahl im Jahr
- 34048 Operationsschlüssel angegeben, aber Operationsdatum nicht oder umgekehrt
- 34049 Kostenübernahme ab unzulässig leer
- 34050 Operationscode vorhanden, aber DPV OPS-Version ist leer
- 34051 Abrechnung bis ungleich Abrechnung von bei Abrechnung von Sonderentgelten nicht zulässig
- 34053 Abrechnung von kleiner Aufnahmetag nicht zulässig
- 34054 Anzahl abgerechneter Tage bei Fallpauschale > Grenzverweildauer
- 34055 Tag der Wundheilung gefüllt, aber Entgeltart keine A-Fallpauschale
- 34056 Aufnahmegewicht muss vorhanden sein bei Aufnahmegrund 06
- 34057 Honorarsummenrelevanter Anteil gefüllt, aber Einzelvergütung Erläuterung nicht 05 oder 06
- 34058 Entgeltbetrag entspricht nicht Produkt aus Punktzahl und Punktwert
- 34059 Punktwert und/oder Punktzahl unzulässig gefüllt

- 34060 Die Pauschale entspricht nicht dem vereinbarten Prozentsatz von der Honorarsumme
- 34061 Summe der Einzelprodukte der Entgeltanzahlen und Entgeltbeträge zuzüglich der honorarsummenrelevanten Anteile der Einzelvergütungen ist geringer als die Honorarsumme
- 34062 Summe der Einzelprodukte der Entgeltanzahlen und Entgeltbeträge, Pauschale und Einzelvergütungen abzüglich Zuzahlungen entspricht nicht dem Rechnungsbetrag
- 34063 Einzelvergütung ist nicht höher als EUR 25,56
- 34064 Rechnungsbetrag zur Zahlung angewiesen > Rechnungsbetrag gefordert
- 34065 Zuzahlungsbetrag muss Null sein bei Zuzahlungskennzeichen 1, 4 oder 5
- 34066 Zuzahlungsbetrag darf nicht Null sein bei Zuzahlungskennzeichen 2, 6, 7 oder 8
- 34067 Summe der Entgelte ./ Zuzahlungsbetrag (Abschläge subtrahiert) entspricht nicht dem Rechnungsbetrag
- 34068 Summe aus Entgeltanzahl und Anzahl Tage ohne Berechnung/Behandlung darf nicht größer sein als Anzahl abgerechneter Tage
- 34069 Punktzahl entspricht nicht Punktzahl im EBM-Katalog
- 34070 Punktwert Null ist unzulässig
- 34071 Summe aus Entgeltanzahl und Anzahl Tage ohne Berechnung/Behandlung entspricht nicht der Anzahl abgerechneter Tage
- 34072 Entgeltanzahl ungleich 1 unzulässig bei Sonderentgelten, DRG-Systemzuschlag, G-BA- und AiP-Zuschlag und Zuschlag zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen
- 34073 Entgeltbetrag oder Entgeltanzahl ungleich 0 unzulässig bei Wiederaufnahme eines Fallpauschalen-Patienten vor Ablauf der Grenzverweildauer
- 34074 Entgeltanzahl ungleich 0 oder 1 unzulässig bei fallbezogenen Pauschalen
- 34075 Punktzahl entspricht nicht 0,725xPunktzahl im EBM-Katalog
- 34076 Erstattungsbetrag für Arzneimittel ist geringer als 75 v.H. von EUR 40,00
- 34077 Doppeluntersuchung ungleich J oder leer unzulässig
- 34078 PRZ-Segment fehlt
- 34079 Es darf entweder Arztnummer oder Zahnarztnummer angegeben werden
- 34080 Lokalisation und/oder Qualifizierung gefüllt, aber Diagnoseschlüssel nicht vorhanden
- 34081 Es darf entweder Arztnummer, IK des veranlassenden Krankenhauses, veranlassende Stelle bei Notfallaufnahme oder Zahnarztnummer angegeben werden
- 34082 Es ist weder Arztnummer noch IK des veranlassenden Krankenhauses noch veranlassende Stelle bei Notfallaufnahme noch Zahnarztnummer angegeben
- 34083 Es ist weder eine Reha-Maßnahme noch ein Vorschlag für weitere Behandlung, noch ein Vorschlag für eine geeignete Einrichtung angegeben (Segment RBG enthält kein Datenfeld)
- 34084 Es ist weder Aufnahmediagnose noch Einweisungsdiagnose angegeben
- 34085 Zusatzschlüssel Diagnose gefüllt, aber Diagnose nicht vorhanden
- 34086 Zusatzschlüssel 1 Operation gefüllt, aber Operation nicht vorhanden
- 34087 Fachabteilung aus Entgeltart in angegebenen Fachabteilungen nicht vorhanden
- 34088 Zusatzschlüssel 2 Operation gefüllt, aber Zusatzschlüssel 1 Operation nicht vorhanden

- 34089 Erläuterung zur Einzelvergütung gleich 01, 04, 05, 06 oder 12, aber nähere Bezeichnung in Texterläuterung zur Einzelvergütung nicht vorhanden
- 34090 IK der aufnehmenden Institution nicht gefüllt, obwohl Entlassungsgrund gleich 06, 08, 13, 16 oder 22
- 34091 IK der aufnehmenden Institution gefüllt, obwohl Entlassungsgrund nicht 06, 08, 09, 10, 11, 13, 16, 17 oder 22
- 34092 Honorarsumme, neu berechnet fehlt, obwohl Zahlungsbetrag abweichend vom Rechnungsbetrag
- 34093 Pauschale, neu berechnet gefüllt, obwohl neu berechnete Honorarsumme leer
- 34094 Sekundär-Diagnose gefüllt, aber Primär-Diagnose nicht vorhanden
- 34095 Verarbeitungskennzeichen gleich 40 oder 41 unzulässig bei Nachrichtentyp ungleich ENTL
- 34096 IK der Pflegeeinrichtung nicht bekannt
- 34097 IK des Hospizes nicht bekannt
- 34098 Honorarsummenrelevanter Anteil > Einzelvergütung
- 34099 FAB = 0000 darf nur einmal und muss bei interner Verlegung im letzten ETL-Segment angegeben werden
- 34100 Es wurde nur FAB = „0000“, „0001“ oder „0002“ übermittelt
- 34101 Entlassungs-/Verlegungsgrund gleich „12x“, „16x“, „18x“, „19x“, „20x“ oder „21x“ im (zeitlich) letzten ETL-Segment unzulässig
- 34102 Entlassungs-/Verlegungsgrund ungleich „12x“, „16x“, „18x“, „19x“, „20x“ oder „21x“ in einem (zeitlich) nicht letzten ETL-Segment unzulässig
- 34103 Veranlassende Stelle bei Notfallaufnahme bei Aufnahmegrund „xxx1“ unzulässig
- 34104 Aufnahmediagnose im ersten EAD-Segment ist obligatorisch
- 34105 Angabe Qualifizierung unzulässig
- 34106 Verarbeitungskennzeichen ungleich „20“ unzulässig bei Rechnungsart „05“
- 34107 Gültigkeit der Versichertenkarte nicht JJMM
- 34108 Verarbeitungskennzeichen ungleich „10“ unzulässig bei Nachrichtentyp ZGUT
- 34109 Angabe von Nebendiagnosen für Pseudo-Fachabteilung „0001“ und „0002“ nicht zulässig
- 34110 Die Angabe des Entlassungs-/Verlegungsgrundes „18x“ ist nur in Zusammenhang mit der Pseudo-Fachabteilung „0001“ zulässig.
- 34111 Wert hat zu viele Vorkommastellen
- 34112 Wert hat zu viele Nachkommastellen oder beinhaltet unzulässige Zeichen
- 34113 Angabe der Beatmungsstunden in DAU-Segment fehlt
- 34114 Verarbeitungskennzeichen ungleich „10“ unzulässig bei Rechnungsart „04“
- 34115 Angegebene ICD-Version ist ungültig
- 34116 Angegebene OPS-Version ist ungültig
- 34117 Keine OPS-Version angegeben, obwohl OPS-Datum vorhanden
- 34118 ICD-Version zum Aufnahmedatum unzulässig
- 34119 OPS-Version zum Aufnahmedatum unzulässig
- 34120 Bei Aufnahmegrund 06 ist die KV-Nummer erforderlich
- 34122 Entlassungs-/Verlegungsgrund „19x“ und „20x“ nur für die Pseudo-Fachabteilung „0002“ zulässig

- 34123 Lokalisation gefüllt, aber Prozedurenschlüssel nicht vorhanden
- 34124 * Zuzahlungsbetrag > 20,00 EUR unzulässig
- 34125 * Punktzahl entspricht nicht 0,3625 x Punktzahl im EBM-Katalog
- 34126 * Punktzahl entspricht nicht 0,5 x Punktzahl im EBM-Katalog
- 34127 Verarbeitungskennzeichen 20 bei Rechnungen nicht zulässig
- 34128 Verarbeitungskennzeichen 11, 12, 16 und 36 nur für Nachrichtentyp AMBO zulässig
- 34129 Verarbeitungskennzeichen 35 nur für Nachrichtentyp AUFN zulässig
- 34130 Geschlecht entspricht nicht Schlüssel 21
- 34131 Rechnungsart Stelle 1 ungleich 0 und 5 unzulässig
- 34132 Rechnungsart Stelle 2 gleich 0 unzulässig
- 34133 In Nachrichtentyp ZGUT nur Rechnungsarten 80 und 90 zulässig
- 34134 Rechnungsbetrag ungleich Summe der Rechnungsbeträge aus RED
- 34135 Betriebsstättennummer des ein-/überweisenden Arztes gefüllt, aber Arztnummer des ein-/überweisenden Arztes leer
- 34136 Betriebsstättennummer des ein-/überweisenden Arztes fehlt
- 34137 Abrechnung der Pauschale bei Leistungen nach § 116b SGB V nicht zulässig
- 34138 Einzelvergütung, Erläuterung gleich 50 nur für 116b-Fälle zulässig
- 34139 Entweder Arztnummer oder Zahnarzt Nummer muss angegeben sein
- 34140 Tag der Behandlung liegt außerhalb des Quartals des Tages des Zugangs
- 34141 Angabe des Leistungsbereiches fehlt
- 34142 Mehrfache Angabe des Leistungsbereiches unzulässig
- 34143 Entgelt xxxxxxxx darf nur einmal je Fall abgerechnet werden
- 34144 Entgelte 47120001 und 47120002 dürfen nicht mit weiteren Entgelten abgerechnet werden
- 34145 Entgelte 47120001 bis 47120004 in Zwischen- oder Schlussrechnung nicht zulässig
- 34146 Bei Entgelten 47120001 bis 47120004 muss der Zuzahlungsbetrag 0,00 sein
- 34147 Bei Entgelten 47120001 und 47120002 muss das Zuzahlungskennzeichen 2, 6, 7 oder 8 sein
- 34148 Bei Entgelten 47120003 und 47120004 muss das Zuzahlungskennzeichen 7 oder 8 sein
- 34149 Entgelte 47120003 und 47120004 dürfen nicht mit weiteren Entgelten abgerechnet werden
- 34999 Noch nicht spezifizierter Fehler

*) Sollte für Leistungen der künstlichen Befruchtung die vorgesehene Kürzung der Punktzahlen in den ENA-Segmenten durch die Krankenhaus-Software nicht möglich sein, können der Zuzahlungsbetrag um den Eigenanteil additiv zur Praxisgebühr erhöht und die Punktzahlen ungekürzt angegeben sein. In diesem Falle darf der Fehlercode nicht angewendet werden.

Anhang D zu Anlage 2

EBM-Ziffern

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
01100	1	Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	555			20080101	99991231
01101	1	Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	885			20080101	99991231
01102	1	Inanspruchnahme an Samstagen	285			20080101	99991231
01210	1	Notfallpauschale	445			20090101	99991231
01211	1	Zusatzpauschale Besuchsbereitschaft	280			20090101	99991231
01214	1	Notfallkonsultationspauschale I	110			20090101	99991231
01215	1	Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01214	55			20090101	99991231
01216	1	Notfallkonsultationspauschale II	365			20090101	99991231
01217	1	Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01216	225			20090101	99991231
01218	1	Notfallkonsultationspauschale III	445			20090101	99991231
01219	1	Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01218	280			20090101	99991231
01220	1	Reanimationskomplex	2905			20090101	99991231
01221	1	Zuschlag Beatmung	575			20090101	99991231
01222	1	Zuschlag Defibrillation	815			20090101	99991231
01310	1	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	205			20080101	99991231
01311	1	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	175			20080101	99991231
01312	1	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	205			20080101	99991231
01320	1	Grundpauschale I für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser	260			20090101	99991231
01321	1	Grundpauschale II für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser	450			20090101	99991231
01410	1	Besuch	600			20110401	99991231
01411	1	Dringender Besuch I	1325			20080101	99991231
01412	1	Dringender Besuch II	1770			20080101	99991231
01413	1	Besuch eines weiteren Kranken	300			20110401	99991231
01414	1	Visite auf der Belegstation, je Patient	245			20080101	99991231
01415	1	Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal	1545			20080101	99991231
01416	1	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport	255			20080101	99991231
01420	1	Prüfung der Notwendigkeit und Koordination der häuslichen Krankenpflege	265			20080101	99991231
01422	1	Erstverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege	380			20080101	99991231
01424	1	Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege	380			20080101	99991231
01425	1	Erstverordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung	715			20110401	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
01426	1	Folgeverordnung zur Fortführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung	430			20010401	99991231
01430	1	Verwaltungskomplex	35			20080101	99991231
01435	1	Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale	250			20090101	99991231
01436	1	Konsultationspauschale	50			20080101	99991231
01440	1	Verweilen außerhalb der Praxis	695			20080101	99991231
01510	1	Praxisklinische Betreuung 2h	1420			20080101	99991231
01511	1	Praxisklinische Betreuung 4h	2700			20080101	99991231
01512	1	Praxisklinische Betreuung 6h	3970			20080101	99991231
01520	1	Zusatzpauschale für Beobachtung nach diagnostischer Koronarangiografie	2720			20080101	99991231
01521	1	Zusatzpauschale für Beobachtung nach therapeutischer Koronarangiografie	4715			20080101	99991231
01530	1	Zusatzpauschale für Beobachtung nach diagnostischer Angiografie	2720			20080101	99991231
01531	1	Zusatzpauschale für Beobachtung nach therapeutischer Angiografie	4715			20080101	99991231
01600	1	Ärztlicher Bericht nach Untersuchung	110			20080101	99991231
01601	1	Individueller Arztbrief	210			20080101	99991231
01602	1	Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	35			20080101	99991231
01605	1	Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 01600 bis 01601	510			20080101	99991231
01610	1	Bescheinigung zur Belastungsgrenze	40			20080101	99991231
01611	1	Verordnung von medizinischer Rehabilitation	855			20080101	99991231
01612	1	Konsiliarbericht vor Psychotherapie	105			20080101	99991231
01620	1	Bescheinigung oder Zeugnis	85			20080101	99991231
01621	1	Krankheitsbericht	125			20080101	99991231
01622	1	Kurplan, Gutachten, Stellungnahme	235			20080101	99991231
01623	1	Kurvorschlag	150			20080101	99991231
01700	1	Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin u.a.	65			20080101	99991231
01701	1	Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 01700 aufgeführten Arztgruppen	15			20080101	99991231
01704	1	Zuschlag für die Beratung im Rahmen des Neugeborenen-Hörscreenings	80			20101001	99991231
01705	1	Neugeborenen-Hörscreening	445			20101001	99991231
01706	1	Kontroll-AABR	705			20101001	99991231
01707	1	Erweitertes Neugeborenen-Screening gemäß der Kinder-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	290			20090101	99991231
01708	1	Laboruntersuchungen im Rahmen des Neugeborenen-Screenings	330			20090101	99991231
01711	1	U1	335			20090101	99991231
01712	1	U2	870			20090101	99991231
01713	1	U3	870			20090101	99991231
01714	1	U4	870			20090101	99991231
01715	1	U5	870			20090101	99991231
01716	1	U6	870			20090101	99991231
01717	1	U7	870			20090101	99991231
01718	1	U8	870			20090101	99991231
01719	1	U9	870			20090101	99991231
01720	1	J1	1005			20090101	99991231
01721	1	Besuch wegen U1 - U2	560			20090101	99991231
01722	1	Sonographie der Säuglingshöften bei U3	480			20090101	99991231
01723	1	U7a	1005			20090701	99991231
01730	1	Krebsfrüherkennungs-Untersuchung bei der Frau	510			20090101	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
01731	1	Krebsfrüherkennungs-Untersuchung beim Mann	405			20090101	99991231
01732	1	Gesundheitsuntersuchung	855			20091001	99991231
01733	1	Zytologische Untersuchung (Krebsvorsorge)	210			20090101	99991231
01734	1	Untersuchung auf Blut im Stuhl	70			20090101	99991231
01735	1	Beratung gemäß § 4 der Chroniker-Richtlinie zu Früherkennungsuntersuchungen	290			20090101	99991231
01740	1	Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms	290			20090101	99991231
01741	1	Totale Koloskopie gem. Krebsfrüherkennungsrichtlinien	5500			20090101	99991231
01742	1	Zuschlag zu Nr. 01741 für Abtragung von Polypen	815			20090101	99991231
01743	1	Histologie bei Früherkennungskoloskopie	370			20090101	99991231
01745	1	Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs	605			20090101	99991231
01746	1	Zuschlag zur Nummer 01732 für die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs	480			20090101	99991231
01750	1	Röntgenuntersuchung beider Mammae in zwei Ebenen (Crano-caudal, Medio-lateral-oblique) im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening	1560			20120401	20120930
01750	1	Röntgenuntersuchung beider Mammae in zwei Ebenen (Crano-caudal, Medio-lateral-oblique) im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening	1500			20121001	20130930
01750	1	Röntgenuntersuchung beider Mammae in zwei Ebenen (Crano-caudal, Medio-lateral-oblique) im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening	1560			20131001	99991231
01752	1	Konsiliarische Beurteilung von Mammographieaufnahmen je Frau im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs gemäß den Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen	115			20120401	20120930
01752	1	Konsiliarische Beurteilung von Mammographieaufnahmen je Frau im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs gemäß den Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen	110			20121001	20130930
01752	1	Konsiliarische Beurteilung von Mammographieaufnahmen je Frau im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs gemäß den Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen	115			20131001	99991231
01753	1	Abklärungsdiagnostik I gemäß § 12 der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge	2530			20120401	20120930
01753	1	Abklärungsdiagnostik I gemäß § 12 der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge	2435			20121001	20130930
01753	1	Abklärungsdiagnostik I gemäß § 12 der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge	2530			20131001	99991231
01754	1	Abklärungsdiagnostik II gemäß § 12 der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge	1775			20120401	20120930
01754	1	Abklärungsdiagnostik II gemäß § 12 der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge	1705			20121001	20130930
01754	1	Abklärungsdiagnostik II gemäß § 12 der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge	1775			20131001	99991231
01755	1	Stanzbiopsie(n) unter Röntgenkontrolle im Rahmen der Abklärungsdiagnostik gemäß § 19 der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge durch den Arzt, der nicht die Abklärungsdiagnostik nach der Gebührenordnungsposition 01753 oder 01754 durchführt	3170			20120401	20120930
01755	1	Stanzbiopsie(n) unter Röntgenkontrolle im Rahmen der Abklärungsdiagnostik gemäß § 19 der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge durch den Arzt, der nicht die Abklärungsdiagnostik nach der Gebührenordnungsposition 01753 oder 01754 durchführt	3050			20121001	20130930

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
01755	1	Stanzbiopsie(n) unter Röntgenkontrolle im Rahmen der Abklärungsdiagnostik gemäß § 19 der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge durch den Arzt, der nicht die Abklärungsdiagnostik nach der Gebührenordnungsposition 01753 oder 01754 durchführt	3170			20130930	99991231
01756	1	Histopathologische Untersuchung eines durch eine Biopsie gewonnenen Materials gemäß § 20 der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge	275			20120401	20120930
01756	1	Histopathologische Untersuchung eines durch eine Biopsie gewonnenen Materials gemäß § 20 der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge	265			20121001	20130930
01756	1	Histopathologische Untersuchung eines durch eine Biopsie gewonnenen Materials gemäß § 20 der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge	275			20131001	99991231
01757	1	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01756 für die Aufarbeitung eines durch eine Biopsie gewonnenen Materials der weiblichen Brust im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs	300			20120401	20120930
01757	1	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01756 für die Aufarbeitung eines durch eine Biopsie gewonnenen Materials der weiblichen Brust im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs	290			20121001	20130930
01757	1	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01756 für die Aufarbeitung eines durch eine Biopsie gewonnenen Materials der weiblichen Brust im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs	300			20131001	99991231
01758	1	Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz gemäß § 13 der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge, ggf. auch Teilnahme des behandelnden Frauen- und Hausarztes	180			20120401	20120930
01758	1	Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz gemäß § 13 der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge, ggf. auch Teilnahme des behandelnden Frauen- und Hausarztes	175			20121001	20130930
01758	1	Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz gemäß § 13 der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge, ggf. auch Teilnahme des behandelnden Frauen- und Hausarztes	180			20131001	99991231
01759	1	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01753 oder 01755 für Vakuumbiopsie(n) der Mamma gemäß § 19 der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge und gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust nach § 135 Abs. 2 SGB V	815			20120701	20120930
01759	1	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01753 oder 01755 für Vakuumbiopsie(n) der Mamma gemäß § 19 der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge und gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust nach § 135 Abs. 2 SGB V	780			20121001	20130930
01759	1	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01753 oder 01755 für Vakuumbiopsie(n) der Mamma gemäß § 19 der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge und gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust nach § 135 Abs. 2 SGB V	815			20131001	99991231
01770	1	Betreuung einer Schwangeren	3035			20090101	99991231
01772	1	Weiterführende Sonographie I	1080			20090101	99991231
01773	1	Weiterführende Sonographie II	1685			20090101	99991231
01774	1	Weiterführende Dopplersonographie I	2240			20090101	99991231
01775	1	Weiterführende Dopplersonographie II	1335			20090101	99991231
01776	1	Vortest auf Gestationsdiabetes gemäß Abschnitt A Nr. 8 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien)	300			20130701	20130930
01776	1	Vortest auf Gestationsdiabetes gemäß Abschnitt A Nr. 8 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien)	106			20131001	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
01777	1	Oraler Glukosetoleranztest (oGTT) zum Ausschluss/Nachweis eines Gestationsdiabetes gemäß Abschnitt A Nr. 8 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien)	365			20130701	20130930
01777	1	Oraler Glukosetoleranztest (oGTT) zum Ausschluss/Nachweis eines Gestationsdiabetes gemäß Abschnitt A Nr. 8 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien)	129			20131001	99991231
01780	1	Planung der Geburtsleitung	985			20090101	99991231
01781	1	Fruchtwasserentnahme durch Amniozentese	1480			20090101	99991231
01782	1	Blutentnahme aus der Nabelschnur	2060			20090101	99991231
01783	1	AFP-Bestimmung	170			20090101	99991231
01784	1	Amnioskopie	175			20090101	99991231
01785	1	Tokographie vor 28. Woche	265			20090101	99991231
01786	1	CTG	330			20090101	99991231
01787	1	Chorionzotten-Biopsie	2130			20090101	99991231
01790	1	Humangenetische Beurteilung	515			20090101	99991231
01791	1	Humangenetische Beurteilung nach Fremdbefunden	1035			20090101	99991231
01792	1	Ausführliche humangenetische Beurteilung wegen evidentem genetischen und/oder teratogenem Risiko	4240			20090101	99991231
01793	1	Pränatale zytogenetische Untersuchung(en) im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge	14890			20090101	99991231
01800	1	TPHA/TPPA-Antikörper-Test	125			20100401	99991231
01802	1	Rötelnantikörper-Bestimmung mittels Immunoassay im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge	275			20120701	99991231
01803	1	Röteln-IgM-Immunoassay	275			20090101	99991231
01804	1	Blutgruppen- und Rhesusfaktor Bestimmung	235			20090101	99991231
01805	1	Untersuchung auf Dweak	185			20090101	99991231
01806	1	Bestimmung der Rhesusformel	115			20090101	99991231
01807	1	Antikörper-Suchtest	185			20090101	99991231
01808	1	Antikörper-Differenzierung	390			20090101	99991231
01809	1	Quantitativer Antikörpernachweis	225			20090101	99991231
01810	1	HBs-Antigen-Test	155			20090101	99991231
01811	1	HIV-Immunoassay	115			20090101	99991231
01812	1	Glukosebestimmung im venösen Plasma im Rahmen des Screenings auf Gestationsdiabetes nach den Gebührenordnungspositionen 01776 und 01777 zum Ausschluss/Nachweis eines Gestationsdiabetes gemäß Abschnitt A Nr. 8 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien)	45			20130701	20130930
01812	1	Glukosebestimmung im venösen Plasma im Rahmen des Screenings auf Gestationsdiabetes nach den Gebührenordnungspositionen 01776 und 01777 zum Ausschluss/Nachweis eines Gestationsdiabetes gemäß Abschnitt A Nr. 8 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien)	16			20131001	99991231
01815	1	Untersuchung und Beratung der Wöchnerin	380			20090101	99991231
01816	1	Chlamydia trachomatis-Nachweis im Urin gemäß Mutterschaftsrichtlinie	240			20090101	99991231
01817	1	Einzelbestimmung von Chlamydia trachomatis im Endozervikal-abstrich mittels Enzym-Immuno-Assay (EIA)	190			20080401	99991231
01818	1	Entnahme von Zellmaterial	55			20080401	99991231
01820	1	Rezepte, Überweisungen, Befundübermittlung	30			20080101	99991231
01821	1	Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung	200			20080101	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
01822	1	Beratung ggf. einschl. Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung	320			20080101	99991231
01825	1	Entnahme von Zellmaterial von der Ektozervix und aus der Endozervix im Rahmen der Empfängnisregelung	55			20080101	99991231
01826	1	Zytologische Untersuchung (Empfängnisregelung)	165			20080101	99991231
01827	1	Scheidensekret- Mikroskopie	75			20080101	99991231
01828	1	Entnahme von Venenblut für den Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis im Rahmen der Empfängnisregelung	55			20120701	99991231
01830	1	Applikation eines Intrauterinpressars (IUP)	575			20080101	99991231
01831	1	Ultraschallkontrolle nach IUP-Applikation	420			20080101	99991231
01832	1	Subkutane Applikation eines Depot-Kontrazeptivums	185			20080101	99991231
01833	1	Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis	300			20101001	99991231
01835	1	Humangenetische Beurteilung	405			20080101	99991231
01836	1	Humangenetische Beurteilung nach Fremdbefunden	815			20080101	99991231
01837	1	Ausführliche humangenetische Beurteilung wegen evidentem genetischen und/oder teratogenem Risiko	3335			20080101	99991231
01838	1	Postnatale zytogenetische Untersuchung	3940			20080101	99991231
01839	1	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01838 für die spezielle Darstellung der Strukturen einzelner Chromosomen durch Anwendung besonderer Techniken	1265			20080101	99991231
01840	1	Chlamydia trachomatis-Nachweis im Urin gemäß Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch	190			20090101	99991231
01842	1	Einzelbestimmung von Chlamydia trachomatis im Endozervikal-abstrich mittels Enzym-Immuno-Assay (EIA)	190			20080401	99991231
01843	1	Entnahme von Zellmaterial	55			20080401	99991231
01850	1	Beratung wegen Sterilisation	200			20080101	99991231
01851	1	Untersuchung vor Sterilisation	195			20080101	99991231
01852	1	Präanästhesiologische Untersuchung	505			20080101	99991231
01853	1	Lokale Anästhesie vor Sterilisation des Mannes	150			20080101	99991231
01854	1	Sterilisation des Mannes	2265			20080101	99991231
01855	1	Sterilisation der Frau	3685			20080101	99991231
01856	1	Narkose bei Sterilisation	3670			20080101	99991231
01857	1	Beobachtung und Betreuung nach Sterilisation	1420			20080101	99991231
01900	1	Beratung wegen geplanter Abruption	230			20080101	99991231
01901	1	Untersuchung vor Abruption	270			20080101	99991231
01902	1	Feststellung des Schwangerschaftsalters	420			20080101	99991231
01903	1	Präanästhesiologische Untersuchung	505			20080101	99991231
01904	1	Abruption, medizinische oder kriminologische Indikation, operativ	2725			20080101	99991231
01905	1	Abruption, medizinische Indikation	3115			20080101	99991231
01906	1	Abruption, medizinische oder kriminologische Indikation, medikamentös	1585			20080101	99991231
01910	1	Dauer mehr als 2 Stunden	1420			20080101	99991231
01911	1	Dauer mehr als 4 Stunden	2855			20080101	99991231
01912	1	Kontrolluntersuchung nach Abruption	585			20080101	99991231
01913	1	Narkose bei Abruption	3670			20080101	99991231
01915	1	Chlamydia trachomatis-Nachweis im Urin gemäß Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch	190			20090101	99991231
01917	1	Einzelbestimmung von Chlamydia trachomatis im Endozervikal-abstrich mittels Enzym-Immuno-Assay (EIA)	190			20080401	99991231
01918	1	Entnahme von Zellmaterial	55			20080401	99991231
01950	1	Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	110			20090101	99991231
01951	1	Zuschlag Wochenende, Feiertage	235			20090101	99991231
01952	1	Zuschlag Therapiegespräch	340			20090101	99991231
01955	1	Diamorphingestützte Behandlung Opiatabhängiger	765			20101001	99991231
01956	1	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01955	470			20101001	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
02100	1	Infusion	160			20080101	99991231
02101	1	Infusion, Dauer mind. 60 Minuten	445			20080101	99991231
02110	1	Erst-Transfusion	600			20080101	99991231
02111	1	Folge-Transfusion	240			20080101	99991231
02112	1	Eigenblut-Reinfusion	190			20080101	99991231
02120	1	Erstprogrammierung einer Zytostatikapumpe	330			20080101	99991231
02200	1	Tuberkulintestung	25			20080101	99991231
02300	1	Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation	160			20080101	99991231
02301	1	Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung mittels Naht	365			20080101	99991231
02302	1	Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	675			20080101	99991231
02310	1	Behandlungskomplex einer/von sekundär heilenden Wunde(n)	580			20080101	99991231
02311	1	Behandlung Diabetischer Fuß	395			20080101	99991231
02312	1	Behandlungskomplex eines oder mehrerer chronisch venöser Ulcera cruris	155			20080101	99991231
02313	1	Kompressionstherapie bei der chronisch venösen Insuffizienz, beim postthrombotischen Syndrom, bei oberflächlichen und tiefen Beinvenenthrombosen und/oder bei Lymphödem	160			20080101	99991231
02318	1	Höchstwert für die Gebührenordnungsposition 02312	12000			20080101	99991231
02319	1	Höchstwert für die Gebührenordnungsposition 02313	12000			20080101	99991231
02320	1	Magenverweilsonde	125			20080101	99991231
02321	1	Legen eines suprapubischen Harnblasenkatheter	355			20080101	99991231
02322	1	Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter	145			20080101	99991231
02323	1	Legen/Wechsel transurethraler Dauerkatheter	195			20080101	99991231
02330	1	Blutentnahme durch Arterienpunktion	155			20080101	99991231
02331	1	Intraarterielle Injektion	210			20080101	99991231
02340	1	Punktion I	130			20080101	99991231
02341	1	Punktion II	330			20080101	99991231
02342	1	Lumbalpunktion	1110			20080101	99991231
02343	1	Entlastungspunktion des Pleuraraums und/oder Pleurainage	725			20080101	99991231
02350	1	Fixierender Verband	300			20080101	99991231
02360	1	Anwendung von Lokalanästhetika	265			20080101	99991231
02400	1	¹³ C-Harnstoff-Atemtest	65			20080101	99991231
02401	1	H ₂ -Atemtest	305			20080101	99991231
02500	1	Einzelinhalationstherapie mit Vernebler	40			20080101	99991231
02501	1	Einzelinhalationstherapie mit speziellem Verneblersystem	125			20080101	99991231
02510	1	Wärmetherapie	55			20080101	99991231
02511	1	Elektrotherapie	30			20080101	99991231
02512	1	Gezielte Elektrostimulation	55			20080101	99991231
02520	1	Phototherapie eines Neugeborenen	280			20080101	99991231
03110	1	Versichertenpauschale bis 5. Lebensjahr	1190			20100701	99991231
03111	1	Versichertenpauschale 6. - 59. Lebensjahr	880			20100701	99991231
03112	1	Versichertenpauschale ab 60. Lebensjahr	1020			20080101	99991231
03120	1	Versichertenpauschale bis 5. Lebensjahr	595			20100701	99991231
03121	1	Versichertenpauschale 6. - 59. Lebensjahr	440			20100701	99991231
03122	1	Versichertenpauschale ab 60. Lebensjahr	535			20080101	99991231
03130	1	Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme bei persönlichem A-P-K	480			20080101	99991231
03212	1	Zuschlag zu den Versichertenpauschalen nach den Nrn. 03110 bis 03112 für die Behandlung von Patienten mit schwerwiegender chronischer Krankheit	495			20080101	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
03235	1	Qualifikation Psychosomatik	20			20080101	99991231
03240	1	Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment	370			20080101	99991231
03241	1	Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	260			20080101	99991231
03242	1	Testverfahren bei Demenzverdacht	55			20080101	99991231
03321	1	Belastungs-Elektrokardiographie (Belastungs-EKG)	565			20080101	99991231
03322	1	Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	190			20080101	99991231
03324	1	Langzeit-Blutdruckmessung	220			20080101	99991231
03330	1	Spirographische Untersuchung	170			20080101	99991231
03331	1	Prokto-/Rektoskopischer Untersuchungskomplex	240			20080101	99991231
03332	1	Zuschlag für die Polypentfernung	160			20080101	99991231
03335	1	Orientierende audiometrische Untersuchung nach vorausgegangenem, dokumentierter, auffälliger Hörprüfung	250			20080101	99991231
03350	1	Entwicklungsneurologische Untersuchung	270			20090101	99991231
03351	1	Untersuchung zur Sprachentwicklung	470			20090101	99991231
03352	1	Zuschlag neben Früherkennungsuntersuchungen	205			20090101	99991231
04110	1	Versichertenpauschale bis 5. Lebensjahr	1190			20100701	99991231
04111	1	Versichertenpauschale 6. - 59. Lebensjahr	880			20100701	99991231
04112	1	Versichertenpauschale ab 60. Lebensjahr	1020			20080101	99991231
04120	1	Versichertenpauschale bis 5. Lebensjahr	595			20100701	99991231
04121	1	Versichertenpauschale 6. - 59. Lebensjahr	440			20100701	99991231
04122	1	Versichertenpauschale ab 60. Lebensjahr	535			20080101	99991231
04130	1	Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme bei persönlichem A-P-K	480			20080101	99991231
04212	1	Zuschlag zu Versichertenpauschalen 04110 bis 04112 für die Behandlung von Patienten mit schwerwiegender chronischer Krankheit	495			20080101	99991231
04235	1	Qualifikation Psychosomatik	20			20080101	99991231
04241	1	Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	260			20080101	99991231
04242	1	Funktionelle Einzel-Entwicklungstherapie	245			20080101	99991231
04243	1	Funktionelle Gruppen-Entwicklungstherapie	115			20080101	99991231
04321	1	Belastungs-Elektrokardiographie (Belastungs-EKG)	565			20080101	99991231
04322	1	Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	190			20080101	99991231
04324	1	Langzeit-Blutdruckmessung	220			20080101	99991231
04330	1	Spirographische Untersuchung	170			20080401	99991231
04331	1	Prokto-/Rektoskopischer Untersuchungskomplex	240			20080101	99991231
04332	1	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 04331 für die Polypentfernung(en)	160			20080101	99991231
04335	1	Orientierende audiometrische Untersuchung nach vorausgegangenem, dokumentierter, auffälliger Hörprüfung	250			20080101	99991231
04350	1	Untersuchung zur funktionellen Entwicklung	480			20090101	99991231
04351	1	Entwicklungsneurologische Untersuchung	270			20090101	99991231
04352	1	Vollständiger Entwicklungsstatus	805			20090101	99991231
04353	1	Untersuchung zur Sprachentwicklung	470			20090101	99991231
04354	1	Zuschlag neben Früherkennungsuntersuchungen	205			20090101	99991231
04410	1	Zusatzpauschale Kinderkardiologie	1920			20080101	99991231
04418	1	Kontrolle eines Herzschrittmachers und/oder eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators	1445			20080101	99991231
04419	1	Ergospirometrische Untersuchung	1150			20080101	99991231
04420	1	Behandlung eines Herz-Transplantatträgers	590			20080101	99991231
04430	1	Neuropädiatrisches Gespräch, Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung (Einzelbehandlung)	255			20080101	99991231
04431	1	Ausführliche neurologisch-motoskopische Untersuchung	245			20080101	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
04433	1	Zusatzpauschale Koordination der neuropädiatrischen Betreuung	845			20080101	99991231
04434	1	EEG	710			20080101	99991231
04435	1	Pädiatrische Schlaf-EEG-Untersuchung	1550			20080101	99991231
04436	1	Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)	745			20080101	99991231
04437	1	Zusatzpauschale Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung	520			20080101	99991231
04439	1	Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung	355			20090101	99991231
04441	1	Zusatzpauschale Behandlung einer Systemerkrankung	540			20080101	99991231
04442	1	Zusatzpauschale intensive, aplasieinduzierende und/oder toxizitätsadaptierte, antiproliferative Behandlung	540			20080101	99991231
04443	1	Zusatzpauschale intensivierete Nachbetreuung nach Tumorbehandlung und/oder Transplantation(en) hämatopoetischer Stammzellen	540			20080101	99991231
04511	1	Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie	2360			20080101	99991231
04512	1	Langzeit-ph-Metrie des Ösophagus	1450			20080101	99991231
04513	1	Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG)	2800			20080101	99991231
04514	1	Zusatzpauschale Koloskopie	4995			20090101	99991231
04515	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 04511, 04513 und 04514	1675			20090101	99991231
04516	1	Zusatzpauschale Rektoskopie	240			20080101	99991231
04517	1	Rektumsaugbiopsie	525			20080101	99991231
04518	1	Zusatzpauschale (Teil-)Koloskopie und/oder Sigmoidoskopie	3005			20090101	99991231
04520	1	Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 04514 oder 04518	740			20090101	99991231
04521	1	Dünndarmsaugbiopsie	505			20080101	99991231
04523	1	Zusatzpauschale Behandlung eines Lebertransplantatträgers	590			20090101	99991231
04525	1	Zusatzpauschale Behandlung eines Dünndarmtransplantatträgers	590			20090101	99991231
04527	1	Zusatzpauschale Behandlung eines Bauchspeicheldrüsen- oder Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers	590			20090101	99991231
04530	1	Zusatzpauschale pädiatrische Pneumologie	1065			20080101	99991231
04532	1	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 04530 für die Durchführung eines unspezifischen bronchialen Provokationstests	1060			20080101	99991231
04534	1	Ergospirometrische Untersuchung	1150			20080101	99991231
04535	1	Schweißtest	220			20080101	99991231
04536	1	Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse	370			20080101	99991231
04537	1	Zusatzpauschale Behandlung eines Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantatträgers	590			20090101	99991231
04550	1	Zusatzpauschale pädiatrische Rheumatologie	540			20080101	99991231
04551	1	Zusatzpauschale spezielle kinderrheumatologische Funktionsdiagnostik	455			20080101	99991231
04560	1	Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines chronisch niereninsuffizienten Patienten	590			20080101	99991231
04561	1	Zusatzpauschale kindernephrologische Behandlung eines Nierentransplantatträgers	590			20080101	99991231
04562	1	Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines dialysepflichtigen Patienten	855			20080101	99991231
04564	1	Zusatzpauschale kindernephrologische Betreuung bei Durchführung der Hämodialyse	420			20080101	99991231
04565	1	Zusatzpauschale kindernephrologische Betreuung bei Durchführung einer Peritonealdialyse	210			20080101	99991231
04566	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 04564 und 04565 für die Durchführung einer Trainingsdialyse	635			20080101	99991231
04572	1	Zusatzpauschale kindernephrologische Betreuung bei LDL-Apherese	420			20080101	99991231
04573	1	Zusatzpauschale kindernephrologische Betreuung bei Apherese bei rheumatoider Arthritis	420			20080101	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
04580	1	Zusatzpauschale Diagnostik und Behandlung eines Patienten mit morphologischen Veränderungen einer Hormondrüse	470			20080101	99991231
05210	1	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	275			20080101	99991231
05211	1	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	270			20080101	99991231
05212	1	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	315			20080101	99991231
05230	1	Aufwandsersatzung für das Aufsuchen eines Kranken	160			20080101	99991231
05310	1	Präanästhesiologische Untersuchung	505			20080101	99991231
05320	1	Leitungsanästhesie an der Schädelbasis	470			20080101	99991231
05330	1	Anästhesie oder Kurznarkose	2375			20080101	99991231
05331	1	Zuschlag weitere 15 Minuten	700			20080101	99991231
05340	1	Überwachung der Vitalfunktionen	390			20080101	99991231
05341	1	Analgesie	390			20080101	99991231
05350	1	Beobachtung und Betreuung	1420			20080101	99991231
05360	1	Periduralanästhesie im Zusammenhang mit der Erbringung einer der Gebührenordnungspositionen 08411 bis 08416	1010			20080101	99991231
05361	1	Dokumentierte Überwachung im Anschluss an die Gebührenordnungsposition 05360	465			20080101	99991231
05370	1	Anästhesie und/oder Narkose, bis zu einer Schnitt-Naht-Zeit von 15 Minuten	1910			20080101	99991231
05371	1	Zuschlag zu der Nr. 05370 bei Fortsetzung einer Anästhesie und/oder Narkose	690			20080101	99991231
05372	1	Beobachtung und Betreuung eines Patienten nach einem operativen oder diagnostischen Eingriff nach der Nr. 05370	1440			20080101	99991231
06210	1	Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	435			20120101	99991231
06211	1	Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	360			20120101	99991231
06212	1	Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	425			20120101	99991231
06225	1	Zuschlag zu den Grundpauschalen nach den Nrn. 06210 bis 06212 für die Behandlung eines Versicherten ausschließlich durch (einen) konservativ tätige(n) Augenarzt/-ärzte gemäß Nr. 6 der Präambel 6.1	315			20121231	99991231
06310	1	Fortlaufende Tonometrie	250			20080101	99991231
06312	1	Elektrophysiologische Untersuchung	505			20080101	99991231
06320	1	Zusatzpauschale Schielbehandlung bis 5. Lebensjahr	600			20080101	99991231
06321	1	Zusatzpauschale Schielbehandlung ab 6. Lebensjahr	510			20080101	99991231
06330	1	Perimetrie	395			20080101	99991231
06331	1	Fluoreszenzangiographie	1235			20080101	99991231
06332	1	PDT	6310			20080101	99991231
06333	1	Binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes	145			20080101	99991231
06340	1	Anpassung einer Verbandlinse	370			20080101	99991231
06341	1	Erstanpassung und Auswahl der Kontaktlinse(n)	1170			20080101	99991231
06342	1	Prüfung auf Sitz und Verträglichkeit einer (von) Kontaktlinsen	215			20080101	99991231
06343	1	Bestimmung von Sehhilfen	585			20080101	99991231
06350	1	Kleinchirurgischer Eingriff am Auge I und/oder primäre Wundversorgung am Auge	195			20080101	99991231
06351	1	Kleinchirurgischer Eingriff am Auge II und/oder primäre Wundversorgung am Auge	335			20080101	99991231
06352	1	Kleinchirurgischer Eingriff am Auge III und/oder primäre Wundversorgung am Auge bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	725			20080101	99991231
07210	1	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	595			20080101	99991231
07211	1	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	625			20100701	99991231
07212	1	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	720			20080101	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
07310	1	Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankung(en) des Stütz- und Bewegungsapparates bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	610			20080101	99991231
07311	1	Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankung(en) des Stütz- und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und Erwachsenen	615			20080101	99991231
07320	1	Zusatzpauschale Diagnostik und/oder Therapie bei visceral-chirurgischer(n) Erkrankung(en) und/oder Eingriff(en)	430			20080101	99991231
07330	1	Zusatzpauschale Behandlung eines Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand	615			20080101	99991231
07340	1	Behandlung sekundär heilender Wunde(n)	770			20080101	99991231
07345	1	Zusatzpauschale Onkologie	540			20080101	99991231
08210	1	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	320			20080101	99991231
08211	1	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	410			20100701	99991231
08212	1	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	415			20100701	99991231
08230	1	Zuschlag Reproduktionsmedizin	575			20080101	99991231
08231	1	Zusatzpauschale Geburtshilfe	255			20080101	99991231
08310	1	Apparative Untersuchung bei Harninkontinenz	1710			20080101	99991231
08311	1	Urethro(-zysto)skopie	770			20080101	99991231
08320	1	Mammastanzbiopsie	1195			20080101	99991231
08330	1	Ring, Pessar Applikation	185			20080101	99991231
08331	1	Subkutane Applikation eines Depot-Kontrazeptivums	185			20080101	99991231
08332	1	Vaginoskopie	205			20080101	99991231
08333	1	Zusatzpauschale Prokto-/Rektoskopie	240			20080101	99991231
08334	1	Zuschlag für die Polypentfernung	160			20080101	99991231
08340	1	Gewinnung von Zellmaterial aus der Gebärmutterhöhle	225			20080101	99991231
08341	1	Prüfung der Eileiter auf Durchgängigkeit mittels sonographischer Kontrastmitteluntersuchung	315			20080101	99991231
08345	1	Zusatzpauschale Onkologie	540			20080101	99991231
08410	1	Verweilen im Gebärraum	695			20080101	99991231
08411	1	Geburt	5740			20101001	99991231
08412	1	Zuschlag Leitung und Betreuung einer komplizierten Geburt	1465			20080101	99991231
08413	1	Äußere Wendung	775			20080101	99991231
08414	1	Innere oder kombinierte Wendung	1165			20080101	99991231
08415	1	Zuschlag Schnittentbindung	1950			20080101	99991231
08416	1	Entfernung der Nachgeburt	800			20080101	99991231
08510	1	Erstellung eines Behandlungsplans	190			20080101	99991231
08520	1	Beratung des Ehepaares gemäß Nr. 16 der Richtlinien über künstliche Befruchtung	230			20080101	99991231
08521	1	Beratung des Ehepaares gemäß Nr. 14 der Richtlinien über künstliche Befruchtung	315			20080101	99991231
08530	1	Intrazervikale, intrauterine oder intratubare homologe Insemination im Spontanzyklus	305			20090101	99991231
08531	1	Intrazervikale, intrauterine oder intratubare homologe Insemination nach hormoneller Stimulation	550			20090101	99991231
08540	1	Gewinnung und Untersuchung(en) des Spermas	475			20080101	99991231
08541	1	Ultraschallgezielte und/oder laparoskopische Eizellentnahme	1475			20080101	99991231
08542	1	Zuschlag zu Gebührenordnungsposition 08541 bei ambulanter Durchführung	1265			20080101	99991231
08550	1	In-vitro-Fertilisation (IVF) mit anschließendem Embryo-Transfer (ET)	24805			20090101	99991231
08551	1	Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation (IVF) entsprechend der Gebührenordnungsposition 08550 bis zum Ausbleiben der Zellteilung	21150			20090101	99991231
08552	1	Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation (IVF) entsprechend der Gebührenordnungspositionen 08550 bzw. 08560 bis frühestens zwei Tage vor der geplanten Follikelpunktion	5630			20090101	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
08560	1	IVF einschl. ICSI mit anschließendem Embryo-Transfer (ET)	34945			20090101	99991231
08561	1	IVF einschl. ICSI bis zum Ausbleiben der Zellteilung	31295			20090101	99991231
08570	1	Humangenetische Abklärung	405			20080101	99991231
08571	1	Ausführliches schriftliches wissenschaftlich begründetes humangenetisches Gutachten	815			20080101	99991231
08572	1	Humangenetische Beratung und Begutachtung	3335			20080101	99991231
08573	1	Chromosomenanalyse	3940			20080101	99991231
08574	1	Spezielle Darstellung der Strukturen einzelner Chromosomen durch Anwendung besonderer Techniken	1265			20080101	99991231
09210	1	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	680			20080101	99991231
09211	1	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	560			20080101	99991231
09212		Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	580			20120101	99991231
09310	1	Tamponade der hinteren Nasenabschnitte und/oder des Nasenrachenraumes	385			20080101	99991231
09311	1	Lupenlaryngoskopie	215			20080101	99991231
09312	1	Schwebe- oder Stützlarngoskopie	485			20080101	99991231
09313	1	Direkte Laryngoskopie mittels Endoskop beim Neugeborenen, Säugling, Kleinkind oder Kind bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	535			20080101	99991231
09314	1	Stroboskopische Untersuchung der Stimmlippen	235			20080101	99991231
09315	1	Bronchoskopie	2795			20080101	99991231
09316	1	Zuschlag Intervention, Perbronchiale Biopsie, BAL	685			20080101	99991231
09317	1	Ösophagoskopie	945			20080101	99991231
09318	1	Videostroboskopie	430			20080101	99991231
09320	1	Tonschwellenaudiometrie	415			20080101	99991231
09321	1	Zuschlag Sprachaudiometrie	420			20080101	99991231
09322	1	Zuschlag Kinderaudiometrie an einer sonstigen Kinderaudiometrieanlage	90			20080101	99991231
09323	1	Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln	220			20080101	99991231
09324	1	Abklärung einer vestibulo-cochleären Erkrankung mittels Messung(en) otoakustischer Emissionen	340			20080101	99991231
09325	1	Prüfung der Labyrinth mit nystagmographischer Aufzeichnung	740			20080101	99991231
09326	1	Retro-cochleäre Erkrankung	945			20080101	99991231
09327	1	Hörschwellenbestimmung in Sedierung	1535			20080101	99991231
09329	1	Zusatzpauschale bei der Behandlung eines Patienten mit akuter, schwer stillbarer Nasenblutung	825			20120101	99991231
09330	1	Zusatzpauschale Untersuchung der Stimme	575			20080101	99991231
09331	1	Zusatzpauschale Untersuchung des Sprechens und der Sprache	825			20080101	99991231
09332	1	Zusatzpauschale Aphasie, Dysarthrie und/oder Dysphagie	915			20080101	99991231
09333	1	Stimmfeldmessung	170			20080101	99991231
09335	1	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 09320 bei Durchführung einer Kinderaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrieanlage	395			20080101	99991231
09336	1	Kindersprachaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrieanlage	475			20080101	99991231
09343	1	Zusatzpauschale bei der Diagnostik des Tinnitus	435			20120101	99991231
09345	1	Zusatzpauschale Onkologie	540			20080101	99991231
09350	1	Wechsel und/oder Entfernung einer pharyngo-trachealen Sprechprothese	375			20080101	99991231
09351	1	Anlage einer Paukenhöhlendrainage	475			20080101	99991231
09360	1	Kleinchirurgischer Eingriff I im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich	170			20080101	99991231
09361	1	Kleinchirurgischer Eingriff II im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich und/oder primäre Wundversorgung im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich	365			20080101	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
09362	1	Kleinchirurgischer Eingriff III im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich	620			20080101	99991231
09364	1	Zusatzpauschale für die Nachsorge der operativen Behandlung eines Patienten mit chronischer Sinusitis nach ICD J32	235			20120101	99991231
09365	1	Zusatzpauschale für die postoperative Nachsorge nach Tympanoplastik Typ II bis V	235			20120101	99991231
09372	1	Pauschale zur Neuverordnung eines Hörgerätes/von Hörgeräten beim Jugendlichen oder Erwachsenen bei Schwerhörigkeit	1325			20120101	99991231
09373	1	Zusatzpauschale für die erste Nachuntersuchung nach erfolgter Hörgeräteversorgung beim Jugendlichen oder Erwachsenen	1135			20120101	99991231
09374	1	Zusatzpauschale für die Nachsorge(n) bei Hörgeräteversorgung beim Jugendlichen oder Erwachsenen	980			20120101	99991231
09375	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 09373 und 09374 für die Koordination des Arztes mit dem Hörgeräteakustiker innerhalb von 7 Tagen nach Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 09373 und 09374	175			20120101	99991231
10210	1	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	365			20080101	99991231
10211	1	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	395			20080101	99991231
10212	1	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	405			20100701	99991231
10310	1	Bestimmung der Erythemschwelle	220			20080101	99991231
10320	1	Behandlung von Naevi flammei	525			20080101	99991231
10322	1	Behandlung von Hämangiomen	430			20080101	99991231
10324	1	Behandlung von Naevi flammei und/oder Hämangiomen	420			20080101	99991231
10330	1	Komplex Wundbehandlung	770			20080101	99991231
10340	1	Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung oder Epilation	160			20080101	99991231
10341	1	Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung	365			20080101	99991231
10342	1	Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	675			20080101	99991231
10343	1	(Teil-)Exzision am Körperstamm bzw. Extremitäten	385			20090101	99991231
10344	1	(Teil-)Exzision im Kopf-/Gesichtsbereich bzw. Hand	695			20090101	99991231
10345	1	Zusatzpauschale Onkologie	540			20080101	99991231
10350	1	Balneophototherapie	1125			20101001	99991231
11210	1	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	1055			20080101	99991231
11211	1	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	1175			20080101	99991231
11212	1	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	1105			20080101	99991231
11230	1	Humangenetische Beurteilung	405			20080101	99991231
11231	1	Humangenetische Beurteilung nach Fremdbefunden	815			20080101	99991231
11232	1	Ausführliche humangenetische Beurteilung wegen evidentem genetischen und/oder teratogenem Risiko	3335			20080101	99991231
11310	1	Chromosomenanalyse aus Zellen des hämatopoetischen Systems	3940			20080101	99991231
11311	1	Chromosomenanalyse aus Fibroblasten	4490			20080101	99991231
11312	1	Spezielle Darstellung der Strukturen einzelner Chromosomen durch Anwendung besonderer Techniken im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 11310 oder 11311	1265			20090101	99991231
11320	1	Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden genomischen Mutation mittels Hybridisierung menschlicher DNA	780			20080101	99991231
11321	1	Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden genomischen Mutation mittels Amplifikation menschlicher DNA mittels Polymerase-Kettenreaktion	630			20080101	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
11322	1	Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden genomischen Mutation mittels Sequenzierung menschlicher DNA	2825			20080101	99991231
11330	1	Faktor-V-Leiden-Mutation	855			20110101	99991231
11331	1	Prothrombin G20210A-Mutation	855			20110101	99991231
11332	1	HLA-B27	855			20110101	99991231
11333	1	MTHFR-C677T-Mutation	855			20110101	99991231
11334	1	Hämochromatose	1455			20110401	99991231
11351	1	Cystische Fibrose - mehrere Mutationen	16480			20110101	99991231
11352	1	Cystische Fibrose - vollständige Untersuchung	68545			20110101	99991231
11354	1	Cystische Fibrose - bei bekannter Mutation	3250			20110101	99991231
11360	1	Fragiles X-Syndrom - Analyse einer Repeat-Expansion	3250			20110101	99991231
11361	1	Fragiles X-Syndrom - weitergehende Untersuchung	12240			20110101	99991231
11370	1	Muskeldystrophie Typ Duchenne/Becker - Untersuchung auf Deletionen und Duplikationen	13185			20110101	99991231
11371	1	Muskeldystrophie Typ Duchenne/Becker - vollständige Untersuchung	200560			20110101	99991231
11372	1	Muskeldystrophie Typ Duchenne/Becker - bei bekannter Mutation	3310			20110101	99991231
11380	1	Chorea Huntington	5415			20110101	99991231
11390	1	Myotone Dystrophie Typ 1 - Analyse einer Repeat-Expansion	3250			20110101	99991231
11391	1	Myotone Dystrophie Typ 1 - weitergehende Untersuchung	12240			20110101	99991231
11395	1	Myotone Dystrophie Typ 2 - Analyse einer Repeat-Expansion	3250			20110101	99991231
11396	1	Myotone Dystrophie Typ 2 - weitergehende Untersuchung	12240			20110101	99991231
11400	1	Hämophilie A - Analyse einer Inversion	3250			20110101	99991231
11401	1	Hämophilie A - vollständige Untersuchung	90370			20110101	99991231
11403	1	Hämophilie A - bei bekannter Mutation	6590			20110101	99991231
11404	1	Hämophilie A - bei bekannter Mutation	3310			20110101	99991231
11410	1	Spinale Muskelatrophie - Untersuchung auf Deletion und Duplikation	6590			20110101	99991231
11411	1	Spinale Muskelatrophie - vollständige Untersuchung	21400			20110101	99991231
11412	1	Spinale Muskelatrophie - bei bekannter Mutation	3310			20110101	99991231
11420	1	Sensorineurale Schwerhörigkeit Typ I - Untersuchung auf eine Mutation im GJB2-Gen	6620			20110101	99991231
11421	1	Sensorineurale Schwerhörigkeit Typ 1 - Untersuchung auf eine Mutation im GJB6-Gen	3250			20110101	99991231
11422	1	Sensorineurale Schwerhörigkeit Typ 1 - bei bekannter Mutation im GJB2-Gen	3310			20110101	99991231
11430	1	Lynch-Syndrom (HNPCC) - Untersuchung bei Vorliegen von Tumormaterial	12755			20110101	99991231
11431	1	Lynch-Syndrom (HNPCC) - weitergehende Untersuchung	109305			20110101	99991231
11432	1	Lynch-Syndrom (HNPCC) - Untersuchung ohne Vorliegen von Tumormaterial	120050			20110101	99991231
11433	1	Lynch-Syndrom (HNPCC) - bei bekannter Mutation	3895			20110101	99991231
11434	1	Lynch-Syndrom (HNPCC) - bei bekannter Mutation	7755			20110101	99991231
11440	1	Hereditäres Mamma- und Ovarialkarzinom (HBOC) - Mutationsanalyse im BRCA1-Gen	82425			20110101	99991231
11441	1	Hereditäres Mamma- und Ovarialkarzinom (HBOC) - Mutationsanalyse im BRCA2-Gen	85410			20110101	99991231
11442	1	Hereditäres Mamma- und Ovarialkarzinom (HBOC) - bei bekannter Mutation	3895			20110101	99991231
11443	1	Hereditäres Mamma- und Ovarialkarzinom (HBOC) - bei bekannter Mutation	7755			20110101	99991231
11500	1	Geistige Entwicklungsstörung ungeklärter Ätiologie	49350			20110101	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
11505	1	Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 11312, 11320, 11321, 11322 im Zusammenhang mit der Erbringung der Gebührenordnungsposition 11500	15000			20110101	99991231
12210	1	Konsiliarpauschale	225			20080101	99991231
12220	1	Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin u.a.	40			20090401	99991231
12225	1	Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 12220 aufgeführten Arztgruppen bei Probeneinsendung	15			20080101	99991231
13210	1	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	350			20080101	99991231
13211	1	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	570			20080101	99991231
13212	1	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	610			20080101	99991231
13250	1	Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung	445			20080101	99991231
13251	1	Belastungs-EKG	565			20080101	99991231
13252	1	Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	190			20080101	99991231
13253	1	Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	260			20080101	99991231
13254	1	Langzeit-Blutdruckmessung	220			20080101	99991231
13255	1	Spirographische Untersuchung	170			20080101	99991231
13256	1	Säure-Basen-Status und Blutgasanalyse	210			20080101	99991231
13257	1	Zusatzpauschale Prokto-/Rektoskopie	240			20080101	99991231
13258	1	Allergologische Basisdiagnostik	225			20080101	99991231
13260	1	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 13257 für Polypentfernung(en)	160			20080101	99991231
13290	1	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	505			20080101	99991231
13291	1	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	570			20080101	99991231
13292	1	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	585			20080101	99991231
13300	1	Zusatzpauschale Angiologie	1735			20080101	99991231
13301	1	Laufband-Ergometrie im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 13300	190			20080101	99991231
13310	1	Zusatzpauschale intermittierende fibrinolytische Therapie und/oder Prostanoidtherapie	715			20080101	99991231
13311	1	Systemische fibrinolytische Therapie arterieller oder venöser Thrombosen bei belegärztlicher Behandlung	255			20090101	99991231
13340	1	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	460			20080101	99991231
13341	1	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	635			20080101	99991231
13342	1	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	615			20080101	99991231
13350	1	Zusatzpauschale Hormondrüsen-Fehlfunktion	470			20080101	99991231
13390	1	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	305			20080101	99991231
13391	1	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	540			20080101	99991231
13392	1	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	560			20120101	99991231
13400	1	Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie	2360			20080101	99991231
13401	1	Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 13400	1450			20090101	99991231
13402	1	Polypektomie(n) im Zusammenhang mit der Nr. 13400	785			20080101	99991231
13410	1	Bougierung des Ösophagus oder Kardiasprengung	695			20080101	99991231
13411	1	Einsetzen einer Ösophagusprothese	2375			20080101	99991231
13412	1	Perkutane Gastrostomie	2800			20080101	99991231
13420	1	Saugbiopsie des Dünndarms beim Kleinkind oder Kind	505			20080101	99991231
13421	1	Zusatzpauschale Koloskopie	4995			20090101	99991231
13422	1	Zusatzpauschale (Teil-)Koloskopie	3055			20090101	99991231
13423	1	Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 13421 oder 13422	740			20090101	99991231
13424	1	Laservaporisation(en) und/oder Argon-Plasma-Koagulation(en) im Zusammenhang mit den Nrn. 13400, 13421 oder 13422	1200			20090101	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
13430	1	Zusatzpauschale bilio-pankreatische Diagnostik	4040			20090101	99991231
13431	1	Zusatzpauschale bilio-pankreatische Therapie	5800			20090101	99991231
13435	1	Zusatzpauschale Onkologie	540			20080101	99991231
13437	1	Zusatzpauschale Behandlung eines Lebertransplantatträgers	590			20090101	99991231
13438	1	Zusatzpauschale Behandlung eines Dünndarmtransplantat-trägers	590			20090101	99991231
13439	1	Zusatzpauschale Behandlung eines Bauchspeicheldrüsen- oder Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers	590			20090101	99991231
13490	1	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	655			20080101	99991231
13491	1	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	865			20080101	99991231
13492	1	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	905			20080101	99991231
13500	1	Zusatzpauschale hämatologische, onkologische, immunologische Erkrankung	540			20080101	99991231
13501	1	Zusatzpauschale Betreuung nach Transplantation	540			20080101	99991231
13502	1	Zusatzpauschale aplasieinduzierende/Toxizitäts-adaptierte Therapie	540			20080101	99991231
13540	1	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	405			20080101	99991231
13541	1	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	585			20080101	99991231
13542	1	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	605			20080101	99991231
13545	1	Zusatzpauschale Kardiologie I	1920			20080101	99991231
13550	1	Zusatzpauschale Kardiologie II	2350			20080101	99991231
13551	1	Elektrostimulation des Herzens	1445			20080101	99991231
13552	1	Kontrolle Herzschrittmacher, Kardioverter, Defibrillator	790			20080101	99991231
13560	1	Ergospirometrie	1150			20080101	99991231
13561	1	Zusatzpauschale Behandlung eines Herz-Transplantatträgers	590			20080101	99991231
13590	1	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	410			20080101	99991231
13591	1	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	695			20080101	99991231
13592	1	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	720			20080101	99991231
13600	1	Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines chronisch niereninsuffizienten Patienten	590			20080101	99991231
13601	1	Zusatzpauschale Behandlung eines Nieren-Transplantatträgers	590			20080101	99991231
13602	1	Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines dialysepflichtigen Patienten	855			20080101	99991231
13610	1	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Hämodialyse, Peritonealdialyse und Sonderverfahren	420			20080101	99991231
13611	1	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Peritonealdialyse	210			20080101	99991231
13612	1	Zuschlag zu den GOP 13610 und 13611 für die Durchführung einer Trainingsdialyse	635			20080101	99991231
13620	1	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese	420			20080101	99991231
13621	1	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Apherese bei rheumatoider Arthritis	420			20080101	99991231
13622	1	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese	420			20090401	99991231
13640	1	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	465			20080101	99991231
13641	1	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	570			20080101	99991231
13642	1	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	595			20120101	99991231
13650	1	Zusatzpauschale Pneumologisch-Diagnostischer Komplex	1065			20080101	99991231
13651	1	Zuschlag unspezifischer Provokationstest	1060			20080101	99991231
13660	1	Ergospirometrie	1150			20080101	99991231
13661	1	Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse	370			20080101	99991231
13662	1	Bronchoskopie	2795			20080101	99991231
13663	1	Zuschlag Intervention, perbronchiale Biopsie, BAL, Broncho-alveoläre Lavage	685			20080101	99991231
13664	1	Zuschlag Laservaporisation	1040			20080101	99991231
13670	1	Thorakoskopie	2385			20080101	99991231
13675	1	Zusatzpauschale Onkologie	540			20080101	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
13677	1	Zusatzpauschale Behandlung eines Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantatträgers	590			20090101	99991231
13690	1	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	410			20080101	99991231
13691	1	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	745			20080101	99991231
13692	1	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	730			20080101	99991231
13700	1	Zusatzpauschale internistische Rheumatologie	540			20080101	99991231
13701	1	Zusatzpauschale Rheumatologische Funktionsdiagnostik	455			20080101	99991231
14210	1	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	705			20080101	99991231
14211	1	Grundpauschale ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 21. Lebensjahr	720			20080101	99991231
14220	1	Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	385			20080101	99991231
14221	1	Gruppenbehandlung	380			20080101	99991231
14222	1	Anleitung Bezugs- oder Kontaktperson	255			20080101	99991231
14240	1	Psychiatrische Betreuung	560			20080101	99991231
14310	1	Funktionelle Entwicklungstherapie (Einzelbehandlung)	245			20080101	99991231
14311	1	Funktionelle Entwicklungstherapie (Gruppenbehandlung)	115			20080101	99991231
14312	1	Untersuchung zur funktionellen Entwicklung	480			20080101	99991231
14313	1	Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung	1060			20080101	99991231
14314	1	Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in beschützenden Einrichtungen oder Heimen	590			20080101	99991231
14320	1	EEG	710			20080101	99991231
14321	1	Langzeit-EEG	1550			20080101	99991231
14330	1	Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung	355			20080101	99991231
14331	1	Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)	745			20080101	99991231
15210	1	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	350			20080101	99991231
15211	1	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	310			20100701	99991231
15212	1	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	290			20100701	99991231
15310	1	Zusatzpauschale Myoarthropathien der Kiefergelenke	175			20080101	99991231
15311	1	Situationsmodell Kiefer	130			20080101	99991231
15321	1	Kleinchirurgischer Eingriff im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich I	275			20080101	99991231
15322	1	Kleinchirurgischer Eingriff II im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich und/oder primäre Wundversorgung im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich	455			20080101	99991231
15323	1	Kleinchirurgischer Eingriff III im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich	830			20080101	99991231
15324	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 15321 bis 15323 für die zusätzliche Wurzelkanalbehandlung	375			20080101	99991231
15345	1	Zusatzpauschale Onkologie	540			20080101	99991231
16210	1	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	680			20100701	99991231
16211	1	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	645			20100701	99991231
16212	1	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	650			20100701	99991231
16220	1	Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	255			20100701	99991231
16222	1	Zuschlag bei schweren neuropsychologischen und verhaltensneurologischen Störungen	320			20100701	99991231
16230	1	Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in der häuslichen Umgebung	1060			20080101	99991231
16231	1	Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in beschützenden Einrichtungen oder Heimen	590			20080101	99991231
16232	1	Diagnostik und/oder Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule bei Jugendlichen und Erwachsenen	425			20080101	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
16233	1	Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems in der häuslichen Umgebung	845			20080101	99991231
16310	1	EEG	710			20080101	99991231
16311	1	Langzeit-EEG	1550			20080101	99991231
16320	1	Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung	355			20080101	99991231
16321	1	Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)	745			20080101	99991231
16322	1	Zusatzpauschale Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung	520			20080101	99991231
16340	1	Testverfahren bei Demenzverdacht	55			20080101	99991231
16371	1	Anwendung und Auswertung des Aachener Aphasietests (AAT)	1105			20080101	99991231
17210	1	Konsiliarpauschale	250			20080101	99991231
17214	1	Zuschlag bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	175			20080101	99991231
17310	1	Teilkörperszintigraphie	1295			20080101	99991231
17311	1	Ganzkörperszintigraphie	1860			20080101	99991231
17312	1	Zuschlag Ganzkörperzusatz	475			20080101	99991231
17320	1	Schilddrüsen-Szintigraphie	1145			20080101	99991231
17321	1	Radiojod-Zweiphasentest	1715			20080101	99991231
17330	1	Zusatzpauschale Myokard-Szintigraphie unter Belastung	2720			20080101	99991231
17331	1	Zusatzpauschale Myokard-Szintigraphie in Ruhe	1985			20080101	99991231
17332	1	Zusatzpauschale nuklearmedizinische Herzfunktionsdiagnostik unter Belastung	2620			20080101	99991231
17333	1	Zusatzpauschale nuklearmedizinische Herzfunktionsdiagnostik in Ruhe	1210			20080101	99991231
17340	1	Zusatzpauschale Nierenfunktionsdiagnostik	2215			20080101	99991231
17341	1	Zuschlag bei Intervention	1390			20080101	99991231
17350	1	Zusatzpauschale nuklearmedizinisch-hämatologische Untersuchung	1705			20080101	99991231
17351	1	Zusatzpauschale nuklearmedizinisch-intestinale Funktionsdiagnostik	1705			20080101	99991231
17360	1	Zuschlag Extravasalphasenuntersuchung bei Mehrphasenzintigraphie	455			20080101	99991231
17361	1	Zuschlag sequentielle Aufnahmetechnik	455			20080101	99991231
17362	1	Zuschlag SPECT, Einkopf	1900			20080101	99991231
17363	1	Zuschlag SPECT, Zwei- oder Mehrkopf	2955			20080101	99991231
17370	1	Zusatzpauschale Radiojodtherapie	1615			20090101	99991231
17371	1	Zusatzpauschale Radiosynoviorthese	800			20080101	99991231
17372	1	Zusatzpauschale Radionuklidtherapie	925			20080101	99991231
17373	1	Zusatzpauschale Radiosynoviorthese an großen oder mittleren Gelenken	2190			20080101	99991231
18210	1	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	495			20080101	99991231
18211	1	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	515			20080101	99991231
18212	1	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	595			20080101	99991231
18310	1	Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	610			20080101	99991231
18311	1	Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und bei Erwachsenen	615			20080101	99991231
18320	1	Zusatzpauschale Orthopädische oder orthopädisch-rheumatische Funktionsdiagnostik bzw. Assessment mittels Untersuchungsinventaren	455			20080101	99991231
18330	1	Zusatzpauschale Diagnostik und/oder orthopädische Therapie eines Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand	615			20080101	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
18331	1	Zusatzpauschale Diagnostik und/oder Behandlung von degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule bei Jugendlichen und bei Erwachsenen	475			20080101	99991231
18340	1	Behandlung von sekundär heilenden Wunden oder Decubitalulcera	770			20080101	99991231
18700	1	Zusatzpauschale Behandlung von Rheumatoider Arthritis, Seronegativer Spondylarthritis, Kollagenose, Myositis	600			20080101	99991231
19210	1	Konsiliarpauschale	180			20080101	99991231
19310	1	Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials	235			20080101	99991231
19311	1	Zytologische Untersuchung eines Materials	165			20080101	99991231
19312	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 19310, 19311 und 19315 für die Anwendung von Sonderverfahren	145			20100401	99991231
19313	1	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 19310 und 19315	685			20100401	99991231
19314	1	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 19310, Einbettung in Kunststoff	1025			20080101	99991231
19315	1	Histopathologische Untersuchung Hautkrebs-Screening	235			20100401	99991231
19320	1	Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials unter Anwendung eines immunchemischen Sonderverfahrens	690			20080101	99991231
19321	1	Immunhistochemischer und/oder immunzytochemischer Nachweis von Rezeptoren	1005			20080101	99991231
19322	1	Immunhistochemischer Nachweis des HER2-Rezeptors	1485			20080101	99991231
19330	1	Zytologische Untersuchung eines Materials mit DNA-Bestimmung	810			20080101	99991231
19331	1	Zytologische Untersuchung zur Diagnostik der hormonellen Funktion	75			20080101	99991231
19332	1	Identifizierung von Zell- oder Gewebsstrukturen an morphologischem Untersuchungsgut	750			20080101	99991231
20210	1	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	865			20080101	99991231
20211	1	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	590			20080101	99991231
20212	1	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	595			20080101	99991231
20310	1	Lupenlaryngoskopie	215			20080101	99991231
20311	1	Schwebe- oder Stützlaryngoskopie	485			20080101	99991231
20312	1	Direkte Laryngoskopie beim Kind	535			20080101	99991231
20313	1	Stroboskopische Untersuchung der Stimmlippen	235			20080101	99991231
20314	1	Videostroboskopie	430			20080101	99991231
20320	1	Tonschwellenaudiometrie	415			20080101	99991231
20321	1	Zuschlag Sprachaudiometrie	420			20080101	99991231
20322	1	Zuschlag Kinderaudiometrie an einer sonstigen Kinderaudiometrianlage	90			20080101	99991231
20323	1	Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln	220			20080101	99991231
20324	1	Abklärung einer vestibulo-cochleären Erkrankung mittels Messung(en) otoakustischer Emissionen	340			20080101	99991231
20325	1	Prüfung der Labyrinth mit elektronystagmographischer Aufzeichnung mittels ENG/VNG	740			20080101	99991231
20326	1	Retro-cochleäre Erkrankung	945			20080101	99991231
20327	1	Hörschwellenbestimmung in Sedierung	1535			20080101	99991231
20330	1	Zusatzpauschale Untersuchung der Stimme	575			20080101	99991231
20331	1	Zusatzpauschale Untersuchung des Sprechens und der Sprache	825			20080101	99991231
20332	1	Zusatzpauschale Aphasie, Dysarthrie und/oder Dysphagie	915			20080101	99991231
20333	1	Stimmfeldmessung	170			20080101	99991231
20334	1	Wechsel und/oder Entfernung einer pharyngo-trachealen Sprechprothese	375			20080101	99991231
20335	1	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 20320 bei Durchführung einer Kinderaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrianlage	395			20080101	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
20336	1	Kindersprachaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrieanlage	475			20080101	99991231
20338	1	Pauschale zur Neuverordnung eines Hörgerätes/von Hörgeräten beim Säugling, Kleinkind oder Kind bei Schwerhörigkeit gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V	3665			20120101	99991231
20339	1	Zusatzpauschale für die erste Nachuntersuchung nach erfolgter Hörgeräteversorgung beim Säugling, Kleinkind oder Kind	2175			20120101	99991231
20340	1	Zusatzpauschale für die Nachsorge(n) bei Hörgeräteversorgung beim Säugling, Kleinkind oder Kind	2070			20120101	99991231
20343	1	Zusatzpauschale bei der Diagnostik des Tinnitus	435			20120101	99991231
20350	1	Pneumographie	605			20080101	99991231
20351	1	Elektroglottographie	790			20080101	99991231
20352	1	Schallspektrographie	865			20080101	99991231
20353	1	Palatographie	770			20080101	99991231
20360	1	Stimm- und/oder Sprachtherapie in Einzelbehandlung	405			20080101	99991231
20361	1	Stimm- und/oder Sprachtherapie als Gruppenbehandlung	215			20080101	99991231
20364	1	Zusatzpauschale für die Nachsorge der operativen Behandlung eines Patienten mit chronischer Sinusitis nach ICD J32.-	235			20120101	99991231
20365	1	Zusatzpauschale für die postoperative Nachsorge nach Tympanoplastik Typ II bis V	235			20120101	99991231
20370	1	Zusatzpauschale Abklärung Störung der zentral-auditiven Wahrnehmung	375			20080101	99991231
20371	1	Eingangsdagnostik vor der Erstverordnung einer Stimm-, Sprech- und/oder Sprachtherapie	1105			20080101	99991231
20372	1	Pauschale zur Neuverordnung eines Hörgerätes/von Hörgeräten beim Jugendlichen oder Erwachsenen bei Schwerhörigkeit	1325			20120101	99991231
20373	1	Zusatzpauschale für die erste Nachuntersuchung nach erfolgter Hörgeräteversorgung beim Jugendlichen oder Erwachsenen	1135			20120101	99991231
20374	1	Zusatzpauschale für die Nachsorge(n) bei Hörgeräteversorgung beim Jugendlichen oder Erwachsenen	980			20120101	99991231
20375	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 20373 und 20374 für die Koordination des Arztes mit dem Hörgeräteakustiker innerhalb von 7 Tagen nach Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 20373 und 20374	175			20120101	99991231
20377	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 20339 und 20340 für die Koordination des Arztes über Maßnahmen mit dem Hörgeräte-(Päd-)akustiker innerhalb von 7 Tagen nach Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 20339 und 20340	175			20120101	99991231
20378	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 20339 und 20340 für die Koordination des Arztes mit pädagogischen Einrichtungen im direkten Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen	380			20120101	99991231
21210	1	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	590			20080101	99991231
21211	1	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	555			20080101	99991231
21212	1	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	565			20080101	99991231
21213	1	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	795			20090101	99991231
21214	1	Grundpauschale 5.-59. Lebensjahr	750			20090101	99991231
21215	1	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	760			20090101	99991231
21216	1	Zuschlag Fremdanamnese	425			20080101	99991231
21217	1	Zuschlag supportive psychiatrische Behandlung	80			20080101	99991231
21220	1	Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	385			20080101	99991231
21221	1	Psychiatrische Behandlung (Gruppenbehandlung)	380			20080101	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
21230	1	Zusatzpauschale Kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung	1060			20080101	99991231
21231	1	Zusatzpauschale Kontinuierliche Mitbetreuung in beschützenden Einrichtungen oder Heimen	590			20080101	99991231
21232	1	Zusatzpauschale Psychiatrische Betreuung	560			20080101	99991231
21233	1	Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten in der häuslichen Umgebung	845			20080101	99991231
21310	1	EEG	710			20080101	99991231
21311	1	Langzeit-EEG	1550			20080101	99991231
21320	1	Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung	355			20080101	99991231
21321	1	Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)	745			20080101	99991231
21330	1	Konvulsionsbehandlung	265			20080101	99991231
21340	1	Testverfahren bei Demenzverdacht	55			20080101	99991231
22210	1	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	390			20080101	99991231
22211	1	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	505			20080101	99991231
22212	1	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	440			20080101	99991231
22220	1	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	305			20080101	99991231
22221	1	Psychosomatik (Einzelbehandlung)	255			20080101	99991231
22222	1	Psychotherapeutisch medizinische Behandlung (Gruppenbehandlung)	210			20080101	99991231
22230	1	Klinisch-neurologische Basisdiagnostik	185			20080101	99991231
23210	1	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	230			20080101	99991231
23211	1	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	340			20080101	99991231
23212	1	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	300			20080101	99991231
23214	1	Grundpauschale Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	810			20080101	99991231
23220	1	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	305			20080101	99991231
24210	1	Konsiliarkomplex bis 5. Lebensjahr	150			20080101	99991231
24211	1	Konsiliarkomplex 6. - 59. Lebensjahr	125			20080101	99991231
24212	1	Konsiliarkomplex ab 60. Lebensjahr	150			20080101	99991231
25210	1	Konsiliarpauschale bei gutartiger Erkrankung	810			20080101	99991231
25211	1	Konsiliarpauschale bei bösartiger Erkrankung	1765			20080101	99991231
25213	1	Zuschlag bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	255			20080101	99991231
25214	1	Konsiliarpauschale nach strahlentherapeutischer Behandlung	255			20080101	99991231
25310	1	Weichstrahl- oder Orthovolttherapie	355			20080101	99991231
25320	1	Bestrahlung Telekobaltgerät (gut-/bösartig) oder Linearbeschleuniger (gutartig)	750			20080101	99991231
25321	1	Bestrahlung mit Linearbeschleuniger bei bösartigen Erkrankungen	1005			20080101	99991231
25322	1	Zuschlag Bestrahlungsfelder	185			20080101	99991231
25323	1	3-D-Technik, Großfeld-, Halbkörperbestrahlung	270			20080101	99991231
25330	1	Moulag- oder Flabtherapie	1160			20080101	99991231
25331	1	Intrakavitäre/Intraluminale Brachytherapie	3310			20080101	99991231
25332	1	Intrakavitäre vaginale Brachytherapie	2205			20080101	99991231
25333	1	Interstitielle Brachytherapie	3310			20080101	99991231
25340	1	Bestrahlungsplanung I	1055			20080101	99991231
25341	1	Bestrahlungsplanung II	4745			20080101	99991231
25342	1	Bestrahlungsplanung III	7060			20080101	99991231
26210	1	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	420			20080101	99991231
26211	1	Grundpauschale 6.-59. Lebensjahr	470			20120101	99991231
26212	1	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	560			20120101	99991231
26310	1	Urethro(-zysto)skopie des Mannes	1255			20080101	99991231
26311	1	Urethro(-zysto)skopie der Frau	770			20080101	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
26312	1	Urethradruckprofilmessung mit fortlaufender Registrierung	820			20080101	99991231
26313	1	Zusatzpauschale apparative Untersuchung bei Harninkontinenz oder neurogener Blasenentleerungsstörung	1840			20080101	99991231
26315	1	Zusatzpauschale Onkologie	540			20080101	99991231
26320	1	Ausräumung einer Bluttamponade der Harnblase im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 26310 oder 26311	425			20080101	99991231
26321	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 26310 und 26311 für die Durchführung von (einer) endoskopischen Harnleitersondierung(en)	375			20080101	99991231
26322	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 26310 und 26311 für das Einlegen einer Ureterverweilschiene	585			20080101	99991231
26323	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 26310 und 26311 für den Wechsel einer Ureterverweilschiene	270			20080101	99991231
26324	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 26310 und 26311 für die endoskopische Entfernung einer Ureterverweilschiene	125			20080101	99991231
26325	1	Wechsel eines Nierenfistelkatheters	805			20080101	99991231
26330	1	Zusatzpauschale ESWL	14475			20080101	99991231
26340	1	Kalibrierung/Bougierung der Harnröhre	230			20080101	99991231
26341	1	Prostatabiopsie	530			20080101	99991231
26350	1	Kleinchirurgischer urologischer Eingriff I	220			20080101	99991231
26351	1	Kleinchirurgischer urologischer Eingriff II	335			20080101	99991231
26352	1	Kleinchirurgischer urologischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	620			20080101	99991231
27210	1	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	595			20080101	99991231
27211	1	Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr	660			20080101	99991231
27212	1	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	695			20080101	99991231
27310	1	Ganzkörperstatus	320			20080101	99991231
27311	1	Klinisch-neurologische Basisdiagnostik	185			20080101	99991231
27320	1	EKG	225			20080101	99991231
27321	1	Belastungs-EKG	565			20080101	99991231
27322	1	Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	190			20080101	99991231
27323	1	Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	260			20080101	99991231
27324	1	Langzeit-Blutdruckmessung	220			20080101	99991231
27330	1	Spirographische Untersuchung	170			20080101	99991231
27331	1	Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung	520			20080101	99991231
27332	1	Physikalisch-rehabilitative Funktionsdiagnostik	1205			20080101	99991231
27333	1	Zuschlag für weitere Untersuchung	195			20080101	99991231
30110	1	Allergologiediagnostik I	1790			20080101	99991231
30111	1	Allergologiediagnostik II	1295			20080101	99991231
30120	1	Rhinomanometrischer Provokationstest	185			20080101	99991231
30121	1	Subkutaner Provokationstest	465			20080101	99991231
30122	1	Bronchialer Provokationstest	1870			20080101	99991231
30123	1	Oraler Provokationstest	465			20080101	99991231
30130	1	Hyposensibilisierungsbehandlung	265			20080101	99991231
30131	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 30130 für jede weitere Hyposensibilisierungsbehandlung durch Injektion(en) zu unterschiedlichen Zeiten am selben Behandlungstag (zum Beispiel bei Injektion verschiedener nicht mischbarer Allergene oder Cluster- oder Rushtherapie)	200			20120101	99991231
30200	1	Chirotherapeutischer Eingriff	150			20080101	99991231
30201	1	Chirotherapeutischer Eingriff an der Wirbelsäule	200			20080101	99991231
30300	1	Sensomotorische Übungsbehandlung (Einzelbehandlung)	245			20080101	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
30301	1	Sensomotorische Übungsbehandlung (Gruppenbehandlung)	85			20080101	99991231
30400	1	Massagetherapie	210			20080101	99991231
30401	1	Intermittierende apparative Kompressionstherapie	95			20080101	99991231
30402	1	Unterwassermassage	275			20080101	99991231
30410	1	Atemgymnastik (Einzelbehandlung)	210			20080101	99991231
30411	1	Atemgymnastik (Gruppenbehandlung)	95			20080101	99991231
30420	1	Krankengymnastik (Einzelbehandlung)	265			20080101	99991231
30421	1	Krankengymnastik (Gruppenbehandlung)	135			20080101	99991231
30430	1	Selektive Phototherapie	155			20080101	99991231
30431	1	Zuschlag Photochemotherapie, PUVA	100			20080101	99991231
30500	1	Phlebologischer Basiskomplex	465			20080101	99991231
30501	1	Verödung von Varizen	265			20080101	99991231
30600	1	Zusatzpauschale Prokto-/Rektoskopie	240			20080101	99991231
30601	1	Zuschlag für die Polypentfernung	160			20080101	99991231
30610	1	Hämorrhoiden-Sklerosierung	270			20080101	99991231
30611	1	Hämorrhoiden-Ligatur	525			20080101	99991231
30700	1	Grundpauschale schmerztherapeutischer Patient	905			20090101	99991231
30702	1	Zusatzpauschale Schmerztherapie	1405			20090101	99991231
30704	1	Zuschlag für die Erbringung der Gebührenordnungsposition Nr. 30702	840			20090101	99991231
30706	1	Teilnahme an einer schmerztherapeutischen Fallkonferenz gemäß § 5 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie	170			20091001	99991231
30708	1	Beratung und Erörterung und/oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie	335			20090101	99991231
30710	1	Infusion von nach der BtMVV verschreibungspflichtigen Analgetika oder von Lokalanästhetika	315			20080101	99991231
30712	1	Anleitung des Patienten zur Selbstanwendung der transkutanen elektrischen Nervenstimulation	190			20080101	99991231
30720	1	Analgesie eines Hirnnerven oder eines Hirnnervenganglions	265			20080101	99991231
30721	1	Sympathikusblockade am zervikalen Grenzstrang	600			20080101	99991231
30722	1	Sympathikusblockade am thorakalen oder lumbalen Grenzstrang	525			20080101	99991231
30723	1	Ganglionäre Opioid-Applikation	265			20080101	99991231
30724	1	Spinalnerven-Analgesie und Analgesie der Rami communicantes an den Foramina intervertebralia	525			20080101	99991231
30730	1	Intravenöse regionale Sympathikusblockade in Bluteere	1795			20080101	99991231
30731	1	Plexusanalgesie, Spinal- oder Periduralanalgesie	1900			20080101	99991231
30740	1	Überprüfung eines zur Langzeitanalgesie angelegten Plexus-, Peridural- oder Spinalkatheters oder Funktionskontrolle und/oder Wiederauffüllung einer Medikamentenpumpe und/oder eines programmierbaren Stimulationsgerätes	315			20080101	99991231
30750	1	Erstprogrammierung einer externen Medikamentenpumpe zur Langzeitanalgesie	475			20080101	99991231
30751	1	Langzeitanalgesie	525			20080101	99991231
30760	1	Dokumentierte Überwachung im Anschluss an die Gebührenordnungspositionen 30710, 30721, 30722, 30724 und 30730	475			20080101	99991231
30790	1	Eingangsdagnostik und Abschlussuntersuchung zur Behandlung mittels Körperakupunktur	1330			20090101	99991231
30791	1	Durchführung einer Körperakupunktur	600			20090101	99991231
30800	1	Hinzuziehung soziotherapeutischer Leistungserbringer	190			20080101	99991231
30810	1	Erstverordnung Soziotherapie	475			20080101	99991231
30811	1	Folgeverordnung Soziotherapie	475			20080101	99991231
30900	1	Kardiorespiratorische Polygraphie	1665			20080101	99991231
30901	1	Kardiorespiratorische Polysomnographie	8950			20090101	99991231
30920	1	Zusatzpauschale für die Behandlung von HIV-Infizierten	1300			20090701	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
30922	1	Zuschlag I zur Gebührenordnungsposition 30920 Behandlung von HIV-Infizierten	875			20090701	99991231
30924	1	Zuschlag II zur Gebührenordnungsposition 30920 Behandlung von HIV-Infizierten	1750			20090701	99991231
30930	1	Krankheitsspezifische neuropsychologische Diagnostik mittels Testverfahren	80			20130101	99991231
30931	1	Probatorische Sitzung	1755			20130101	99991231
30932	1	Neuropsychologische Therapie (Einzelbehandlung)	2315			20130101	99991231
30933	1	Neuropsychologische Therapie (Gruppenbehandlung)	1670			20130101	99991231
30934	1	Erstellung eines Therapieplans	510			20130101	99991231
30935	1	Bericht bei Therapieverlängerung im Einzelfall	210			20130101	99991231
30936	1	Höchstwert für die Gebührenordnungsposition 30930 bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	2800			20130101	99991231
30937	1	Höchstwert für die Gebührenordnungsposition 30930 bei Versicherten ab Beginn des 19. Lebensjahres	1840			20130101	99991231
31010	1	Operationsvorbereitung bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum 12. Lebensjahr	840			20090101	99991231
31011	1	Operationsvorbereitung für Eingriffe bei Jugendlichen und Erwachsenen bis zum vollendeten 40. Lebensjahr	840			20090101	99991231
31012	1	Operationsvorbereitung bei Eingriffen bei Patienten nach Vollendung des 40. Lj	1060			20090101	99991231
31013	1	Operationvorbereitung bei Patienten nach Vollendung des 60. Lebensjahres	1165			20090101	99991231
31101	1	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1	2490			20090101	99991231
31102	1	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2	4065			20090101	99991231
31103	1	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3	5805			20090101	99991231
31104	1	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A4	7825			20090101	99991231
31105	1	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A5	10320			20090101	99991231
31106	1	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A6	13070			20090101	99991231
31107	1	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A7	14370			20090101	99991231
31108	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31101 bis 31107	1310			20090101	99991231
31111	1	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B1	2805			20090101	99991231
31112	1	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B2	4530			20090101	99991231
31113	1	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B3	6625			20090101	99991231
31114	1	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B4	8815			20090101	99991231
31115	1	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B5	11980			20090101	99991231
31116	1	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B6	15055			20090101	99991231
31117	1	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B7	16105			20090101	99991231
31118	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31111 bis 31117	1505			20090101	99991231
31121	1	Eingriff der Kategorie C1	2695			20090101	99991231
31122	1	Eingriff der Kategorie C2	4360			20090101	99991231
31123	1	Eingriff der Kategorie C3	6270			20090101	99991231
31124	1	Eingriff der Kategorie C4	8275			20090101	99991231
31125	1	Eingriff der Kategorie C5	11125			20090101	99991231
31126	1	Eingriff der Kategorie C6	14210			20090101	99991231
31127	1	Eingriff der Kategorie C7	15530			20090101	99991231
31128	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31121 bis 31126 bei Simultaneingriffen sowie zu der Gebührenordnungsposition 31127	1435			20090101	99991231
31131	1	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D1	3400			20090101	99991231
31132	1	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D2	5505			20090101	99991231
31133	1	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D3	7760			20090101	99991231
31134	1	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D4	10070			20090101	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
31135	1	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D5	14860			20090101	99991231
31136	1	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D6	18155			20090101	99991231
31137	1	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D7	19975			20090101	99991231
31138	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31131 bis 31137	1600			20090101	99991231
31141	1	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E1	4400			20090101	99991231
31142	1	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E2	6330			20090101	99991231
31143	1	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E3	8925			20090101	99991231
31144	1	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E4	11745			20090101	99991231
31145	1	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E5	15290			20090101	99991231
31146	1	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E6	19130			20090101	99991231
31147	1	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E7	21025			20090101	99991231
31148	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31141 bis 31147	1835			20090101	99991231
31151	1	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F1	2625			20090101	99991231
31152	1	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F2	4370			20090101	99991231
31153	1	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F3	6285			20090101	99991231
31154	1	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4	8190			20090101	99991231
31155	1	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F5	10990			20090101	99991231
31156	1	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F6	14000			20090101	99991231
31157	1	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F7	15085			20090101	99991231
31158	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31151 bis 31157	1435			20090101	99991231
31161	1	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G1	3440			20090101	99991231
31162	1	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G2	5065			20090101	99991231
31163	1	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G3	6920			20090101	99991231
31164	1	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G4	9135			20090101	99991231
31165	1	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G5	11805			20090101	99991231
31166	1	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G6	14745			20090101	99991231
31167	1	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G7	15660			20090101	99991231
31168	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31161 bis 31167	1365			20090101	99991231
31171	1	Proktologischer Eingriff der Kategorie H1	3475			20090101	99991231
31172	1	Proktologischer Eingriff der Kategorie H2	4940			20090101	99991231
31173	1	Proktologischer Eingriff der Kategorie H3	6210			20090101	99991231
31174	1	Proktologischer Eingriff der Kategorie H4	7970			20090101	99991231
31175	1	Proktologischer Eingriff der Kategorie H5	10905			20090101	99991231
31176	1	Proktologischer Eingriff der Kategorie H6	14045			20090101	99991231
31177	1	Proktologischer Eingriff der Kategorie H7	14955			20090101	99991231
31178	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31171 bis 31177	1350			20090101	99991231
31181	1	Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I1	6155			20090101	99991231
31182	1	Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I2	7550			20090101	99991231
31183	1	Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I3	8890			20090101	99991231
31184	1	Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I4	10895			20090101	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
31185	1	Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I5	15535			20090101	99991231
31186	1	Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I6	18650			20090101	99991231
31187	1	Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I7	19725			20090101	99991231
31188	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31181 bis 31187	1615			20090101	99991231
31191	1	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J1	5740			20090101	99991231
31192	1	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J2	7250			20090101	99991231
31193	1	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J3	8755			20090101	99991231
31194	1	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J4	10985			20090101	99991231
31195	1	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J5	14125			20090101	99991231
31196	1	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J6	17240			20090101	99991231
31197	1	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J7	18315			20090101	99991231
31198	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31191 bis 31197	1615			20090101	99991231
31201	1	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K1	3515			20090101	99991231
31202	1	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K2	5055			20090101	99991231
31203	1	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K3	6315			20090101	99991231
31204	1	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K4	8485			20090101	99991231
31205	1	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K5	11575			20090101	99991231
31206	1	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K6	14450			20090101	99991231
31207	1	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K7	15660			20090101	99991231
31208	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31201 bis 31207	1380			20090101	99991231
31211	1	Eingriff der Kategorie L1	4400			20090101	99991231
31212	1	Eingriff der Kategorie L2	5735			20980101	99991231
31213	1	Eingriff der Kategorie L3	7520			20090101	99991231
31214	1	Eingriff der Kategorie L4	9555			20090101	99991231
31215	1	Eingriff der Kategorie L5	12900			20090101	99991231
31216	1	Eingriff der Kategorie L6	15870			20090101	99991231
31217	1	Eingriff der Kategorie L7	16985			20090101	99991231
31218	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31211 bis 31217	1535			20090101	99991231
31221	1	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M1	2500			20090101	99991231
31222	1	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M2	4070			20090101	99991231
31223	1	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M3	5935			20090101	99991231
31224	1	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M4	8110			20090101	99991231
31225	1	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M5	10800			20090101	99991231
31226	1	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M6	14290			20090101	99991231
31227	1	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M7	15215			20090101	99991231
31228	1	Zuschlag zu den Leistungen nach Nrn. 31221 bis 31227	1270			20090101	99991231
31231	1	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N1	2790			20090101	99991231
31232	1	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N2	4505			20090101	99991231
31233	1	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N3	6555			20090101	99991231
31234	1	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N4	8990			20090101	99991231
31235	1	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N5	12070			20090101	99991231
31236	1	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N6	15515			20090101	99991231
31237	1	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N7	16520			20090101	99991231
31238	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31231 bis 31237	1420			20090101	99991231
31241	1	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O1	2580			20090101	99991231
31242	1	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O2	4180			20090101	99991231
31243	1	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O3	5970			20090101	99991231
31244	1	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O4	8185			20090101	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
31245	1	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O5	11130			20090101	99991231
31246	1	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O6	14045			20090101	99991231
31247	1	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O7	15310			20090101	99991231
31248	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31241 bis 31247	1350			20090101	99991231
31251	1	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P1	4860			20090101	99991231
31252	1	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P2	6380			20090101	99991231
31253	1	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P3	7960			20090101	99991231
31254	1	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P4	10175			20090101	99991231
31255	1	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P5	13275			20090101	99991231
31256	1	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P6	17060			20090101	99991231
31257	1	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P7	18120			20090101	99991231
31258	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31251 bis 31257	1600			20090101	99991231
31261	1	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP1	9715			20090101	99991231
31262	1	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP2	11140			20090101	99991231
31263	1	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP3	12555			20090101	99991231
31264	1	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP4	14660			20090101	99991231
31265	1	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP5	17625			20090101	99991231
31266	1	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP6	20555			20090101	99991231
31267	1	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP7	21570			20090101	99991231
31268	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31261 bis 31267	1520			20090101	99991231
31271	1	Urologischer Eingriff der Kategorie Q1	2950			20090101	99991231
31272	1	Urologischer Eingriff der Kategorie Q2	4830			20090101	99991231
31273	1	Urologischer Eingriff der Kategorie Q3	7010			20090101	99991231
31274	1	Urologischer Eingriff der Kategorie Q4	9450			20090101	99991231
31275	1	Urologischer Eingriff der Kategorie Q5	12570			20090101	99991231
31276	1	Urologischer Eingriff der Kategorie Q6	16220			20090101	99991231
31277	1	Urologischer Eingriff der Kategorie Q7	17405			20090101	99991231
31278	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31271 bis 31277	1595			20090101	99991231
31281	1	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R1	3715			20090101	99991231
31282	1	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R2	5530			20090101	99991231
31283	1	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R3	7705			20090101	99991231
31284	1	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R4	10150			20090101	99991231
31285	1	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R5	13120			20090101	99991231
31286	1	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R6	16380			20090101	99991231
31287	1	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R7	17390			20090101	99991231
31288	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31281 bis 31287	1510			20090101	99991231
31291	1	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR1	3715			20090101	99991231
31292	1	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR2	5530			20090101	99991231
31293	1	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR3	7705			20090101	99991231
31294	1	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR4	10150			20090101	99991231
31295	1	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR5	13270			20090101	99991231
31296	1	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR6	16920			20090101	99991231
31297	1	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR7	18105			20090101	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
31298	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31291 bis 31297	1595			20090101	99991231
31301	1	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S1	2655			20090101	99991231
31302	1	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S2	3955			20090101	99991231
31303	1	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S3	4965			20090101	99991231
31304	1	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S4	6400			20090101	99991231
31305	1	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S5	8590			20090101	99991231
31306	1	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S6	11035			20090101	99991231
31307	1	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S7	111870			20090101	99991231
31308	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31301 bis 31307	1075			20090101	99991231
31311	1	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T1	3635			20090101	99991231
31312	1	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T2	5425			20090101	99991231
31313	1	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T3	7560			20090101	99991231
31314	1	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T4	9970			20090101	99991231
31315	1	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T5	12885			20090101	99991231
31316	1	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T6	16100			20090101	99991231
31317	1	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T7	17090			20090101	99991231
31318	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31311 bis 31317	1485			20090101	99991231
31321	1	Extraocularer Eingriff der Kategorie U1	2625			20090101	99991231
31322	1	Extraocularer Eingriff der Kategorie U2	4115			20090101	99991231
31323	1	Extraocularer Eingriff der Kategorie U3	6020			20090101	99991231
31324	1	Extraocularer Eingriff der Kategorie U4	8060			20090101	99991231
31325	1	Extraocularer Eingriff der Kategorie U5	10730			20090101	99991231
31326	1	Extraocularer Eingriff der Kategorie U6	14315			20090101	99991231
31327	1	Extraocularer Eingriff der Kategorie U7	15285			20090101	99991231
31328	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31321 bis 31327	1360			20090101	99991231
31331	1	Intraocularer Eingriff der Kategorie V1	4815			20090101	99991231
31332	1	Intraocularer Eingriff der Kategorie V2	6165			20090101	99991231
31333	1	Intraocularer Eingriff der Kategorie V3	7810			20090101	99991231
31334	1	Intraocularer Eingriff der Kategorie V4	10380			20090101	99991231
31335	1	Intraocularer Eingriff der Kategorie V5	14280			20090101	99991231
31336	1	Intraocularer Eingriff der Kategorie V6	18645			20090101	99991231
31337	1	Intraocularer Eingriff der Kategorie V7	19885			20090101	99991231
31338	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31331 bis 31337	1780			20090101	99991231
31341	1	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W1	2165			20090101	99991231
31342	1	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W2	3340			20090101	99991231
31343	1	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W3	4290			20090101	99991231
31344	1	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W4	5720			20090101	99991231
31345	1	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W5	7745			20090101	99991231
31346	1	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W6	10485			20090101	99991231
31347	1	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W7	11165			20090101	99991231
31348	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31341 bis 31347	1010			20090101	99991231
31350	1	Intraocularer Eingriff der Kategorie X1	9715			20090101	99991231
31351	1	Intraocularer Eingriff der Kategorie X2	11475			20090101	99991231
31362	1	Eingriff der Kategorie Y2: Phototherapeutische Keratektomie (PTK)	2975			20090101	99991231
31501	1	Postoperative Überwachung 1	405			20090101	99991231
31502	1	Postoperative Überwachung 2	730			20090101	99991231
31503	1	Postoperative Überwachung 3	1450			20090101	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
31504	1	Postoperative Überwachung 4	2100			20090101	99991231
31505	1	Postoperative Überwachung 5	2915			20090101	99991231
31506	1	Postoperative Überwachung 6	4220			20090101	99991231
31507	1	Postoperative Überwachung 7	5595			20090101	99991231
31600	1	Postoperative Behandlung durch den Hausarzt	440			20090101	99991231
31601	1	Postoperative Behandlung I/1a	400			20090101	99991231
31602	1	Postoperative Behandlung I/1b	230			20090101	99991231
31608	1	Postoperative Behandlung Chirurgie I/2a	660			20090101	99991231
31609	1	Postoperative Behandlung Chirurgie I/2b	490			20090101	99991231
31610	1	Postoperative Behandlung Chirurgie I/3a	825			20090101	99991231
31611	1	Postoperative Behandlung Chirurgie I/3b	660			20090101	99991231
31612	1	Postoperative Behandlung Chirurgie I/4a	1000			20090101	99991231
31613	1	Postoperative Behandlung Chirurgie I/4b	830			20090101	99991231
31614	1	Postoperative Behandlung Chirurgie II/1a	470			20090101	99991231
31615	1	Postoperative Behandlung Chirurgie II/1b	295			20090101	99991231
31616	1	Postoperative Behandlung Chirurgie II/2a	765			20090101	99991231
31617	1	Postoperative Behandlung Chirurgie II/2b	590			20090101	99991231
31618	1	Postoperative Behandlung Chirurgie II/3a	985			20090101	99991231
31619	1	Postoperative Behandlung Chirurgie II/3b	820			20090101	99991231
31620	1	Postoperative Behandlung Chirurgie II/4a	1150			20090101	99991231
31621	1	Postoperative Behandlung Chirurgie II/4b	990			20090101	99991231
31622	1	Postoperative Behandlung Chirurgie III/1a	490			20090101	99991231
31623	1	Postoperative Behandlung Chirurgie III/1b	320			20090101	99991231
31624	1	Postoperative Behandlung Chirurgie III/2a	700			20090101	99991231
31625	1	Postoperative Behandlung Chirurgie III/2b	530			20090101	99991231
31626	1	Postoperative Behandlung Chirurgie III/3a	920			20090101	99991231
31627	1	Postoperative Behandlung Chirurgie III/3b	755			20090101	99991231
31628	1	Postoperative Behandlung Chirurgie III/4a	1085			20090101	99991231
31629	1	Postoperative Behandlung Chirurgie III/4b	930			20090101	99991231
31630	1	Postoperative Behandlung Chirurgie IV/1a	490			20090101	99991231
31631	1	Postoperative Behandlung Chirurgie IV/1b	320			20090101	99991231
31632	1	Postoperative Behandlung Chirurgie IV/2a	700			20090101	99991231
31633	1	Postoperative Behandlung Chirurgie IV/2b	530			20090101	99991231
31634	1	Postoperative Behandlung Chirurgie IV/3a	920			20090101	99991231
31635	1	Postoperative Behandlung Chirurgie IV/3b	755			20090101	99991231
31636	1	Postoperative Behandlung Chirurgie IV/4a	1085			20090101	99991231
31637	1	Postoperative Behandlung Chirurgie IV/4b	930			20090101	99991231
31643	1	Postoperative Behandlung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie V/1a	400			20090101	99991231
31644	1	Postoperative Behandlung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie V/1b	230			20090101	99991231
31645	1	Postoperative Behandlung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie V/2a	660			20090101	99991231
31646	1	Postoperative Behandlung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie V/2b	490			20090101	99991231
31647	1	Postoperative Behandlung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie V/3a	825			20090101	99991231
31648	1	Postoperative Behandlung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie V/3b	660			20090101	99991231
31649	1	Postoperative Behandlung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie V/4a	1000			20090101	99991231
31650	1	Postoperative Behandlung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie V/4b	830			20090101	99991231
31656	1	Postoperative Behandlung Hals-Nasen-Ohren VI/1a	420			20090101	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
31657	1	Postoperative Behandlung Hals-Nasen-Ohren VI/1b	250			20090101	99991231
31658	1	Postoperative Behandlung Hals-Nasen-Ohren VI/2a	815			20090101	99991231
31659	1	Postoperative Behandlung Hals-Nasen-Ohren VI/2b	650			20090101	99991231
31660	1	Postoperative Behandlung Hals-Nasen-Ohren VI/3a	990			20090101	99991231
31661	1	Postoperative Behandlung Hals-Nasen-Ohren VI/3b	825			20090101	99991231
31662	1	Postoperative Behandlung Hals-Nasen-Ohren VI/4a	1240			20090101	99991231
31663	1	Postoperative Behandlung Hals-Nasen-Ohren VI/4b	1075			20090101	99991231
31669	1	Postoperative Behandlung zentrale Neurochirurgie VII/1a	400			20090101	99991231
31670	1	Postoperative Behandlung zentrale Neurochirurgie VII/1b	230			20090101	99991231
31671	1	Postoperative Behandlung zentrale Neurochirurgie VII/2a	660			20090101	99991231
31672	1	Postoperative Behandlung zentrale Neurochirurgie VII/2b	490			20090101	99991231
31673	1	Postoperative Behandlung zentrale Neurochirurgie VII/3a	825			20090101	99991231
31674	1	Postoperative Behandlung zentrale Neurochirurgie VII/3b	660			20090101	99991231
31675	1	Postoperative Behandlung zentrale Neurochirurgie VII/4a	1000			20090101	99991231
31676	1	Postoperative Behandlung zentrale Neurochirurgie VII/4b	830			20090101	99991231
31682	1	Postoperative Behandlung Urologie VIII/1a	500			20090101	99991231
31683	1	Postoperative Behandlung Urologie VIII/1b	325			20090101	99991231
31684	1	Postoperative Behandlung Urologie VIII/2a	845			20090101	99991231
31685	1	Postoperative Behandlung Urologie VIII/2b	665			20090101	99991231
31686	1	Postoperative Behandlung Urologie VIII/3a	1000			20090101	99991231
31687	1	Postoperative Behandlung Urologie VIII/3b	830			20090101	99991231
31688	1	Postoperative Behandlung Urologie VIII/4a	1130			20090101	99991231
31689	1	Postoperative Behandlung Urologie VIII/4b	955			20090101	99991231
31695	1	Postoperative Behandlung Gynäkologie IX/1a	465			20090101	99991231
31696	1	Postoperative Behandlung Gynäkologie IX/1b	295			20090101	99991231
31697	1	Postoperative Behandlung Gynäkologie IX/2a	945			20090101	99991231
31698	1	Postoperative Behandlung Gynäkologie IX/2b	770			20090101	99991231
31699	1	Postoperative Behandlung Gynäkologie IX/3a	1215			20090101	99991231
31700	1	Postoperative Behandlung Gynäkologie IX/3b	1045			20090101	99991231
31701	1	Postoperative Behandlung Gynäkologie IX/4a	1555			20090101	99991231
31702	1	Postoperative Behandlung Gynäkologie IX/4b	1390			20090101	99991231
31708	1	Postoperative Behandlung Augenheilkunde X/1a	450			20090101	99991231
31709	1	Postoperative Behandlung Augenheilkunde X/1b	270			20090101	99991231
31710	1	Postoperative Behandlung Augenheilkunde X/2a	725			20090101	99991231
31711	1	Postoperative Behandlung Augenheilkunde X/2b	550			20090101	99991231
31712	1	Postoperative Behandlung Augenheilkunde X/3a	915			20090101	99991231
31713	1	Postoperative Behandlung Augenheilkunde X/3b	750			20090101	99991231
31714	1	Postoperative Behandlung Augenheilkunde X/4a	1040			20090101	99991231
31715	1	Postoperative Behandlung Augenheilkunde X/4b	865			20090101	99991231
31716	1	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XI/1a	620			20090101	99991231
31717	1	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XI/1b	450			20090101	99991231
31718	1	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XI/2a	980			20090101	99991231
31719	1	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XI/2b	810			20090101	99991231
31720	1	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XI/3a	1175			20090101	99991231
31721	1	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XI/3b	1005			20090101	99991231
31722	1	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XI/4a	1320			20090101	99991231
31723	1	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XI/4b	1140			20090101	99991231
31724	1	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XII/1a	370			20090101	99991231
31725	1	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XII/1b	195			20090101	99991231
31726	1	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XII/2a	370			20090101	99991231
31727	1	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XII/2b	195			20090101	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
31728	1	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XII/3a	500			20090101	99991231
31729	1	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XII/3b	325			20090101	99991231
31730	1	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XII/4a	615			20090101	99991231
31731	1	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XII/4b	440			20090101	99991231
31734	1	Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31362 bei Überweisung durch den Operateur	1400			20090101	99991231
31735	1	Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31362 bei Erbringung durch den Operateur	450			20090101	99991231
31800	1	Regionalanästhesie durch den Operateur	1070			20090101	99991231
31801	1	Retrobulbäre Anästhesie	460			20090101	99991231
31820	1	Leitungsanästhesie an der Schädelbasis	545			20090101	99991231
31821	1	Anästhesie oder Kurznarkose 1	2740			20090101	99991231
31822	1	Anästhesie oder Narkose 2	3555			20090101	99991231
31823	1	Anästhesie oder Narkose 3	4360			20090101	99991231
31824	1	Anästhesie oder Narkose 4	5170			20090101	99991231
31825	1	Anästhesie oder Narkose 5	6800			20090101	99991231
31826	1	Anästhesie oder Narkose 6	8080			20090101	99991231
31827	1	Anästhesie oder Narkose 7	8410			20090101	99991231
31828	1	Zuschlag zu den Anästhesieleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 31821 bis 31827	810			20090101	99991231
31830	1	Analgesie bei Phakoemulsifikation I	685			20090101	99991231
31831	1	Analgesie bei Phakoemulsifikation II	1295			20090101	99991231
31900	1	Praktische Schulung	160			20090101	99991231
31910	1	Fraktur-Einrichtung distal der Hand-/Fußwurzel	160			20090101	99991231
31912	1	Fraktur-Einrichtung Ellenbogen-/Kniegelenk	315			20090101	99991231
31914	1	Fraktur-Einrichtung proximal von Knie- oder Ellenbogengelenk	785			20090101	99991231
31920	1	Kontraktionsmobilisierung	470			20090101	99991231
31930	1	Anlegen einer orofazialen Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtung	785			20090101	99991231
31932	1	Behandlung mit einer orthopädischen Hilfsvorrichtung	785			20090101	99991231
31941	1	Abdrücke und Modelle I	160			20090101	99991231
31942	1	Abdrücke und Modelle II	260			20090101	99991231
31943	1	Abdrücke und Modelle III	315			20090101	99991231
31944	1	Abdrücke und Modelle IV	490			20090101	99991231
31945	1	Abdrücke und Modelle V	785			20090101	99991231
31946	1	Abdrücke und Modelle VI	835			20090101	99991231
32001	1	Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (in Punkten) für Allgemeinärzte, Praktische Ärzte, Hausärztliche Internisten	48		001	20081001	20130331
32001	1	Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (in Punkten) für Anästhesisten	15		002	20080101	20130331
32001	1	Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (in Punkten) für Chirurgen	10		003	20080101	20130331
32001	1	Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (in Punkten) für Frauenärzte	30		004	20080101	20130331
32001	1	Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (in Punkten) für Hautärzte	5		005	20080101	20130331
32001	1	Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (in Punkten) für HNO-Ärzte	5		006	20080101	20130331
32001	1	Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (in Punkten) für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	17		007	20081001	20130331

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
32001	1	Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (in Punkten) für Nervenärzte, Neurologen, Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	5		008	20080101	20130331
32001	1	Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (in Punkten) für Notfallärzte	5		009	20080101	20130331
32001	1	Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (in Punkten) für Orthopäden, Ärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin	5		010	20080101	20130331
32001	1	Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (in Punkten) für Nuklearmediziner	45		011	20080101	20130331
32001	1	Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (in Punkten) für Radiologen	5		012	20080101	20130331
32001	1	Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (in Punkten) für Strahlentherapeuten	20		013	20080101	20130331
32001	1	Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (in Punkten) für Urologen	70		014	20080101	20130331
32001	1	Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (in Punkten) für fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt (Teilgebiet)	50		015	20080101	20130331
32001	1	Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (in Punkten) für Angiologie	25		016	20080101	20130331
32001	1	Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (in Punkten) für Endokrinologie	80		017	20080101	20130331
32001	1	Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (in Punkten) für Gastroenterologie	35		018	20080101	20130331
32001	1	Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (in Punkten) für Hämatologie und Internistische Onkologie	240		019	20080101	20130331
32001	1	Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (in Punkten) für Kardiologie	20		020	20080101	20130331
32001	1	Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (in Punkten) für Nephrologie	165		021	20080101	20130331
32001	1	Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (in Punkten) für Pneumologie	20		022	20080101	20130331
32001	1	Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (in Punkten) für Rheumatologie	130		023	20080101	20130331
32025	1	Glucose		1,60 EUR		20081001	99991231
32026	1	TPZ (Thromboplastinzeit)		4,70 EUR		20081001	99991231
32027	1	D-Dimer		15,30 EUR		20081001	99991231
32030	1	Orientierende Untersuchung		0,50 EUR		20080101	99991231
32031	1	Harn-Mikroskopie		0,25 EUR		20080101	99991231
32032	1	pH-Wert		0,25 EUR		20080101	99991231
32035	1	Erythrozytenzählung		0,25 EUR		20080101	99991231
32036	1	Leukozytenzählung		0,25 EUR		20080101	99991231
32037	1	Thrombozytenzählung		0,25 EUR		20080101	99991231
32038	1	Hämoglobin		0,25 EUR		20080101	99991231
32039	1	Hämatokrit		0,25 EUR		20080101	99991231
32040	1	Blut im Stuhl		1,45 EUR		20080101	99991231
32041	1	Albumin im Stuhl, qualitativ		1,65 EUR		20080101	99991231
32042	1	BSG		0,25 EUR		20080101	99991231
32045	1	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials		0,25 EUR		20080101	99991231
32046	1	Fetal-Hämoglobin in Erythrozyten		0,40 EUR		20080101	99991231
32047	1	Retikulozytenzählung		0,40 EUR		20080101	99991231
32050	1	Mikroskopische Untersuchung nach Gram-Färbung		0,40 EUR		20080101	99991231
32051	1	Differenzial-Blutbild		0,40 EUR		20080101	99991231
32052	1	Bestandteile im Sammelharn, quantitativ		0,25 EUR		20080101	99991231
32055	1	Konzentrationsbestimmung eines Arzneimittels		2,05 EUR		20080101	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
32056	1	Gesamteiweiß		0,25 EUR		20080101	99991231
32057	1	Glukose		0,25 EUR		20080101	99991231
32058	1	Bilirubin gesamt		0,25 EUR		20080101	99991231
32059	1	Bilirubin direkt		0,40 EUR		20080101	99991231
32060	1	Cholesterin gesamt		0,25 EUR		20080101	99991231
32061	1	HDL-Cholesterin		0,25 EUR		20080101	99991231
32062	1	LDL-Cholesterin		0,25 EUR		20080101	99991231
32063	1	Triglyceride		0,25 EUR		20080101	99991231
32064	1	Harnsäure		0,25 EUR		20080101	99991231
32065	1	Harnstoff		0,25 EUR		20080101	99991231
32066	1	Kreatinin (Jaff,-Methode)		0,25 EUR		20080101	99991231
32067	1	Kreatinin, enzymatisch		0,40 EUR		20080101	99991231
32068	1	Alkalische Phosphatase		0,25 EUR		20080101	99991231
32069	1	GOT		0,25 EUR		20080101	99991231
32070	1	GPT		0,25 EUR		20080101	99991231
32071	1	Gamma-GT		0,25 EUR		20080101	99991231
32072	1	Alpha-Amylase		0,40 EUR		20080101	99991231
32073	1	Lipase		0,40 EUR		20080101	99991231
32074	1	Creatinkinase (CK)		0,25 EUR		20080101	99991231
32075	1	LDH		0,25 EUR		20080101	99991231
32076	1	GLDH		0,40 EUR		20080101	99991231
32077	1	HBDH		0,40 EUR		20080101	99991231
32078	1	Cholinesterase		0,40 EUR		20080101	99991231
32079	1	Saure Phosphatase		0,25 EUR		20080101	99991231
32081	1	Kalium		0,25 EUR		20080101	99991231
32082	1	Calcium		0,25 EUR		20080101	99991231
32083	1	Natrium		0,25 EUR		20080101	99991231
32084	1	Chlorid		0,25 EUR		20080101	99991231
32085	1	Eisen		0,25 EUR		20080101	99991231
32086	1	Phosphor anorganisch		0,40 EUR		20080101	99991231
32087	1	Lithium		0,60 EUR		20080101	99991231
32089	1	Zuschlag Trägergebundene Reagenzien		0,80 EUR		20080101	99991231
32092	1	CK-MB		1,15 EUR		20080101	99991231
32094	1	HbA1, HbA1c		4,00 EUR		20080101	99991231
32097	1	BNP und/oder NT-Pro-BNP		25,00 EUR		20080101	99991231
32101	1	TSH		3,00 EUR		20080101	99991231
32103	1	IgA		0,60 EUR		20080101	99991231
32104	1	IgG		0,60 EUR		20080101	99991231
32105	1	IgM		0,60 EUR		20080101	99991231
32106	1	Transferrin		0,60 EUR		20080101	99991231
32107	1	Serum-Elektrophorese		0,75 EUR		20080101	99991231
32110	1	Blutungszeit (standardisiert)		0,75 EUR		20080101	99991231
32111	1	Rekalzifizierungszeit		0,75 EUR		20080101	99991231
32112	1	PTT		0,60 EUR		20080101	99991231
32113	1	Quick-Wert, Plasma		0,60 EUR		20080101	99991231
32114	1	Quick-Wert, Kapillarblut		0,75 EUR		20080101	99991231
32115	1	Thrombinzeit		0,75 EUR		20080101	99991231
32116	1	Fibrinogen		0,75 EUR		20080101	99991231
32117	1	Fibrinmonomere, Spaltprodukte (qualitativ)		4,60 EUR		20080101	99991231
32118	1	Höchstwert für die Untersuchungen nach den Nrn. 32110 bis 32116		1,55 EUR		20080101	99991231
32120	1	Mechanisertes Blutbild, Retikulozytenzählung		0,50 EUR		20080101	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
32121	1	Mechanisierte Leukozytendifferenzierung		0,60 EUR		20080101	99991231
32122	1	Mechanisierter vollständiger Blutstatus		1,10 EUR		20080101	99991231
32123	1	Zuschlag bei nachfolgender mikroskopischer Differenzierung		0,40 EUR		20080101	99991231
32124	1	Endogene Kreatinin-clearance		0,80 EUR		20080101	99991231
32125	1	Präoperative Labordiagnostik		1,45 EUR		20080101	99991231
32128	1	CRP		1,15 EUR		20080101	99991231
32130	1	Streptolysin O-Antikörper		1,15 EUR		20080101	99991231
32131	1	Gesamt-IgM beim Neugeborenen		2,15 EUR		20080101	99991231
32132	1	Schwangerschaftsnachweis		1,30 EUR		20080101	99991231
32133	1	Mononucleose-Test		2,05 EUR		20080101	99991231
32134	1	Myoglobin		3,00 EUR		20080101	99991231
32135	1	Urin-Mikroalbumin		1,55 EUR		20080101	99991231
32136	1	Urin-Alpha-1-Mikroglobulin		1,85 EUR		20080101	99991231
32137	1	Buprenorphinhydrochlorid		3,05 EUR		20080101	99991231
32138	1	Höchstwert im Behandlungsfall für die Untersuchungen nach den Nrn. 32137 und 32140 bis 32148 ab dem dritten Quartal oder außerhalb der Substitutionsbehandlung		64,00 EUR		20080101	99991231
32139	1	Höchstwert im Behandlungsfall für die Untersuchungen nach den Nrn. 32137 und 32140 bis 32148 im ersten und zweiten Quartal der Substitutionsbehandlung		125,00 EUR		20080101	99991231
32140	1	Amphetamin/Metamphetamin		3,05 EUR		20080101	99991231
32141	1	Barbiturate		3,05 EUR		20080101	99991231
32142	1	Benzodiazepine		3,05 EUR		20080101	99991231
32143	1	Cannabinoide (THC)		3,05 EUR		20080101	99991231
32144	1	Kokain		3,05 EUR		20080101	99991231
32145	1	Methadon		3,05 EUR		20080101	99991231
32146	1	Opiate (Morphin)		3,05 EUR		20080101	99991231
32147	1	Phencyclidin (PCP)		3,05 EUR		20080101	99991231
32148	1	Alkohol-Bestimmung		1,00 EUR		20080101	99991231
32149	1	Allergenspezifische Immunglobuline		17,90 EUR		20080101	99991231
32150	1	Immunologischer Nachweis von Troponin I und/oder Troponin T auf einem vorgefertigten Reagenzträger bei akutem koronaren Syndrom (ACS), ggf. einschl. apparativer quantitativer Auswertung		11,25 EUR		20080101	99991231
32151	1	Kulturelle bakteriologische und/oder mykologische Untersuchung		1,15 EUR		20080101	99991231
32152	1	Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen		2,55 EUR		20080101	99991231
32153	1	Chlamydia trachomatis-Antigene		3,85 EUR		20080101	99991231
32155	1	Alkalische Leukozytenphosphatase		14,30 EUR		20090101	99991231
32156	1	Esterasereaktion		5,60 EUR		20080101	99991231
32157	1	Peroxydasereaktion		5,60 EUR		20080101	99991231
32158	1	PAS-Reaktion		5,60 EUR		20080101	99991231
32159	1	Eisenfärbung		8,40 EUR		20090101	99991231
32160	1	Saure Phosphatase		5,60 EUR		20080101	99991231
32161	1	Terminale Desoxynukleotidyl-Transferase (TdT)		5,60 EUR		20080101	99991231
32163	1	Knochenmarks-Punktat		7,90 EUR		20090101	99991231
32164	1	Lymphknoten-Punktat		9,20 EUR		20080101	99991231
32165	1	Milz-Punktat		12,00 EUR		20090101	99991231
32166	1	Synovia-Punktat		5,80 EUR		20090101	99991231
32167	1	Liquorzellausstrich		6,40 EUR		20090101	99991231
32168	1	Knochenmarksausstrich, Differenzierung, Eisenstatus		15,30 EUR		20080101	99991231
32169	1	Vergleichende Begutachtung von Knochenmarks- und Blutausstrich		15,30 EUR		20080101	99991231
32170	1	Trichogramm		5,60 EUR		20080101	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
32172	1	Parasiten-Nachweis		8,40 EUR		20090101	99991231
32175	1	Corynebakterienfärbung nach Neisser		6,20 EUR		20090101	99991231
32176	1	Ziehl-Neelsen-Färbung auf Mykobakterien		5,20 EUR		20090101	99991231
32177	1	Färbung mit Fluorochromen (z. B. Auramin) auf Mykobakterien		5,00 EUR		20090101	99991231
32178	1	Giemsa-Färbung auf Protozoen		6,30 EUR		20090101	99991231
32179	1	Karbofuchsinfärbung auf Kryptosporidien		1,40 EUR		20090101	99991231
32180	1	Tuschepräparat auf Kryptokokken		5,60 EUR		20080101	99991231
32181	1	Färbung mit Fluorochromen auf Pilze		3,30 EUR		20090101	99991231
32182	1	Ähnliche Untersuchungen		6,30 EUR		20090101	99991231
32185	1	Heidenhain-Färbung auf Protozoen		9,80 EUR		20090101	99991231
32186	1	Trichrom-Färbung auf Protozoen		7,90 EUR		20090101	99991231
32187	1	Silberfärbung auf Pneumozysten		3,50 EUR		20090101	99991231
32190	1	Spermiogramm		23,70 EUR		20090101	99991231
32192	1	Laktosetoleranz-Test		4,10 EUR		20090101	99991231
32193	1	D-Xylose-Test		5,00 EUR		20090101	99991231
32194	1	Pancreolauryl-Test		9,00 EUR		20090101	99991231
32195	1	Ähnliche Untersuchungen		5,00 EUR		20090101	99991231
32196	1	Inulin-Clearance		11,20 EUR		20080101	99991231
32197	1	Harnstoff-, Phosphat- und/oder Calcium-Clearance		10,00 EUR		20100701	99991231
32198	1	Ähnliche Untersuchungen		11,30 EUR		20090101	99991231
32203	1	Thrombelastogramm		16,60 EUR		20090101	99991231
32205	1	Reptilasezeit		16,80 EUR		20090101	99991231
32206	1	APC-Resistenz		15,60 EUR		20090101	99991231
32207	1	Lupus Antikoagulans		13,90 EUR		20090101	99991231
32208	1	Ähnliche Untersuchungen		19,20 EUR		20090101	99991231
32210	1	Antithrombin III		11,40 EUR		20090101	99991231
32211	1	Plasminogen		18,30 EUR		20090101	99991231
32212	1	Fibrinmonomere, Spaltprodukte (quantitativ)		17,80 EUR		20090101	99991231
32213	1	Faktor II		18,80 EUR		20090101	99991231
32214	1	Faktor V		18,40 EUR		20090101	99991231
32215	1	Faktor VII		34,60 EUR		20090101	99991231
32216	1	Faktor VIII		24,30 EUR		20090101	99991231
32217	1	Faktor VIII-assoziiertes Protein		30,20 EUR		20090101	99991231
32218	1	Faktor IX		24,10 EUR		20090101	99991231
32219	1	Faktor X		29,10 EUR		20090101	99991231
32220	1	Faktor XI		27,60 EUR		20090101	99991231
32221	1	Faktor XII		27,60 EUR		20090101	99991231
32222	1	Faktor XIII		25,90 EUR		20090101	99991231
32223	1	Protein C		31,30 EUR		20090101	99991231
32224	1	Protein S		31,30 EUR		20090101	99991231
32225	1	Plättchenfaktor 4		32,40 EUR		20090101	99991231
32226	1	C1-Esterase-Inhibitor		27,20 EUR		20090101	99991231
32227	1	Ähnliche Untersuchungen		20,70 EUR		20090101	99991231
32228	1	Untersuchungen der Thrombozytenfunktion		33,20 EUR		20090101	99991231
32229	1	Untersuchung der von-Willebrand-Faktor-Multimere		75,00 EUR		20120701	99991231
32230	1	Methämoglobin		8,90 EUR		20090101	99991231
32231	1	Fruktose		11,10 EUR		20090101	99991231
32232	1	Lactat		6,90 EUR		20090101	99991231
32233	1	Ammoniak		10,80 EUR		20090101	99991231
32234	1	Fluorid		13,80 EUR		20090101	99991231
32235	1	Phenylalanin		9,20 EUR		20080101	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
32236	1	Kreatin		15,80	EUR	20090101	99991231
32237	1	Gesamteiweiß Liquor / Harn		6,30	EUR	20090101	99991231
32238	1	Plasmaviskosität		6,20	EUR	20090101	99991231
32240	1	ACE		15,30	EUR	20090101	99991231
32242	1	Knochen-AP		18,50	EUR	20090101	99991231
32243	1	Osmotische Resistenz		11,80	EUR	20090101	99991231
32244	1	Osmolalität		8,10	EUR	20090101	99991231
32245	1	Gallensäuren		16,10	EUR	20090101	99991231
32246	1	Ähnliche Untersuchungen (wie 32230 - 32245)		10,20	EUR	20090101	99991231
32247	1	Blutgasanalyse und Säure-Basen-Status		13,80	EUR	20090101	99991231
32248	1	Magnesium		1,40	EUR	20080101	99991231
32250	1	Bilirubin-Bestimmung (Fruchtwasser, Blut)		11,10	EUR	20090101	99991231
32251	1	Carboxyhämoglobin		27,60	EUR	20090101	99991231
32252	1	Carnitin		26,90	EUR	20090101	99991231
32253	1	Stuhlfett-Ausscheidung pro 24 Stunden		14,20	EUR	20090101	99991231
32254	1	Fetales (HbF) oder freies Hämoglobin		7,30	EUR	20090101	99991231
32257	1	Citronensäure/Citrat		17,20	EUR	20090101	99991231
32258	1	Oxalat		23,90	EUR	20090101	99991231
32259	1	Phosphohexose-Isomerase		14,60	EUR	20090101	99991231
32260	1	Glucose-6-Phosphat-Dehydrogenase		17,00	EUR	20090101	99991231
32261	1	Pyruvatkinase		14,60	EUR	20090101	99991231
32262	1	Ähnliche Untersuchungen (wie 32250-32261)		15,40	EUR	20090101	99991231
32265	1	Calcium im Harn, Atomabsorptionsspektrometrie (AAS)		3,10	EUR	20090101	99991231
32267	1	Zink (AAS)		12,30	EUR	20090101	99991231
32268	1	Nickel (AAS)		16,10	EUR	20090101	99991231
32269	1	Arsen (AAS)		16,10	EUR	20090101	99991231
32270	1	Aluminium (AAS)		12,30	EUR	20090101	99991231
32271	1	Blei (AAS)		13,80	EUR	20090101	99991231
32272	1	Cadmium (AAS)		9,90	EUR	20090101	99991231
32273	1	Chrom (AAS)		15,30	EUR	20090101	99991231
32274	1	Eisen im Harn (AAS)		19,20	EUR	20090101	99991231
32277	1	Kupfer im Harn oder Gewebe (AAS)		8,10	EUR	20090101	99991231
32278	1	Mangan (AAS)		12,30	EUR	20090101	99991231
32279	1	Quecksilber (AAS)		12,30	EUR	20090101	99991231
32280	1	Selen (AAS)		14,60	EUR	20090101	99991231
32281	1	Thallium (AAS)		13,70	EUR	20090101	99991231
32283	1	Spurenelemente (AAS)		9,70	EUR	20090101	99991231
32286	1	Höchstwert für die Untersuchungen nach den Nrn. 32265, 32267 bis 32274, 32277 bis 32281 und 32283		24,50	EUR	20090101	99991231
32290	1	Aminosäuren		17,90	EUR	20080101	99991231
32291	1	Porphyrine		29,60	EUR	20090101	99991231
32292	1	Drogen		20,30	EUR	20090101	99991231
32293	1	Arzneimittel		10,40	EUR	20090101	99991231
32294	1	Ähnliche Untersuchungen (wie 32290 bis 32293)		19,70	EUR	20090101	99991231
32300	1	Katecholamine und/oder Metabolite		27,00	EUR	20090101	99991231
32301	1	Serotonin und/oder Metabolite		13,30	EUR	20090101	99991231
32302	1	Porphyrine		15,40	EUR	20090101	99991231
32303	1	Porphobilinogen		23,40	EUR	20090101	99991231
32304	1	Delta-Amino-Lävulinsäure		24,50	EUR	20090101	99991231
32305	1	Arzneimittel		17,30	EUR	20090101	99991231
32306	1	Vitamine		22,30	EUR	20090101	99991231
32307	1	Drogen		17,70	EUR	20090101	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
32308	1	Pyridinolin und/oder Desoxypyridinolin		28,40 EUR		20090101	99991231
32309	1	Phenylalanin		18,70 EUR		20090101	99991231
32310	1	Aminosäuren		22,00 EUR		20090101	99991231
32311	1	Exogene Gifte		28,70 EUR		20090101	99991231
32312	1	Hämoglobine		11,80 EUR		20090101	99991231
32313	1	Ähnliche Untersuchungen (wie 32300 bis 32310)		20,90 EUR		20090101	99991231
32314	1	Bestimmung mittels DC, GC, HPLC, Massenspektrometrie		51,90 EUR		20090101	99991231
32315	1	Auswertung von ¹³ C-Harnstoff-Atemtests		12,00 EUR		20090101	99991231
32316	1	Chemische Stein-Analyse		10,30 EUR		20090101	99991231
32317	1	Spektrografische Stein-Analyse		10,30 EUR		20090101	99991231
32318	1	Quantitative Bestimmung von Homocystein		15,00 EUR		20090101	99991231
32320	1	fT ₄		3,70 EUR		20090101	99991231
32321	1	fT ₃		3,70 EUR		20090101	99991231
32323	1	Digoxin		6,30 EUR		20090101	99991231
32324	1	CEA		3,80 EUR		20090101	99991231
32325	1	Ferritin		4,20 EUR		20090101	99991231
32330	1	Amphetamine		7,70 EUR		20090101	99991231
32331	1	Barbiturate		8,80 EUR		20090101	99991231
32332	1	Benzodiazepine		7,10 EUR		20090101	99991231
32333	1	Cannabinoide		7,50 EUR		20090101	99991231
32334	1	Kokain		7,50 EUR		20090101	99991231
32335	1	Methadon		8,90 EUR		20090101	99991231
32336	1	Opiate		7,50 EUR		20090101	99991231
32337	1	Ähnliche Untersuchungen (wie 32330 bis 32336)		9,50 EUR		20090101	99991231
32339	1	Höchstwert für die Untersuchungen nach den Nrn. 32330 bis 32337		24,10 EUR		20090101	99991231
32340	1	Antiarrhythmika		14,90 EUR		20090101	99991231
32341	1	Antibiotika		17,70 EUR		20090101	99991231
32342	1	Antiepileptika		8,60 EUR		20090101	99991231
32343	1	Digitoxin		7,20 EUR		20090101	99991231
32344	1	Zytostatika		23,90 EUR		20090101	99991231
32345	1	Theophyllin		10,70 EUR		20090101	99991231
32346	1	Ähnliche Untersuchungen (wie 32340 bis 32345)		14,60 EUR		20090101	99991231
32350	1	AFP		6,40 EUR		20090101	99991231
32351	1	PSA		4,80 EUR		20090101	99991231
32352	1	HCG / β -HCG		6,10 EUR		20090101	99991231
32353	1	FSH		4,50 EUR		20090101	99991231
32354	1	LH		4,90 EUR		20090101	99991231
32355	1	Prolaktin		4,60 EUR		20090101	99991231
32356	1	Östradiol		4,60 EUR		20090101	99991231
32357	1	Progesteron		3,80 EUR		20090101	99991231
32358	1	Testosteron		5,00 EUR		20090101	99991231
32359	1	Insulin		6,40 EUR		20090101	99991231
32360	1	SHBG		11,90 EUR		20090101	99991231
32361	1	Ähnliche Untersuchungen (wie 32350 bis 32360)		8,10 EUR		20090101	99991231
32365	1	C-Peptid		14,70 EUR		20090101	99991231
32366	1	Gastrin		11,70 EUR		20090101	99991231
32367	1	Cortisol		6,20 EUR		20090101	99991231
32368	1	17-Hydroxy-Progesteron		9,40 EUR		20090101	99991231
32369	1	DHEA, DHEA-S		6,90 EUR		20090101	99991231
32370	1	HGH, IGF-I		10,20 EUR		20090101	99991231
32371	1	IGF-I, SM-C, IGFBP-3		33,70 EUR		20090101	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
32372	1	Folsäure		5,40 EUR		20090101	99991231
32373	1	Vitamin B 12		4,20 EUR		20090101	99991231
32374	1	Cyclosporin		29,60 EUR		20090101	99991231
32375	1	Trypsin		24,60 EUR		20090101	99991231
32376	1	ß2-Mikroglobulin		10,90 EUR		20090101	99991231
32377	1	Pankreas-Elastase		22,50 EUR		20090101	99991231
32378	1	Neopterin		18,50 EUR		20090101	99991231
32379	1	Tacrolimus		31,90 EUR		20090101	99991231
32380	1	ECP		21,60 EUR		20090101	99991231
32381	1	Ähnliche Untersuchungen (wie 32365 bis 32380)		15,90 EUR		20090101	99991231
32385	1	Aldosteron		11,70 EUR		20090101	99991231
32386	1	Renin		31,30 EUR		20090101	99991231
32387	1	Androstendion		12,80 EUR		20090101	99991231
32388	1	Corticosteron		53,70 EUR		20080101	99991231
32389	1	11-Desoxycortisol		22,10 EUR		20090101	99991231
32390	1	CA 125		10,60 EUR		20090101	99991231
32391	1	CA 15-3		8,70 EUR		20090101	99991231
32392	1	CA 19-9		9,20 EUR		20080101	99991231
32393	1	CA 50		29,20 EUR		20090101	99991231
32394	1	CA 72-4 (TAG 72)		22,70 EUR		20090101	99991231
32395	1	NSE		15,50 EUR		20090101	99991231
32396	1	SCC		15,90 EUR		20090101	99991231
32397	1	TPA, TPS		24,40 EUR		20090101	99991231
32398	1	MCA		33,20 EUR		20080101	99991231
32400	1	CYFRA 21-1		24,20 EUR		20090101	99991231
32401	1	Dihydrotestosteron		16,10 EUR		20090101	99991231
32402	1	Erythropoetin		25,10 EUR		20090101	99991231
32403	1	Pyridinolin, Desoxypyridinolin, Typ I-Kollagen-Telopeptide		18,90 EUR		20080101	99991231
32404	1	Knochen-AP, Typ I-Prokollagen-Propeptide		20,50 EUR		20080101	99991231
32405	1	Ähnliche Untersuchungen (wie 32385 bis 32404)		22,80 EUR		20090101	99991231
32410	1	Calcitonin		14,90 EUR		20090101	99991231
32411	1	Parathormon intakt		14,80 EUR		20090101	99991231
32412	1	ACTH		14,50 EUR		20090101	99991231
32413	1	Vitamin D		18,40 EUR		20090101	99991231
32414	1	Osteocalcin		23,90 EUR		20090101	99991231
32415	1	ADH		24,00 EUR		20090101	99991231
32416	1	Ähnliche Untersuchungen (wie 32410 bis 32415)		24,90 EUR		20090101	99991231
32420	1	Thyreoglobulin		17,40 EUR		20090101	99991231
32421	1	Vitamin D3		33,80 EUR		20090101	99991231
32422	1	Ähnliche Untersuchungen (32420 - 32421)		33,20 EUR		20080101	99991231
32426	1	Gesamt-IgE		4,60 EUR		20080101	99991231
32427	1	Allergenspezifische Immunglobuline I		7,10 EUR		20090101	99991231
32429	1	Allergenspezifische Immunglobuline II		33,20 EUR		20090101	99991231
32430	1	Proteinnachweis mittels Immunpräzipitation		6,40 EUR		20090101	99991231
32432	1	Höchstwert für Untersuchungen nach Nr. 32430		16,80 EUR		20090101	99991231
32433	1	Höchstwert für Untersuchungen nach GOP 32426 und 32427		65 EUR		20091001	99991231
32434	1	Höchstwert für Untersuchungen nach GOP 32426 und 32427 in begründeten Einzelfällen bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr		111 EUR		20091001	99991231
32435	1	Albumin		3,40 EUR		20090101	99991231
32437	1	Alpha-1-Mikroglobulin		8,40 EUR		20090101	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
32438	1	Alpha-1-Antitrypsin		10,70 EUR		20090101	99991231
32439	1	Alpha-2-Makroglobulin		10,20 EUR		20090101	99991231
32440	1	Coeruloplasmin		11,20 EUR		20090101	99991231
32441	1	Haptoglobin		7,30 EUR		20090101	99991231
32442	1	Hämopexin		11,50 EUR		20090101	99991231
32443	1	C 3		7,80 EUR		20090101	99991231
32444	1	C 4		7,50 EUR		20090101	99991231
32445	1	IgD		11,60 EUR		20090101	99991231
32446	1	Freie Kappa-Ketten		12,60 EUR		20090101	99991231
32447	1	Freie Lambda-Ketten		12,50 EUR		20090101	99991231
32448	1	IgA, IgG, IgM im Liquor		8,50 EUR		20090101	99991231
32449	1	IgG im Harn		5,50 EUR		20090101	99991231
32450	1	Myoglobin		10,80 EUR		20090101	99991231
32451	1	Apolipoprotein A-I		9,50 EUR		20090101	99991231
32452	1	Apolipoprotein B		9,60 EUR		20090101	99991231
32453	1	PMN - Elastase		14,40 EUR		20090101	99991231
32454	1	Lysozym		10,60 EUR		20090101	99991231
32455	1	Ähnliche Untersuchungen (wie 32435 bis 32454)		8,90 EUR		20090101	99991231
32456	1	Lipoprotein (a)		11,90 EUR		20090101	99991231
32458	1	Höchstwert für Untersuchungen nach den Nrn. 32435 und 32437 bis 32456		33,40 EUR		20090101	99991231
32460	1	CRP		4,90 EUR		20090101	99991231
32461	1	Rheumafaktor		4,20 EUR		20090101	99991231
32462	1	Immunglobulinsubklasse		23,40 EUR		20090101	99991231
32463	1	Cystatin C		9,70 EUR		20090101	99991231
32465	1	Oligoklonale Banden		24,90 EUR		20090101	99991231
32466	1	Harnproteine		18,00 EUR		20090101	99991231
32467	1	Lipoproteine		21,20 EUR		20090101	99991231
32468	1	Hämoglobine		21,90 EUR		20090101	99991231
32469	1	AP - Isoenzyme		21,40 EUR		20090101	99991231
32470	1	CK - Isoenzyme		21,60 EUR		20090101	99991231
32471	1	LDH - Isoenzyme		20,90 EUR		20090101	99991231
32472	1	Alpha-1-Antitrypsin, Phänotypisierung		33,00 EUR		20090101	99991231
32473	1	Acetylcholinesterase im Fruchtwasser		14,00 EUR		20090101	99991231
32474	1	Proteine in Punktaten		8,10 EUR		20090101	99991231
32475	1	Ähnliche Untersuchungen (wie 32465 bis 32474)		7,20 EUR		20090101	99991231
32476	1	Immunoblot		25,00 EUR		20090101	99991231
32478	1	Immunfixationselektrophorese		20,00 EUR		20091001	99991231
32479	1	Gliadin-Antikörper Nachweis		14,70 EUR		20090101	99991231
32489	1	Antikörper gegen zyklisch citrulliniertes Peptid		11,20 EUR		20080101	99991231
32490	1	ANA Suchtest		7,30 EUR		20090101	99991231
32491	1	Doppelstrang-DNS Antikörper		10,40 EUR		20090101	99991231
32492	1	Antikörper gegen Zellkern- oder zytoplasmatische Antigene		9,50 EUR		20090101	99991231
32493	1	Antikörper gegen Zentromerantigene		9,00 EUR		20090101	99991231
32494	1	AMA		6,00 EUR		20090101	99991231
32495	1	LKM-, SLA-, ASGPR- Antikörper		12,30 EUR		20090101	99991231
32496	1	ANCA		10,10 EUR		20090101	99991231
32497	1	Antikörper gegen glatte Muskulatur		14,90 EUR		20090101	99991231
32498	1	Herzmuskel-Antikörper		14,80 EUR		20090101	99991231
32499	1	Antikörper gegen Skelettmuskulatur		9,10 EUR		20090101	99991231
32500	1	ICA, GADA		12,50 EUR		20080101	99991231
32501	1	Insulin-Antikörper		12,40 EUR		20090101	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
32502	1	Mikrosomale Antikörper, Thyreoglobulin-Antikörper		7,50	EUR	20090101	99991231
32503	1	Phospholipid-Antikörper		7,30	EUR	20090101	99991231
32504	1	Thrombozyten-Antikörper		28,70	EUR	20090101	99991231
32505	1	Ähnliche Untersuchungen (wie 32489 bis 32504)		9,50	EUR	20090101	99991231
32506	1	MAR - Test		7,40	EUR	20080101	99991231
32507	1	Spermien - Antikörper		17,10	EUR	20090101	99991231
32508	1	TSH-Rezeptor-Antikörper		10,30	EUR	20090101	99991231
32509	1	Acetylcholin-Rezeptor-Antikörper		41,80	EUR	20090101	99991231
32510	1	Dichtegradienten- oder immunomagnetische Zellsolierung		10,40	EUR	20090101	99991231
32511	1	Höchstwert für die Untersuchungen nach den Nrn. 32489 bis 32505		42,60	EUR	20090101	99991231
32520	1	B-Lymphozyten		8,90	EUR	20090101	99991231
32521	1	T-Lymphozyten		7,40	EUR	20090101	99991231
32522	1	CD4-Zellen		8,90	EUR	20090101	99991231
32523	1	CD8-Zellen		8,90	EUR	20090101	99991231
32524	1	NK-Zellen		8,90	EUR	20090101	99991231
32525	1	Aktivierete T-Zellen		8,90	EUR	20090101	99991231
32526	1	Zytotoxische T-Zellen		8,90	EUR	20090101	99991231
32527	1	Ähnliche Untersuchungen (wie 32520-32526)		11,50	EUR	20090101	99991231
32528	1	Nachweis eines HLA-Antigens		15,60	EUR	20090101	99991231
32529	1	HLA - Typisierung		76,70	EUR	20080101	99991231
32530	1	Nachweis von zytotoxischen Alloantikörpern, ggf. einschl. HLA-Spezifizierung		47,30	EUR	20090101	99991231
32531	1	HLA - Verträglichkeit, serologisch		42,90	EUR	20080101	99991231
32532	1	Lymphozyten-Transformations-Test		52,40	EUR	20090101	99991231
32533	1	Untersuchung der Leukozytenfunktion		25,60	EUR	20080101	99991231
32536	1	Höchstwert für die Untersuchungen nach der Nr. 32528		62,40	EUR	20090101	99991231
32540	1	Blutgruppe (AB0-System) und Rhesus D		9,60	EUR	20090101	99991231
32541	1	Lewis, M, N, P1, Rhesusformel		6,90	EUR	20090101	99991231
32542	1	Dweak, Duffy, Kell, Kidd		8,70	EUR	20090101	99991231
32543	1	Erythrozytenantikörpernachweis mit direktem Antiglobulintest		8,70	EUR	20090101	99991231
32544	1	Erythrozytenantikörpernachweis ohne Antiglobulinphase		6,40	EUR	20090101	99991231
32545	1	Antikörpersuchtest in mehreren Techniken		7,30	EUR	20090101	99991231
32546	1	Antikörperdifferenzierung in mehreren Techniken		20,60	EUR	20090101	99991231
32550	1	Antiglobulintest mit monospezifischem Antihumanglobulin		14,40	EUR	20090101	99991231
32551	1	Chemische oder thermische Elution von Erythrozytenantikörpern		19,20	EUR	20090101	99991231
32552	1	Absorption von Erythrozytenantikörpern an vorbehandelte Zellen		10,70	EUR	20080101	99991231
32553	1	Nachweis von Hämolysinen mit Komplementzusatz		13,80	EUR	20090101	99991231
32554	1	Quantitative Bestimmung eines Erythrozytenantikörpers		8,00	EUR	20090101	99991231
32555	1	Ähnliche Untersuchungen (wie 32550 bis 32554)		8,70	EUR	20080101	99991231
32556	1	Kreuzprobe mit indirektem Antiglobulintest		12,70	EUR	20090101	99991231
32560	1	Antistreptolysin-O - Reaktion		5,00	EUR	20090101	99991231
32561	1	Anti-DNase-B-Reaktion		11,70	EUR	20090101	99991231
32562	1	Antistreptokokken - Hyaluronidase		12,10	EUR	20090101	99991231
32563	1	Antistreptokinase		11,60	EUR	20090101	99991231
32564	1	Antistaphylolysin - Bestimmung		8,40	EUR	20090101	99991231
32565	1	VDRL		4,70	EUR	20090101	99991231
32566	1	Treponemenantikörper-Nachweis, TPHA/TPPA-Test, Immunoassay		4,60	EUR	20100701	99991231
32567	1	Treponemenantikörper-Bestimmung		14,10	EUR	20100701	99991231
32568	1	Treponema pallidum-Bestätigung (Immunoblot, FTA-Abs)		21,90	EUR	20100701	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
32569	1	Toxoplasma-Antikörper - Suchtest		6,90	EUR	20090101	99991231
32570	1	Toxoplasma-IgM-Antikörper quantitativ		10,60	EUR	20090101	99991231
32571	1	Toxoplasma-Antikörper quantitativ nach Suchtest		8,30	EUR	20090101	99991231
32574	1	Röteln - Antikörper - Immunoassay			EUR	20120701	99991231
32575	1	HIV-1 oder HIV-1/2 Antikörper - Immunassay		4,10	EUR	20090101	99991231
32576	1	HIV-2 Antikörper - Immunoassay		4,50	EUR	20090101	99991231
32585	1	Bordetella pertussis-Antikörper		10,60	EUR	20090101	99991231
32586	1	Borrelia burgdorferi-Antikörper		7,10	EUR	20090101	99991231
32587	1	Brucella-Antikörper		7,80	EUR	20090101	99991231
32588	1	Campylobacter-Antikörper		7,70	EUR	20090101	99991231
32589	1	Chlamydien-Antikörper		10,10	EUR	20090101	99991231
32590	1	Coxiella burnetii-Antikörper		13,80	EUR	20090101	99991231
32591	1	Gonokokken-Antikörper		8,00	EUR	20090101	99991231
32592	1	Legionellen-Antikörper		9,70	EUR	20090101	99991231
32593	1	Leptospiren-Antikörper		11,60	EUR	20090101	99991231
32594	1	Listerien-Antikörper		4,90	EUR	20090101	99991231
32595	1	Mycoplasma pneumoniae-Antikörper		7,00	EUR	20090101	99991231
32596	1	S. typhi- oder S. paratyphi-Antikörper		5,40	EUR	20090101	99991231
32597	1	Tetanus-Antitoxin		9,10	EUR	20090101	99991231
32598	1	Yersinien-Antikörper		6,10	EUR	20090101	99991231
32599	1	Leptospiren-Antikörper		31,70	EUR	20080101	99991231
32600	1	Chlamydien-Antikörper (MIF)		15,70	EUR	20090101	99991231
32601	1	Adenoviren-Antikörper		10,40	EUR	20090101	99991231
32602	1	Cytomegalievirus-Antikörper		9,80	EUR	20090101	99991231
32603	1	Cytomegalievirus-IgM-Antikörper		9,70	EUR	20090101	99991231
32604	1	Coxsackieviren-Antikörper		7,90	EUR	20090101	99991231
32605	1	EBV-EA-Antikörper		8,50	EUR	20090101	99991231
32606	1	EBV-EBNA-Antikörper		8,40	EUR	20090101	99991231
32607	1	EBV-VCA-Antikörper		9,10	EUR	20090101	99991231
32608	1	EBV-VCA-IgM-Antikörper		9,80	EUR	20090101	99991231
32609	1	Echoviren-Antikörper		8,20	EUR	20090101	99991231
32610	1	Enteroviren-Antikörper		7,40	EUR	20090101	99991231
32611	1	FSME-Virus-Antikörper		11,10	EUR	20090101	99991231
32612	1	HAV-Antikörper		5,80	EUR	20090101	99991231
32613	1	HAV-IgM-Antikörper		6,70	EUR	20090101	99991231
32614	1	HBc-Antikörper		5,90	EUR	20090101	99991231
32615	1	HBc-IgM-Antikörper		8,50	EUR	20090101	99991231
32616	1	HBe-Antikörper		9,40	EUR	20090101	99991231
32617	1	HBs-Antikörper		5,50	EUR	20090101	99991231
32618	1	HCV-Antikörper		9,80	EUR	20090101	99991231
32619	1	HDV-Antikörper		26,70	EUR	20090101	99991231
32620	1	HDV-IgM-Antikörper		28,90	EUR	20090101	99991231
32621	1	HSV-Antikörper		11,10	EUR	20090101	99991231
32622	1	Influenzaviren-Antikörper		7,60	EUR	20090101	99991231
32623	1	Masernvirus-Antikörper		11,10	EUR	20090101	99991231
32624	1	Mumpsvirus-Antikörper		12,00	EUR	20090101	99991231
32625	1	Parainfluenzaviren-Antikörper		10,30	EUR	20090101	99991231
32626	1	Parvoviren-Antikörper		17,30	EUR	20090101	99991231
32627	1	Polioviren-Antikörper		9,80	EUR	20090101	99991231
32628	1	RSV-Antikörper		8,00	EUR	20090101	99991231
32629	1	Varicella-Zoster-Virus-Antikörper		11,30	EUR	20090101	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
32630	1	Varicella-Zoster-Virus-IgM-Antikörper		13,20	EUR	20090101	99991231
32631	1	Aspergillus-Antikörper		9,80	EUR	20090101	99991231
32632	1	Candida-Antikörper		9,80	EUR	20090101	99991231
32633	1	Coccidioides-Antikörper		24,40	EUR	20090101	99991231
32634	1	Histoplasma-Antikörper		18,40	EUR	20080101	99991231
32635	1	Cysticercus-Antikörper		18,40	EUR	20080101	99991231
32636	1	Echinococcus-Antikörper		14,20	EUR	20090101	99991231
32637	1	Entamoeba histolytica-Antikörper		14,70	EUR	20090101	99991231
32638	1	Leishmania-Antikörper		18,90	EUR	20080101	99991231
32639	1	Plasmodien-Antikörper		15,40	EUR	20090101	99991231
32640	1	Toxoplasma-IgG-Antikörper Avidität		25,90	EUR	20090101	99991231
32641	1	Ähnliche Untersuchungen (32560 bis 32640)		11,10	EUR	20090101	99991231
32642	1	Nachweis neutralisierender Antikörper		14,20	EUR	20090101	99991231
32644	1	Höchstwert für die Untersuchungen nach den Nrn. 32569 bis 32571, 32585 bis 32642 und 32660 bis 32664		66,30	EUR	20090101	99991231
32660	1	HIV-1, HIV-2-Antikörper Westernblot		53,60	EUR	20090101	99991231
32661	1	HCV-Antikörper Immunoblot		44,10	EUR	20090101	99991231
32662	1	Borrelia-Antikörper Immunoblot		20,30	EUR	20090101	99991231
32663	1	Yersinien-Antikörper, auch als Eingangstest		20,10	EUR	20090101	99991231
32664	1	Ähnliche Untersuchungen (wie 32660 bis 32663)		19,20	EUR	20090101	99991231
32670	1	Quantitative Bestimmung einer in-vitro Interferon-gamma Freisetzung		58,00	EUR	20110101	99991231
32680	1	Parasiten-Antigen-Direktnachweis (Immunfluoreszenz, -assay)		9,00	EUR	20090101	99991231
32681	1	Protozoenkultur		5,70	EUR	20090101	99991231
32682	1	Einheimische und/oder tropische Helminthen (-eier)		6,90	EUR	20090101	99991231
32685	1	Pilz-Antigen-Direktnachweis (Agglutination, Immunpräzipitation)		10,40	EUR	20090101	99991231
32686	1	Pilz-Antigen-Direktnachweis (Immunfluoreszenz, -assay)		11,70	EUR	20090101	99991231
32687	1	Kulturelle mykologische Untersuchung		4,70	EUR	20090101	99991231
32688	1	Morphologische Differenzierung		2,70	EUR	20090101	99991231
32689	1	Biochemische Differenzierung		10,10	EUR	20090101	99991231
32690	1	Differenzierung mittels Antiseren		2,30	EUR	20080101	99991231
32691	1	Orientierende Empfindlichkeitsprüfung		5,60	EUR	20090101	99991231
32695	1	Höchstwert für die Untersuchung nach Nr. 32690		11,50	EUR	20080101	99991231
32700	1	Bakterien-Antigen-Direktnachweis (Agglutination, Immunpräzipitation)		9,50	EUR	20090101	99991231
32702	1	Chlamydia trachomatis		9,70	EUR	20080101	99991231
32703	1	Neisseria gonorrhoeae		7,20	EUR	20080101	99991231
32704	1	Mycoplasma pneumoniae		9,70	EUR	20080101	99991231
32705	1	Shigatoxin		9,30	EUR	20090101	99991231
32706	1	Helicobacter pylori-Antigen im Stuhl		23,50	EUR	20090101	99991231
32707	1	Ähnliche Untersuchungen (wie 32702 bis 32706)		11,90	EUR	20090101	99991231
32708	1	Mikrobiologischer Nachweis angeborener Enzymdefekte		5,60	EUR	20080101	99991231
32720	1	Urinuntersuchung		5,50	EUR	20090101	99991231
32721	1	Sputum-, Bronchialsekretuntersuchung		7,20	EUR	20090101	99991231
32722	1	Stuhluntersuchung I		8,00	EUR	20090101	99991231
32723	1	Stuhluntersuchung II		10,70	EUR	20080101	99991231
32724	1	Blutkultur, aerob oder anaerob		11,70	EUR	20090101	99991231
32725	1	Untersuchung von Liquor, Punktat, Biopsie, Bronchiallavage, Exzidat		9,40	EUR	20090101	99991231
32726	1	Untersuchung eines Abstrichs, Exsudats, Sekrets I		6,40	EUR	20090101	99991231
32727	1	Untersuchung eines Abstrichs, Exsudats, Sekrets II		8,50	EUR	20090101	99991231
32740	1	Kultureller Nachweis von betahämolisierende Streptokokken		5,40	EUR	20080101	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
32741	1	Kultureller Nachweis von Neisseria gonorrhoeae		5,20	EUR	20090101	99991231
32742	1	Kultureller Nachweis von Aktinomyzeten		6,20	EUR	20090101	99991231
32743	1	Kultureller Nachweis von Borrelien		6,60	EUR	20080101	99991231
32744	1	Kultureller Nachweis von Mykoplasmen		9,50	EUR	20090101	99991231
32745	1	Kultureller Nachweis von Legionellen		6,60	EUR	20080101	99991231
32746	1	Kultureller Nachweis von Leptospiren		6,60	EUR	20080101	99991231
32747	1	Kultureller Nachweis von Mykobakterien		34,90	EUR	20090101	99991231
32748	1	Bakteriologische Untersuchung in vivo		13,80	EUR	20090101	99991231
32749	1	Nachweis bakterieller Toxine mittels Zellkultur		12,80	EUR	20080101	99991231
32750	1	Differenzierung gezüchteter Bakterien mittels Antisera		3,90	EUR	20090101	99991231
32751	1	Höchstwert für die Untersuchungen nach der Nr. 32750		39,00	EUR	20090101	99991231
32760	1	Bakterienreinkultur-Differenzierung, bis zu 3 Reaktionen		3,60	EUR	20090101	99991231
32761	1	Bakterienreinkultur-Differenzierung, mind. 4 Reaktionen		5,30	EUR	20090101	99991231
32762	1	Bakterienreinkultur-Differenzierung, mind. 10 Reaktionen		8,80	EUR	20090101	99991231
32763	1	Differenzierung von strikten Anaerobiern		13,30	EUR	20090101	99991231
32764	1	Differenzierung von Tuberkulosebakterien		28,40	EUR	20090101	99991231
32765	1	Differenzierung von Mykobakterien (ubiquitäre Mykobakterien)		34,50	EUR	20090101	99991231
32766	1	Empfindlichkeitsprüfung I		5,40	EUR	20090101	99991231
32767	1	Empfindlichkeitsprüfung II		8,90	EUR	20090101	99991231
32768	1	MHK-Bestimmung		18,70	EUR	20090101	99991231
32769	1	Zuschlag MBK		9,20	EUR	20090101	99991231
32770	1	Empfindlichkeitsprüfungen von Mykobakterien		7,90	EUR	20090101	99991231
32771	1	Höchstwert für die Untersuchungen nach der Nr. 32770, je Mykobakterienart		39,50	EUR	20090101	99991231
32780	1	Nachweis von HAV		7,70	EUR	20080101	99991231
32781	1	Nachweis von HBsAg		5,50	EUR	20090101	99991231
32782	1	Nachweis von HBeAg		10,90	EUR	20090101	99991231
32783	1	Nachweis von HIV		27,50	EUR	20090101	99991231
32784	1	Nachweis von CMV		18,50	EUR	20090101	99991231
32785	1	Nachweis von HSV		17,30	EUR	20090101	99991231
32786	1	Nachweis von Influenzaviren		9,20	EUR	20080101	99991231
32787	1	Nachweis von Parainfluenzaviren		6,10	EUR	20080101	99991231
32788	1	Nachweis von RSV		18,50	EUR	20090101	99991231
32789	1	Nachweis von Adenoviren		8,70	EUR	20090101	99991231
32790	1	Nachweis von Rotaviren		7,40	EUR	20090101	99991231
32791	1	Ähnliche Untersuchungen (wie 32780 bis 32790)		13,20	EUR	20090101	99991231
32792	1	Elektronenmikroskopischer Nachweis von Viren		46,00	EUR	20080101	99991231
32793	1	Anzüchtung von Viren, Rickettsien (Zellkultur)		10,30	EUR	20090101	99991231
32794	1	Anzüchtung von Viren oder Rickettsien (Brutei)		10,20	EUR	20080101	99991231
32795	1	Typisierung von Viren in Zellkulturen		9,20	EUR	20080101	99991231
32797	1	Höchstwert für die Untersuchungen nach den Nrn. 32792 bis 32794, je Körpermaterial		46,00	EUR	20090101	99991231
32820	1	Nachweis von HPV-DNA		30,40	EUR	20090101	99991231
32821	1	Genotypische Untersuchung auf pharmakologisch relevante genetische Eigenschaften des HI-Virus vor Gabe eines CCR5-Korezeptor-Antagonisten oder bei Verdacht auf Therapieversagen unter Gabe eines CCR5-Korezeptor-Antagonisten gemäß Zusammenfassung der Merkmale eines Arzneimittels (Fachinformation)		260,00	EUR	20130101	99991231
32822	1	Genotypische Untersuchung auf pharmakologisch relevante genetische Eigenschaften des HI-Virus unter Gabe eines Fusions-Inhibitors oder Integrase-Inhibitors bei Verdacht auf Therapieversagen gemäß Zusammenfassung der Merkmale eines Arzneimittels (Fachinformation)		260,00	EUR	20130101	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
32823	1	Hepatitis B-Virus-DNA oder Hepatitis C-Virus-RNA, quantitativ		89,50	EUR	20080101	99991231
32824	1	HIV-RNA		112,50	EUR	20080101	99991231
32825	1	DNA, RNA des Mycobacterium tuberculosis Complex		61,40	EUR	20080101	99991231
32826	1	Chlamydia trachomatis-DNA, -RNA		20,50	EUR	20090101	99991231
32827	1	Hepatitis C-Virus-Genotyp		85,00	EUR	20090101	99991231
32828	1	Genotypische HIV-Resistenztestung		260,00	EUR	20090101	20121231
32828	1	Genotypische HIV-Resistenztestung bei HIV-Infizierten gemäß Anlage I der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung		260,00	EUR	20130101	99991231
32829	1	Bordetella pertussis- und B. parapertussis		16,50	EUR	20080401	99991231
32830	1	Mycobacterium tuberculosis		16,50	EUR	20080101	99991231
32831	1	CMV		16,50	EUR	20080101	99991231
32832	1	Parvovirus		16,50	EUR	20080401	99991231
32833	1	Toxoplasma		16,50	EUR	20080101	99991231
32834	1	Erreger aus Liquor		16,50	EUR	20080101	99991231
32835	1	HCV		40,00	EUR	20090101	99991231
32836	1	Neisseria gonorrhoeae		16,50	EUR	20080101	99991231
32837	1	MRSA		16,50	EUR	20080101	99991231
32838	1	Norovirus		16,50	EUR	20080401	99991231
32839	1	Chlamydien		16,50	EUR	20080101	99991231
32841	1	Influenza A und B (nicht bei Verdacht auf Vogelgrippe)		16,50	EUR	20090101	99991231
32842	1	Mycoplasmen		16,50	EUR	20090101	99991231
32843	1	Polyoma-Virus bei organtransplantierten Patienten		16,50	EUR	20090101	99991231
32844	1	EBV bei organtransplantierten Patienten		16,50	EUR	20090101	99991231
32859	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 32820, 32829 bis 32839 und 32841 bis 32844		4,00	EUR	20090101	99991231
32860	1	Faktor-V-Leiden-Mutation		30,00	EUR	20080101	99991231
32861	1	Prothrombin G20210A-Mutation		30,00	EUR	20080101	99991231
32862	1	HLA-B27		30,00	EUR	20090101	99991231
32863	1	Nachweis einer MTHFR-Mutation (Homocystein Konzentration im Plasma 50 µmol pro Liter)		30,00	EUR	20090101	99991231
32880	1	Laborpauschale für Untersuchungen im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 01732		0,50EUR		20091001	99991231
32881	1	Laborpauschale für Untersuchungen im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 01732		0,25EUR		20091001	99991231
32882	1	Laborpauschale für Untersuchungen im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 01732		0,25EUR		20091001	99991231
33000	1	Sonographie des Auges	305			20080101	99991231
33001	1	Ultraschall-Biometrie des Auges	150			20080101	99991231
33002	1	Ultraschall-Pachymetrie der Hornhaut eines Auges	170			20080101	99991231
33010	1	Nasennebenhöhlen - Sonographie	170			20080101	99991231
33011	1	Sonographie der Gesichteweichteile und/oder Halsweichteile und/oder Speicheldrüsen (mit Ausnahme der Schilddrüse)	245			20080101	99991231
33012	1	Schilddrüsen - Sonographie	240			20080101	99991231
33020	1	Echokardiographie (M-Mode- und B-Mode-Verfahren)	760			20080101	99991231
33021	1	Doppler-Echokardiographie (PW- / CW-Doppler)	795			20080101	99991231
33022	1	Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	950			20080101	99991231
33023	1	Zuschlag TEE	1065			20080101	99991231
33030	1	Echokardiographie mit physikalischer Stufenbelastung	2090			20080101	99991231
33031	1	Echokardiographie mit pharmakainduzierter Stufenbelastung	2360			20080101	99991231
33040	1	Sonographie der Thoraxorgane	360			20080101	99991231
33041	1	Mamma - Sonographie	465			20080101	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
33042	1	Abdominelle Sonographie	445			20080101	99991231
33043	1	Uro-Genital-Sonographie	245			20080101	99991231
33044	1	Sonographie der weiblichen Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase	400			20080101	99991231
33050	1	Gelenk-Sonographie, Sonographie von Sehnen, Muskeln, Bursae	225			20080101	99991231
33051	1	Sonographie der Säuglingshöften	325			20080101	99991231
33052	1	Sonographie offene Fontanelle beim Neugeborenen, Säugling oder Kleinkind	345			20080101	99991231
33060	1	CW-Doppler-Sonographie extrakranieller Gefäße	810			20080101	99991231
33061	1	CW-Doppler-Sonographie extremitätenversorgender Gefäße	305			20080101	99991231
33062	1	CW-Doppler-Sonographie der Gefäße des männlichen Genitalsystems	225			20080101	99991231
33063	1	PW-Doppler-Sonographie der intrakraniellen Gefäße	710			20080101	99991231
33064	1	PW-Doppler-Sonographie der Gefäße des männlichen Genitalsystems	315			20080101	99991231
33070	1	Duplex-Sonographie der extrakraniellen Gefäße	1160			20080101	99991231
33071	1	Duplex-Sonographie der intrakraniellen Gefäße	705			20080101	99991231
33072	1	Duplex-Sonographie der extremitätenver- und/oder entsorgender Gefäße	735			20080101	99991231
33073	1	Duplex-Sonographie abdomineller, retroperitonealer, mediastinaler Gefäße	735			20080101	99991231
33074	1	Duplex-Sonographie der Gefäße des weiblichen Genitalsystems	580			20080101	99991231
33075	1	Zuschlag Farbduplex	175			20080101	99991231
33076	1	Sonographie von Extremitätenvenen	245			20080101	99991231
33080	1	Sonographie von Haut und Subkutis	210			20080101	99991231
33081	1	Sonographie weiterer Organe oder Organteile	190			20080101	99991231
33090	1	Zuschlag Transkavitäre Untersuchung	160			20080101	99991231
33091	1	Zuschlag für optische Führungshilfe	275			20080101	99991231
33092	1	Zuschlag für optische Führungshilfe	345			20080101	99991231
34210	1	Übersichtsaufnahmen des Schädels	300			20080101	99991231
34211	1	Panoramaschichtaufnahme(n) des Ober- und/oder Unterkiefers	210			20080101	99991231
34212	1	Aufnahme(n) der Halsorgane und/oder des Mundbodens	300			20080101	99991231
34220	1	Aufnahmen des knöchernen Thorax	270			20080101	99991231
34221	1	Aufnahmen von Teilen der Wirbelsäule	430			20080101	99991231
34222	1	Aufnahme(n) der gesamten Wirbelsäule	530			20080101	99991231
34223	1	Myelographie(n)	2130			20080101	99991231
34230	1	Aufnahme von Teilen des Skeletts oder des Kopfes	220			20080101	99991231
34231	1	Aufnahmen der Schulter, des Schultergürtels	400			20080101	99991231
34232	1	Aufnahmen der Hand, des Fußes	300			20080101	99991231
34233	1	Aufnahmen der Extremitäten	300			20080101	99991231
34234	1	Aufnahmen des Beckens, der Beckenweichteile	210			20080101	99991231
34235	1	Kontrastuntersuchung eines Schulter-, Ellbogen-, Hüft- oder Kniegelenks	1860			20080101	99991231
34236	1	Kontrastuntersuchung eines Gelenks (nicht Schulter, Ellbogen, Hüfte, Knie)	1545			20080101	99991231
34237	1	Röntgenteilaufnahmen des Beckens in mindestens zwei Ebenen	400			20080101	99991231
34238	1	Durchführung gehaltener Aufnahmen im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 34230 bis 34233	300			20091001	99991231
34240	1	Übersichtsaufnahme der Brustorgane, eine Ebene	240			20080101	99991231
34241	1	Übersichtsaufnahme der Brustorgane, zwei Ebenen	430			20080101	99991231
34242	1	Übersichtsaufnahmen und Durchleuchtung der Brustorgane	835			20080101	99991231
34243	1	Übersichtsaufnahme des Abdomens, eine Ebene	270			20080101	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
34244	1	Übersichtsaufnahmen des Abdomens, zwei Ebenen	400			20080101	99991231
34245	1	Röntgenaufnahme von Teilen des Abdomens	300			20080101	99991231
34246	1	Kontrastuntersuchung der Speiseröhre	855			20080101	99991231
34247	1	Doppelkontrast-Untersuchung des Magens, des Zwölffingerdarms	1340			20080101	99991231
34248	1	Doppelkontrast-Untersuchung des Dünndarms nach Sellink	2985			20080101	99991231
34250	1	Kontrastuntersuchung der Gallenblase, der Gallengänge, der Pankreasgänge	1185			20080101	99991231
34251	1	Röntgenkontrastuntersuchung des Dickdarms	2515			20080101	99991231
34252	1	Röntgenkontrastuntersuchung des Dickdarms beim Neugeborenen, Säugling, Kleinkind oder Kind bis zum vollendeten 12. Lebensjahr	2160			20080101	99991231
34255	1	Ausscheidungsurographie	1200			20080101	99991231
34256	1	Urethrozystographie oder Refluxzystogramm	1635			20080101	99991231
34257	1	Retrograde Pyelographie	2500			20080101	99991231
34260	1	Kontrastuntersuchung von Gangsystemen, Höhlen oder Fisteln	1065			20080101	99991231
34270	1	Mammographie	750			20080101	99991231
34271	1	Zuschlag Markierung, Stanzbiopsie	2355			20080101	99991231
34272	1	Mamma-Teilaufnahme (Vergrößerungstechnik)	690			20080101	99991231
34273	1	Röntgenuntersuchung eines Mammapräparates	235			20080101	99991231
34274	1	Vakuumbiopsie(n) der Mamma im Zusammenhang mit der Erbringung der Gebührenordnungsposition 34270 nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust gemäß § 135 Abs. 2 SGB V	770			20120701	99991231
34275	1	Durchführung einer Mammographie in einer Ebene gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 15 Abs. 2 SGB V zur Vakuumbiopsie der Brust im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 34274	560			20120701	99991231
34280	1	Durchleuchtung(en)	270			20080101	99991231
34281	1	Durchleuchtung bei Fraktur, Luxation, Fremdkörper	170			20080101	99991231
34282	1	Schichtaufnahmen	1130			20080101	99991231
34283	1	Serienangiographie	4390			20080101	99991231
34284	1	Zuschlag Selektive Darstellung hirnersorgender Gefäße	2765			20080101	99991231
34285	1	Zuschlag Selektive Darstellung anderer Gefäße	1355			20080101	99991231
34286	1	Zuschlag Intervention	6270			20080101	99991231
34287	1	Zuschlag Verwendung eines C-Bogens	355			20080101	99991231
34290	1	Angiokardiographie bei Kindern, Jugendlichen	3410			20080101	99991231
34291	1	Koronarangiographie	8865			20080101	99991231
34292	1	Zuschlag Intervention (PTCA, Stent)	10800			20080101	99991231
34293	1	Lymphographie	2200			20080101	99991231
34294	1	Phlebographie	1140			20080101	99991231
34295	1	Zuschlag Computergestützte Analyse	230			20080101	99991231
34296	1	Phlebographie des Brust- und/ oder Bauchraumes	2300			20080101	99991231
34297	1	Embolisations- und/ oder Sklerosierungsbehandlung von Varikozelen	2715			20080101	99991231
34310	1	CT-Untersuchung des Neurocraniums	1735			20080101	99991231
34311	1	CT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule	2100			20080101	99991231
34312	1	Zuschlag Intrathekale Kontrastmittelgabe	1205			20080101	99991231
34320	1	CT-Untersuchung des Gesichtsschädels	2105			20080101	99991231
34321	1	CT-Untersuchung der Schädelbasis	1785			20080101	99991231
34322	1	CT-Untersuchung der Halsweichteile	2175			20080101	99991231
34330	1	CT-Untersuchung des Thorax	1865			20080101	99991231
34340	1	CT-Untersuchung des Oberbauches	1875			20080101	99991231
34341	1	CT-Untersuchung des gesamten Abdomens	2315			20080101	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
34342	1	CT-Untersuchung des Beckens	1875			20080101	99991231
34343	1	Zuschlag Vollständige zweite Serie	1390			20080101	99991231
34344	1	Zuschlag Dynamische Serien	1440			20080101	99991231
34345	1	Zuschlag Kontrastmitteluntersuchung	645			20080101	99991231
34350	1	CT- Untersuchung der Extremitäten außer der Hand, des Fußes	1610			20080101	99991231
34351	1	CT-Untersuchung der Hand, des Fußes	1610			20080101	99991231
34360	1	CT- gestützte Bestrahlungsplanung	1095			20080101	99991231
34410	1	MRT-Untersuchung des Neurocraniums	3430			20080101	99991231
34411	1	MRT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule	3430			20080101	99991231
34420	1	MRT-Untersuchung des Gesichtsschädels	3430			20080101	99991231
34421	1	MRT-Untersuchung der Schädelbasis	3430			20080101	99991231
34422	1	MRT-Untersuchung der Halsweichteile	3430			20080101	99991231
34430	1	MRT-Untersuchung des Thorax	3430			20080101	99991231
34431	1	MRT-Untersuchung der Mamma	6200			20080101	99991231
34440	1	MRT-Untersuchung des Oberbauchs	3430			20080101	99991231
34441	1	MRT-Untersuchung des Abdomens	3430			20080101	99991231
34442	1	MRT-Untersuchung des Beckens	3430			20080101	99991231
34450	1	MRT- Untersuchung der Extremitäten außer der Hand, des Fußes	3430			20080101	99991231
34451	1	MRT-Untersuchung der Hand, des Fußes und/oder deren Teile	3430			20080101	99991231
34452	1	Weitere Sequenzen nach Kontrastmitteleinbringung	1260			20080101	99991231
34460	1	Bestrahlungsplanung MRT	2360			20080101	99991231
34470	1	MRT-Angiographie der Hirngefäße	2255			20090101	99991231
34475	1	MRT-Angiographie der Halsgefäße	2995			20090101	99991231
34480	1	MRT-Angiographie der thorakalen Aorta und ihrer Abgänge und/oder ihrer Äste	2995			20090101	99991231
34485	1	MRT-Angiographie der abdominalen Aorta und ihrer Äste 1. Ordnung	2995			20090101	99991231
34486	1	MRT-Angiographie von Venen	2995			20090101	99991231
34489	1	MRT-Angiographie der Becken- und Beinarterien (ohne Fußgefäße)	6000			20090101	99991231
34490	1	MRT-Angiographie der Arterien und armversorgenden Arterien	2995			20090101	99991231
34492	1	Weitere Sequenzen nach Kontrastmitteleinbringung	1380			20090101	99991231
34500	1	Durchleuchtungsgestützte Intervention bei PTC	1900			20080101	99991231
34501	1	Durchleuchtungsgestützte Intervention bei Anlage eines Ösophagus-Stent	2530			20080101	99991231
34502	1	CT-gesteuerte Intervention	2790			20080101	20130331
34503	1	Bildwandlergestützte Intervention Wirbelsäule	1945			20080101	99991231
34504	1	CT-gesteuerte schmerztherapeutische Intervention(en) bei akutem und/oder chronischem Schmerz nach vorausgegangener interdisziplinärer Diagnostik	2790			20130401	99991231
34505	1	CT-gesteuerte Intervention(en)	2790			20130401	99991231
34600	1	Osteodensitometrie (Photonenabsorptions-Technik)	455			20080101	99991231
35100	1	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	430			20080101	99991231
35110	1	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	430			20080101	99991231
35111	1	Übende Verfahren, Einzelbehandlung	655			20080101	99991231
35112	1	Übende Verfahren, Gruppenbehandlung	175			20080101	99991231
35113	1	Übende Verfahren bei Kindern und Jugendlichen, Gruppenbehandlung	255			20080101	99991231
35120	1	Hypnose	410			20080101	99991231
35130	1	Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung einer Kurzzeittherapie	760			20080101	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
35131	1	Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung / Verlängerung einer Langzeittherapie	1525			20080101	99991231
35140	1	Biographische Anamnese	1395			20080101	99991231
35141	1	Vertiefte Exploration	510			20080101	99991231
35142	1	Zuschlag Erhebung neurologischer und psychiatrischer Befunde	185			20080101	99991231
35150	1	Probatorische Sitzung	1755			20080101	99991231
35200	1	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)	2315			20090101	99991231
35201	1	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)	2315			20090101	99991231
35202	1	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Gruppenbehandlung)	1150			20090101	99991231
35203	1	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Gruppenbehandlung)	1150			20090101	99991231
35210	1	Analytische Psychotherapie (Einzelbehandlung)	2315			20090101	99991231
35211	1	Analytische Psychotherapie (Gruppenbehandlung)	1150			20090101	99991231
35220	1	Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)	2315			20090101	99991231
35221	1	Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)	2315			20090101	99991231
35222	1	Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, kleine Gruppe)	1150			20090101	99991231
35223	1	Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, kleine Gruppe)	1150			20090101	99991231
35224	1	Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, große Gruppe)	580			20090101	99991231
35225	1	Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, große Gruppe)	580			20090101	99991231
35300	1	Testverfahren, standardisierte	80			20080101	99991231
35301	1	Testverfahren, psychometrische	80			20080101	99991231
35302	1	Verfahren, projektive	130			20080101	99991231
35303	1	Höchstwert für die Leistungen nach den Nrn. 35300 bis 35302 bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	3620			20080101	99991231
35304	1	Höchstwert für die Leistungen nach den Nrn. 35300 bis 35302 bei Versicherten ab Beginn des 19. Lebensjahres	2415			20080101	99991231
36101	1	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1	1300			20090101	99991231
36102	1	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2	2345			20090101	99991231
36103	1	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3	3545			20090101	99991231
36104	1	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A4	5485			20090101	99991231
36105	1	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A5	8365			20090101	99991231
36106	1	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A6	10950			20090101	99991231
36107	1	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A7	11855			20090101	99991231
36108	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36101 bis 36107	885			20090101	99991231
36111	1	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B1	1430			20090101	99991231
36112	1	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B2	2625			20090101	99991231
36113	1	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B3	4275			20090101	99991231
36114	1	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B4	6745			20090101	99991231
36115	1	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B5	9975			20090101	99991231
36116	1	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B6	13485			20090101	99991231
36117	1	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B7	14825			20090101	99991231
36118	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36111 bis 36117	1280			20090101	99991231
36121	1	Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C1	1430			20090101	99991231
36122	1	Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C2	2610			20090101	99991231
36123	1	Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C3	4150			20090101	99991231
36124	1	Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C4	6535			20090101	99991231
36125	1	Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C5	8930			20090101	99991231
36126	1	Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C6	11930			20090101	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
36127	1	Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C7	14970			20090101	99991231
36128	1	Zuschlag zu Gebührenordnungspositionen 36121 bis 36126 bei Simultaneingriffen sowie zu der Gebührenordnungsposition 36127	1135			20090101	99991231
36131	1	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D1	1730			20090101	99991231
36132	1	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D2	3335			20090101	99991231
36133	1	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D3	5100			20090101	99991231
36134	1	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D4	7740			20090101	99991231
36135	1	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D5	12790			20090101	99991231
36136	1	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D6	16075			20090101	99991231
36137	1	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D7	17755			20090101	99991231
36138	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36131 bis 36137	1270			20090101	99991231
36141	1	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E1	2125			20090101	99991231
36142	1	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E2	3305			20090101	99991231
36143	1	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E3	4955			20090101	99991231
36144	1	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E4	7975			20090101	99991231
36145	1	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E5	11505			20090101	99991231
36146	1	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E6	15115			20090101	99991231
36147	1	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E7	16920			20090101	99991231
36148	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36141 bis 36147	1370			20090101	99991231
36151	1	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F1	1510			20090101	99991231
36152	1	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F2	2805			20090101	99991231
36153	1	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F3	4290			20090101	99991231
36154	1	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4	6305			20090101	99991231
36155	1	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F5	8615			20090101	99991231
36156	1	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F6	12460			20090101	99991231
36157	1	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F7	14510			20090101	99991231
36158	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36151 bis 36157	1155			20090101	99991231
36161	1	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G1	1640			20090101	99991231
36162	1	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G2	2555			20090101	99991231
36163	1	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G3	4610			20090101	99991231
36164	1	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G4	7115			20090101	99991231
36165	1	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G5	9540			20090101	99991231
36166	1	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G6	14160			20090101	99991231
36167	1	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G7	15245			20090101	99991231
36168	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36161 bis 36167	1375			20090101	99991231
36171	1	Proktologischer Eingriff der Kategorie H1	1740			20090101	99991231
36172	1	Proktologischer Eingriff der Kategorie H2	2630			20090101	99991231
36173	1	Proktologischer Eingriff der Kategorie H3	3735			20090101	99991231
36174	1	Proktologischer Eingriff der Kategorie H4	5635			20090101	99991231
36175	1	Proktologischer Eingriff der Kategorie H5	7975			20090101	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
36176	1	Proktologischer Eingriff der Kategorie H6	11340			20090101	99991231
36177	1	Proktologischer Eingriff der Kategorie H7	14805			20090101	99991231
36178	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36171 bis 36177	1365			20090101	99991231
36191	1	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J1	2595			20090101	99991231
36192	1	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J2	4140			20090101	99991231
36193	1	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J3	5565			20090101	99991231
36194	1	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J4	8020			20090101	99991231
36195	1	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J5	11580			20090101	99991231
36196	1	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J6	14630			20090101	99991231
36197	1	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J7	16535			20090101	99991231
36198	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36191 bis 36197	1470			20090101	99991231
36201	1	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K1	1815			20090101	99991231
36202	1	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K2	2830			20090101	99991231
36203	1	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K3	3925			20090101	99991231
36204	1	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K4	6340			20090101	99991231
36205	1	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K5	8965			20090101	99991231
36206	1	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K6	12810			20090101	99991231
36207	1	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K7	14875			20090101	99991231
36208	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36201 bis 36207	980			20090101	99991231
36211	1	Eingriffe der Kategorie L1	2160			20090101	99991231
36212	1	Eingriffe der Kategorie L2	3145			20090101	99991231
36213	1	Eingriffe der Kategorie L3	4320			20090101	99991231
36214	1	Eingriffe der Kategorie L4	6360			20090101	99991231
36215	1	Eingriffe der Kategorie L5	9830			20090101	99991231
36216	1	Eingriffe der Kategorie L6	12465			20090101	99991231
36217	1	Eingriffe der Kategorie L7	13430			20090101	99991231
36218	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36211 bis 36217	985			20090101	99991231
36221	1	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M1	1310			20090101	99991231
36222	1	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M2	2220			20090101	99991231
36223	1	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M3	3600			20090101	99991231
36224	1	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M4	5720			20090101	99991231
36225	1	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M5	7905			20090101	99991231
36226	1	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M6	11495			20090101	99991231
36227	1	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M7	12380			20090101	99991231
36228	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36221 bis 36227	870			20090101	99991231
36231	1	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N1	1440			20090101	99991231
36232	1	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N2	2480			20090101	99991231
36233	1	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N3	3815			20090101	99991231
36234	1	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N4	6035			20090101	99991231
36235	1	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N5	8515			20090101	99991231
36236	1	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N6	11295			20090101	99991231
36237	1	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N7	13200			20090101	99991231
36238	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36231 bis 36237	995			20090101	99991231
36241	1	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O1	1420			20090101	99991231
36242	1	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O2	2440			20090101	99991231
36243	1	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O3	3690			20090101	99991231
36244	1	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O4	6045			20090101	99991231
36245	1	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O5	8770			20090101	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
36246	1	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O6	11340			20090101	99991231
36247	1	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O7	12260			20090101	99991231
36248	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36241 bis 36247	975			20090101	99991231
36251	1	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P1	2265			20090101	99991231
36252	1	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P2	3790			20090101	99991231
36253	1	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P3	4990			20090101	99991231
36254	1	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P4	7280			20090101	99991231
36255	1	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P5	9785			20090101	99991231
36256	1	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P6	12850			20090101	99991231
36257	1	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P7	13820			20090101	99991231
36258	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36251 bis 36257	1185			20090101	99991231
36261	1	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP1	4765			20090101	99991231
36262	1	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP2	5975			20090101	99991231
36263	1	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP3	7315			20090101	99991231
36264	1	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP4	10095			20090101	99991231
36265	1	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP5	12635			20090101	99991231
36266	1	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP6	15360			20090101	99991231
36267	1	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP7	16370			20090101	99991231
36268	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36261 bis 36267	1185			20090101	99991231
36271	1	Urologischer Eingriff der Kategorie Q1	1485			20090101	99991231
36272	1	Urologischer Eingriff der Kategorie Q2	2580			20090101	99991231
36273	1	Urologischer Eingriff der Kategorie Q3	4455			20090101	99991231
36274	1	Urologischer Eingriff der Kategorie Q4	7165			20090101	99991231
36275	1	Urologischer Eingriff der Kategorie Q5	10670			20090101	99991231
36276	1	Urologischer Eingriff der Kategorie Q6	14795			20090101	99991231
36277	1	Urologischer Eingriff der Kategorie Q7	15970			20090101	99991231
36278	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36271 bis 36277	1460			20090101	99991231
36281	1	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R1	1800			20090101	99991231
36282	1	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R2	2780			20090101	99991231
36283	1	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R3	4030			20090101	99991231
36284	1	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R4	6135			20090101	99991231
36285	1	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R5	9940			20090101	99991231
36286	1	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R6	14680			20090101	99991231
36287	1	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R7	15810			20090101	99991231
36288	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36281 bis 36287	975			20090101	99991231
36291	1	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR1	1800			20090101	99991231
36292	1	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR2	3320			20090101	99991231
36293	1	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR3	4775			20090101	99991231
36294	1	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR4	7450			20090101	99991231
36295	1	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR5	9960			20090101	99991231
36296	1	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR6	13965			20090101	99991231
36297	1	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR7	13815			20090101	99991231
36298	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36291 bis 36297	1120			20090101	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
36301	1	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S1	1355			20090101	99991231
36302	1	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S2	2255			20090101	99991231
36303	1	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S3	3900			20090101	99991231
36304	1	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S4	5595			20090101	99991231
36305	1	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S5	8085			20090101	99991231
36306	1	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S6	10735			20090101	99991231
36307	1	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S7	12300			20090101	99991231
36308	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36301 bis 36307	800			20090101	99991231
36311	1	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T1	1770			20090101	99991231
36312	1	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T2	3290			20090101	99991231
36313	1	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T3	5005			20090101	99991231
36314	1	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T4	7750			20090101	99991231
36315	1	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T5	10360			20090101	99991231
36316	1	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T6	12610			20090101	99991231
36317	1	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T7	13560			20090101	99991231
36318	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36311 bis 36317	1160			20090101	99991231
36321	1	Extraocularer Eingriff der Kategorie U1	1380			20090101	99991231
36322	1	Extraocularer Eingriff der Kategorie U2	2440			20090101	99991231
36323	1	Extraocularer Eingriff der Kategorie U3	3665			20090101	99991231
36324	1	Extraocularer Eingriff der Kategorie U4	5490			20090101	99991231
36325	1	Extraocularer Eingriff der Kategorie U5	7490			20090101	99991231
36326	1	Extraocularer Eingriff der Kategorie U6	10320			20090101	99991231
36327	1	Extraocularer Eingriff der Kategorie U7	11390			20090101	99991231
36328	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen Nrn. 36321 bis 36327	845			20090101	99991231
36331	1	Intraocularer Eingriff der Kategorie V1	2310			20090101	99991231
36332	1	Intraocularer Eingriff der Kategorie V2	3165			20090101	99991231
36333	1	Intraocularer Eingriff der Kategorie V3	4345			20090101	99991231
36334	1	Intraocularer Eingriff der Kategorie V4	6965			20090101	99991231
36335	1	Intraocularer Eingriff der Kategorie V5	9400			20090101	99991231
36336	1	Intraocularer Eingriff der Kategorie V6	12280			20090101	99991231
36337	1	Intraocularer Eingriff der Kategorie V7	13250			20090101	99991231
36338	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen nach Nrn. 36331 bis 36337	1075			20090101	99991231
36341	1	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W1	1160			20090101	99991231
36342	1	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W2	1905			20090101	99991231
36343	1	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W3	2605			20090101	99991231
36344	1	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W4	3925			20090101	99991231
36345	1	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W5	5420			20090101	99991231
36346	1	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W6	7445			20090101	99991231
36347	1	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W7	8040			20090101	99991231
36348	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36341 bis 36347	690			20090101	99991231
36350	1	Intraocularer Eingriff der Kategorie X1 (Phakoemulsifikation)	4980			20090101	99991231
36351	1	Intraocularer Eingriff der Kategorie X2 (Phakoemulsifikation)	6040			20090101	99991231
36358	1	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36350 und 36351	1075			20090101	99991231
36501	1	Postoperative Überwachung 1	45			20090101	99991231
36502	1	Postoperative Überwachung 2	85			20090101	99991231
36503	1	Postoperative Überwachung 3	170			20090101	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
36504	1	Postoperative Überwachung 4	245			20090101	99991231
36505	1	Postoperative Überwachung 5	340			20090101	99991231
36506	1	Postoperative Überwachung 6	490			20090101	99991231
36507	1	Postoperative Überwachung 7	645			20090101	99991231
36800	1	Regionalanästhesie durch den Operateur	690			20090101	99991231
36801	1	Retrobulbäre Anästhesie	280			20090101	99991231
36820	1	Leitungsanästhesie an der Schädelbasis	375			20090101	99991231
36821	1	Anästhesie oder Kurznarkose 1	1590			20090101	99991231
36822	1	Anästhesie oder Narkose 2	2140			20090101	99991231
36823	1	Anästhesie oder Narkose 3	2685			20090101	99991231
36824	1	Anästhesie oder Narkose 4	3230			20090101	99991231
36825	1	Anästhesie oder Narkose 5	4320			20090101	99991231
36826	1	Anästhesie oder Narkose 6	5185			20090101	99991231
36827	1	Anästhesie oder Narkose 7	5410			20090101	99991231
36828	1	Zuschlag zu den Anästhesieleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 36821 bis 36827	540			20090101	99991231
36830	1	Analgesie bei Phakoemulsifikation I	500			20090101	99991231
36831	1	Analgesie bei Phakoemulsifikation II	945			20090101	99991231
36861	1	Strukturpauschale bei einer Verweildauer bis zu 13 Tagen	235			20090101	99991231
36867	1	Strukturpauschale bei einer Verweildauer von mehr als 13 Tagen	3070			20090101	99991231
36881	1	Pneumologischer Komplex / Bodyplethysmographie	755			20090101	99991231
36882	1	Kardiologischer Komplex, Untersuchung mittels Ein-schwemmkatheter	1050			20090101	99991231
36883	1	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 33070 bis 33073 für die Laufband-Ergometrie	190			20090101	99991231
36884	1	Blutgasanalyse, Säure-Basen-Status	150			20090101	99991231
40100	1	Versandmaterial, Transport, Ergebnisübermittlung (Labor, Zytologie, Zyto- und Molekulargenetik)		2,60 EUR		20080101	99991231
40104	1	Versandmaterial, Transport von Röntgenaufnahmen und Filmfolien		5,10 EUR		20080101	99991231
40106	1	Versandmaterial, Transport von Langzeit-EKG-Datenträgern		1,50 EUR		20080101	99991231
40120	1	Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax		0,55 EUR		20090101	99991231
40122	1	Transport von Briefen bis 50 g (Kompaktbrief)		0,90EUR		20080101	99991231
40124	1	Transport von Briefen bis 500 g (Großbrief)		1,45EUR		20080101	99991231
40126	1	Transport von Briefen 1000 g (Maxibrief)		2,20 EUR		20080101	99991231
40142	1	Abfassung in freier Form		1,50 EUR		20080101	99991231
40144	1	Kopie, EDV-technische Abschrift		0,13 EUR		20080101	99991231
40150	1	Ausgegebene Testbriefchen (Blut im Stuhl)		1,30 EUR		20080101	99991231
40152	1	Ausgegebenes Testbriefchen (Albumin im Stuhl)		1,50 EUR		20080101	99991231
40154	1	Bezug der Testsubstanz für 13C-Harnstoff-Atemtest		25,60 EUR		20080101	99991231
40156	1	Bezug von Mifepriston für medikamentöse Abortio		81,80 EUR		20080101	99991231
40160	1	Kostenpauschale für interventionelle endoskopische Untersuchungen		15,00 EUR		20080101	99991231
40220	1	Pauschale für Besuche im Kernbereich, bis zu 2 km		3,20 EUR		20080101	99991231
40222	1	Pauschale für Besuche im Randbereich, 2 km bis zu 5 km		6,30 EUR		20080101	99991231
40224	1	Pauschale für Besuche im Fernbereich, mehr als 5 km		9,20 EUR		20080101	99991231
40226	1	Pauschale für Besuche im Kernbereich, bis zu 2 km bei Nacht		6,30 EUR		20080101	99991231
40228	1	Pauschale für Besuche im Randbereich, 2 km bis zu 5 km, Nacht		9,80 EUR		20080101	99991231
40230	1	Pauschale für Besuche im Fernbereich, mehr als 5 km, Nacht		13,20 EUR		20080101	99991231
40240	1	Aufsuchen eines Kranken durch beauftragten Praxis-Mitarbeiter		5,10 EUR		20080101	99991231
40260	1	Aufsuchen eines weiteren Kranken nach Nr. 40240		2,60 EUR		20080101	99991231
40300	1	Sachkosten für eine Koronarangiografie		181,50 EUR		20080101	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
40302	1	Sachkosten für PTCA / Stent an einem Gefäß bei Koronarangiografie		1058,40	EUR	20080101	99991231
40304	1	Sachkosten für PTCA / Stent an mehreren Gefäßen bei Koronarangiografie		690,20	EUR	20080101	99991231
40454	1	Sachkosten im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 34274		320,00	EUR	20090101	99991231
40455	1	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach der Nr. 40454 für Markierungsclips		100,00	EUR	20080101	99991231
40500	1	Schilddrüse		1,50	EUR	20080101	99991231
40502	1	Knochen/Skelett		19,00	EUR	20080101	99991231
40504	1	Lunge: Perfusion		29,00	EUR	20080101	99991231
40506	1	Lunge: Ventilation		133,00	EUR	20080101	99991231
40508	1	Hirn: Perfusion		205,00	EUR	20080101	99991231
40510	1	Niere: DMSA oder DTPA		40,00	EUR	20080101	99991231
40512	1	Hirn: DTPA		40,00	EUR	20080101	99991231
40514	1	Niere: MAG3 oder Jod-Hippuran		92,00	EUR	20080101	99991231
40516	1	Leber: Kolloid		42,00	EUR	20080101	99991231
40518	1	Leber: Galle		42,00	EUR	20080101	99991231
40520	1	Herz: Myokard, Nebenschilddrüse: Funktion, Schilddrüse: Tumor/Metastasen		76,00	EUR	20080101	99991231
40522	1	Herz: Funktion, Leber: Blutpool, Abdomen: Blutungssuche		60,00	EUR	20080101	99991231
40524	1	Tumor		375,00	EUR	20080101	99991231
40526	1	Entzündung (Leukozyten, Granulozyten), Knochenmark		382,00	EUR	20080101	99991231
40528	1	Lymphknoten: Lymphabfluß, sentinel node, Knochenmark		70,00	EUR	20080101	99991231
40530	1	Gastrointestinale Motilität		40,00	EUR	20080101	99991231
40532	1	201-TL-CI		70,00	EUR	20080101	99991231
40534	1	123-J (Schilddrüse)		95,00	EUR	20080101	99991231
40536	1	123-J MIBG		350,00	EUR	20080101	99991231
40538	1	123-J-FP-CIT		830,00	EUR	20080101	99991231
40540	1	131-J (Schilddrüse)		10,00	EUR	20080101	99991231
40542	1	131-J Therapie benigne		45,00	EUR	20080101	99991231
40544	1	131-J Therapie maligne		230,00	EUR	20080101	99991231
40546	1	131-J MIBG		1784,00	EUR	20080101	99991231
40548	1	111-In Oxinat		140,00	EUR	20080101	99991231
40550	1	111-In Okteotid		766,00	EUR	20080101	99991231
40552	1	111-In DTPA		304,70	EUR	20080101	99991231
40554	1	75-Se-SeHCAT		174,40	EUR	20080101	99991231
40556	1	Gelenk: 90-Yttrium-Colloid		100,00	EUR	20080101	99991231
40558	1	Gelenk: 186-Rhenium-Colloid		125,00	EUR	20080101	99991231
40560	1	Gelenk: 169-Erbium-Colloid		95,00	EUR	20080101	99991231
40562	1	Samarium		1355,00	EUR	20080101	99991231
40564	1	51-Cr-EDTA		145,00	EUR	20080101	99991231
40566	1	67-Ga-Citrat		276,00	EUR	20080101	99991231
40568	1	123-J-Hippuran		143,00	EUR	20080101	99991231
40570	1	111-In Chlorid		350,00	EUR	20080101	99991231
40574	1	57-Co-Cyancobolamin		50,00	EUR	20080101	99991231
40576	1	Radioaktive Gase		350,00	EUR	20080101	99991231
40578	1	Fe-59-Citrat / 51-Chromat		425,00	EUR	20080101	99991231
40580	1	192-Iridium		320,00	EUR	20080101	99991231
40680	1	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Gebührenordnungsposition Nr. 31362		513,00	EUR	20080101	99991231
40750	1	Kostenpauschale für Sachkosten bei endoskopischen Gelenkeingriffen		122,00	EUR	20080101	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
40752	1	Kostenpauschale für Sachkosten bei endoskopischen Gelenkeingriffen		200,00	EUR	20080101	99991231
40754	1	Kostenpauschale für Sachkosten bei endoskopischen Gelenkeingriffen		333,00	EUR	20080101	99991231
40800	1	bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bis zum vollendeten 59. Lebensjahr		504,00	EUR	20080101	20130630
40801	1	bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bis zum vollendeten 59. Lebensjahr bei Ferien- oder Pendlerdialyse		176,40	EUR	20080101	20130630
40802	1	bei Versicherten ab dem vollendeten 59. Lebensjahr		520,00	EUR	20080101	20130630
40803	1	bei Versicherten ab dem vollendeten 59. Lebensjahr bei Ferien- oder Pendlerdialyse		182,00	EUR	20080101	20130630
40804	1	bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit manifesten Diabetes mellitus		530,00	EUR	20080101	20130630
40805	1	bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit manifesten Diabetes mellitus bei Ferien- oder Pendlerdialyse		185,50	EUR	20080101	20130630
40806	1	bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bis zum vollendeten 59. Lebensjahr bei Einzeldialyse am Wohnort		168,00	EUR	20080101	20130630
40807	1	bei Versicherten ab dem vollendeten 59. Lebensjahr bei Einzeldialyse am Wohnort		173,30	EUR	20080101	20130630
40808	1	bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit manifesten Diabetes mellitus bei Einzeldialyse am Wohnort		176,60	EUR	20080101	20130630
40810	1	Zuschlag Infektionsdialyse		30,00	EUR	20080101	20130630
40811	1	Zuschlag Infektionsdialyse		10,00	EUR	20080101	20130630
40812	1	Zuschlag intermittierende Peritonealdialyse		300,00	EUR	20080101	20130630
40813	1	Zuschlag intermittierende Peritonealdialyse		100,00	EUR	20080101	20130630
40820	1	Kinderdialyse		830,00	EUR	20080101	20130630
40820	1	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Hämodialysen, CAPD, CCPD, als Zentrums- bzw. Praxisdialyse, Heimdialyse oder zentralisierte Heimdialyse, einschl. Sonderverfahren (z.B. Hämofiltration, Hämodiafiltration) bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr		830,00	EUR	20130701	99991231
40821	1	Kinderdialyse bei Ferien- oder berufsbedingten Aufenthalt		290,50	EUR	20080101	20130630
40821	1	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Hämodialysen, CAPD, CCPD, als Zentrums- bzw. Praxisdialyse, Heimdialyse oder zentralisierte Heimdialyse, einschl. Sonderverfahren (z.B. Hämofiltration, Hämodiafiltration) bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei einer Feriendialyse während des Ferienaufenthaltes am Ferienort oder bei Dialysen wegen beruflich bedingter oder sonstiger Abwesenheit vom Wohnort		295,50	EUR	20130701	99991231
40822	1	Kinderdialyse bei Einzeldialyse am Wohnort		276,70	EUR	20080101	20130630
40822	1	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Hämodialysen, CAPD, CCPD, als Zentrums- bzw. Praxisdialyse, Heimdialyse oder zentralisierte Heimdialyse, einschl. Sonderverfahren (z.B. Hämofiltration, Hämodiafiltration) bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei Dialysen am Wohnort, die nicht mindestens dreimal in der Behandlungswoche durchgeführt werden können		276,70	EUR	20130701	99991231
40823	1	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Hämodialysen, CAPD, CCPD, als Zentrums- bzw. Praxisdialyse, Heimdialyse oder zentralisierte Heimdialyse, einschl. Sonderverfahren (z.B. Hämofiltration, Hämodiafiltration) bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung		485,80 466,30 417,50 398,00	EUR	20130701	99991231

(variabler Preis in Abhängigkeit von der Anzahl der Dialysewochen der Betriebsstätte bzw. Nebenbetriebsstätte im abgerechneten Quartal)

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
40824	1	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Hämodialysen, CAPD, CCPD, als Zentrums- bzw. Praxisdialyse, Heimdialyse oder zentralisierte Heimdialyse, einschl. Sonderverfahren (z.B. Hämofiltration, Hämodiafiltration) bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei Dialysen am Wohnort, die nicht mindestens dreimal in der Behandlungswoche durchgeführt werden können (variabler Preis in Abhängigkeit von der Anzahl der Dialysewochen der Betriebsstätte bzw. Nebenbetriebsstätte im abgerechneten Quartal)		161,90 155,40 139,20 132,70	EUR	20130701	99991231
40825	1	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Peritonealdialysen (z.B. CAPD, CCPD, IPD) oder Heimhämodialyse bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung		504,40	EUR	20130701	99991231
40826	1	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Peritonealdialysen als CAPD bzw. CCPD bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei Dialysen am Wohnort, die nicht mindestens 4 von 7 Peritonealdialysetage in der Behandlungswoche umfassen		72,20	EUR	20130701	99991231
40827	1	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von intermittierenden Peritonealdialysen (IPD) oder Heimhämodialysen, bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei Dialysen am Wohnort, die nicht mindestens dreimal in der Behandlungswoche durchgeführt werden können		168,50	EUR	20130701	99991231
40828	1	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Hämo- oder Peritonealdialysen, als Zentrums- bzw. Praxisdialyse, Heimdialyse oder zentralisierte Heimdialyse, einschl. Sonderverfahren (z.B. Hämofiltration, Hämodiafiltration) bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung, bei einer Feriedialyse während des Ferienaufenthaltes am Ferienort oder bei Dialysen wegen beruflich oder sonstiger Abwesenheit vom Wohnort		174,70	EUR	20130701	99991231
40829	1	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40823 oder 40825 bei Versicherten ab dem vollendeten 59. Lebensjahr bis zum vollendeten 69. Lebensjahr		10,00	EUR	20130701	99991231
40830	1	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40824, 40826 bis 40827 bei Versicherten ab dem vollendeten 59. Lebensjahr bis zum vollendeten 69. Lebensjahr		3,30	EUR	20130701	99991231
40831	1	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40823 oder 40825 bei Versicherten ab dem vollendeten 69. Lebensjahr bis zum vollendeten 79. Lebensjahr		20,00	EUR	20130701	99991231
40832	1	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40824, 40826 bis 40827 bei Versicherten ab dem vollendeten 69. Lebensjahr bis zum vollendeten 79. Lebensjahr		6,70	EUR	20130701	99991231
40833	1	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40823 oder 40825 bei Versicherten ab dem vollendeten 79. Lebensjahr		30,00	EUR	20130701	99991231
40834	1	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40824, 40826 bis 40827 bei Versicherten ab dem vollendeten 79. Lebensjahr		10,00	EUR	20130701	99991231
40835	1	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40823 oder 40825 für die Infektionsdialyse (bei Patienten mit Infektionserkrankungen mit Problemkeimen gemäß der mit der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut (KRINKO) abgestimmten Hygieneleitlinie als Ergänzung zum Dialysestandard)		30,00	EUR	20130701	99991231
40836	1	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40824, 40826 bis 40828 für die Infektionsdialyse (bei Patienten mit Infektionserkrankungen mit Problemkeimen gemäß der mit der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut (KRINKO) abgestimmten Hygieneleitlinie als Ergänzung zum Dialysestandard)		10,00	EUR	20130701	99991231

EBM	Nr.	Entgelt-Bezeichnung (gekürzt)	Punkte	Betrag	Zusatz	gültig von	gültig bis
40837	1	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach der Nr. 40825 für die intermittierende Peritonealdialyse (IPD)		300,00	EUR	20130701	99991231
40838	1	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach der Nr. 40827 oder 40828 für die intermittierende Peritonealdialyse (IPD)		100,00	EUR	20130701	99991231
40840	1	Kostenpauschale zur Gebührenordnungsposition 25320 oder 25321		140,00	EUR	20080101	99991231
40841	1	Kostenpauschale zur Gebührenordnungsposition 25310		30,00	EUR	20080101	99991231
40850	1	Sachkosten im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 01750		5,85	EUR	20080101	99991231
40852	1	Wegepauschale		0,51	EUR	20080101	99991231
40854	1	Sachkosten im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 01759		320,00	EUR	20080101	99991231
40855	1	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach der Nr. 40854 für Markierungsclips		100,00	EUR	20080101	99991231
40870	1	Kostenpauschale I für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen		17,00	EUR	20090401	99991231
40872	1	Kostenpauschale II für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen		12,50	EUR	20090401	99991231

Anhang zu Anlage 4

Verschlüsselung, Übertragungsdateien

1. Verschlüsselung

Als Basis für die Verschlüsselung wird ein asymmetrisches Verfahren für die Kommunikation eingesetzt, das folgenden Anforderungen genügt:

Das Verschlüsselungsverfahren beruht auf RSA/DES.

Die Schlüsselerzeugung erfolgt dezentral.

Das Schlüsselmanagement erfolgt zentral über Zertifizierungs- bzw. Schlüsselverwaltungsstellen.

1.1 Datenformate

Die Datenformate sind entsprechend PKCS#7 (Public Key Cryptography Standard #7) zu strukturieren. Solange die Formate nach PEM (Privacy Enhanced Mail) ¹⁾ noch gültig sind, können diese weiter verwendet werden (spätestens zum 30.6.2010 auslaufend).

1.2 Session-Key

Als Session-Key ist tripleDES vorzusehen. Für die Weiterverwendung der Formate nach PEM ist der Data Encryption Standard Algorithmus im Cipher Block Chaining Mode (DES-CBC, beschrieben in PEM, Request for Comments (RFC) 1423) vorzusehen.

1.3 Interchange Key

Als Interchange Key ist RSA mit den unter 1.10 beschriebenen Parametern einzusetzen.

1.4 Hashfunktion/Signaturalgorithmus

Als Hash Funktion ist SHA-256 (Secure Hash Algorithm) vorzusehen. Für die Weiterverwendung der Formate nach PEM ist MD5 ²⁾ vorzusehen.

1.5 RSA Schlüssellänge

Die RSA Schlüssellänge beträgt 2048 Bit (Standard). Für die Weiterverwendung der Formate nach PEM muss die RSA Schlüssellänge 768 Bit betragen (siehe auch RFC 1423 Kap. 4.1.1).

1.6 Öffentlicher Exponent des RSA Algorithmus

Als RSA Exponent soll die Fermat-4 Zahl ($2^{16}+1$) gewählt werden (siehe X.509, Annex C).

1.7 Public Key Format

Hier ist die ASN.1 Syntax ³⁾ sowie X.509 ⁴⁾ einzuhalten.

1.8 Zertifikate

Zertifikate sind in ASN.1 entsprechend X.509 zu implementieren. Bei der Codierung der Zertifikate sind die Distinguished Encoding Rules (DER) entsprechend X.509, Kapitel 8.7, einzuhalten. Für die Schlüsselverwaltung wird eine Lösung entsprechend X.500 ⁵⁾ vorgesehen.

Die Vereinbarungspartner sehen jeweils für ihre Zuständigkeitsbereiche ein oder mehrere Trust-Center/Schlüsselverwaltungsstellen vor. Sie sorgen dafür, dass das/die Trust-Center bzw. die Schlüsselverwaltungsstelle(n) der Spitzenverbände der Krankenkassen für die Krankenkassen und das/die Trust-Center bzw. die Schlüsselverwaltungsstelle(n) der DKG für die Krankenhäuser ihre Schlüssel-Management-Politik abstimmen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die DKG geben die jeweils von ihnen eingerichteten/bestellten TrustCenter/Schlüsselverwaltungsstellen allen am Verfahren Beteiligten spätestens im 4. Quartal 1996 bekannt.

1.9 Struktur der X.500-Adresse

Die X.500-Adresse hat den Empfehlungen/Standards nach X.500 ff. zu entsprechen.

C	Country	DE
O	Organization	(Name des Trust Centers)
OU	Organization Unit	(Name der Institution)
OU	Organization Unit	(IK der Institution)
CN	Common Name (Allgemeiner Name)	(Name des Ansprechpartners)

1.10 Zusammenfassende Darstellung der Schnittstelle

Datenformate:	PKCS#7, bisher PEM
Hash:	SHA-1, bisher MD5 (Message Digest 5)
RSA Schlüssellänge:	2048 Bit, bisher 768 Bit
RSA Exponent:	Fermat-4 Zahl: $(2^{16} + 1)$
Public Key Format:	ASN.1/X.509
Private Key Format:	nicht definiert
Zertifikate:	ASN.1/X.509

Literaturhinweise

- 1) J. Linn. RFC 1421: Privacy Enhancement for Internet Electronic Mail: Part I: Message Encryption and Authentication Procedures. February 1993.
S. Kent. RFC 1422: Privacy Enhancement for Internet Electronic Mail: Part II: Certificate-Based Key Management, February 1993.
D. Balenson. RFC 1423: Privacy Enhancement for Internet Electronic Mail: Part III: Algorithms, Modes, and Identifiers February 1993.
B. Kaliski. RFC 1424: Privacy Enhancement for Internet Electronic Mail: Part IV: Key Certification and Related Services. February 1993.
- 2) R. Rivest. RFC 1321: The MD5 Message Digest Algorithm
- 3) CCITT Recommendation X.208: Specification of Abstract Syntax Notation One (ASN.1), 1988
CCITT Recommendation X.209: Specification of basic encoding rules for Abstract Syntax Notation One (ASN.1), 1988
- 4) CCITT Recommendation X.509: The Directory - Authentication Framework. 1988.
- 5) CCITT Recommendation X.500: The Directory - Overview of Concepts, Models and Services. 1988.

2. Struktur der Übertragungsdateien

2.1 Übertragungsdateien bei FTAM

Zu jeder Nutzdatendatei muss für die Übertragung die nachfolgend definierte Auftragsdatei generiert werden, die z. B. für das Routing benutzt wird. Die Übertragung jeder Nutzdatendatei erfolgt als separate Datei. Vor der Übertragung einer Nutzdatendatei wird die dazugehörige Auftragsdatei übertragen.

2.1.1 Übertragung per DFÜ

Im Rahmen einer DFÜ-Verbindung wird zunächst die Auftragsdatei und danach die Nutzdatendatei übermittelt. Ein Übertragungsvorgang besteht aus der Übertragung dieser zwei Dateien in der festgelegten Reihenfolge.

2.1.2 Übertragung per Datenträger

Magnetband/Magnetbandkassette:

Die Datenübertragung mittels dieser Datenträger kann mehrere Nutzdatendateien beinhalten, jedoch jeweils versehen mit der zugehörigen Auftragsdatei in der festgelegten Reihenfolge. Im jeweiligen Datei-Anfangskennsatz (HDR1) ist in dem Feld „Dateiname“ der Transferdateiname (Festlegung siehe unten) einzutragen.

Diskette:

Die Datenübermittlung per Diskette kann mehrere Nutzdatendateien beinhalten, jedoch jeweils versehen mit der zugehörigen Auftragsdatei in der festgelegten Reihenfolge.

2.2 Festlegung der Transferdateinamen

Auf der Seite des Absenders besteht der Transferdateiname aus der Dateitypbezeichnung (Feld VERFAHREN_KENNUNG) und einer laufenden Nummer (Feld TRANSFER_NUMMER). Der Name der zugehörigen Auftragsdatei besteht aus dem vorstehend beschriebenen Transferdateinamen mit dem Zusatz „.AUF“.

Auftragsdatei 1		Nutzdatendatei 1		Auftragsdatei 2		Nutzdatendatei 2	
z.B.: EKRH0007.AUF		EKRH0007		EKRH008.AUF		EKRH0008	

Bei jeder erfolgreichen Übertragung einer Datei wird das Feld TRANSFER_NUMMER um eins erhöht. Ist eine Übertragung fehlerhaft, so wird die TRANSFER_NUMMER für diesen Übertragungswunsch beibehalten und bei einer späteren Übertragung derselben Datei wieder verwendet.

2.2.1 Format der Auftragsdatei

Der Auftragsatz ist nur aus logischen Gründen in mehrere Tabellen (Objekte) aufgeteilt worden. Physikalisch handelt es sich um einen zusammenhängenden Satz. Alle Objekte müssen vorhanden sein.

Die Abkürzungen in den folgenden Spalten haben die Bedeutung:

- L Länge
- N Nutzungstypen
 - R: Routing-Informationen
 - L: Logging- und Statusinformationen
 - K: Information für KKS-Verfahren
 - D: Datenträgerspezifische Informationen
 - I: Interne Nutzung
 - A: Allgemeine Informationen
 - S: Informationen zur Verschlüsselung
- T (Feld-) Typen
 - N: Numerisch (rechtsbündig mit führenden Nullen)
 - A: Alpha (linksbündig mit Leerzeichen aufgefüllt)
 - AN: Alphanumerisch (linksbündig mit Leerzeichen aufgefüllt)
- A (Feld-) Art
 - M: Muß versorgt werden
 - K: Kann versorgt werden

1. Teil: Allgemeine Beschreibung

Bezeichnung	Stellen	L	N	T	A	Inhalt/Bemerkung
IDENTIFIKATOR	01-06	6	A	N	M	Inhalt: „500000“
VERSION	07-08	2	A	N	M	Inhalt: „01“
LÄNGE_AUFTRAG	09-16	8	A	N	M	Länge der Auftragsdatei in Bytes Inhalt: „00000348“
SEQUENZ_NR	17-19	3	A	N	M	Laufende Nummer bei Teillieferung „000“ Nachricht ist komplett vorhanden
VERFAHREN_KENNUNG	20-24	5	R	AN	M	Kennung des Verfahrens: Stelle 20-23: „EKRH“ (Echtdateien) oder „TKRH“ (Testdateien) Stelle 24: „0“ Ziffer für Version des Verfahrens
TRANSFER_NUMMER	25-27	3	A	N	M	Laufende Transfernummer bei der Übertragung zwischen zwei direkt verbundenen Kommunikationspartnern.
VERFAHREN_KENNUNG_SPEZIFIKATION	28-32	5	R	AN	K	„ “ (5 Blanks)
ABSENDER_EIGNER	33-47	15	R	AN	M	IK des absendenden Eigners der Nutzdaten. Der Eigner nimmt die Verschlüsselung vor.
ABSENDER_PHYSIKALISCH	48-62	15	R	AN	M	IK des tatsächlichen (physikalischen) Absenders der Nutzdaten
EMPFÄNGER_NUTZER	63-77	15	R	AN	M	IK des Empfängers, der die Daten nutzen soll. Dieser Empfänger ist im Besitz des Schlüssels, um verschlüsselte Informationen zu entschlüsseln

1. Teil: Allgemeine Beschreibung

Bezeichnung	Stellen	L	N	T	A	Inhalt/Bemerkung
EMPFÄNGER_PHYSIKALISCH	78-92	15	R	AN	M	IK des Empfängers, der Daten physikalisch empfangen soll.
FEHLER_NUMMER	93-98	6	R	N	M	Inhalt: „000000“
FEHLER_MAßNAHME	99-104	6	R	N	M	Inhalt: „000000“
DATEINAME	105-115	11	A	AN	M	siehe Anlage 4, 4.1.3
DATUM_ERSTELLUNG	116-129	14	L	N	M	Erstellungsdatum der Datei Format JJJJMMTThhmmss
DATUM_ÜBERTRAGUNG_GESENET	130-143	14	L	N	K	Start der Übermittlung der Datei Format JJJJMMTThhmmss Diese Zeit kann als Logging-Information oder auch für Wiederaufsatzverfahren zwischen zwei Partnern genutzt werden. Muss vom Absender ausgefüllt werden.
DATUM_ÜBERTRAGUNG_EMPFANGEN_START	144 - 157	14	L	N	K	Start des Empfangs der Datei Format JJJJMMTThhmmss Wird nur vom ersten Empfänger ausgefüllt, der vertraglich die annehmende Stelle ist und dessen Annahmezeit daher vertragliche Auswirkungen hat. Das Feld ist vom ersten Absender mit Nullen zu füllen.
DATUM_ÜBERTRAGUNG_EMPFANGEN_ENDE	158-171	14	L	N	K	Ende des Empfangs der Datei Format JJJJMMTThhmmss
DATEIVERSION	172-177	6	A	N	M	Inhalt: „000000“
KORREKTUR	178	1	A	N	M	Inhalt: „0“
DATEIGRÖßE_NUTZDATEN	179-190	12	A	N	M	Größe der Nutzdatendatei in Bytes (unverschlüsselt und unkomprimiert)
DATEIGRÖßE_ÜBERTRAGUNG	191-202	12	A	N	M	Größe der Nutzdatendatei in Bytes (verschlüsselt und komprimiert)
ZEICHENSATZ	203-204	2	A	AN	M	„11“: ISO 8859-1 „17“: ISO 7-bit, „18“: ISO 8-bit
KOMPRIMIERUNG	205-206	2	A	N	M	„00“ keine, „02“ (komprimiert)
VERSCHLÜSSELUNGSART	207-208	2	A	N	M	„00“ keine (nur für Testdaten) „02“ PEM-Format „03“ PKCS#7-Format
ELEKTRONISCHE UNTERSCHRIFT	209-210	2	A	N	M	„00“ keine „02“ PEM-Format „03“ PKCS#7-Format

2. Teil: Spezifische Information zur Bandverarbeitung

Bezeichnung	Stellen	L	N	T	A	Beschreibung
SATZFORMAT	211-213	3	D	A	M	Satzformat der Datei auf dem Datenträger: F = FIX U = undefiniert FB = FIX_geblockt FBA=FIX_geblockt, ...
SATZLÄNGE	214-218	5	D	N	M	Satzlänge bei fixem Satzformat
BLOCKLÄNGE	219-226	8	D	N	M	Blocklänge in Bytes, sofern geblockt.

**3. Teil: Spezifische Informationen für das KKS-Verfahren
Felder dürfen vom Absender nicht ausgefüllt werden.**

Bezeichnung	Stellen	L	N	T	A	Beschreibung
Status	227	1	K	N	K	Inhalt: „0“
Wiederholung	228-229	2	K	N	K	Inhalt: „00“
Übertragungsweg	230	1	K	N	K	Inhalt: „0“
Verzögerter Versand	231-240	10	K	N	K	Inhalt: „0000000000“
Info und Fehlerfelder	241-246	6	K	N	K	Inhalt: „000000“
Variables Info-Feld	247-274	28	K	AN	K	Inhalt: Leerzeichen

**4. Teil: Spezifische Information zur Verarbeitung innerhalb eines RZ
Felder müssen vom Absender nicht ausgefüllt werden.**

Bezeichnung	Stellen	L	N	T	A	Beschreibung
DATEINAME_PHYSIKALISCH	275-318	44	I	AN	K	Interner physischer Dateiname
DATEL_BEZEICHNUNG	319-348	30	I	AN	K	Für Zusatzinformationen zur Datei

5. Teil: Spezifische Information zur Verschlüsselung

Die Informationen für die Verschlüsselung (DES-Session-Key, ...) werden gemäß der Definition der Security-Schnittstelle für das Gesundheitswesen in den dafür definierten Feldern in der Nutzdatendatei festgelegt.

2.3 Übertragungsdatei bei MHS

Der MHS-Dienst benötigt die für den FTAM-Dienst vorgesehene Aufteilung der Übertragungsdateien in eine unverschlüsselte Auftragsdatei und eine verschlüsselte Nutzdatendatei nicht. Die nachfolgende Definition der Struktur einer MHS-Übertragungsdatei stellt insofern einen Kompromiss mit Rücksicht auf die unter 2.1 definierte FTAM-Lösung dar. Sie ist eine Übergangsregelung in Richtung auf eine MHS-konforme Lösung.

2.3.1 Struktur der MHS-Nachricht

Die Übertragungsdatei entsprechend dem in X.400 definierten MHS-System setzt sich als Interpersonal-Nachricht (Interpersonal Message, IPM) zusammen aus:

Umschlag	(Envelope header)
Inhalt	(Envelope contents)
Kopf	(Contents heading)
Rumpf	(Contents body)

Die verschlüsselte Nutzdatendatei und der Auftragsatz (s. 2.2.1) sind Bestandteile (Body parts) des Rumpfes:

Nutzdatendatei	1. Bestandteil, undefined
Auftragsatz	2. Bestandteil, im IA5-Format.

Der Kopf der IP-Nachricht enthält folgende Elemente:

Identifikation der Nachricht (Message Id):	(vom Anwender/-system festzulegen)
Absendername (Originator's name):	(Absendername)
Empfängername (Recipient's name):	(Empfängername)
Kopie (copy recipient names):	leer
Betreff (Subject):	logischer Dateiname, s. Anlage 4, 4.1.3
Art des Inhalts (Contents type):	-
Vertraulichkeit (Sensitivity):	(vertraulich)

Der Umschlag enthält folgende Elemente:

Identifikation der Nachricht (Message Id):	(vom MHS-Dienst festzulegen)
Absenderadresse (Originator's address):	siehe 2.3.2
Empfängeradresse (Recipient's address):	siehe 2.3.2
Art des Inhalts (Contents Type):	-
Verschlüsselung (Encryption Id):	leer

Gemäß ENV 41201 darf die vollständige Nachricht die Größe von insgesamt 2 MB nicht überschreiten.

2.3.2 Struktur der MHS-/X.400-Adresse

Für die Struktur der MHS-/X.400-Adresse wird die Form 1 Variant 1 (Mnemonic O/R Address) der X.400-Version 1988 zugrundegelegt:

C	Country	an..3	DE
A	Administrative Management Domain	an..16	(abhängig von ADMD)
P	Private Management Domain	an..16	(abhängig von PRMD)
O	Organization	an..64	(Organisation)
OU	Organization Unit (OU1 bis OU4 möglich)	an..32	(Organisationseinheit)
CN	Common Name (Allgemeiner Name)	an..64	Absendername
PN	Personal Name		Ansprechpartner
S	Surname	an..40	(Name)
G	Given Name	an..16	(Vorname)
I	Initials	an..5	(Initialen)
GQ	Generation Qualifier	an..3	(z.B. jr.)

Anhang B zu Anlage 5

Beispieldatensätze

DRG-Beispiel 1

DRG-Fallpauschale (F67D), externe Verlegung

Aufnahme	am 9.1.2008	in die Innere Medizin (0100)
Verlegung	am 11.1.2008	
DRG-FP F67D	EUR 1124,20	Entgeltschlüssel: 7010F67D (Bew.Rel.: 0,511)
Abschlag bei Verlegung	EUR 167,20	Entgeltschlüssel: 7210F67D (Bew.Rel.: 0,076)
Abschlag nach § 8 Abs. 9	EUR 3,11	Entgeltschlüssel: 47200002 (0,5 v.H.)
DRG-Systemzuschlag	EUR 0,90	Entgeltschlüssel: 48000001
QS-Zuschlag	EUR 1,29	Entgeltschlüssel: 46005000
G-BA-Zuschlag	EUR 0,64	Entgeltschlüssel: 47100001
DRG-FP F67D	2 Belegungstage	9.–10.1.2008 <i>erster Tag mit Abschlag: 1, mittlere VD: 5,4 Tage</i>
Abschlag bei Verlegung	3 Tage	9.–10.1.2008
DRG-System-, QS-, G-BA-Zuschlag, Abschlag nach § 8 Abs. 9 KHEntgG	fallbezogen	9.–10.1.2008
Zuzahlungstage	2 Kalendertage	9.–10.1.2008 (EUR 10,— je Zuzahlungstag)

	9.1.	10.1.	11.1.
Aufnahme	█		
DRG-FP F67D	█	█	
Abschlag wg. Verlegung	█	█	
DRG-, QS-, G-BA-Zuschlag	█	█	
Abschlag § 8 Abs. 9	█	█	
Zuzahlung	█	█	
Verlegung			█

Aufnahmesatz

Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	260500005
IK des Empfängers	100500016
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456001
Versichertenstatus	10001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00001
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname1
Vorname des Versicherten	Beispielvorname1
Geschlecht	m
Segment Diagnosen- und Prozedurenversion	DPV
ICD-Version	2008
Segment Aufnahme	AUF
Aufnahmetag	20080109
Aufnahmeuhrzeit	1030
Aufnahmegrund	0101
Fachabteilung	0100
Voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung	20080124
Arzt Nummer des einweisenden Arztes	1234567
Segment Einweisungs- u. Aufnahmediagnose	EAD
Aufnahmediagnose	I10.00

Aufnahmesatz

UNH+00001+AUFN:07:000:00 '
 FKT+10+01+260500005+100500016 '
 INV+123456001+10001+0812+2008-00001 '
 NAD+Beispielname1+Beispielvorname1+m '
 DPV+2008 '
 AUF+20080109+1030+0101+0100+20080124+1234567 '
 EAD+I10.00 '
 UNT+8+00001 '

Kostenübernahmesatz

Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	100500016
IK des Empfängers	260500005
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456001
Versichertenstatus	10001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00001
Fall-Nummer der Krankenkasse	00001
Aktenzeichen der Krankenkasse	AZ00001
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname1
Vorname des Versicherten	Beispielvorname1
Geschlecht	m
Segment Kostenübernahme	KOS
Datum der Kostenübernahme	20080114
Merkmal Kostenübernahme	01
Kostenübernahme ab	20080109
Kostenübernahme bis	
Zuzahlungstage	28

Kostenübernahmesatz

```

UNH+00001+KOUB:07:000:00 '
FKT+10+01+100500016+260500005 '
INV+123456001+10001+0812+2008-00001+00001+AZ00001 '
NAD+Beispielname1+Beispielvorname1+m '
KOS+20080114+01+20080109++28 '
UNT+6+00001 '

```

Entlassungsanzeige

Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	260500005
IK des Empfängers	100500016
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456001
Versichertenstatus	10001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00001
Fall-Nummer der Krankenkasse	00001
Aktenzeichen der Krankenkasse	AZ00001
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname1
Vorname des Versicherten	Beispielvorname1
Geschlecht	m
Segment Diagnosen- und Prozedurenversion	DPV
ICD-Version	2008
Segment Dauer	DAU
Aufnahmetag	20080109
Entlassungstag	20080111
Segment Entlassung/Verlegung	ETL
Tag der Entlassung/Verlegung	20080111
Entlassungs-/Verlegungsurzeit	0900
Entlassungs-/Verlegungsgrund	069
Fachabteilung	0100
Hauptdiagnose	I10.00
Sekundär-Diagnose	
IK der aufnehmenden Institution	260500017
Segment Fachabteilung	FAB
Fachabteilung	0100

Entlassungsanzeige

```

UNH+00001+ENTL:07:000:00 '
FKT+10+01+260500005+100500016 '
INV+123456001+10001+0812+2008-00001+00001+AZ00001 '
NAD+Beispielname1+Beispielvorname1+m '
DPV+2008 '
DAU+20080109+20080111 '
ETL+20080111+0900+069+0100+I10.00++260500017 '
FAB+0100 '
UNT+9+00001 '

```

Rechnungssatz

Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	260500005
IK des Empfängers	100500016
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456001
Versichertenstatus	10001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00001
Fall-Nummer der Krankenkasse	00001
Aktenzeichen der Krankenkasse	AZ00001
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname1
Vorname des Versicherten	Beispielvorname1
Geschlecht	m
Segment Währung	CUX
Währungskennzeichen	EUR
Segment Rechnung	REC
Rechnungsnummer	RE20080001
Rechnungsdatum	20080113
Rechnungsart	02
Aufnahmetag	20080109
Rechnungsbetrag	602,32
Segment Zuzahlung	ZLG
Zuzahlungsbetrag	20,00
Zuzahlungskennzeichen	2
Segment Fachabteilung	FAB
Fachabteilung	0100
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	7010F67D
Entgeltbetrag	1124,20
Abrechnung von:	20080109
Abrechnung bis:	20080110
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	7210F67D
Entgeltbetrag	167,20
Abrechnung von:	20080109
Abrechnung bis:	20080110
Entgeltanzahl	3
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	47200002
Entgeltbetrag	3,11
Abrechnung von:	20080109
Abrechnung bis:	20080110
Entgeltanzahl	1

Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	48000001
Entgeltbetrag	0,90
Abrechnung von:	20080109
Abrechnung bis:	20080110
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	46005000
Entgeltbetrag	1,29
Abrechnung von:	20080109
Abrechnung bis:	20080110
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	47100001
Entgeltbetrag	0,64
Abrechnung von:	20080109
Abrechnung bis:	20080110
Entgeltanzahl	1

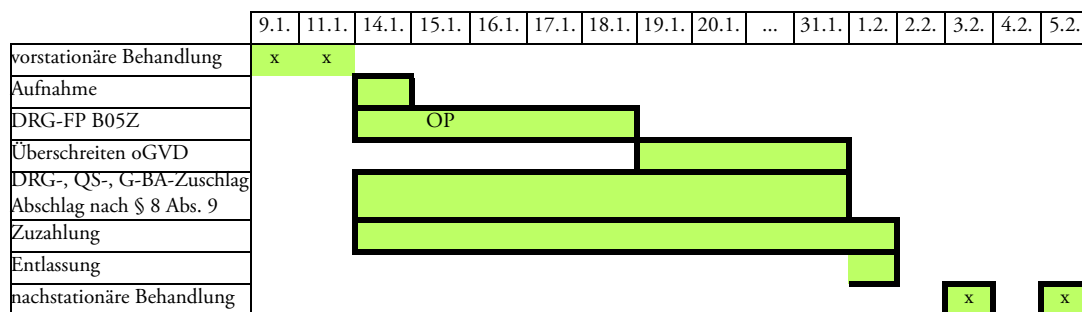
Rechnungssatz

UNH+00001+RECH:07:000:00 '
 FKT+10+01+260500005+100500016 '
 INV+123456001+10001+0812+2008-00001+00001+AZ00001 '
 NAD+Beispielname1+Beispielvorname1+m '
 CUX+EUR '
 REC+RE20080001+20080113+02+20080109+602,32 '
 ZLG+20,00+2 '
 FAB+0100 '
 ENT+7010F67D+1124,20+20080109+20080110+1 '
 ENT+7210F67D+167,20+20080109+20080110+3 '
 ENT+47200002+3,11+20080109+20080110+1 '
 ENT+48000001+0,90+20080109+20080110+1 '
 ENT+46005000+1,29+20080109+20080110+1 '
 ENT+47100001+0,64+20080109+20080110+1 '
 UNT+15+00001 '

DRG-Beispiel 2

Fallpauschale (B05Z) mit vor- und nachstationärer Behandlung und Überschreiten der oberen GVD (Aufnahme mit abgelaufener Krankenversichertenkarte)

Vorstat. Behandlung	am 9.1.2008	in der Neurologie (2800)
Vorstat. Behandlung	am 11.1.2008	in der Neurologie (2800)
Aufnahme	am 14.1.2008	in die Neurologie (2800)
Operation	am 15.1.2008	
Entlassung	am 1.2.2008	
Nachstat. Behandlung	am 3.2.2008	in der Neurologie (2800)
Nachstat. Behandlung	am 5.2.2008	in der Neurologie (2800)
vorstat. Fallpauschale	EUR 114,02	Entgeltschlüssel: 41092800
DRG-FP B05Z	EUR 1064,80	Entgeltschlüssel: 7010B05Z (Bew.Rel.: 0,484)
Entgelt wg. oGVD	EUR 140,80	Entgeltschlüssel: 7110B05Z (Bew.Rel.: 0,064)
Abschlag nach § 8 Abs. 9	EUR 14,48	Entgeltschlüssel: 47200002 (0,5 v.H.)
nachstat. Tagespauschale	EUR 40,90	Entgeltschlüssel: 42092800
QS-Zuschlag	EUR 1,29	Entgeltschlüssel: 46005000
DRG-Systemzuschlag	EUR 0,90	Entgeltschlüssel: 48000001
G-BA-Zuschlag	EUR 0,64	Entgeltschlüssel: 47100001
Vorstat. Behandlung	2 Behandlungstage	9. und 11.1.2008
DRG-FP B05Z	5 Belegungstage	14.–18.1.2008
	<i>mittlere VD: 2,8 Tage, erster Tag mit Zuschlag: 6</i>	
Entgelt wg. oGVD	13 Belegungstage	19.–31.1.2008
	<i>Bei der Prüfung, ob die nachstationäre Behandlung neben einer DRG abgerechnet werden kann, werden vor- und nachstationäre Behandlungstage berücksichtigt.</i>	
Nachstat. Behandlung	2 Behandlungstage	3. und 5.2.2008 (oberhalb oGVD)
DRG-System-, QS-, G-BA-Zuschlag, Abschlag nach § 8 Abs. 9 KHEntgG	fallbezogen	14.–31.1.2008
Zuzahlungstage	19 Kalendertage	14.1. –1.2.2008 (EUR 10,- je Zuzahlungstag)



Aufnahmesatz

Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	260500005
IK des Empfängers	100500016
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456002
Versichertenstatus	30001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0603
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00002
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname2
Vorname des Versicherten	Beispielvorname2
Geschlecht	m
Segment Diagnosen- und Prozedurenversion	DPV
ICD-Version	2008
Segment Aufnahme	AUF
Aufnahmetag	20080114
Aufnahmeuhrzeit	0900
Aufnahmegrund	0201
Fachabteilung	2800
Voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung	20080125
Arzt Nummer des einweisenden Arztes	9876543
Segment Einweisungs- u. Aufnahmediagnose	EAD
Aufnahmediagnose	G56.0:L

Aufnahmesatz

```

UNH+00001+AUFN:07:000:00 '
FKT+10+01+260500005+100500016 '
INV+123456002+30001+0603+2008-00002 '
NAD+Beispielname2+Beispielvorname2+m '
DPV+2008 '
AUF+20080114+0900+0201+2800+20080125+9876543 '
EAD+G56.0:L '
UNT+8+00001 '

```

Kostenübernahmesatz

Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	100500016
IK des Empfängers	260500005
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456002
Versichertenstatus	10001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00002
Fall-Nummer der Krankenkasse	00002
Aktenzeichen der Krankenkasse	AZ00002
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname2
Vorname des Versicherten	Beispielvorname2
Geschlecht	m
Segment Kostenübernahme	KOS
Datum der Kostenübernahme	20080117
Merkmal Kostenübernahme	01
Kostenübernahme ab	20080114
Kostenübernahme bis	
Zuzahlungstage	28

Kostenübernahmesatz

```

UNH+00001+K0UB:07:000:00 '
FKT+10+01+100500016+260500005 '
INV+123456002+10001+0812+2008-00002+00002+AZ00002 '
NAD+Beispielname2+Beispielvorname2+m '
KOS+20080117+01+20080114++28 '
UNT+6+00001 '

```

Entlassungsanzeige

Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	260500005
IK des Empfängers	100500016
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456002
Versichertenstatus	10001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00002
Fall-Nummer der Krankenkasse	00002
Aktenzeichen der Krankenkasse	AZ00002
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname2
Vorname des Versicherten	Beispielvorname2
Geschlecht	m
Segment Diagnosen- und Prozedurenversion	DPV
ICD-Version	2008
OPS-Version	2008
Segment Dauer	DAU
Aufnahmetag	20080114
Entlassungstag	20080201
Segment Entlassung/Verlegung	ETL
Tag der Entlassung/Verlegung	20080201
Entlassungs-/Verlegungsurzeit	1100
Entlassungs-/Verlegungsgrund	022
Fachabteilung	2800
Hauptdiagnose	G56.0:L
Segment Fachabteilung	FAB
Fachabteilung	2800
Diagnose	G56.0:L (kann hier auch entfallen)
Sekundär-Diagnose	
Zusatzschlüssel Diagnose	
Sekundär-Diagnose Zusatzschlüssel	
Operationstag	20080115
Operation	505640:L

Entlassungsanzeige

```

UNH+00001+ENTL:07:000:00 '
FKT+10+01+260500005+100500016 '
INV+123456002+10001+0812+2008-00002+00002+AZ00002 '
NAD+Beispielname2+Beispielvorname2+m '
DPV+2008+2008 '
DAU+20080114+20080201 '
ETL+20080201+1100+022+2800+G56.0:L '
FAB+2800+G56.0++++20080115+505640:L '
UNT+9+00001 '

```


Rechnungssatz

Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	260500005
IK des Empfängers	100500016
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456002
Versichertenstatus	10001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0712
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00002
Fall-Nummer der Krankenkasse	00002
Aktenzeichen der Krankenkasse	AZ00002
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname2
Vorname des Versicherten	Beispielvorname2
Geschlecht	m
Segment Währung	CUX
Währungskennzeichen	EUR
Segment Rechnung	REC
Rechnungsnummer	RE20080002
Rechnungsdatum	20080205
Rechnungsart	02
Aufnahmetag	20080114
Rechnungsbetrag	2775,35
Segment Zuzahlung	ZLG
Zuzahlungsbetrag	190,00
Zuzahlungskennzeichen	2
Segment Fachabteilung	FAB
Fachabteilung	2800
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	41092800
Entgeltbetrag	114,02
Abrechnung von:	20080109
Abrechnung bis:	20080111
Entgeltanzahl	0
Tage ohne Berechnung/Behandlung	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	7010B05Z
Entgeltbetrag	1064,80
Abrechnung von:	20080114
Abrechnung bis:	20080118
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	7110B05Z
Entgeltbetrag	140,80
Abrechnung von:	20080119
Abrechnung bis:	20080131
Entgeltanzahl	13

Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	47200002
Entgeltbetrag	14,48
Abrechnung von:	20080114
Abrechnung bis:	20080131
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	46005000
Entgeltbetrag	1,29
Abrechnung von:	20080114
Abrechnung bis:	20080131
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	48000001
Entgeltbetrag	0,90
Abrechnung von:	20080114
Abrechnung bis:	20080131
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	47100001
Entgeltbetrag	0,64
Abrechnung von:	20080114
Abrechnung bis:	20080131
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	42092800
Entgeltbetrag	40,90
Abrechnung von:	20080203
Abrechnung bis:	20080205
Entgeltanzahl	2
Tage ohne Berechnung/Behandlung	1

Rechnungssatz

UNH+00001+RECH:07:000:00 '
 FKT+10+01+260500005+100500016 '
 INV+123456002+10001+0812+2008-00002+00002+AZ00002 '
 NAD+Beispielname2+Beispielvorname2+m '
 CUX+EUR '
 REC+RE20080002+20080205+02+20080114+2775,35 '
 ZLG+190,00+2 '
 FAB+2800 '
 ENT+41092800+114,02+20080109+20080111+0+1 '
 ENT+7010B05Z+1064,80+20080114+200801018+1 '
 ENT+7110B05Z+140,80+20080119+20080131+13 '
 ENT+47200002+14,48+20080114+20080131+1 '
 ENT+46005000+1,29+20080114+20080131+1 '
 ENT+48000001+0,90+20080114+20080131+1 '
 ENT+47100001+0,64+20080114+20080131+1 '
 ENT+42092800+40,90+20080114+20080205+2+1 '
 UNT+17+00001 '

DRG-Beispiel 3

Fallpauschale (G72B), Überschreiten der oberen GVD, Aufnahme ohne Krankenversicherungskarte, inkl. Zahlungssatz

Aufnahme	am 10.1.2008	in die Innere Medizin (0100)
Operation	am 11.1.2008	
Entlassung	am 20.1.2008	
DRG-FP G72B	EUR 719,40	Entgeltschlüssel: 7010G72B (Bew.Rel.: 0,327)
Entgelt wg. oGVD	EUR 160,60	Entgeltschlüssel: 7110G72Z (Bew.Rel.: 0,073)
Abschlag nach § 8 Abs. 9	EUR 6,81	Entgeltschlüssel: 47200002 (0,5 v.H.)
QS-Zuschlag	EUR 1,29	Entgeltschlüssel: 46005000
G-BA-Zuschlag	EUR 0,64	Entgeltschlüssel: 47100001
DRG-Systemzuschlag	EUR 0,90	Entgeltschlüssel: 48000001
DRG-FP G72B	6 Belegungstage	10.–15.1.2008
	<i>mittlere VD: 2,9 Tage, erster Tag mit Zuschlag: 7</i>	
Entgelt wg. oGVD	4 Belegungstage	16.–19.1.2008
DRG-System-, QS-, G-BA-Zuschlag, Abschlag nach § 8 Abs. 9 KHEntgG	fallbezogen	10.–19.1.2008
Zuzahlungstage	11 Kalendertage	10.–20.1.2008 (EUR 10,— je Zuzahlungstag)

	10.1.	11.1.	12.1.	13.1.	14.1.	15.1.	16.1.	17.1.	18.1.	19.1.	20.1.
Aufnahme	█										
DRG-FP G72B	OP										
Überschreiten oGVD											
DRG-, QS-, G-BA-Zuschlag											
Abschlag nach § 8 Abs. 9											
Zuzahlung											
Entlassung											█

Aufnahmesatz

Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	260500005
IK des Empfängers	100500016
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	
Versichertenstatus	
Gültigkeit der Versichertenkarte	
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00003
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname3
Vorname des Versicherten	Beispielvorname3
Geschlecht	m
Geburtsdatum des Versicherten	19321127
Straße und Haus-Nr.	Beispielstr. 75
Postleitzahl	40474
Wohnort	Düsseldorf
Segment Diagnosen- und Prozedurenversion	DPV
ICD-Version	2008
Segment Aufnahme	AUF
Aufnahmetag	20080110
Aufnahmeuhrzeit	1030
Aufnahmegrund	0101
Fachabteilung	0100
Voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung	20080115
Arztnummer des einweisenden Arztes	0123456
Segment Einweisungs- u. Aufnahmediagnose	EAD
Aufnahmediagnose	I84.0

Aufnahmesatz

```

UNH+00001+AUFN:07:000:00 '
FKT+10+01+260500005+100500016 '
INV++++2008-00003 '
NAD+Beispielname3+Beispielvorname3+m+19321127+
  Beispielstr. 75+40474+Düsseldorf '
DPV+2008 '
AUF+20080110+1030+0101+0100+20080115+0123456 '
EAD+I84.0 '
UNT+8+00001 '

```

Kostenübernahmesatz

Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	100500016
IK des Empfängers	260500005
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456003
Versichertenstatus	50001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00003
Fall-Nummer der Krankenkasse	00003
Aktenzeichen der Krankenkasse	AZ00003
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname3
Vorname des Versicherten	Beispielvorname3
Geschlecht	m
Geburtsdatum des Versicherten	19321127
Straße und Haus-Nr.	Beispielstr. 75
Postleitzahl	40474
Wohnort	Düsseldorf
Segment Kostenübernahme	KOS
Datum der Kostenübernahme	20080114
Merkmal Kostenübernahme	01
Kostenübernahme ab	20080110
Kostenübernahme bis	
Zuzahlungstage	28

Kostenübernahmesatz

```

UNH+00001+KOUR:07:000:00 '
FKT+10+01+100500016+260500005 '
INV+123456003+50001+0812+2008-00003+00003+AZ00003 '
NAD+Beispielname3+Beispielvorname3+m+19321127+
  Beispielstr. 75+40474+Düsseldorf '
KOS+20080114+01+20080110++28 '
UNT+6+00001 '

```

Entlassungsanzeige

Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	260500005
IK des Empfängers	100500016
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456003
Versichertenstatus	50001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00003
Fall-Nummer der Krankenkasse	00003
Aktenzeichen der Krankenkasse	AZ00003
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname3
Vorname des Versicherten	Beispielvorname3
Geschlecht	m
Segment Diagnosen- und Prozedurenversion	DPV
ICD-Version	2008
OPS-Version	2008
Segment Dauer	DAU
Aufnahmetag	20080110
Entlassungstag	20080120
Segment Entlassung/Verlegung	ETL
Tag der Entlassung/Verlegung	20080120
Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit	0900
Entlassungs-/Verlegungsgrund	012
Fachabteilung	0100
Hauptdiagnose	I84.0
Segment Fachabteilung	FAB
Fachabteilung	0100
Diagnose (kann hier auch entfallen)	I84.0
Sekundär-Diagnose	
Zusatzschlüssel Diagnose	
Sekundär-Diagnose Zusatzschlüssel	
Operationstag	20080111
Operation	5493y

Entlassungsanzeige

```

UNH+00001+ENTL:07:000:00 '
FKT+10+01+260500005+100500016 '
INV+123456003+50001+0812+2008-00003+00003+AZ00003 '
NAD+Beispielname3+Beispielvorname3+m '
DPV+2008+2008 '
DAU+20080110+20080120 '
ETL+20080120+0900+012+0100+I84.0 '
FAB+0100+I84.0++++20080111+5493y '
UNT+9+00001 '

```

Rechnungssatz

Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	260500005
IK des Empfängers	100500016
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456003
Versichertenstatus	50001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00003
Fall-Nummer der Krankenkasse	00003
Aktenzeichen der Krankenkasse	AZ00003
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname3
Vorname des Versicherten	Beispielvorname3
Geschlecht	m
Segment Währung	CUX
Währungskennzeichen	EUR
Segment Rechnung	REC
Rechnungsnummer	RE20080003
Rechnungsdatum	20080120
Rechnungsart	52
Aufnahmetag	20080110
Rechnungsbetrag	1247,82
Segment Zuzahlung	ZLG
Zuzahlungsbetrag	110,00
Zuzahlungskennzeichen	2
Segment Fachabteilung	FAB
Fachabteilung	0100
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	7010G72B
Entgeltbetrag	719,40
Abrechnung von:	20080110
Abrechnung bis:	20080115
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	7110G72B
Entgeltbetrag	160,60
Abrechnung von:	20080116
Abrechnung bis:	20080119
Entgeltanzahl	4
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	47200002
Entgeltbetrag	6,81
Abrechnung von:	20080110
Abrechnung bis:	20080119
Entgeltanzahl	1

Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	46005000
Entgeltbetrag	1,29
Abrechnung von:	20080110
Abrechnung bis:	20080119
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	48000001
Entgeltbetrag	0,90
Abrechnung von:	20080110
Abrechnung bis:	20080119
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	47100001
Entgeltbetrag	0,64
Abrechnung von:	20080110
Abrechnung bis:	20080119
Entgeltanzahl	1

Rechnungssatz

UNH+00001+RECH:07:000:00 '
 FKT+10+01+260500005+100500016 '
 INV+123456003+50001+0812+2008-00003+00003+AZ00003 '
 NAD+Beispielname3+Beispielvorname3+m '
 CUX+EUR '
 REC+RE20080003+20080120+52+20080110+1247,82 '
 ZLG+110,00+2 '
 FAB+0100 '
 ENT+7010G72B+719,40+20080110+20080115+1 '
 ENT+7110G72B+160,60+20080116+20080119+4 '
 ENT+47200002+6,81+20080110+20080119+1 '
 ENT+46005000+1,29+20080110+20080119+1 '
 ENT+48000001+0,90+20080110+20080119+1 '
 ENT+47100001+0,64+20080110+20080119+1 '
 UNT+15+00001 '

Zahlungssatz

Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	100500016
IK des Empfängers	260500005
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456003
Versichertenstatus	50001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00003
Fall-Nummer der Krankenkasse	00003
Aktenzeichen der Krankenkasse	AZ00003
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname3
Vorname des Versicherten	Beispielvorname3
Geschlecht	m
Segment Währung	CUX
Währungskennzeichen	EUR
Segment Rechnung	REC
Rechnungsnummer	RE20080003
Rechnungsdatum	20080120
Rechnungsart	52
Aufnahmetag	20080110
Rechnungsbetrag	1247,82
Segment Zahlung/Prüfung	ZPR
Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen	1247,82
Prüfungsvermerk	01

Zahlungssatz

```

UNH+00001+ZAHL:07:000:00 '
FKT+10+01+100500016+260500005 '
INV+123456003+50001+0812+2008-00003+00003+AZ00003 '
NAD+Beispielname3+Beispielvorname3+m '
CUX+EUR '
REC+RE20080003+20080120+52+20080110+1247,82 '
ZPR+1247,82+01 '
UNT+8+00001 '

```

DRG-Beispiel 4

Stationäre Entbindung (DRG O60D und P60C) inkl. Fehlerverfahren

Aufnahme	am 2.1.2008	in die Geburtshilfe (2500)
Entbindung	am 2.1.2008	
Verlegung Neugeborenes	am 2.1.2008	intern, in die Kinderkardiologie (1100)
Verlegung Neugeborenes	am 4.1.2008	in eine Kinderklinik
Entlassung Mutter	am 6.1.2008	
DRG O60D	EUR 1249,60	Entgeltschlüssel: 7010O60D (Bew.Rel.: 0,568) <i>erster Tag mit Abschlag: 1; mittlere VD: 3,7 Tage</i>
Abschlag nach § 8 Abs. 9	EUR 6,25	Entgeltschlüssel: 47200002 (0,5 v.H.)
DRG P60C (Neugeborenes)	EUR 481,80	Entgeltschlüssel: 7010P60C (Bew.Rel.: 0,219) <i>MindestVD 24 Std., mittlere VD 1,7 Tage, Verlegungsfallpauschale</i>
Abschlag nach § 8 Abs. 9	EUR 2,41	Entgeltschlüssel: 47200002 (0,5 v.H.)
QS-Zuschlag	EUR 1,29	Entgeltschlüssel: 46005000
G-BA-Zuschlag	EUR 0,64	Entgeltschlüssel: 47100001
DRG-Systemzuschlag	EUR 0,90	Entgeltschlüssel: 48000001

Abrechnung der Mutter (Krankenkasse A):

Fallpauschale O60D	4 Belegungstage	2.–5.1.2008
DRG-System-, QS-, G-BA-Zuschlag, Abschlag nach § 8 Abs. 9 KHEntgG	fallbezogen	2.–5.1.2008

*Abrechnung des Neugeborenen (Krankenkasse B):**Die für das Neugeborene zuständige Krankenkasse ist bekannt und nicht die Krankenkasse der Mutter.*

Fallpauschale P60C	2 Belegungstage	2.–3.1.2008
DRG-System-, QS-, G-BA-Zuschlag, Abschlag nach § 8 Abs. 9 KHEntgG	fallbezogen	2.–3.1.2008

	2.1.	3.1.	4.1.	5.1.	6.1.
Abrechnung der Mutter (Krankenkasse A)					
Aufnahme	■				
DRG-FP O60D	■	■	■	■	
DRG-, QS-, G-BA-Zuschlag, Abschlag nach § 8 Abs. 9	■	■	■	■	
Entlassung					■

	2.1.	3.1.	4.1.	5.1.	6.1.
Abrechnung des Neugeborenen (Krankenkasse B)					
Aufnahme	■				
DRG P60C	■	■			
RG-, QS-, G-BA-Zuschlag Abschlag nach § 8 Abs. 9	■	■			
Verlegung			■		

Aufnahmesatz	Mutter
Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	260500005
IK des Empfängers	100500016
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456004
Versichertenstatus	10001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00004
Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname4
Vorname des Versicherten	Beispielvorname4
Geschlecht	w
Segment Diagnosen- und Prozedurenversion	DPV
ICD-Version	2008
Segment Aufnahme	AUF
Aufnahmetag	20080102
Aufnahmeuhrzeit	0030
Aufnahmegrund	0507
Fachabteilung	2500
Voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung	20080106
Arztnummer des einweisenden Arztes	
IK des veranlassenden Krankenhauses	
Veranlassende Stelle bei Notfallaufnahme	Notfallaufnahme
Segment Einweisungs- u. Aufnahmediagnose	EAD
Aufnahmediagnose	O70.0

Aufnahmesatz Mutter

```

UNH+00001+AUFN:07:000:00 '
FKT+10+01+260500005+100500016 '
INV+123456004+10001+0812+2008-00004 '
NAD+Beispielname4+Beispielvorname4+w '
DPV+2008 '
AUF+20080102+0030+0507+2500+20080106+++Notfallaufnahme '
EAD+O70.0 '
UNT+8+00001 '

```

Kostenübernahmesatz Mutter	
Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	100500016
IK des Empfängers	260500005
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456004
Versichertenstatus	10001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00004
Fall-Nummer der Krankenkasse	00004
Aktenzeichen der Krankenkasse	AZ00004
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname4
Vorname des Versicherten	Beispielvorname4
Geschlecht	w
Segment Kostenübernahme	KOS
Datum der Kostenübernahme	20080104
Merkmal Kostenübernahme	01

Kostenübernahmesatz Mutter

```

UNH+00001+KOUR:07:000:00 '
FKT+10+01+100500016+260500005 '
INV+123456004+10001+0812+2008-00004+00004+AZ00004 '
NAD+Beispielname4+Beispielvorname4+w '
KOS+20080104+01 '
UNT+6+00001 '

```

Fehlernachricht zu Kostenübernahmesatz Mutter

Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	100500016
IK des Empfängers	260500005
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456004
Versichertenstatus	10001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00004
Fall-Nummer der Krankenkasse	00004
Aktenzeichen der Krankenkasse	AZ00004
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname4
Vorname des Versicherten	Beispielvorname4
Geschlecht	w
Segment Kostenübernahme	KOS
Datum der Kostenübernahme	20080104
Merkmal Kostenübernahme	01
Segment Fehlermeldung	FHL
Segment	KOS
Segmentposition	
Feldposition	
Text	Kostenübernahme ab unzulässig leer
Fehlercode	34049
Anwendungsreferenz	(aus UNB 0026)
Datum/Uhrzeit der Erstellung	(aus UNB S004)
Nachrichten-Referenznummer	00001
Datenaustauschreferenz	(aus UNB 0020)

Fehlernachricht zu Kostenübernahmesatz Mutter

```

UNH+00001+K0UB:07:000:00 '
FKT+10+01+100500016+260500005 '
INV+123456004+10001+0812+2008-00004+00004+AZ00004 '
NAD+Beispielname4+Beispielvorname4+w '
KOS+20080104+01 '
FHL+KOS+++Kostenübernahme ab unzulässig leer+34049+
(aus UNB 0026)+(aus UNB S004)+00001+(aus UNB 0020) '
UNT+7+00001 '

```

Kostenübernahmesatz Mutter (neu und richtig gestellt)

Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	100500016
IK des Empfängers	260500005
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456004
Versichertenstatus	10001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00004
Fall-Nummer der Krankenkasse	00004
Aktenzeichen der Krankenkasse	AZ00004
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname4
Vorname des Versicherten	Beispielvorname4
Geschlecht	w
Segment Kostenübernahme	KOS
Datum der Kostenübernahme	20080106
Merkmal Kostenübernahme	01
Kostenübernahme ab	20080102

Kostenübernahmesatz Mutter (neu und richtig gestellt)

```

UNH+00001+KOUR:07:000:00 '
FKT+10+01+100500016+260500005 '
INV+123456004+10001+0812+2008-00004+00004+AZ00004 '
NAD+Beispielname4+Beispielvorname4+w '
KOS+20080106+01+20080102 '
UNT+6+00001 '

```

Entlassungsanzeige	Mutter
Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	260500005
IK des Empfängers	100500016
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456004
Versichertenstatus	10001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00004
Fall-Nummer der Krankenkasse	00004
Aktenzeichen der Krankenkasse	AZ00004
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname4
Vorname des Versicherten	Beispielvorname4
Geschlecht	w
Segment Diagnosen- und Prozedurenversion	DPV
ICD-Version	2008
OPS-Version	2008
Segment Dauer	DAU
Aufnahmetag	20080102
Entlassungstag	20080106
Segment Entlassung/Verlegung	ETL
Tag der Entlassung/Verlegung	20080106
Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit	1000
Entlassungs-/Verlegungsgrund	012
Fachabteilung	2500
Hauptdiagnose	O70.0
Segment Nebendiagnose	NDG
Nebendiagnose	O70.0
Sekundär-Diagnose	Z37.0!
Segment Entbindung	EBG
Tag der Entbindung	20080102
Segment Fachabteilung	FAB
Fachabteilung	2500
Diagnose (kann hier auch entfallen)	O70.0
Sekundär-Diagnose	
Zusatzschlüssel Diagnose	
Sekundär-Diagnose Zusatzschlüssel	
Operationstag	20080102
Operation	9260

Entlassungsanzeige Mutter

UNH+00001+ENTL:07:000:00 '
FKT+10+01+260500005+100500016 '
INV+123456004+10001+0812+2008-00004+00004+AZ00004 '
NAD+Beispielname4+Beispielvorname4+w '
DPV+2008+2008 '
DAU+20080102+20080106 '
ETL+20080106+1000+012+2500+O70.0 '
NDG+O70.0+Z37.0! '
EBG+20080102 '
FAB+2500+O70.0++++20080102+9260 '
UNT+11+00001 '

Rechnungssatz	Mutter
Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	260500005
IK des Empfängers	100500016
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456004
Versichertenstatus	10001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00004
Fall-Nummer der Krankenkasse	00004
Aktenzeichen der Krankenkasse	AZ00004
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname4
Vorname des Versicherten	Beispielvorname4
Geschlecht	w
Segment Währung	CUX
Währungskennzeichen	EUR
Segment Rechnung	REC
Rechnungsnummer	RE20080004
Rechnungsdatum	20080107
Rechnungsart	02
Aufnahmetag	20080102
Rechnungsbetrag	1246,18
Segment Fachabteilung	FAB
Fachabteilung	2500
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	7010O60D
Entgeltbetrag	1249,60
Abrechnung von:	20080102
Abrechnung bis:	20080105
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	47200002
Entgeltbetrag	6,25
Abrechnung von:	20080102
Abrechnung bis:	20080105
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	46005000
Entgeltbetrag	1,29
Abrechnung von:	20080102
Abrechnung bis:	20080105
Entgeltanzahl	1

Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	48000001
Entgeltbetrag	0,90
Abrechnung von:	20080102
Abrechnung bis:	20080105
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	47100001
Entgeltbetrag	0,64
Abrechnung von:	20080102
Abrechnung bis:	20080105
Entgeltanzahl	1

Rechnungssatz Mutter

UNH+00001+RECH:07:000:00 '
FKT+10+01+260500005+100500016 '
INV+123456004+10001+0812+2008-00004+00004+AZ00004 '
NAD+Beispielname4+Beispielvorname4+w '
CUX+EUR '
REC+RE20080004+20080107+02+20080102+1246,18 '
FAB+2500 '
ENT+7010060D+1249,60+20080102+20080105+1 '
ENT+47200002+6,25+20080102+20080105+1 '
ENT+46005000+1,29+20080102+20080105+1 '
ENT+48000001+0,90+20080102+20080105+1 '
ENT+47100001+0,64+20080102+20080105+1 '
UNT+13+00001 '

Aufnahmesatz	Neugeborenes
Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	260500005
IK des Empfängers	100500027
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	
Versichertenstatus	
Gültigkeit der Versichertenkarte	
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00004a
Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname4
Vorname des Versicherten	Säugling m
Geschlecht	m
Geburtsdatum des Versicherten	20080102
Straße und Haus-Nr.	Beispielstraße 4
Postleitzahl	53721
Wohnort	Siegburg
Titel des Versicherten	
Internationales Länderkennzeichen	D
Segment Diagnosen- und Prozedurenversion	DPV
ICD-Version	2008
Segment Aufnahme	AUF
Aufnahmetag	20080102
Aufnahmeuhrzeit	0230
Aufnahmegrund	0101
Fachabteilung	2500
Voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung	20080104
Arztnummer des einweisenden Arztes	
IK des veranlassenden Krankenhauses	
Veranlassende Stelle bei Notfallaufnahme	Erkranktes Neugeborenes
Segment Einweisungs- u. Aufnahmediagnose	EAD
Aufnahmediagnose	P07.12

Aufnahmesatz Neugeborenes

```

UNH+00001+AUFN:07:000:00 '
FKT+10+01+260500005+100500027 '
INV++++2008-00004a '
NAD+Beispielname4+Säugling m+m+20080102+Beispielstraße 4+
53721+Siegburg++D '
DPV+2008 '
AUF+20080102+0230+0101+2500+20080104+++Erkranktes Neugeborenes '
EAD+P07.12 '
UNT+8+00001 '

```

Kostenübernahmesatz		Neugeborenes
Segment Funktion	FKT	
Verarbeitungskennzeichen	10	
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01	
IK des Absenders	100500027	
IK des Empfängers	260500005	
Segment Information Versicherter	INV	
Krankenversicherten-Nr.	234567004	
Versichertenstatus	30001	
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812	
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00004a	
Fall-Nummer der Krankenkasse	00004a	
Aktenzeichen der Krankenkasse	AZ00004a	
Segment Name/Adresse	NAD	
Name des Versicherten	Beispielname4	
Vorname des Versicherten	Beispielvorname4a	
Geschlecht	m	
Segment Kostenübernahme	KOS	
Datum der Kostenübernahme	20080106	
Merkmal Kostenübernahme	01	
Kostenübernahme ab	20080102	

Kostenübernahmesatz Neugeborenes

UNH+00001+KOUR:07:000:00 '
 FKT+10+01+100500027+260500005 '
 INV+234567004+30001+0812+2008-00004a+00004a+AZ00004a '
 NAD+Beispielname4+Beispielvorname4a+m '
 KOS+20080106+01+20080102 '
 UNT+6+00001 '

Entlassungsanzeige	Neugeborenes
Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	260500005
IK des Empfängers	100500027
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	234567004
Versichertenstatus	30001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00004a
Fall-Nummer der Krankenkasse	00004a
Aktenzeichen der Krankenkasse	AZ00004a
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname4
Vorname des Versicherten	Beispielvorname4a
Geschlecht	m
Segment Diagnosen- und Prozedurenversion	DPV
ICD-Version	2008
OPS-Version	2008
Segment Dauer	DAU
Aufnahmetag	20080102
Entlassungstag	20080104
Segment Entlassung/Verlegung	ETL
Tag der Entlassung/Verlegung	20080102
Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit	0600
Entlassungs-/Verlegungsgrund	129
Fachabteilung	2500
Hauptdiagnose	P07.12
Segment Entlassung/Verlegung	ETL
Tag der Entlassung/Verlegung	20080104
Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit	1000
Entlassungs-/Verlegungsgrund	069
Fachabteilung	1100
Hauptdiagnose	Q21.1
Sekundärdiagnose	
IK der aufnehmenden Institution	260500017
Segment Entlassung/Verlegung	ETL
Tag der Entlassung/Verlegung	20080104
Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit	1000
Entlassungs-/Verlegungsgrund	069
Fachabteilung	0000
Hauptdiagnose	P07.12
Sekundärdiagnose	
IK der aufnehmenden Institution	260500017
Segment Nebendiagnose	NDG
Nebendiagnose	Q21.1
Segment Fachabteilung	FAB
Fachabteilung	2500

Segment Fachabteilung	FAB
Fachabteilung	110
Diagnose	Q21.1 (<i>kann hier auch entfallen</i>)
Sekundär-Diagnose	
Zusatzschlüssel Diagnose	
Sekundär-Diagnose Zusatzschlüssel	
Operationstag	20080102
Operation	92621

Entlassungsanzeige Neugeborenes

UNH+00001+ENTL:07:000:00 '
 FKT+10+01+260500005+100500027 '
 INV+234567004+30001+0812+2008-00004a+00004a+AZ00004a '
 NAD+Beispielname4+Beispielvorname4a+m '
 DPV+2008+2008 '
 DAU+20080102+20080104 '
 ETL+20080102+0600+129+2500+P07.12 '
 ETL+20080104+1000+069+1100+Q21.1++260500017 '
 ETL+20080104+1000+069+0000+P07.12++260500017 '
 NDG+Q21.1 '
 FAB+2500 '
 FAB+1100+Q21.1++++20080102+92621 '
 UNT+13+00001 '

Rechnungssatz	Neugeborenes
Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	260500005
IK des Empfängers	100500027
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	234567004
Versichertenstatus	30001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00004a
Fall-Nummer der Krankenkasse	00004a
Aktenzeichen der Krankenkasse	AZ00004a
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname4
Vorname des Versicherten	Beispielvorname4a
Geschlecht	m
Segment Währung	CUX
Währungskennzeichen	EUR
Segment Rechnung	REC
Rechnungsnummer	RE20080004a
Rechnungsdatum	20080107
Rechnungsart	02
Aufnahmetag	20080102
Rechnungsbetrag	482,22
Segment Fachabteilung	FAB
Fachabteilung	2500
Segment Fachabteilung	FAB
Fachabteilung	1100
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	7010P60C
Entgeltbetrag	481,80
Abrechnung von:	20080102
Abrechnung bis:	20080103
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	47200002
Entgeltbetrag	2,41
Abrechnung von:	20080102
Abrechnung bis:	20080103
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	46005000
Entgeltbetrag	1,29
Abrechnung von:	20080102
Abrechnung bis:	20080103
Entgeltanzahl	1

Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	48000001
Entgeltbetrag	0,90
Abrechnung von:	20080102
Abrechnung bis:	20080103
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	47100001
Entgeltbetrag	0,64
Abrechnung von:	20080102
Abrechnung bis:	20080103
Entgeltanzahl	1

Rechnungssatz Neugeborenes

UNH+00001+RECH:07:000:00 '
 FKT+10+01+260500005+100500027 '
 INV+234567004+30001+0812+2008-00004a+00004a+AZ00004a '
 NAD+Beispielname4+Beispielvorname4a+m '
 CUX+EUR '
 REC+RE20080004a+20080107+02+20080102+482,22 '
 FAB+2500 '
 FAB+1100 '
 ENT+7010P60C+481,80+20080102+20080103+1 '
 ENT+47200002+2,41+20080102+20080103+1 '
 ENT+46005000+1,29+20080102+20080103+1 '
 ENT+48000001+0,90+20080102+20080103+1 '
 ENT+47100001+0,64+20080102+20080103+1 '
 UNT+14+00001 '

DRG-Beispiel 5

DRG-Fallpauschale (I57C), externe Verlegung wegen Hinterwandinfarkt und Rückverlegung in dasselbe Krankenhaus mit Fallzusammenführung und Abrechnung der DRG (I57C)

Aufnahme	am 2.1.2008	in die Orthopädie (2300)
Operation	am 2.1.2008	
Verlegung	am 6.1.2008	in anderes Krankenhaus wg. akuten Myokardinfarkts
Wiederaufnahme	am 10.1.2008	in die Kardiologie (0300)
Entlassung	am 21.1.2008	

1. Aufenthalt:

DRG-FP I57C	EUR 2277,00	Entgeltsschlüssel: 7010I57C (Bew.Rel.: 1,035)
Abschlag bei Verlegung	EUR 162,80	Entgeltsschlüssel: 7210I57C (Bew.Rel.: 0,074)
Abschlag nach § 8 Abs. 9	EUR 8,94	Entgeltsschlüssel: 47200002 (0,5 v.H.)
QS-Zuschlag	EUR 1,29	Entgeltsschlüssel: 46005000
G-BA-Zuschlag	EUR 0,64	Entgeltsschlüssel: 47100001
DRG-Systemzuschlag	EUR 0,90	Entgeltsschlüssel: 48000001

DRG-FP I57C 4 Belegungstage 2.–5.1.2008
erster Tag mit Abschlag: 1, mittlere VD: 6,9 Tage

Abschlag bei Verlegung 3 Abschlagstage

DRG-System-, QS-, G-BA-Zuschlag, Abschlag nach § 8 Abs. 9 KHEntgG
 fallbezogen 2.–5.1.2008

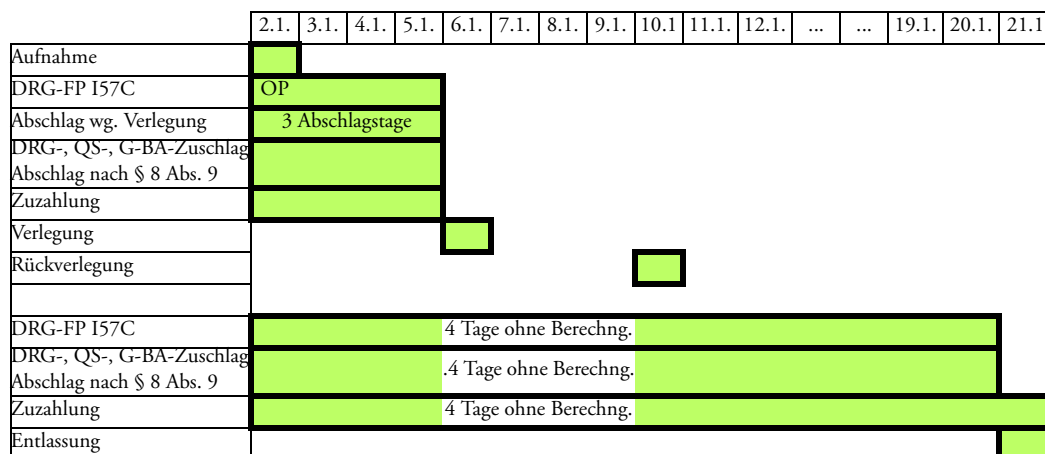
Zuzahlungstage 4 Kalendertage 2.–5.1.2008 (EUR 10,- je Zuzahlungstag)

2. Aufenthalt (mit Fallzusammenführung):

DRG-FP I57C 15 Belegungstage 2.–20.1.2008 (ohne 6.–9.1.2008)
mittlere VD: 6,9 Tage, erster Tag mit Zuschlag: 16

DRG-System-, QS-, G-BA-Zuschlag, Abschlag nach § 8 Abs. 9 KHEntgG
 fallbezogen 2.–20.1.2008

Zuzahlungstage 16 Kalendertage 2.–21.1.2008 (ohne 6.–9.1.2008)



Aufnahmesatz

Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	260500005
IK des Empfängers	100500016
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456005
Versichertenstatus	10001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00005
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname5
Vorname des Versicherten	Beispielvorname5
Geschlecht	m
Segment Diagnosen- und Prozedurenversion	DPV
ICD-Version	2008
Segment Aufnahme	AUF
Aufnahmetag	20080102
Aufnahmeuhrzeit	1030
Aufnahmegrund	0103
Fachabteilung	2300
Voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung	20080110
Arztnummer des einweisenden Arztes	
IK des veranlassenden Krankenhauses	
Veranlassende Stelle bei Notfallaufnahme	Krankentransport
Segment Einweisungs- u. Aufnahmediagnose	EAD
Aufnahmediagnose	S82.81:L
Sekundär-Diagnose Aufnahme	S81.84!:L

Aufnahmesatz

```

UNH+00001+AUFN:07:000:00 '
FKT+10+01+260500005+100500016 '
INV+123456005+10001+0812+2008-00005 '
NAD+Beispielname5+Beispielvorname5+m '
DPV+2008 '
AUF+20080102+1030+0103+2300+20080110+++Krankentransport '
EAD+S82.81:L+S81.84!:L '
UNT+8+00001 '

```

Kostenübernahmesatz

Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	100500016
IK des Empfängers	260500005
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456005
Versichertenstatus	10001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00005
Fall-Nummer der Krankenkasse	00005
Aktenzeichen der Krankenkasse	AZ00005
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname5
Vorname des Versicherten	Beispielvorname5
Geschlecht	m
Segment Kostenübernahme	KOS
Datum der Kostenübernahme	20080106
Merkmal Kostenübernahme	01
Kostenübernahme ab	20080102
Kostenübernahme bis	
Zuzahlungstage	28

Kostenübernahmesatz

```

UNH+00001+KOUB:07:000:00 '
FKT+10+01+100500016+260500005 '
INV+123456005+10001+0812+2008-00005+00005+AZ00005 '
NAD+Beispielname5+Beispielvorname5+m '
KOS+20080106+01+20080102++28 '
UNT+6+00001 '

```

Entlassungsanzeige

Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	260500005
IK des Empfängers	100500016
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456005
Versichertenstatus	10001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00005
Fall-Nummer der Krankenkasse	00005
Aktenzeichen der Krankenkasse	AZ00005
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname5
Vorname des Versicherten	Beispielvorname5
Geschlecht	m
Segment Diagnosen- und Prozedurenversion	DPV
ICD-Version	2008
OPS-Version	2008
Segment Dauer	DAU
Aufnahmetag	20080102
Entlassungstag	20080106
Segment Entlassung/Verlegung	ETL
Tag der Entlassung/Verlegung	20080106
Entlassungs-/Verlegungsurzeit	1100
Entlassungs-/Verlegungsgrund	069
Fachabteilung	2300
Hauptdiagnose	S82.81:L
Sekundär-Diagnose	S81.84!:L
IK der aufnehmenden Institution	260500027
Segment Fachabteilung	FAB
Fachabteilung	2300
Diagnose	S82.81:L (<i>kann hier auch entfallen</i>)
Sekundär-Diagnose	S81.84!:L (<i>kann hier auch entfallen</i>)
Zusatzschlüssel Diagnose	
Sekundär-Diagnose Zusatzschlüssel	
Operationstag	20080102
Operation	57933r:L
Segment Fachabteilung	FAB
Fachabteilung	2300
Diagnose	
Sekundär-Diagnose	
Zusatzschlüssel Diagnose	
Sekundär-Diagnose Zusatzschlüssel	
Operationstag	20080102
Operation	57931n:L

Entlassungsanzeige

UNH+00001+ENTL:07:000:00 '
FKT+10+01+260500005+100500016 '
INV+123456005+10001+0812+2008-00005+00005+AZ00005 '
NAD+Beispielname5+Beispielvorname5+m '
DPV+2008+2008 '
DAU+20080102+20080106 '
ETL+20080106+1100+069+2300+S82.81:L+S81.84!:L+260500027 '
FAB+2300+S82.81:L+S81.84!:L+++20080102+57933r:L '
FAB+2300+++++20080102+57931n:L '
UNT+10+00001 '

Rechnungssatz

Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	260500005
IK des Empfängers	100500016
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456005
Versichertenstatus	10001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00005
Fall-Nummer der Krankenkasse	00005
Aktenzeichen der Krankenkasse	AZ00005
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname5
Vorname des Versicherten	Beispielvorname5
Geschlecht	m
Segment Währung	CUX
Währungskennzeichen	EUR
Segment Rechnung	REC
Rechnungsnummer	RE20080005
Rechnungsdatum	20080108
Rechnungsart	02
Aufnahmetag	20080102
Rechnungsbetrag	1742,49
Segment Zuzahlung	ZLG
Zuzahlungsbetrag	40,00
Zuzahlungskennzeichen	2
Segment Fachabteilung	FAB
Fachabteilung	2300
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	7010I57C
Entgeltbetrag	2277,00
Abrechnung von:	20080102
Abrechnung bis:	20080105
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	7210I57C
Entgeltbetrag	162,80
Abrechnung von:	20080102
Abrechnung bis:	20080105
Entgeltanzahl	3
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	47200002
Entgeltbetrag	8,94
Abrechnung von:	20080102
Abrechnung bis:	20080105
Entgeltanzahl	1

Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	48000001
Entgeltbetrag	0,90
Abrechnung von:	20080102
Abrechnung bis:	20080105
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	46005000
Entgeltbetrag	1,29
Abrechnung von:	20080102
Abrechnung bis:	20080105
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	47100001
Entgeltbetrag	0,64
Abrechnung von:	20080102
Abrechnung bis:	20080105
Entgeltanzahl	1

Rechnungssatz

UNH+00001+RECH:07:000:00 '
 FKT+10+01+260500005+100500016 '
 INV+123456005+10001+0812+2008-00005+00005+AZ00005 '
 NAD+Beispielname5+Beispielvorname5+m '
 CUX+EUR '
 REC+RE20080005+20080108+02+20080102+1742,49 '
 ZLG+40,00+2 '
 FAB+2300 '
 ENT+7010I57C+2277,00+20080102+20080105+1 '
 ENT+7210I57C+162,80+20080102+20080105+3 '
 ENT+47200002+8,94+20080102+20080105+1 '
 ENT+48000001+0,90+20080102+20080105+1 '
 ENT+46005000+1,29+20080102+20080105+1 '
 ENT+47100001+0,64+20080102+20080105+1 '
 UNT+15+00001 '

Rechnungssatz	(Storno)
Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	02
IK des Absenders	260500005
IK des Empfängers	10500016
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456005
Versichertenstatus	10001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00005
Fall-Nummer der Krankenkasse	00005
Aktenzeichen der Krankenkasse	AZ00005
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname5
Vorname des Versicherten	Beispielvorname5
Geschlecht	m
Segment Währung	CUX
Währungskennzeichen	EUR
Segment Rechnung	REC
Rechnungsnummer	RE20080005
Rechnungsdatum	20080108
Rechnungsart	04
Aufnahmetag	20080102
Rechnungsbetrag	1742,49
Segment Zuzahlung	ZLG
Zuzahlungsbetrag	40,00
Zuzahlungskennzeichen	2
Segment Fachabteilung	FAB
Fachabteilung	2300
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	7010I57C
Entgeltbetrag	2277,00
Abrechnung von:	20080102
Abrechnung bis:	20080105
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	7210I57C
Entgeltbetrag	162,80
Abrechnung von:	20080102
Abrechnung bis:	20080105
Entgeltanzahl	3
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	47200002
Entgeltbetrag	8,94
Abrechnung von:	20080102
Abrechnung bis:	20080105
Entgeltanzahl	1

Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	48000001
Entgeltbetrag	0,90
Abrechnung von:	20080102
Abrechnung bis:	20080105
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	46005000
Entgeltbetrag	1,29
Abrechnung von:	20080102
Abrechnung bis:	20080105
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	47100001
Entgeltbetrag	0,64
Abrechnung von:	20080102
Abrechnung bis:	20080105
Entgeltanzahl	1

Rechnungssatz (Storno)

UNH+00001+RECH:07:000:00 '
 FKT+10+02+260500005+100500016 '
 INV+123456005+10001+0812+2008-00005+00005+AZ00005 '
 NAD+Beispielname5+Beispielvorname5+m '
 CUX+EUR '
 REC+RE20080005+20080108+04+20080102+1742,49 '
 ZLG+40,00+2 '
 FAB+2300 '
 ENT+7010I57C+2277,00+20080102+20080105+1 '
 ENT+7210I57C+162,80+20080102+20080105+3 '
 ENT+47200002+8,94+20080102+20080105+1 '
 ENT+48000001+0,90+20080102+20080105+1 '
 ENT+46005000+1,29+20080102+20080105+1 '
 ENT+47100001+0,64+20080102+20080105+1 '
 UNT+15+00001 '

Entlassungsanzeige (Storno)	
Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	41
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	260500005
IK des Empfängers	100500016
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456005
Versichertenstatus	10001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00005
Fall-Nummer der Krankenkasse	00005
Aktenzeichen der Krankenkasse	AZ00005
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname5
Vorname des Versicherten	Beispielvorname5
Geschlecht	m
Segment Diagnosen- und Prozedurenversion	DPV
ICD-Version	2008
OPS-Version	2008
Segment Dauer	DAU
Aufnahmetag	20080102
Entlassungstag	20080106
Segment Entlassung/Verlegung	ETL
Tag der Entlassung/Verlegung	20080106
Entlassungs-/Verlegungsurzeit	1100
Entlassungs-/Verlegungsgrund	069
Fachabteilung	2300
Hauptdiagnose	S82.81:L
Sekundär-Diagnose	S81.84!:L
IK der aufnehmenden Institution	260500027
Segment Fachabteilung	FAB
Fachabteilung	2300
Diagnose	S82.81:L
Sekundär-Diagnose	S81.84!:L
Zusatzschlüssel Diagnose	
Sekundär-Diagnose Zusatzschlüssel	
Operationstag	20080102
Operation	57933r:L
Segment Fachabteilung	FAB
Fachabteilung	2300
Diagnose	
Sekundär-Diagnose	
Zusatzschlüssel Diagnose	
Sekundär-Diagnose Zusatzschlüssel	
Operationstag	20080102
Operation	57931n:L

Entlassungsanzeige (Storno)

UNH+00001+ENTL:07:000:00 '
FKT+41+01+260500005+100500016 '
INV+123456005+10001+0812+2008-00005+00005+AZ00005 '
NAD+Beispielname5+Beispielvorname5+m '
DPV+2008+2008 '
DAU+20080102+20080106 '
ETL+20080106+1100+069+2300+S82.81:L+S81.84!:L+260500027 '
FAB+2300+S82.81:L+S81.84!:L+++20080102+57933r:L '
FAB+2300+++++20080102+57931n:L '
UNT+10+00001 '

Entlassungsanzeige	neu
Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	02
IK des Absenders	260500005
IK des Empfängers	100500016
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456005
Versichertenstatus	10001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00005
Fall-Nummer der Krankenkasse	00005
Aktenzeichen der Krankenkasse	AZ00005
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname5
Vorname des Versicherten	Beispielvorname5
Geschlecht	m
Segment Diagnosen- und Prozedurenversion	DPV
ICD-Version	2008
OPS-Version	2008
Segment Dauer	DAU
Aufnahmetag	20080102
Entlassungstag	20080121
Segment Entlassung/Verlegung	ETL
Tag der Entlassung/Verlegung	20080106
Entlassungs-/Verlegungsurzeit	1100
Entlassungs-/Verlegungsgrund	169
Fachabteilung	2300
Hauptdiagnose	S82.81:L
Sekundär-Diagnose	S81.84!:L
IK der aufnehmenden Institution	260500027
Segment Nebendiagnose	NDG
Nebendiagnose	I21.1
Segment Nebendiagnose	NDG
Nebendiagnose	I49.3
Segment Entlassung/Verlegung	ETL
Tag der Entlassung/Verlegung	20080110
Entlassungs-/Verlegungsurzeit	1000
Entlassungs-/Verlegungsgrund	189
Fachabteilung	0001
Hauptdiagnose	S82.81:L
Segment Entlassung/Verlegung	ETL
Tag der Entlassung/Verlegung	20080121
Entlassungs-/Verlegungsurzeit	1000
Entlassungs-/Verlegungsgrund	012
Fachabteilung	0300
Hauptdiagnose	I21.1
Segment Nebendiagnose	NDG
Nebendiagnose	S82.81:L

Segment Entlassung/Verlegung	ETL
Tag der Entlassung/Verlegung	20080121
Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit	1000
Entlassungs-/Verlegungsgrund	012
Fachabteilung	0000
Hauptdiagnose	S82.81:L
Sekundär-Diagnose	S81.84!:L
Segment Nebendiagnose	NDG
Nebendiagnose	I21.1
Segment Nebendiagnose	NDG
Nebendiagnose	I49.3
Segment Fachabteilung	FAB
Fachabteilung	2300
Diagnose	S82.81:L (kann hier auch entfallen)
Sekundär-Diagnose	S81.84!:L (kann hier auch entfallen)
Zusatzschlüssel Diagnose	
Sekundär-Diagnose Zusatzschlüssel	
Operationstag	20080102
Operation	57933r:L
Segment Fachabteilung	FAB
Fachabteilung	2300
Diagnose	
Sekundär-Diagnose	
Zusatzschlüssel Diagnose	
Sekundär-Diagnose Zusatzschlüssel	
Operationstag	20080102
Operation	57931n:L
Segment Fachabteilung	FAB
Fachabteilung	0300
Diagnose	I21.1 (kann hier auch entfallen)

Entlassungsanzeige neu

```

UNH+00001+ENTL:07:000:00 '
FKT+10+02+260500005+100500016 '
INV+123456005+10001+0812+2008-00005+00005+AZ00005 '
NAD+Beispielname5+Beispielvorname5+m '
DPV+2008+2008 '
DAU+20080102+20080121 '
ETL+20080106+1100+169+2300+S82.81:L+S81.84!:L+260500027 '
NDG+I21.1 '
NDG+I49.3 '
ETL+20080110+1000+189+0001+S82.84!:L '
ETL+20080121+1000+012+0300+I21.1 '
NDG+S82.81:L '
ETL+20080121+1000+012+0000+S82.81:L+S81.84!:L '
NDG+I21.1 '
NDG+I49.3 '
FAB+2300+S82.81:L+S81.84!:L+++20080102+57933r:L '
FAB+2300+++++20080102+57931n:L '
FAB+0300+I21.1 '
UNT+19+00001 '

```

Rechnungssatz	neu
Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	03
IK des Absenders	260500005
IK des Empfängers	100500016
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456005
Versichertenstatus	10001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00005
Fall-Nummer der Krankenkasse	00005
Aktenzeichen der Krankenkasse	AZ00005
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname5
Vorname des Versicherten	Beispielvorname5
Geschlecht	m
Segment Währung	CUX
Währungskennzeichen	EUR
Segment Rechnung	REC
Rechnungsnummer	RE20080005b
Rechnungsdatum	20080123
Rechnungsart	02
Aufnahmetag	20080102
Rechnungsbetrag	2108,44
Segment Zuzahlung	ZLG
Zuzahlungsbetrag	160,00
Zuzahlungskennzeichen	2
Segment Fachabteilung	FAB
Fachabteilung	2300
Segment Fachabteilung	FAB
Fachabteilung	0300
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	7010I57C
Entgeltbetrag	2277,00
Abrechnung von:	20080102
Abrechnung bis:	20080120
Entgeltanzahl	1
Tage ohne Berechnung/Behandlung	4
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	47200002
Entgeltbetrag	11,39
Abrechnung von:	20080102
Abrechnung bis:	20080120
Entgeltanzahl	1

Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	48000001
Entgeltbetrag	0,90
Abrechnung von:	20080102
Abrechnung bis:	20080120
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	46005000
Entgeltbetrag	1,29
Abrechnung von:	20080102
Abrechnung bis:	20080120
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	47100001
Entgeltbetrag	0,64
Abrechnung von:	20080102
Abrechnung bis:	20080120
Entgeltanzahl	1

Rechnungssatz neu

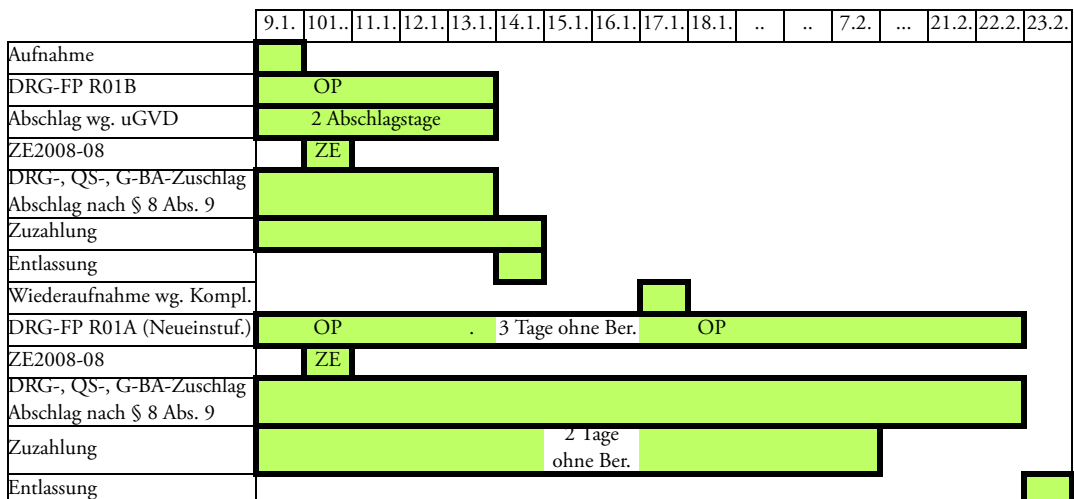
UNH+00001+RECH:07:000:00 '
 FKT+10+03+260500005+100500016 '
 INV+123456005+10001+0812+2008-00005+00005+AZ00005 '
 NAD+Beispielname5+Beispielvorname5+m '
 CUX+EUR '
 REC+RE20080005b+20080123+02+20080102+2108,44 '
 ZLG+160,00+2 '
 FAB+2300 '
 FAB+0300 '
 ENT+7010I57C+2277,00+20080102+20080120+1+4 '
 ENT+47200002+11,39+20080102+20080120+1 '
 ENT+48000001+0,90+20080102+20080120+1 '
 ENT+46005000+1,29+20080102+20080120+1 '
 ENT+47100001+0,64+20080102+20080120+1 '
 UNT+15+00001 '

(Hinweis: seit dem 1.1.2004 neue Rechnungsnummer erforderlich.)

DRG-Beispiel 6

DRG-Fallpauschale (R01B) Wiederaufnahme wegen Komplikationen und Neueinstufung (R01A)

Aufnahme	am 9.1.2008	in die Neurologie (2800)
Operation	am 10.1.2008	
Entlassung	am 14.1.2008	
DRG-FP R01B	EUR 8450,20	Entgeltschlüssel: 7010R01B (Bew.Rel.: 3,841)
Abschlag wg. uGVD	EUR 987,80	Entgeltschlüssel: 7310R01B (Bew.Rel.: 0,449)
ZE2008-08 sonst. Dialyse	EUR 550,00	Entgeltschlüssel: 76000080
Abschlag nach § 8 Abs. 9	EUR 35,12	Entgeltschlüssel: 47200002 (0,5 v.H.)
QS-Zuschlag	EUR 1,29	Entgeltschlüssel: 46005000
G-BA-Zuschlag	EUR 0,64	Entgeltschlüssel: 47100001
DRG-Systemzuschlag	EUR 0,90	Entgeltschlüssel: 48000001
DRG-FP R01B	5 Belegungstage	9.–13.1.2008 <i>erster Tag mit Abschlag: 6, mittlere VD: 22,4 Tage</i>
Abschlag wg. uGVD	2 Abschlagstage	
ZE2008-08 sonst. Dialyse	1 Tag	10.1.2008
DRG-System-, QS-, G-BA-Zuschlag, Abschlag nach § 8 Abs. 9 KHEntgG	fallbezogen	9.–13.1.2008
Zuzahlungstage	6 Kalendertage	9.–14.1.2008 (EUR 10,- je Zuzahlungstag)
Wiederaufnahme	am 17.1.2008	in die Neurochirurgie (1700), wg. Komplikationen
Operation	am 18.1.2008	
Entlassung	am 23.2.2008	
DRG-FP R01A	EUR 10808,60	Entgeltschlüssel: 7010R01A (Bew.Rel.: 4,913)
ZE2008-08 sonst. Dialyse	EUR 550,00	Entgeltschlüssel: 76000080
Abschlag nach § 8 Abs. 9	EUR 56,79	Entgeltschlüssel: 47200002 (0,5 v.H.)
DRG-FP R01A	42 Belegungstage	9.1.–22.2.2008 (ohne 14.–16.1.2008) <i>mittlere VD: 26,0 Tage, erster Tag mit Zuschlag: 44</i>
ZE2008-08 sonst. Dialyse	1 Tag	10.1.2008
DRG-System-, QS-, G-BA-Zuschlag, Abschlag nach § 8 Abs. 9 KHEntgG	fallbezogen	9.1.–22.2.2008 (ohne 14.–16.1.2008)
Zuzahlungstage	28 Kalendertage	9.1.–7.2.2008 (ohne 15.–16.1.2008)



Aufnahmesatz

Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	260500005
IK des Empfängers	100500016
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456006
Versichertenstatus	10001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00006
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname6
Vorname des Versicherten	Beispielvorname6
Geschlecht	w
Segment Diagnosen- und Prozedurenversion	DPV
ICD-Version	2008
Segment Aufnahme	AUF
Aufnahmetag	20080109
Aufnahmeuhrzeit	1030
Aufnahmegrund	0101
Fachabteilung	2800
Voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung	20080124
Arztnummer des einweisenden Arztes	1234567
Segment Einweisungs- u. Aufnahmediagnose	EAD
Aufnahmediagnose	C85.1

Aufnahmesatz

UNH+00001+AUFN:07:000:00 '
 FKT+10+01+260500005+100500016 '
 INV+123456006+10001+0812+2008-00006 '
 NAD+Beispielname6+Beispielvorname6+w '
 DPV+2008 '
 AUF+20080109+1030+0101+2800+20080124+1234567 '
 EAD+C85.1 '
 UNT+8+00001 '

Kostenübernahmesatz

Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	100500016
IK des Empfängers	260500005
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456006
Versichertenstatus	10001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00006
Fall-Nummer der Krankenkasse	00006
Aktenzeichen der Krankenkasse	AZ00006
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname6
Vorname des Versicherten	Beispielvorname6
Geschlecht	w
Segment Kostenübernahme	KOS
Datum der Kostenübernahme	20080114
Merkmal Kostenübernahme	01
Kostenübernahme ab	20080109
Kostenübernahme bis	
Zuzahlungstage	28

Kostenübernahmesatz

```

UNH+00001+KOUR:07:000:00 '
FKT+10+01+100500016+260500005 '
INV+123456006+10001+0812+2008-00006+00006+AZ00006 '
NAD+Beispielname6+Beispielvorname6+w '
KOS+20080114+01+20080109++28 '
UNT+6+00001 '

```

Entlassungsanzeige

Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	260500005
IK des Empfängers	100500016
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456006
Versichertenstatus	10001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00006
Fall-Nummer der Krankenkasse	00006
Aktenzeichen der Krankenkasse	AZ00006
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname6
Vorname des Versicherten	Beispielvorname6
Geschlecht	w
Segment Diagnosen- und Prozedurenversion	DPV
ICD-Version	2008
OPS-Version	2008
Segment Dauer	DAU
Aufnahmetag	20080109
Entlassungstag	20080114
Segment Entlassung/Verlegung	ETL
Tag der Entlassung/Verlegung	20080114
Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit	0900
Entlassungs-/Verlegungsgrund	012
Fachabteilung	2800
Hauptdiagnose	C85.1
Segment Nebendiagnose	NDG
Nebendiagnose	J96.0
Segment Nebendiagnose	NDG
Nebendiagnose	N18.84
Segment Fachabteilung	FAB
Fachabteilung	2800
Diagnose	C85.1 <i>(kann hier auch entfallen)</i>
Sekundär-Diagnose	
Zusatzschlüssel Diagnose	
Sekundär-Diagnose Zusatzschlüssel	
Operationstag	20080110
Operation	885462
Segment Fachabteilung	FAB
Fachabteilung	2800
Diagnose	C85.1 <i>(kann hier auch entfallen)</i>
Sekundär-Diagnose (kann hier auch entfallen)	
Zusatzschlüssel Diagnose	
Sekundär-Diagnose Zusatzschlüssel	
Operationstag	20080110
Operation	15120

Entlassungsanzeige

UNH+00001+ENTL:07:000:00 '
FKT+10+01+260500005+100500016 '
INV+123456006+10001+0812+2008-00006+00006+AZ00006 '
NAD+Beispielname6+Beispielvorname6+w '
DPV+2008+2008 '
DAU+20080109+20080114 '
ETL+20080114+0900+012+2800+C85.1 '
NDG+J96.0 '
NDG +N18.84 '
FAB+2800+C85.1++++20080110+885462 '
FAB+2800+C85.1++++20080110+15120 '
UNT+12+00001 '

Rechnungssatz

Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	260500005
IK des Empfängers	100500016
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456006
Versichertenstatus	10001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00006
Fall-Nummer der Krankenkasse	00006
Aktenzeichen der Krankenkasse	AZ00006
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname6
Vorname des Versicherten	Beispielvorname6
Geschlecht	w
Segment Währung	CUX
Währungskennzeichen	EUR
Segment Rechnung	REC
Rechnungsnummer	RE20080006
Rechnungsdatum	20080115
Rechnungsart	02
Aufnahmetag	20080109
Rechnungsbetrag	6932,31
Segment Zuzahlung	ZLG
Zuzahlungsbetrag	60,00
Zuzahlungskennzeichen	2
Segment Fachabteilung	FAB
Fachabteilung	2800
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	7010R01B
Entgeltbetrag	8450,20
Abrechnung von:	20080109
Abrechnung bis:	20080113
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	7310R01B
Entgeltbetrag	987,80
Abrechnung von:	20080109
Abrechnung bis:	20080113
Entgeltanzahl	2
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	76000080
Entgeltbetrag	550,00
Abrechnung von:	20080110
Abrechnung bis:	20080110
Entgeltanzahl	1

Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	47200002
Entgeltbetrag	35,12
Abrechnung von:	20080109
Abrechnung bis:	20080113
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	46005000
Entgeltbetrag	1,29
Abrechnung von:	20080109
Abrechnung bis:	20080113
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	48000001
Entgeltbetrag	0,90
Abrechnung von:	20080109
Abrechnung bis:	20080113
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	47100001
Entgeltbetrag	0,64
Abrechnung von:	20080109
Abrechnung bis:	20080113
Entgeltanzahl	1

Rechnungssatz

UNH+00001+RECH:07:000:00 '
 FKT+10+01+260500005+100500016 '
 INV+123456006+10001+0812+2008-00006+00006+AZ00006 '
 NAD+Beispielname6+Beispielvorname6+w '
 CUX+EUR '
 REC+RE20080006+20080115+02+20080109+6932,31 '
 ZLG+60,00+2 '
 FAB+2800 '
 ENT+7010R01B+8450,00+20080109+20080113+1 '
 ENT+7310R01B+987,80+20080109+20080113+2 '
 ENT+76000080+550,00+20080110+20080110+1 '
 ENT+47200002+35,12+20080109+20080113+1 '
 ENT+46005000+1,29+20080109+20080113+1 '
 ENT+48000001+0,90+20080109+20080113+1 '
 ENT+47100001+0,64+20080109+20080113+1 '
 UNT+16+00001 '

Aufnahmesatz (Wiederaufnahme)	
Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	260500005
IK des Empfängers	100500016
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456006
Versichertenstatus	10001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00006b
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname6
Vorname des Versicherten	Beispielvorname6
Geschlecht	w
Segment Diagnosen- und Prozedurenversion	DPV
ICD-Version	2008
Segment Aufnahme	AUF
Aufnahmetag	20080117
Aufnahmeuhrzeit	1030
Aufnahmegrund	0101
Fachabteilung	1700
Voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung	20080204
Arztnummer des einweisenden Arztes	1234567
Segment Einweisungs- u. Aufnahmediagnose	EAD
Aufnahmediagnose	C85.1

Aufnahmesatz

```

UNH+00001+AUFN:07:000:00 '
FKT+10+01+260500005+100500016 '
INV+123456006+10001+0812+2008-00006b '
NAD+Beispielname6+Beispielvorname6+w '
DPV+2008 '
AUF+20080117+1030+0101+1700+20080204+1234567 '
EAD+C85.1 '
UNT+8+00001 '

```

Kostenübernahmesatz

Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	100500016
IK des Empfängers	260500005
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456006
Versichertenstatus	10001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00006b
Fall-Nummer der Krankenkasse	00006b
Aktenzeichen der Krankenkasse	AZ00006b
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname6
Vorname des Versicherten	Beispielvorname6
Geschlecht	w
Segment Kostenübernahme	KOS
Datum der Kostenübernahme	20080120
Merkmal Kostenübernahme	01
Kostenübernahme ab	20080117
Kostenübernahme bis	
Zuzahlungstage	22

Kostenübernahmesatz

```

UNH+00001+K0UB:07:000:00 '
FKT+10+01+100500016+260500005 '
INV+123456006+10001+0812+2008-00006b+00006b+AZ00006b '
NAD+Beispielname6+Beispielvorname6+w '
KOS+20080120+01+20080117++22 '
UNT+6+00001 '

```


Aufnahmesatz (Fallstorno der Wiederaufnahme)	
Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	30
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	260500005
IK des Empfängers	100500016
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456006
Versichertenstatus	10001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00006b
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname6
Vorname des Versicherten	Beispielvorname6
Geschlecht	w
Segment Diagnosen- und Prozedurenversion	DPV
ICD-Version	2008
Segment Aufnahme	AUF
Aufnahmetag	20080117
Aufnahmeuhrzeit	1030
Aufnahmegrund	0101
Fachabteilung	1700
Voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung	200800204
Arztnummer des einweisenden Arztes	1234567
Segment Einweisungs- u. Aufnahmediagnose	EAD
Aufnahmediagnose	C85.1

Aufnahmesatz (Fallstorno der Wiederaufnahme)

UNH+00001+AUFN:07:000:00 '
 FKT+30+01+260500005+100500016 '
 INV+123456006+10001+0812+2008-00006b '
 NAD+Beispielname6+Beispielvorname6+w '
 DPV+2008 '
 AUF+20080117+1030+0101+1700+200800204+1234567 '
 EAD+C85.1 '
 UNT+8+00001 '

Rechnungssatz	(Gutschrift/Stornierung)
Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	02
IK des Absenders	260500005
IK des Empfängers	100500016
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456006
Versichertenstatus	10001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00006
Fall-Nummer der Krankenkasse	00006
Aktenzeichen der Krankenkasse	AZ00006
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname6
Vorname des Versicherten	Beispielvorname6
Geschlecht	w
Segment Währung	CUX
Währungskennzeichen	EUR
Segment Rechnung	REC
Rechnungsnummer	RE20080006
Rechnungsdatum	20080115
Rechnungsart	04
Aufnahmetag	20080109
Rechnungsbetrag	6932,31
Segment Zuzahlung	ZLG
Zuzahlungsbetrag	60,00
Zuzahlungskennzeichen	2
Segment Fachabteilung	FAB
Fachabteilung	2800
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	7010R01B
Entgeltbetrag	8450,20
Abrechnung von:	20080109
Abrechnung bis:	20080113
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	7310R01B
Entgeltbetrag	987,80
Abrechnung von:	20080109
Abrechnung bis:	20080113
Entgeltanzahl	2
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	76000080
Entgeltbetrag	550,00
Abrechnung von:	20080110
Abrechnung bis:	20080110
Entgeltanzahl	1

Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	47200002
Entgeltbetrag	35,12
Abrechnung von:	20080109
Abrechnung bis:	20080113
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	46005000
Entgeltbetrag	1,29
Abrechnung von:	20080109
Abrechnung bis:	20080113
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	48000001
Entgeltbetrag	0,90
Abrechnung von:	20080109
Abrechnung bis:	20080113
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	47100001
Entgeltbetrag	0,64
Abrechnung von:	20080109
Abrechnung bis:	20080113
Entgeltanzahl	1

Rechnungssatz

UNH+00001+RECH:07:000:00 '
 FKT+10+02+260500005+100500016 '
 INV+123456006+10001+0812+2008-00006+00006+AZ00006 '
 NAD+Beispielname6+Beispielvorname6+w '
 CUX+EUR '
 REC+RE20080006+20080115+04+20080109+6932,31 '
 ZLG+60,00+2 '
 FAB+2800 '
 ENT+7010R01B+8450,00+20080109+20080113+1 '
 ENT+7310R01B+987,80+20080109+20080113+2 '
 ENT+76000080+550,00+20080110+20080110+1 '
 ENT+47200002+35,12+20080109+20080113+1 '
 ENT+46005000+1,29+20080109+20080113+1 '
 ENT+48000001+0,90+20080109+20080113+1 '
 ENT+47100001+0,64+20080109+20080113+1 '
 UNT+16+00001 '

Entlassungsanzeige	neu
Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	20
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	260500005
IK des Empfängers	100500016
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456005
Versichertenstatus	10001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00006
Fall-Nummer der Krankenkasse	00006
Aktenzeichen der Krankenkasse	AZ00006
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname6
Vorname des Versicherten	Beispielvorname6
Geschlecht	w
Segment Diagnosen- und Prozedurenversion	DPV
ICD-Version	2008
OPS-Version	2008
Segment Dauer	DAU
Aufnahmetag	20080109
Entlassungstag	20080223
Segment Entlassung/Verlegung	ETL
Tag der Entlassung/Verlegung	20080114
Entlassungs-/Verlegungsurzeit	1100
Entlassungs-/Verlegungsgrund	212
Fachabteilung	2800
Hauptdiagnose	C85.1
Segment Nebendiagnose	NDG
Nebendiagnose	J96.0
Segment Nebendiagnose	NDG
Nebendiagnose	N18.84
Segment Entlassung/Verlegung	ETL
Tag der Entlassung/Verlegung	20080117
Entlassungs-/Verlegungsurzeit	1000
Entlassungs-/Verlegungsgrund	209
Fachabteilung	0002
Hauptdiagnose	C85.1
Segment Entlassung/Verlegung	ETL
Tag der Entlassung/Verlegung	20080223
Entlassungs-/Verlegungsurzeit	1000
Entlassungs-/Verlegungsgrund	012
Fachabteilung	1700
Hauptdiagnose	C85.1

Segment Entlassung/Verlegung	ETL
Tag der Entlassung/Verlegung	20080223
Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit	1000
Entlassungs-/Verlegungsgrund	012
Fachabteilung	0000
Hauptdiagnose	C85.1
Segment Nebendiagnose	NDG
Nebendiagnose	J96.0
Segment Nebendiagnose	NDG
Nebendiagnose	N18.84
Segment Fachabteilung	FAB
Fachabteilung	2800
Diagnose	C85.1 (<i>kann hier auch entfallen</i>)
Sekundär-Diagnose	
Zusatzschlüssel Diagnose	
Sekundär-Diagnose Zusatzschlüssel	
Operationstag	20080110
Operation	885462
Segment Fachabteilung	FAB
Fachabteilung	2800
Diagnose	C85.1 (<i>kann hier auch entfallen</i>)
Sekundär-Diagnose	
Zusatzschlüssel Diagnose	
Sekundär-Diagnose Zusatzschlüssel	
Operationstag	20080110
Operation	15120
Segment Fachabteilung	FAB
Fachabteilung	1700
Diagnose	C85.1 (<i>kann hier auch entfallen</i>)
Sekundär-Diagnose	
Zusatzschlüssel Diagnose	
Sekundär-Diagnose Zusatzschlüssel	
Operationstag	20080118
Operation	50113

Entlassungsanzeige neu

```

UNH+00001+ENTL:07:000:00 '
FKT+20+01+260500005+100500016 '
INV+123456005+10001+0812+2008-00006+00006+AZ00006 '
NAD+Beispielname6+Beispielvorname6+w '
DPV+2008+2008 '
DAU+20080109+20080223 '
ETL+20080114+1100+212+2800+C85.1 '
NDG+J96.0 '
NDG+N18.84 '
ETL+20080117+1000+209+0002+C85.1 '
ETL+20080223+1000+012+1700+C85.1 '
ETL+20080223+1000+012+0000+C85.1 '
NDG+J96.0 '
NDG+N18.84 '
FAB+2800+C85.1++++20080110+885462 '
FAB+2800+C85.1++++20080110+15120 '
FAB+1700+C85.1++++20080118+50113 '
UNT+18+00001 '

```

Rechnungssatz (Zusammenführung)	
Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	03
IK des Absenders	260500006
IK des Empfängers	100500016
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456006
Versichertenstatus	10001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00006
Fall-Nummer der Krankenkasse	00006
Aktenzeichen der Krankenkasse	AZ00006
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname6
Vorname des Versicherten	Beispielvorname6
Geschlecht	w
Segment Währung	CUX
Währungskennzeichen	EUR
Segment Rechnung	REC
Rechnungsnummer	RE20080006b
Rechnungsdatum	20080225
Rechnungsart	02
Aufnahmetag	20080109
Rechnungsbetrag	11024,64
Segment Zuzahlung	ZLG
Zuzahlungsbetrag	280,00
Zuzahlungskennzeichen	2
Segment Fachabteilung	FAB
Fachabteilung	2800
Segment Fachabteilung	FAB
Fachabteilung	1700
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	7010R01A
Entgeltbetrag	10808,60
Abrechnung von:	20080109
Abrechnung bis:	20080222
Entgeltanzahl	1
Tage ohne Berechnung/Behandlung	3
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	76000080
Entgeltbetrag	550,00
Abrechnung von:	20080110
Abrechnung bis:	20080110
Entgeltanzahl	1

Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	47200002
Entgeltbetrag	56,79
Abrechnung von:	20071009
Abrechnung bis:	20071122
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	46005000
Entgeltbetrag	1,29
Abrechnung von:	20080109
Abrechnung bis:	20080222
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	48000001
Entgeltbetrag	0,90
Abrechnung von:	20080109
Abrechnung bis:	20080222
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	47100001
Entgeltbetrag	0,64
Abrechnung von:	20080109
Abrechnung bis:	20080222
Entgeltanzahl	1

Rechnungssatz (Zusammenführung)

UNH+00001+RECH:07:000:00 '
 FKT+10+03+260500006+100500016 '
 INV+123456006+10001+0812+2008-00006+00006+AZ00006 '
 NAD+Beispielname6+Beispielvorname6+w '
 CUX+EUR '
 REC+RE20080006b+20080225+02+20080109+11024,64 '
 ZLG+280,00+2 '
 FAB+2800 '
 FAB+1700 '
 ENT+7010R01A+10808,60+20080109+20080222+1+3 '
 ENT+76000080+550,00+20080110+20080110+1 '
 ENT+47200002+56,79+20080109+20080222+1 '
 ENT+46005000+1,29+20080109+20080222+1 '
 ENT+48000001+0,90+20080109+20080222+1 '
 ENT+47100001+0,64+20080109+20080222+1 '
 UNT+15+00001 '

(Hinweis: seit dem 1.1.2004 neue Rechnungsnummer erforderlich.)

DRG-Beispiel 7

Verlegung aus einem anderen Krankenhaus in die vollstationäre Behandlung (DRG H62B) mit anschließender teilstationärer Behandlung

Verlegungsaufnahme am 6.1.2008 in die Innere Medizin (0100), vollstationär
 Entlassung vollstationär am 13.1.2008
 Aufnahme teilstationär am 14.1.2008 in die Innere Medizin (0100)
 Entlassung teilstationär am 19.1.2008

Aufenthalt vollstationär:

DRG-FP H62B EUR 2013,00 Entgeltsschlüssel: 7010H62B (Bew.Rel.: 0,915)
 Abschlag bei Verlegung EUR 184,80 Entgeltsschlüssel: 7210H62B (Bew.Rel.: 0,084)
 Abschlag nach § 8 Abs. 9 EUR 8,22 Entgeltsschlüssel: 47200002 (0,5 v.H.)
 QS-Zuschlag EUR 1,48 Entgeltsschlüssel: 46007000
 GBA-Zuschlag EUR 0,64 Entgeltsschlüssel: 47100001
 DRG-Systemzuschlag EUR 0,90 Entgeltsschlüssel: 48000001

DRG-FP H62B 7 Belegungstage 6.–12.1.2008
erster Tag mit Abschlag: 2, mittlere VD: 9,2 Tage

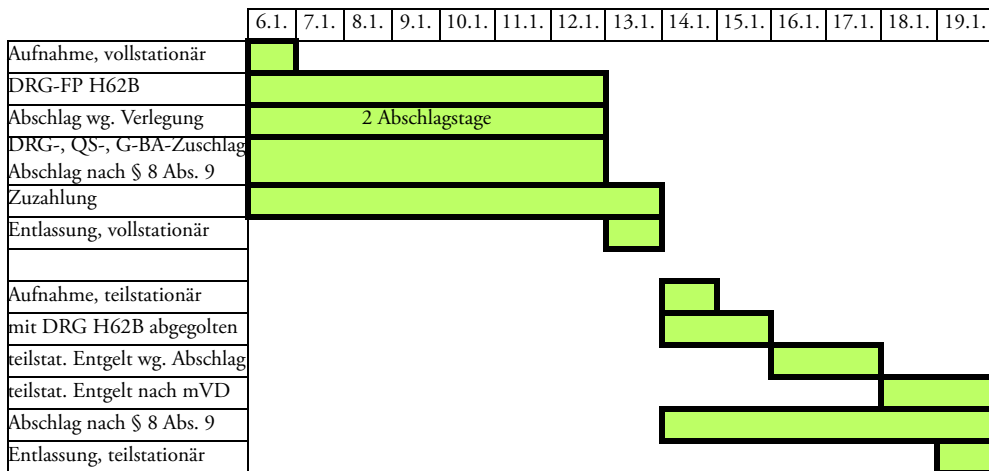
Abschlag bei Verlegung 2 Abschlagstage
 DRG-System-, QS-, G-BA-Zuschlag, Abschlag nach § 8 Abs. 9 KHEntgG fallbezogen 6.–12.1.2008

Zuzahlungstage 8 Kalendertage 6.–13.1.2008 (EUR 10,- je Zuzahlungstag)

Aufenthalt teilstationär:

teilstationäres Entgelt EUR 0,00 Entgeltsschlüssel: 78999999, mit DRG-FP abgegolten
 teilstat. tagesbez. Entgelt EUR 200,00 Entgeltsschlüssel: 85070009, individuell vereinbart
 Abschlag nach § 8 Abs. 9 EUR 4,00 Entgeltsschlüssel: 47200002 (0,5 v.H.)

Teilstat. Behandlungstage
 –mit der DRG abgegolten 2 Tage 14.–15.1.2008
 –teilstationäres Entgelt 2 Tage 16.–17.1.2008, wegen Abschlag DRG
 2 Tage 18.–19.1.2008, ab Überschreiten der abgerundeten mittleren VD der DRG-FP H62B
 Abschlag nach § 8 Abs. 9 fallbezogen 14.–19.1.2008



Aufnahmesatz	vollstationär
Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	260700007
IK des Empfängers	100500016
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456007
Versichertenstatus	10001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00007
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname7
Vorname des Versicherten	Beispielvorname7
Geschlecht	m
Segment Diagnosen- und Prozedurenversion	DPV
ICD-Version	2008
Segment Aufnahme	AUF
Aufnahmetag	20080106
Aufnahmeuhrzeit	1030
Aufnahmegrund	0101
Fachabteilung	0100
Voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung	20080111
Arztnummer des einweisenden Arztes	
IK des veranlassenden Krankenhauses	260500027
Segment Einweisungs-u.Aufnahmediagnose	EAD
Aufnahmediagnose	K70.3

Aufnahmesatz vollstationär

```

UNH+00001+AUFN:07:000:00 '
FKT+10+01+260700007+100500016 '
INV+123456007+10001+0812+2008-00007 '
NAD+Beispielname7+Beispielvorname7+m '
DPV+2008 '
AUF+20080106+1030+0101+0100+20080111++260500027 '
EAD+K70.3 '
UNT+8+00001 '

```

Kostenübernahmesatz	vollstationär
Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	100500016
IK des Empfängers	260700007
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456007
Versichertenstatus	10001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00007
Fall-Nummer der Krankenkasse	00007
Aktenzeichen der Krankenkasse	AZ00007
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname7
Vorname des Versicherten	Beispielvorname7
Geschlecht	m
Segment Kostenübernahme	KOS
Datum der Kostenübernahme	20080110
Merkmal Kostenübernahme	01
Kostenübernahme ab	20080106
Kostenübernahme bis	
Zuzahlungstage	28

Kostenübernahmesatz vollstationär

```

UNH+00001+KOUB:07:000:00 '
FKT+10+01+100500016+260700007 '
INV+123456007+10001+0812+2008-00007+00007+AZ00007 '
NAD+Beispielname7+Beispielvorname7+m '
KOS+20080110+01+20080106++28 '
UNT+6+00001 '

```

Entlassungsanzeige	vollstationär
Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	260700007
IK des Empfängers	100500016
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456007
Versichertenstatus	10001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00007
Fall-Nummer der Krankenkasse	00007
Aktenzeichen der Krankenkasse	AZ00007
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname7
Vorname des Versicherten	Beispielvorname7
Geschlecht	m
Segment Diagnosen- und Prozedurenversion	DPV
ICD-Version	2008
Segment Dauer	DAU
Aufnahmetag	20080106
Entlassungstag	20080113
Segment Entlassung/Verlegung	ETL
Tag der Entlassung/Verlegung	20080113
Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit	1100
Entlassungs-/Verlegungsgrund	229
Fachabteilung	0100
Hauptdiagnose	K70.3
Nebendiagnose	
IK der aufnehmenden Institution	260700007
Segment Fachabteilung	FAB
Fachabteilung	0100

Entlassungsanzeige vollstationär

```

UNH+00001+ENTL:07:000:00 '
FKT+10+01+260700007+100500016 '
INV+123456007+10001+0812+2008-00007+00007+AZ00007 '
NAD+Beispielname7+Beispielvorname7+m '
DPV+2008 '
DAU+20080106+20080113 '
ETL+20080113+1100+229+0100+K70.3++260700007 '
FAB+0100 '
UNT+9+00001 '

```

Rechnungssatz	vollstationär
Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	260700007
IK des Empfängers	100500016
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456007
Versichertenstatus	10001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00007
Fall-Nummer der Krankenkasse	00007
Aktenzeichen der Krankenkasse	AZ00007
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname7
Vorname des Versicherten	Beispielvorname7
Geschlecht	m
Segment Währung	CUX
Währungskennzeichen	EUR
Segment Rechnung	REC
Rechnungsnummer	RE20080007
Rechnungsdatum	20080116
Rechnungsart	02
Aufnahmetag	20080106
Rechnungsbetrag	1558,20
Segment Zuzahlung	ZLG
Zuzahlungsbetrag	80,00
Zuzahlungskennzeichen	2
Segment Fachabteilung	FAB
Fachabteilung	0100
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	7010H62B
Entgeltbetrag	2013,00
Abrechnung von:	20080106
Abrechnung bis:	20080112
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	7210H62B
Entgeltbetrag	184,80
Abrechnung von:	20080106
Abrechnung bis:	20080112
Entgeltanzahl	2
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	47200002
Entgeltbetrag	8,22
Abrechnung von:	20080106
Abrechnung bis:	20080112
Entgeltanzahl	1

Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	48000001
Entgeltbetrag	0,90
Abrechnung von:	20080106
Abrechnung bis:	20080112
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	46007000
Entgeltbetrag	1,48
Abrechnung von:	20080106
Abrechnung bis:	20080112
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	47100001
Entgeltbetrag	0,64
Abrechnung von:	20080106
Abrechnung bis:	20080112
Entgeltanzahl	1

Rechnungssatz vollstationär

UNH+00001+RECH:07:000:00 '
 FKT+10+01+260700007+100500016 '
 INV+123456007+10001+0812+2008-00007+00007+AZ00007 '
 NAD+Beispielname7+Beispielvorname7+m '
 CUX+EUR '
 REC+RE20080007+20080116+02+20080106+1558,20 '
 ZLG+80,00+2 '
 FAB+0100 '
 ENT+7010H62B+2013,00+20080106+20080112+1 '
 ENT+7210H62B+184,80+20080106+20080112+2 '
 ENT+47200002+8,22+20080106+20080112+1 '
 ENT+48000001+0,90+20080106+20080112+1 '
 ENT+46007000+1,48+20080106+20080112+1 '
 ENT+47100001+0,64+20080106+20080112+1 '
 UNT+15+00001 '

Aufnahmesatz	teilstationär
Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	260700007
IK des Empfängers	100500016
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456007
Versichertenstatus	10001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00007t
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname7
Vorname des Versicherten	Beispielvorname7
Geschlecht	m
Segment Diagnosen- und Prozedurenversion	DPV
ICD-Version	2008
Segment Aufnahme	AUF
Aufnahmetag	20080114
Aufnahmeuhrzeit	1030
Aufnahmegrund	0301
Fachabteilung	0100
Voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung	20080117
Arzt Nummer des einweisenden Arztes	
IK des veranlassenden Krankenhauses	260700007
Segment Einweisungs- u. Aufnahmediagnose	EAD
Aufnahmediagnose	D62

Aufnahmesatz teilstationär

```

UNH+00001+AUFN:07:000:00 '
FKT+10+01+260700007+100500016 '
INV+123456007+10001+0812+2008-00007t '
NAD+Beispielname7+Beispielvorname7+m '
DPV+2008 '
AUF+20080114+1030+0301+0100+20080117++260700007 '
EAD+D62 '
UNT+8+00001 '

```

Kostenübernahmesatz	teilstationär
Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	100500016
IK des Empfängers	260700007
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456007
Versichertenstatus	10001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00007t
Fall-Nummer der Krankenkasse	00007t
Aktenzeichen der Krankenkasse	AZ00007t
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname7
Vorname des Versicherten	Beispielvorname7
Geschlecht	m
Segment Kostenübernahme	KOS
Datum der Kostenübernahme	20080116
Merkmal Kostenübernahme	01
Kostenübernahme ab	20080114
Kostenübernahme bis	
Zuzahlungstage	0

Kostenübernahmesatz teilstationär

```

UNH+00001+KOUR:07:000:00 '
FKT+10+01+100500016+260700007 '
INV+123456007+10001+0812+2008-00007t+00007t+AZ00007t '
NAD+Beispielname7+Beispielvorname7+m '
KOS+20080116+01+20080114++0 '
UNT+6+00001 '

```

Entlassungsanzeige	teilstationär
Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	260700007
IK des Empfängers	100500016
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456007
Versichertenstatus	10001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00007t
Fall-Nummer der Krankenkasse	00007t
Aktenzeichen der Krankenkasse	AZ00007t
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname7
Vorname des Versicherten	Beispielvorname7
Geschlecht	m
Segment Diagnosen- und Prozedurenversion	DPV
ICD-Version	2008
OPS-Version	2008
Segment Dauer	DAU
Aufnahmetag	20080114
Entlassungstag	20080119
Segment Entlassung/Verlegung	ETL
Tag der Entlassung/Verlegung	20080119
Entlassungs-/Verlegungsurzeit	1600
Entlassungs-/Verlegungsgrund	019
Fachabteilung	0100
Hauptdiagnose	D62
Segment Nebendiagnose	NDG
Nebendiagnose	K70.3
Segment Fachabteilung	FAB
Fachabteilung	0100
Diagnose	D62 (<i>kann hier auch entfallen</i>)
Sekundär-Diagnose	
Zusatzschlüssel Diagnose	
Sekundär-Diagnose Zusatzschlüssel	
Operationstag	20080114
Operation	88001

Entlassungsanzeige teilstationär

```

UNH+00001+ENTL:07:000:00 '
FKT+10+01+260700007+100500016 '
INV+123456007+10001+0812+2008-00007t+00007t+AZ00007t '
NAD+Beispielname7+Beispielvorname7+m '
DPV+2008+2008 '
DAU+20080114+20080119 '
ETL+20080119+1600+019+0100+D62 '
NDG+K70.3 '
FAB+0100+D62+++++20080114+88001 '
UNT+10+00001 '

```


Rechnungssatz	teilstationär
Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	260700007
IK des Empfängers	100500016
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456007
Versichertenstatus	10001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00007t
Fall-Nummer der Krankenkasse	00007t
Aktenzeichen der Krankenkasse	AZ00007t
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname7
Vorname des Versicherten	Beispielvorname7
Geschlecht	m
Segment Währung	CUX
Währungskennzeichen	EUR
Segment Rechnung	REC
Rechnungsnummer	RE20080007X
Rechnungsdatum	20080120
Rechnungsart	02
Aufnahmetag	20080114
Rechnungsbetrag	796,00
Segment Fachabteilung	FAB
Fachabteilung	0100
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	78999999
Entgeltbetrag	0,00
Abrechnung von:	20080114
Abrechnung bis:	20080115
Entgeltanzahl	2
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	85070009
Entgeltbetrag	200,00
Abrechnung von:	20080116
Abrechnung bis:	20080117
Entgeltanzahl	2
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	85070009
Entgeltbetrag	200,00
Abrechnung von:	20080118
Abrechnung bis:	20080119
Entgeltanzahl	2
Fachabteilung	0100

Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	47200002
Entgeltbetrag	4,00
Abrechnung von:	20080114
Abrechnung bis:	20080119
Entgeltanzahl	1

Rechnungssatz teilstationär

UNH+00001+RECH:07:000:00 '
 FKT+10+01+260700007+100500016 '
 INV+123456007+10001+0812+2008-00007t+00007t+AZ00007t '
 NAD+Beispielname7+Beispielvorname7+m '
 CUX+EUR '
 REC+RE20080007X+20080120+02+20080114+796,00 '
 FAB+0100 '
 ENT+78999999+0,00+20080114+20080115+2 '
 ENT+85070009+200,00+20080116+20080117+2 '
 ENT+85070009+200,00+20080118+20080119+2 '
 ENT+47200002+4,00+20080114+20080119+1 '
 UNT+12+00001 '

*Die Aufteilung der teilstationären Behandlungstage auf zwei ENT-Segmente ist nicht zwingend notwendig.
 Sie könnten auch in einem ENT-Segment mit Abrechnung von = 20081016, Abrechnung bis = 20081019
 und Entgeltanzahl = 4 zusammengefasst werden.*

Beispiel 8 Ambulante Katarakt-Operation

Operation am 3.1.2008 in der Augenheilkunde (2700)
 Kontrolluntersuchung am 5.1.2008 in der Augenheilkunde (2700)

EBM-Positionen

-intraocularer Eingriff	EUR	160,20	EBM-Ziffer: 31332 (Punktzahl: 5340)
-Grundpauschale	EUR	15,45	EBM-Ziffer: 06211 (Punktzahl: 515)
-Anästhesie	EUR	92,40	EBM-Ziffer: 31822 (Punktzahl: 3080)
-postoperative Überwachung	EUR	42,45	EBM-Ziffer: 31503 (Punktzahl: 1415)
Honorarsumme	EUR	310,50	
Pauschale	EUR	21,74	(Sachkosten, 7,0 % der Honorarsumme)
Zuzahlung (Praxisgebühr)	EUR	10,00	

	3.1.	4.1.	5.1.
Operation			
Anästhesie			
postoperative Überwachung			

Rechnungssatz

Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	260500005
IK des Empfängers	100500016
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456008
Versichertenstatus	10001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00008
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname8
Vorname des Versicherten	Beispielvorname8
Geschlecht	w
Segment Währung	CUX
Währungskennzeichen	EUR
Segment Diagnosen- und Prozedurenangaben	DPV
ICD-Version	2008
OPS-Version	2008
Segment Rechnung	REC
Rechnungsnummer	RE20080008
Rechnungsdatum	20080110
Rechnungsart	02
Tag des Zugangs	20080103
Rechnungsbetrag	322,24
Debitoren-Konto-Nr. des Krankenhauses	
Referenznummer des Krankenhauses	
IK des Krankenhauses für Zahlungsweg	
Honorarsumme	310,50
Pauschale	21,74
Segment Zuzahlung	ZLG
Zuzahlungsbetrag	10,00
Zuzahlungskennzeichen	2
Segment Rechnungssatz ambulante Operation	RZA
Fachabteilung	2700
Arztnummer des überweisenden Arztes	123456789
Zahnarztnummer des überweisenden Zahnarztes	
Überweisungsdiagnose	H25.1
Segment Behandlungsdiagnose	BDG
Behandlungsdiagnose	H25.1:L
Segment Prozedur	PRZ
Prozedur	51442b:L

Segment Entgelt ambulante OP	ENA
Entgeltart (EBM-Ziffern)	31332
Zusatzkennzeichen EBM	
Tag der Behandlung	20080103
Punktzahl	5340
Punktwert	3,00
Entgeltbetrag	160,20
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt ambulante OP	ENA
Entgeltart (EBM-Ziffern)	31822
Zusatzkennzeichen EBM	
Tag der Behandlung	20080103
Punktzahl	3080
Punktwert	3,00
Entgeltbetrag	92,40
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt ambulante OP	ENA
Entgeltart (EBM-Ziffern)	06211
Zusatzkennzeichen EBM	
Tag der Behandlung	20080103
Punktzahl	515
Punktwert	3,00
Entgeltbetrag	15,45
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt ambulante OP	ENA
Entgeltart (EBM-Ziffern)	31503
Zusatzkennzeichen EBM	
Tag der Behandlung	20080105
Punktzahl	1415
Punktwert	3,00
Entgeltbetrag	42,45
Entgeltanzahl	1

Rechnungssatz

```

UNH+00001+AMBO:07:000:00 '
FKT+10+01+260500005+100500016 '
INV+123456008+10001+0812+2008-00008 '
NAD+Beispielname8+Beispielvorname8+w '
CUX+EUR '
DPV+2008+2008
REC+RE20080008+20080110+02+20080103+322,24++++310,50+21,74 '
ZLG+10,00+2 '
RZA+2700+123456789++H25.1 '
BDG+H25.1:L '
PRZ+51442b:L '
ENA+31332++20080103+5340+3,00+160,20+1 '
ENA+31822++20080103+3080+3,00+92,40+1 '
ENA+06211++20080103+515+3,00+15,45+1 '
ENA+31503++20080105+1415+3,00+42,45+1 '
UNT+16+00001 '

```

Beispiel 9 Sammelüberweisung

Beispiel	Rechnungsnummer	Rechnungsbetrag	Rechnungsart	Rechnungsdatum
1	RE20080001	EUR 602,32	02	13.1.2008
2	RE20080002	EUR 2775,35	02	5.2.2008
3	RE20080003	EUR 1247,82	52	20.1.2008
4	RE20080004	EUR 1246,18	02	7.1.2008
5	RE20080005	EUR 1742,49	02	8.1.2008
5	RE20080005	EUR 1742,49	04	8.1.2008
5	RE20080005b	EUR 2108,44	02	23.1.2008
6	RE20080006b	EUR 11024,64	02	25.1.2008
8	RE20080008	EUR 322,24	02	10.1.2008
(Rechnungsbetrag, Summe		EUR 19326,99)		

In den Beispielen 1 bis 4 sowie 6 und 8 werden jeweils nur die Schlussrechnungen berücksichtigt. Im Beispiel 5 sind die Rechnung des ersten Falls, das Rechnungsstorno und die neue Rechnung nach Fallzusammenführung angegeben. Da in Beispiel 4b eine andere Krankenkasse und in Beispiel 7 ein anderes Krankenhaus betroffen sind, gehen diese Beispiele nicht in die Sammelüberweisung ein.

Sammelüberweisung

Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	100500016
IK des Empfängers	260500005
Segment Währung	CUX
Währungskennzeichen	EUR
Segment Rechnungsdaten	RED
Rechnungsnummer	RE20080001
Rechnungsdatum	20080113
Rechnungsbetrag	602,32
Referenznummer der Krankenkasse	
Rechnungsart	02
Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen	602,32
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00001
Segment Rechnungsdaten	RED
Rechnungsnummer	RE20080002
Rechnungsdatum	20080205
Rechnungsbetrag	2775,35
Referenznummer der Krankenkasse	
Rechnungsart	02
Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen	2775,35
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00002
Segment Rechnungsdaten	RED
Rechnungsnummer	RE20080003
Rechnungsdatum	20080120
Rechnungsbetrag	1247,82
Referenznummer der Krankenkasse	
Rechnungsart	52
Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen	1247,82
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00003
Segment Rechnungsdaten	RED
Rechnungsnummer	RE20080004
Rechnungsdatum	20080107
Rechnungsbetrag	1246,18
Referenznummer der Krankenkasse	
Rechnungsart	02
Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen	1246,18
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00004
Segment Rechnungsdaten	RED
Rechnungsnummer	RE20080005
Rechnungsdatum	20080108
Rechnungsbetrag	1742,49
Referenznummer der Krankenkasse	
Rechnungsart	02
Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen	1742,49
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00005

Segment Rechnungsdaten	RED
Rechnungsnummer	RE20080005
Rechnungsdatum	20080108
Rechnungsbetrag	1742,49
Referenznummer der Krankenkasse	
Rechnungsart	04
Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen	1742,49
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00005
Segment Rechnungsdaten	RED
Rechnungsnummer	RE20080005b
Rechnungsdatum	20080123
Rechnungsbetrag	2108,44
Referenznummer der Krankenkasse	
Rechnungsart	02
Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen	2108,44
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00005
Segment Rechnungsdaten	RED
Rechnungsnummer	RE20080006b
Rechnungsdatum	20080225
Rechnungsbetrag	11024,64
Referenznummer der Krankenkasse	
Rechnungsart	02
Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen	11024,64
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00006
Segment Rechnungsdaten	RED
Rechnungsnummer	RE20080008
Rechnungsdatum	20080110
Rechnungsbetrag	322,24
Referenznummer der Krankenkasse	
Rechnungsart	02
Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen	322,24
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00008
Segment Überweisungsdaten	UWD
Rechnungsbetrag, Summe	19326,99
Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen	19326,99
IK des Krankenhauses für Zahlungsweg	
Sammelbelegnummer	2008-00001

Rechnungssatz

UNH+00001+SAMU:07:000:00 '
 FKT+10+01+100500016+260500005 '
 CUX+EUR '
 RED+RE20080001+20080113+592,32++02+602,32+2008-00001 '
 RED+RE20080002+20080205+2775,35++02+2775,35+2008-00002 '
 RED+RE20080003+20080120+1247,82++52+1247,82+2008-00003 '
 RED+RE20080004+20080107+1246,18++02+1246,18+2008-00004 '
 RED+RE20080005+20080108+1742,49++02+1742,49+2008-00005 '
 RED+RE20080005+20081008+1742,49++04+1742,49+2008-00005 '
 RED+RE20080005b+20080123+2108,44++02+2108,44+2008-00005 '
 RED+RE20080006b+20080225+11024,64++02+11024,64+2008-00006 '
 RED+RE20080008+20080110+322,24++02+322,24+2007-00008 '
 UWD+19326,99+19316,99++2008-00001 '
 UNT+14+00001 '

Anhang C zu Anlage 5

Formblätter

Modellvorhaben nach § 24 BPflV

Fachabteilungsschlüssel

Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG

Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG

Beantragte Fachabteilungsschlüssel

Fachabteilungsschlüssel

Antragsteller		Datum	
Krankenhaus	Bezeichnung der Fachabteilung	Gültig ab	Fachgebiet nach der Musterweiterbildungsordnung für Ärzte
1	2	3	4

Sp. 4: soweit Angabe möglich

Beantragte Schlüssel für Entgelt nach § 6 Abs. 1 KHEntgG

Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG

Antragsteller			Datum	
Krankenhaus (Name, Ort, IK)	Partition	Bezeichnung des Entgelts (mit Angabe der Prozedurenschlüssel, insbesondere bei Zusatzentgelten)	Gültig von–bis	tages- oder fallbezogenes Entgelt oder Zusatzentgelt
1	2	3	4	5

Sp. 2: „O“ = operative Partition, „M“ = medizinische Partition, „A“ = andere Partition

Sp. 4: Angabe von–bis

Sp. 5: „T“ = tagesbezogenes Entgelt, „F“ = fallbezogenes Entgelt, „Z“ = Zusatzentgelt

Beantragte Schlüssel für Entgelt nach § 6 Abs. 2 KHEntgG

Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG

Antragsteller			Datum	
Krankenhaus (Name, Ort, IK)	Partition	Bezeichnung des Entgelts (mit Angabe der Prozedurenschlüssel, insbesondere bei Zusatzentgelten)	Gültig von–bis	tages- oder fallbezogenes Entgelt oder Zusatzentgelt
1	2	3	4	5

Sp. 2: „O“ = operative Partition, „M“ = medizinische Partition, „A“ = andere Partition

Sp. 4: Angabe von–bis

Sp. 5: „T“ = tagesbezogenes Entgelt, „F“ = fallbezogenes Entgelt, „Z“ = Zusatzentgelt

Anhang D zu Anlage 5

Verwendung von VKZ und lfd.-Nr.

Beispiele zur Verwendung von Verarbeitungskennzeichen (VKZ) und laufender Nummer des Geschäftsvorfalles (lfd.-Nr.)

Im Folgenden sind beispielhaft grundlegende Situationen im Änderungs- und im Fehlerverfahren für die von Krankenhäusern verwendeten Nachrichtentypen beschrieben. Die Übermittlung der Nachrichten erfolgt zeitlich je Beispiel in der aufgeführten Reihenfolge. Die Fehlermeldungen werden von der Krankenkasse an das Krankenhaus übermittelt, alle anderen Nachrichten werden vom Krankenhaus gesendet.

1. Aufnahmesatz AUFN

Nachrichtentyp	VKZ	lfd.-Nr.	Rechnungsnummer	Rechnungsart	Beschreibung
Änderung					
AUFN	10	01			Erstmeldung
AUFN	20	01			1. Änderung
AUFN	20	01			2. Änderung
Fallstorno					
AUFN	10	01			Erstmeldung
AUFN	{30–35}	01			Fallstorno
Fehlerhafte Meldung					
AUFN	10	01			Erstmeldung mit Fehler
AUFN(FHL)	10	01			Fehlermeldung
AUFN	10	01			Erstmeldung ohne Fehler
Fehlerhafte Änderung					
AUFN	10	01			Erstmeldung
AUFN	20	01			Änderung mit Fehler
AUFN(FHL)	20	01			Fehlermeldung
AUFN	20	01			Änderung ohne Fehler
Fehlerhafte Stornierung					
AUFN	10	01			Erstmeldung
AUFN	{30–35}	01			Fallstorno mit Fehler
AUFN(FHL)	{30–35}	01			Fehlermeldung
AUFN	{30–35}	01			Fallstorno ohne Fehler
Änderung einer fehlerhaften Meldung durch das Krankenhaus; Fehlermeldung zur ersten und zur Änderungsmeldung (kein zu ändernder Datensatz vorhanden!) durch die Krankenkasse					
AUFN	10	01			Erstmeldung mit Fehler
AUFN(FHL)	10	01			Fehlermeldung
AUFN	20	01			Änderung
AUFN(FHL)	20	01			Fehlermeldung (zu ändernde Nachricht nicht vorhanden)
AUFN	10	01			Erstmeldung ohne Fehler

Anmerkung: Abweichend von den obigen Beispielen dürfen bei Meldungen von Neugeborenen Änderungsmeldungen zum Aufnahmegrund („0601“ Geburt oder „01xx“ Krankenhausbehandlung, vollstationär) nicht versendet werden. Hierzu ist zunächst der Aufnahmesatz durch ein Fallstorno zu stornieren und die Aufnahme als neuer Fall zu übermitteln. Ist das Neugeborene bei der selben Krankenkasse wie die Mutter versichert, muss ein geändertes KH-internes Kennzeichen des Versicherten verwendet werden.

Bei Aufnahmeanzeigen ist eine Änderung des Aufnahmegrundes, des Aufnahmetages, der Aufnahmezeit oder einer Aufnahmediagnose durch Übermittlung eines Nachrichtensatzes mit Verarbeitungskennzeichen „20“ nur dann zulässig, wenn es keine weiteren gültigen Nachrichten des Krankenhauses zu diesem Fall gibt. Würde z. B. bereits eine Entlassungsanzeige zu diesem Fall übermittelt, ist zuerst die Entlassungsanzeige zu stornieren, bevor der Aufnahmesatz geändert werden darf.

2. Verlängerungsanzeige VERL

(analog: Medizinische Begründung)

Hinweis: Wiederholte Verlängerungen sollen nicht durch Änderungsmeldung einer vorangegangenen Verlängerungsanzeige, sondern durch eine neue Meldung mit Verarbeitungskennzeichen „10“ und erhöhter Laufender Nummer des Geschäftsvorfalles übermittelt werden. (Anlage 5, Abschnitt 1.2.2).

Nachrichtentyp	VKZ	lfd.-Nr.	Rechnungsnummer	Rechnungsart	Beschreibung
Änderungen zu mehrfachen Verlängerungszeiträumen					
VERL	10	01			Erstmeldung
VERL	20	01			Änderung
VERL	10	02			2. Meldung (neuer Zeitraum)
VERL	10	03			3. Meldung (neuer Zeitraum)
VERL	20	02			Änderung zu 2. Zeitraum
Stornierung einer Verlängerungsanzeige, nur durch Fallstorno über den Aufnahmesatz möglich					
VERL	10	01			Erstmeldung
AUFN	{30–35}	01			Fallstorno
(Zur Abwicklung eines Falls nach einem Fallstorno ist die Anlage eines neuen Falls mit neuem krankenhausinternem Kennzeichen notwendig.)					
Fehlerhafte Meldung					
VERL	10	01			Erstmeldung mit Fehler
VERL(FHL)	10	01			Fehlermeldung
VERL	10	01			Erstmeldung ohne Fehler
Fehlerhafte Änderung					
VERL	10	01			Erstmeldung
VERL	20	01			Änderung mit Fehler
VERL(FHL)	20	01			Fehlermeldung
VERL	20	01			Änderung mit Fehler
Fehlerhafte Meldung zum Verlängerungszeitraum					
VERL	10	01			Erstmeldung
VERL	10	02			2. Meldung (neuer Zeitraum) mit Fehler
VERL(FHL)	10	02			Fehlermeldung
VERL	10	02			2. Meldung (neuer Zeitraum) ohne Fehler

Nachrichtentyp	VKZ	lfd.-Nr.	Rechnungsnummer	Rechnungsart	Beschreibung
Änderung einer fehlerhaften Meldung durch das Krankenhaus, Fehlermeldung zur ersten Meldung, zum Verlängerungszeitraum (lfd.-Nr. 01 fehlt) und zur Änderungsmeldung (kein zu ändernder Datensatz vorhanden) durch die Krankenkasse					
VERL	10	01			Erstmeldung mit Fehler
VERL(FHL)	10	01			Fehlermeldung 1. Zeitraum
VERL	10	02			2. Meldung (neuer Zeitraum) ohne Fehler
VERL(FHL)	10	02			Fehlermeldung (lfd.-Nr. 01 fehlt)
VERL	20	01			Änderung zu 1. Zeitraum
VERL(FHL)	20	01			Fehlermeldung (zu ändernde Nachricht nicht vorhanden)
VERL	10	01			Erstmeldung ohne Fehler
VERL	10	02			2. Meldung (neuer Zeitraum) ohne Fehler

3. Entlassungsanzeige ENTL

Nachrichtentyp	VKZ	lfd.-Nr.	Rechnungsnummer	Rechnungsart	Beschreibung
Änderungen					
ENTL	10	01			Erstmeldung
ENTL	20	01			1. Änderung
ENTL	20	01			2. Änderung
Stornierungen von Entlassungsanzeigen					
ENTL	10	01			Erstmeldung
ENTL	40 41	01			Stornierung
ENTL	10	02			Erstmeldung Korrektur
ENTL	20	02			Änderung der Korrektur
ENTL	40 41	02			Stornierung der Korrektur
ENTL	10	03			Erstmeldung 2. Korrektur
Fehlerhafte Meldung					
ENTL	10	01			Erstmeldung mit Fehler
ENTL(FHL)	10	01			Fehlermeldung
ENTL	10	01			Erstmeldung ohne Fehler
Fehlerhafte Änderung					
ENTL	10	01			Erstmeldung
ENTL	20	01			Änderung mit Fehler
ENTL(FHL)	20	01			Fehlermeldung
ENTL	20	01			Änderung ohne Fehler
Fehlerhafte Stornierung					
ENTL	10	01			Erstmeldung
ENTL	40 41	01			Stornierung mit Fehler
ENTL(FHL)	40 41				Fehlermeldung
ENTL	40 41				Stornierung ohne Fehler
Änderung einer fehlerhaften Meldung durch das Krankenhaus; Fehlermeldungen zur ersten Meldung und zur Änderungs- meldung (kein zu ändernder Datensatz vorhanden) durch die Krankenkasse					
ENTL	10	01			Erstmeldung mit Fehler
ENTL(FHL)	10	01			Fehlermeldung
ENTL	20	01			Änderung
ENTL(FHL)	20	01			Fehlermeldung (zu ändernde Nachricht nicht vorhanden)
ENTL	10	01			Erstmeldung ohne Fehler

Anmerkung: Die Änderung oder Stornierung einer Entlassungsanzeige nach bereits erfolgter Übermittlung einer Schlussrechnung ist nur dann zulässig, wenn eine Gutschrift/Stornierung für die Schlussrechnung erfolgreich übermittelt wurde. Erst nach der Gutschrift/Stornierung des Rechnungssatzes kann die Entlassungsanzeige storniert oder geändert und ein erneuter Rechnungssatz übermittelt werden.

4. Rechnungssatz RECH

Nachrichtentyp	VKZ	lfd.-Nr.	Rechnungsnummer	Rechnungsart	Beschreibung
Gutschriften/Stornierungen					
RECH	10	01	A	01	1. Zwischenrechnung (erster Zeitraum)
RECH	10	02	A	04	Gutschrift/Storno
RECH	10	03	B	01	1. Zwischenrechnung Korrektur
RECH	10	04	C	01	2. Zwischenrechnung (zweiter Zeitraum)
RECH	10	05	D	02	Schlussrechnung (dritter Zeitraum)
RECH	10	06	C	04	Gutschrift/Storno für 2. Zwischenrechnung
RECH	10	07	E	01	2. Zwischenrechnung Korrektur (zweiter Zeitraum)
Durch ein Fallstorno über den Aufnahmesatz werden neben dem Fall auch alle Rechnungen storniert					
RECH	10	01	A	02	Schlussrechnung
AUFN	{30–35}	01			Fallstorno
(Zur Abwicklung eines Falls nach Fallstorno ist die Anlage eines neuen Falls mit neuem krankenhausinternem Kennzeichen notwendig.)					
Fehlerhafte Meldung					
RECH	10	01	A	02	Schlussrechnung mit Fehler
RECH(FHL)	10	01	A	02	Fehlermeldung
RECH	10	01	A	02	Schlussrechnung ohne Fehler
Fehlerhafte Gutschrift					
RECH	10	01	A	02	Schlussrechnung
RECH	10	02	A	04	Gutschrift/Storno mit Fehler
RECH(FHL)	10	02	A	04	Fehlermeldung
RECH	10	02	A	04	Gutschrift/Storno ohne Fehler
RECH	10	03	B	02	Schlussrechnung Korrektur

Nachrichtentyp	VKZ	lfd.-Nr.	Rechnungsnummer	Rechnungsart	Beschreibung
Gutschrift einer fehlerhaften Schlussrechnung durch das Krankenhaus; Fehlermeldung zur Schlussrechnung und zur Gutschrift (kein gutzuschreibender Datensatz vorhanden) durch die Krankenkasse					
RECH	10	01	A	02	Schlussrechnung mit Fehler
RECH(FHL)	10	01	A	02	Fehlermeldung
RECH	10	02	A	04	Gutschrift
RECH(FHL)	10	02	A	04	Fehlermeldung (gutzuschreibende Rechnung nicht vorhanden)
RECH	10	01	A	02	Schlussrechnung ohne Fehler
Mahnung von Rechnungen					
RECH	10	01	A	01	1. Zwischenrechnung
RECH	10	02	B	01	2. Zwischenrechnung
RECH	10	03	A	07	1. Mahnung zur 1. Zwischenrechnung
RECH	10	04	C	02	Schlussrechnung
RECH	10	05	A	08	2. Mahnung zur 1. Zwischenrechnung

Anmerkung: Eine Schlussrechnung ist bei Änderung des Aufnahmegrundes, des Aufnahmetages, der Aufnahmeuhrzeit oder einer Aufnahmediagnose der Aufnahmeanzeige zu dem selben Fall zu stornieren/gutzuschreiben. Dies trifft auch dann zu, wenn sich inhaltlich an der Schlussrechnung nichts ändert.

5. Rechnungssatz Ambulante Operation AMBO

Nachrichtentyp	VKZ	lfd.-Nr.	Rechnungsnummer	Rechnungsart	Beschreibung
Gutschrift/Storno					
AMBO	05 06 07 10 11 12 16 17 18 19	01	A	02	Erstmeldung
AMBO	05 06 07 10 11 12 16 17 18 19	02	A	04	Gutschrift/Storno
AMBO	05 06 07 10 11 12 16 17 18 19	03	B	02	Erstmeldung mit Korrektur
Fallstorno					
AMBO	05 06 07 10 11 12 16 17 18 19	01	A	02	Erstmeldung
AMBO	(30-34, 36- 39, 45-47)	01	A	02	Fallstorno
Fehlerhafte Meldung					
AMBO	05 06 07 10 11 12 16 17 18 19	01	A	02	Erstmeldung mit Fehler
AMBO(FHL)	05 06 07 10 11 12 16 17 18 19	01	A	02	Fehlermeldung
AMBO	05 06 07 10 11 12 16 17 18 19	01	A	02	Erstmeldung ohne Fehler
Fehlerhafte Gutschrift					
AMBO	05 06 07 10 11 12 16 17 18 19	01	A	02	Erstmeldung
AMBO	05 06 07 10 11 12 16 17 18 19	02	A	04	Gutschrift/Storno mit Fehler
AMBO(FHL)	05 06 07 10 11 12 16 17 18 19	02	A	04	Fehlermeldung
AMBO	05 06 07 10 11 12 16 17 18 19	02	A	04	Gutschrift/Storno ohne Fehler
AMBO	05 06 07 10 11 12 16 17 18 19	03	B	02	Erstmeldung Korrektur

Nachrichtentyp	VKZ	lfd.-Nr.	Rechnungsnummer	Rechnungsart	Beschreibung
Gutschrift einer fehlerhaften Meldung durch das Krankenhaus; Fehlermeldung zur ersten Meldung und zur Gutschrift (kein gutzuschreibender Datensatz vorhanden) durch die Krankenkasse					
AMBO	05 06 07 10 11 12 16 17 18 19	01	A	02	Erstmeldung mit Fehler
AMBO(FHL)	05 06 07 10 11 12 16 17 18 19	01	A	02	Fehlermeldung
AMBO	05 06 07 10 11 12 16 17 18 19	02	A	04	Gutschrift/Storno
AMBO(FHL)	05 06 07 10 11 12 16 17 18 19	02	A	04	Fehlermeldung (gutzuschreibende Rechnung nicht vorhanden)
AMBO	05 06 07 10 11 12 16 17 18 19	01	A	02	Erstmeldung ohne Fehler

6. Zuzahlungsgutschrift ZGUT

(analog Zuzahlungsgutschrift Ambulante Operation)

Hinweis: Die Rechnungsart „80“ oder „90“ ist bei der Zuzahlungsgutschrift erst mit der 7. Fortschreibung möglich.

Nachrichtentyp	VKZ	lfd.-Nr.	Rechnungsnummer	Rechnungsart	Beschreibung
Rückforderung					
ZGUT	10 11	01	A	80	Erstmeldung
ZGUT	10 11	02	B	90	Rückforderung
ZGUT	10 11	03	C	80	Erstmeldung Korrektur
ZGUT	10 11	04	D	80	Meldung (weitere Tage)
Fallstorno, führt auch zur Rückforderung von Zuzahlungsgutschriften					
ZGUT	10 11	01	A	80	Erstmeldung
AUFN	{30–35}	01			Fallstorno
(Zur Abwicklung eines Falls nach Fallstorno ist die Anlage eines neuen Falls mit neuem krankenhausinternem Kennzeichen notwendig.)					
Fehlerhafte Meldung					
ZGUT	10 11	01	A	80	Erstmeldung mit Fehler
ZGUT(FHL)	10 11	01	A	80	Fehlermeldung
ZGUT	10 11	01	A	80	Erstmeldung ohne Fehler
Fehlerhafte Rückforderung					
ZGUT	10 11	01	A	80	Erstmeldung
ZGUT	10 11	02	B	90	Rückforderung mit Fehler
ZGUT(FHL)	10 11	02	B	90	Fehlermeldung
ZGUT	10 11	02	B	90	Rückforderung ohne Fehler
ZGUT	10 11	03	C	80	Erstmeldung Korrektur
Rückforderung einer fehlerhaften Meldung durch das Krankenhaus; Fehlermeldungen zur ersten Meldung und zur Rückforderung (keine lfd.-Nr. 01 vorhanden) durch die Krankenkasse					
ZGUT	10 11	01	A	80	Erstmeldung mit Fehler
ZGUT(FHL)	10 11	01	A	80	Fehlermeldung
ZGUT	10 11	02	B	90	Rückforderung
ZGUT(FHL)	10 11	02	B	90	Fehlermeldung (rückgeforderte Gutschrift nicht vorhanden)
ZGUT	10 11	01	A	80	Erstmeldung ohne Fehler

Quelldokumente

Nachtrag vom 18.6.2013 mit Wirkung zum 1.7.2013 bzw. 1.1.2014

Schlüsselfortschreibung vom 28.6.2013 mit Wirkung zum 5.7.2013

Nachtrag vom 5.7.2013 mit Wirkung zum 1.8.2013

Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (Beschluss 493/13 des Bundesrates vom 5.7.2013 zum Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestages 17/13947 vom 14.6.2013)

Nachtrag vom 18.6.2013

zur Fortschreibung der § 301-Vereinbarung
vom 31.3.2012

Nachträge 1-5, 7-9, 11,13-15
mit Wirkung zum 1.7.2013

Nachträge 6,10,12,16
mit Wirkung (für Aufnahmen) ab dem 1.1.2014

Nachträge zur Anlage 1

Nachtrag 1

Rechnungssatz Ambulante Operation

wird wie folgt aktualisiert:

Seg- ment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
...				
REC	Segment Rechnung	M	an3	'REC'
	Rechnungsnummer	M	an..20	
	Rechnungsdatum	M	an8	JJJJMMTT
	Rechnungsart	M	an2	Schlüssel 11
	Tag des Zugangs	M	an8	JJJJMMTT
	Rechnungsbetrag	M	n..10	99999999,99
	Debitoren-Kontonr. des Krankenhauses	K	an..9	
	Referenznummer des Krankenhauses	K	an..20	
	IK des Krankenhauses für Zahlungsweg	K	an9	wenn abweichend von FKT
	Honorarsumme <u>(für Pauschale)</u>	M	n..8	999999,99
	Pauschale	K	n..8	999999,99
...				
ENA	Segment Entgelt Ambulante OP	M	an3	'ENA' (999x möglich)
	Entgeltart	M	an8	Schlüssel 4 Teil II
	Zusatzkennzeichen EBM	K	an3	Schlüssel 19
	Abrechnungsbegründung	K	an..70	Text
	<u>in zur Honorarsummenbildung für Pauschale enthalten herangezogen</u>	K	a1	„J“ wenn <u>zur in Honorarsummenbildung für die Berechnung der Pauschale nach AOP- Vertrag enthalten herangezogen</u> , sonst leer, nur für § 115b Fälle
	Tag der Behandlung	M	an8	JJJJMMTT
	Punktzahl	K	n..6	999999
	Punktwert	K	n..8	99,999999 Cent
	Entgeltbetrag	M	n..10	99999999,99 (Einzelbetrag)
	Entgeltanzahl	M	n..3	
	Doppeluntersuchung	K	an1	„J“ bei Doppeluntersuchung, sonst leer

Nachtrag 2**Zahlungssatz Ambulante Operation***wird wie folgt aktualisiert:*

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
...				
REC	Segment Rechnung	M	an3	'REC'
	Rechnungsnummer	M	an..20	
	Rechnungsdatum	M	an8	JJJJMMTT
	Rechnungsart	M	an2	Schlüssel 11
	Tag des Zugangs	M	an8	JJJJMMTT
	Rechnungsbetrag	M	n..10	99999999,99
	Debitoren-Kontonr. des Krankenhauses	K	an..9	
	Referenznummer des Krankenhauses	K	an..20	
	IK des Krankenhauses für Zahlungsweg	K	an9	wenn abweichend von FKT
	Honorarsumme <u>(für Pauschale)</u>	M	n..8	999999,99
	Pauschale	K	n..8	999999,99
...				
ENA	Segment Entgelt Ambulante OP	K	an3	'ENA' (999x möglich)
	Entgeltart	M	an8	Schlüssel 4 Teil II
	Zusatzkennzeichen EBM	K	an3	Schlüssel 19
	Abrechnungsbegründung	K	an..70	Text
	zur-in Honorarsummen nbildung für <u>Pauschale enthalten</u> herangezogen	K	a1	„J“ wenn zur-in Honorarsummen nbildung für <u>die Berechnung der</u> <u>Pauschale nach AOP-</u> <u>Vertrag enthalten</u> herangezogen , sonst leer, nur für §115b Fälle
	Tag der Behandlung	M	an8	JJJJMMTT
	Punktzahl	K	n..6	999999
	Punktwert	K	n..8	99,999999 Cent
	Entgeltbetrag	M	n..10	99999999,99 (Einzelbetrag)
	Entgeltanzahl	M	n..3	

Nachtrag 3**Verwendung der Segmente***wird wie folgt aktualisiert:*

...

REC	Segment Rechnung	von Krankenhaus						von Krankenkasse					
		AUFN	VERL	MBEG	RECH	ENTL	AMBO	ZGUT	KOUB	ANFM	ZAHL	ZAAO	SAMU
	1				M		M				M	M	
	2				M		M				M	M	
	3				M		M				M	M	
	4				M		M				M	M	
	5				M		M				M	M	
	6				K		K				K	K	
	7				K		K				K	K	
	8				K		K				K	K	
	9				-		M				-	M	
	10				-		K				-	K	

...

ENA	Segment Entgelt Amb. OP						M						K	
1	Entgeltart						M						M	
2	Zusatzkennzeichen EBM						K						K	
3	Abrechnungsbegründung						K						K	
4	zur-in Honorarsummenbildung für Pauschale herangezogenenthalten						K						K	
5	Tag der Behandlung						M						M	
6	Punktzahl						K						K	
7	Punktwert						K						K	
8	Entgeltbetrag						M						M	
9	Entgeltanzahl						M						M	
10	Doppeluntersuchung						K						-	

Nachträge zur Anlage 2

Nachtrag 4

Schlüssel 4 Teil II: Entgeltart ambulant

wird wie folgt ergänzt:

...

6 sonstige Pauschale

3. - 4.	00	keine Differenzierung
5. Stelle	0	keine Differenzierung
	1	Impfpauschale
6. - 8. Stelle	000	keine Differenzierung
	001	Notfallpauschale
	002	Abklärungsuntersuchung
	003	Kinderpauschale ab 60 Behandlungstage
	004	medizinisch-therapeutische Leistungen
	005	Einsatzpauschale für Notfälle außerhalb des Krankenhauses
	006	Notfallbehandlung in der Zentralen Notfallaufnahme

	100-199	Einfachimpfung
	200-299	Zweifachimpfung
	300-399	Dreifachimpfung
	400-499	Vierfachimpfung
	500-599	Fünffachimpfung
	600-699	Sechsfachimpfung
<u>3. - 4.</u>	<u>01</u>	<u>Entgelte für Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)</u>
<u>5.-8. Stelle</u>	<u>0000ff</u>	<u>fortlaufende Nummerierung</u>

...

Nachtrag 5**Schlüssel 4 Teil III: Entgeltarten BPfIV (bei Anwendung §17d KHG)**

...

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.

1. Stelle Behandlungsbereich

- A vollstationärer Behandlungsbereich
- B teilstationärer Behandlungsbereich
- C stationärer Behandlungsbereich (gilt für Entgeltbereiche 5, 9, A, F, V und N)*
* Die Entgeltbereiche A und F sind somit in den Behandlungsbereichen A, B und C möglich

Hinweis:

Die Entgeltschlüssel können an der 4.–8. Stelle je Entgeltbereich (differenziert an der 2. Stelle) jeweils neu, beginnend mit „00000“ ff., nummeriert werden. Es werden keine „bereichsübergreifenden“ Blöcke reserviert. Nur dort wo die 4.–8. Stelle mit z.B. „00000“ eine gleiche Ausprägung für die 1. Stelle hat (z.B. 00000= Kostenpauschale für Verwaltungsverfahren) ist diese in Anlage 2 explizit als Ausprägung aufgeführt und gilt für die 1. Stelle A und B ebenso.

Nachtrag 6**Schlüssel 15: Zuzahlungskennzeichen***wird wie folgt aktualisiert:*

- 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)~~

Nachträge zu Anhang B Teil I und II (Anlage 2) Korrekturen/Ergänzungen

Nachtrag 7

Anhang B Teil I:

wird wie folgt geändert:

Entgeltschlüssel	Entgeltbezeichnung	gueltigab	gueltigbis
76ZED301	ZE13301 Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Mikrodrahtretriever- oder Stentretriever-Systems, Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Mikrodrahtretriever- oder Stentretriever-Systems zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung: 1 Stentretriever-System; OPS 8-836.60 oder 8-836.80 in Verbindung mit OPS 8-83b.84 oder 8-83b.80	01.01.2013	31.12.9999
76ZED302	ZE13302 Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Mikrodrahtretriever- oder Stentretriever-Systems, Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Mikrodrahtretriever- oder Stentretriever-Systems zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung: 2 Stentretriever-Systeme; OPS 8-836.60 oder 8-836.80 in Verbindung mit OPS 8-83b.85 oder 8-83b.82	01.01.2013	31.12.9999
76ZED303	ZE13303 Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Mikrodrahtretriever- oder Stentretriever-Systems, Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Mikrodrahtretriever- oder Stentretriever-Systems zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung: 3 oder mehr Stentretriever-Systeme; OPS 8-836.60 oder 8-836.80 in Verbindung mit OPS 8-83b.86 oder 8-83b.83	01.01.2013	31.12.9999

Nachträge zur Anlage 4

Nachtrag 8

Anlage 4 (Pkt. 4.1 Zeichenvorrat und Pkt. 5.2 Struktur der Datei)

wird wie folgt aktualisiert

...

Zeichenvorrat

(5) Der jeweils verwendete Code ist zwischen Absender und Empfänger zu vereinbaren. Im Datenfeld „Zeichensatz“ des Auftragsatzes ist der für die Nutzdaten verwendete Zeichensatz zu dokumentieren.

(6) Eine Zeilenende-Markierung CR / LF (ASCII-Wert 13 = CR, ASCII-Wert 10 = LF) darf im Zeichenvorrat nicht verwendet werden.

...

Nachrichten-Kopfsegment

Segment/ Feldnr	Feldbezeichnung	Feld - Art	Typ/Länge	Inhalt / Bemerkungen
UNH	Segmentbezeichner	M	an3	'UNH'
0062	Nachrichtenreferenznummer	M	an..14	5 Stellen fortlaufende Nummer (innerhalb UNB / UNZ)
S009	Nachrichtenkennung	M		Beispiel: 'AUFN: 10 11:000:00'
0065	Nachrichtentyp-Kennung	M	an..6	'AUFN', 'VERL', 'MBEG', 'RECH', 'ENTL', 'AMBO', 'ZGUT', 'KOUB', 'ANFM', 'ZAHL', 'ZAAO', 'SAMU' oder 'FEHL'
0052	Versionsnummer des Nachrichtentyps	M	an..3	10 11'
0054	Freigabenummer des Nachrichtentyps	M	an..3	'000'
0051	Verwaltende Organisation	M	an..2	'00'

...

Nachtrag 9**Anlage 4 (Abschnitt 9, Pkt. 9.1 Annahmestellen bei den Krankenkassen)***wird wie folgt aktualisiert:*

...

Ersatzkassen:

2 Annahmestellen: T-Systems International GmbH (ohne Entschlüsselungsberechtigung)
 BITMARCK SERVICE 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 GEK	BARMER GEK	selbst
TK	Techniker Krankenkasse	selbst
DAK-Gesundheit	DAK-Gesundheit	selbst
KKH	KKH-Kaufmännische Krankenkasse	selbst
HEK	Hanseatische Krankenkasse	selbst
hkk	hkk	bei BITMARCK SERVICE GMBH

Annahmestelle der selbstprüfenden Ersatzkassen mit Ausnahme der DAK-Gesundheit:

T-Systems International GmbH

für Datenträgerannahme Postfach 50 11 60, 70341 Stuttgart

für DFÜ 0800/3324785 (DAV-Hotline)

- dort wird die aktuelle DFÜ-Telefonnummer bekanntgegeben

Annahmestelle der DAK-Gesundheit (ohne Entschlüsselungsbefugnis):

BITMARCK SERVICE GMBH

Lindenallee 6-8

45127 Essen...

Nachträge zur Anlage 5

Nachtrag 10

Anlage 5 (Abschnitt 1, Pkt. 1.2.8 Rechnungssatz Ambulante Operation)

wird wie folgt aktualisiert oder ergänzt:

1.2.8 Rechnungssatz Ambulante Operation

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

...

Die belegärztliche Leistung ist im Rechnungssatz Ambulante Operation im ENA-Segment als gesonderter Rechnungsposten mit Entgeltanzahl „0“ auszuweisen. ~~Über das Zuzahlungs-kennzeichen (Schlüssel 15: „1“, „2“, „4“, „5“, „6“ oder „9“) im ZLG-Segment informiert das Krankenhaus die Krankenkasse über die Zuzahlungspflicht, die Leistung des Zuzahlungsbetrages durch den Versicherten, eine vom Versicherten vorgelegte Quittung über die Verringerung oder den Wegfall der Zuzahlungspflicht oder eine vorgelegte gültige Bescheinigung über die Befreiung von der Zuzahlungspflicht oder darüber, ob der Versicherte trotz Aufforderung keine/keine vollständige Zuzahlung geleistet hat. Das Segment ZLG entfällt bei ambulanten Krankenhausbehandlungen (Rechnungssatz und Zahlungssatz Ambulante Operation, siehe aber Abschnitt 1.2.8.3).~~

...

Nachtrag 11**Anlage 5 (Abschnitt 1, Pkt. 1.2.8 Rechnungssatz Ambulante Operation)***wird wie folgt aktualisiert oder ergänzt:***1.2.8 Rechnungssatz Ambulante Operation****1.2.8.1 Ambulante Operationen nach § 115b und Behandlungen nach § 116b SGB V**

...

Bei Durchführung von Leistungen des Kapitels 31 des EBM sind die Bestimmungen der Präambel des Anhangs 2 zum EBM zu beachten. Bei Simultaneingriffen ist bei beidseitigen Eingriffen an paarigen Organen oder Körperteilen als Prozeduren-Lokalisationsangabe "B" anzugeben. Bei der Abrechnung dieser Eingriffe 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.

Ausschließlich EBM-Positionen, die für die Berechnung des pauschalen Zuschlages nach § 9 Abs. 3 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V herangezogen werden, sind im Feld „in Honorarsumme für Pauschale enthalten“ mit „J“ zu kennzeichnen. Zur Berechnung der Felder „Honorarsumme (für Pauschale)“ und „Pauschale“ siehe Anlage 5 Abschnitt 2 Punkt 2.22 Nr. 9 und 10. Die Summe der Entgeltwerte (Entgeltbetrag x Entgeltanzahl) wird im Feld „Honorarsumme (für Pauschale)“ ausgewiesen (ggf. wird die „Honorarsumme (für Pauschale)“ um „Honorarsummenrelevante Anteile“ erhöht, die über EZV in Rechnung gestellt werden). Der hieraus errechnete pauschale Zuschlag wird im Feld „Pauschale“ ausgewiesen. Wird eine in Kapitel 40 des EBM ausgewiesene leistungsbezogene Kostenpauschale in Rechnung gestellt, ist die entsprechende ärztliche Leistung des EBM von der Berechnung der Zuschlagshöhe „auszuklammern“. Die EBM-Positionen für die Kostenpauschale und die entsprechende ärztliche Leistung werden nicht in die „Honorarsumme (für Pauschale)“ eingerechnet, daher muss das Feld „in Honorarsumme für Pauschale enthalten“ leer bleiben.

Technisches Beispiel:

Das technische Beispiel soll die Ermittlung der „Honorarsumme (für Pauschale)“ und „Pauschale“ verdeutlichen. Es schließt nicht aus, dass weitere EBM-Positionen abgerechnet werden können.

Rechnungssatz Ambulante Operation:

...

DPV+2013+2013'REC+5143671+20130109+52+20130104+645,08+1008004+++256,01+17,92'ZLG+0,00+1'RZA+2300+604434610++274488600++M23.33:R'BDG+M23.33:R'PRZ+58125:R+20130107'PRZ+58112h:R+20130107'

<u>ENA+00018211+++J+20130104+515+3,536300+18,21+1'</u>	Entgelte in
<u>ENA+00005211+++J+20130104+270+3,536300+9,55+1'</u>	„Honorarsumme
<u>ENA+00005310+++J+20130104+505+3,536300+17,86+1'</u>	(für Pauschale)“
<u>ENA+00034233+++J+20130104+300+3,536300+10,61+1'</u>	enthalten,
<u>ENA+00034230+++J+20130104+220+3,536300+7,78+1'</u>	Summe:
<u>ENA+00031503+++J+20130107+1450+3,536300+51,28+1'</u>	EUR 241,01
<u>ENA+00031822+++J+20130107+3555+3,536300+125,72+1'</u>	
<u>ENA+00031142++++20130107+6330+3,536300+223,85+1'</u>	
<u>ENA+00040750++++20130107+++122,00+1'</u>	
<u>ENA+00040120++++20130107+++0,55+1'</u>	
<u>EZV+19,75+04+Biopsienadel'</u>	honorarsummenrelevante
<u>EZV+10,00+05+Pauschale+10,00'</u>	Anteile EZV in “Honorar-
<u>EZV+10,00+06+Pauschale+5,00'</u>	summe (für Pauschale)“
	enthalten,
	Summe:
	EUR 15,00

Nicht berücksichtigt in „Honorarsumme (für Pauschale)“:

ärztliche Leistung:

GOP 31142 Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E2 223,85 EUR

Kostenpauschale nach Kapitel 40 des EBM

GOP 40750 Kostenpauschale für Sachkosten im Zusammenhang mit Arthros- 122 EUR
kopieleistungen nach den GOP 31141 + 31142

GOP 40120 Versendung/Transport schriftlicher Unterlagen, Briefe 0,55 EUR

Honorarsumme (für Pauschale): EUR 256,01

Pauschale: EUR 17,92

Bei ambulanten Operationen werden alle Informationen an die Krankenkasse über den Rechnungssatz Ambulante Operation übermittelt, ein Aufnahmesatz oder eine Entlassungsanzeige werden nicht erstellt und sind in Verbindung mit dem Nachrichtentyp „AMBO“ nicht zulässig. Ebenso sind Zuzahlungsgutschriften, Medizinische Begründungen und deren Anforderung in Verbindung mit dem Nachrichtentyp „AMBO“ unzulässig. Nachträgliche Änderungen der Zuzahlung sind mit Gutschrift/Stornierung und Neumeldung des Rechnungssatzes Ambulante Operation zu übermitteln. Die Berücksichtigung von Rechnungen für ambulante Operationen in Sammelüberweisungen ist zulässig.

...

Nachtrag 12

1.2.8 Rechnungssatz Ambulante Operation

1.2.8.2 Ambulante Behandlungen nach §§ 117 bis 119 SGB V

Die Abrechnung von Leistungserbringern nach §§ 117, 118 und 119 SGB V erfolgt ebenso wie ambulante Operationen mit dem Nachrichtentyp „Rechnungssatz Ambulante Operation“. Das Verarbeitungskennzeichen im FKT-Segment ist hierbei mit „17“, „18“, „19“ oder „07“ (Normalfall) anzugeben (Verarbeitungskennzeichen „37“, „38“, „39“ oder „47“ für Fallstorno). ~~Über das Zuzahlungskennzeichen (Schlüssel 15: „1“, „2“, „4“, „5“ oder „9“) im ZLG-Segment informiert das Krankenhaus/die Einrichtung die Krankenkasse über den Wegfall der Zuzahlungspflicht, die Leistung des Zuzahlungsbetrages durch den Versicherten, eine vorgelegte gültige Bescheinigung über die Befreiung von der Zuzahlungspflicht oder eine vom Versicherten vorgelegte Quittung über den Wegfall der Zuzahlungspflicht oder darüber, ob der Versicherte trotz Aufforderung keine/keine vollständige Zuzahlung geleistet hat. Das Segment ZLG entfällt bei ambulanten Krankenhausbehandlungen (Rechnungssatz und Zahlungssatz Ambulante Operation, siehe aber Abschnitt 1.2.8.3).~~ 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.

...

1.2.8.3 Ambulante Behandlungen im Rahmen von Verträgen nach § 140a SGB V

Die Abrechnung von ambulanten Leistungen im Rahmen von Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 140a SGB V kann ebenso wie ambulante Operationen mit dem Nachrichtentyp „Rechnungssatz Ambulante Operation“ erfolgen. Das Verarbeitungskennzeichen im FKT-Segment ist hierbei mit „05“ (Normalfall) anzugeben (Verarbeitungskennzeichen „45“ für Fallstorno). Vertraglich vereinbarte Eigenbeteiligungen im Rahmen einer Integrierten Versorgung sind über das ZLG-Segment zu berücksichtigen. Die Diagnoseangaben werden durch die Angabe eines Kennzeichens für die Diagnosesicherheit ergänzt. Die Übermittlung von Zwischen- oder Nachtragsrechnungen ist nicht zulässig. Die Abrechnungen erfolgen entsprechend der individuellen Verträge nach § 140a SGB V mit den hierin entsprechend Schlüssel 4 Teil II festgelegten Entgeltschlüsseln.

...

Nachtrag 13**Anlage 5 (Abschnitt 2, Pkt. 2.8 ENA Segment Entgelt Ambulante Operation...)**

wird wie folgt aktualisiert oder ergänzt:

2.8 ENA Segment Entgelt Ambulante Operation (999 x möglich)**4. ~~Zur In Honorarsummenbildung für Pauschale enthalten herangezogen~~**

Das Feld ist dann mit „J“ zu befüllen, wenn die entsprechende EBM-Position (Entgeltart) zur Berechnung des pauschalen Zuschlags ~~auf die Honorarsumme~~ nach § 9 [Abs. 3](#) des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V (AOP-Vertrag) herangezogen ~~wurde~~[wird](#). Ansonsten bleibt das Feld leer.

...

Nachtrag 14

Anlage 5 (Abschnitt 2, Pkt. 2.15 INV Segment Information Versicherter)

wird wie folgt aktualisiert oder ergänzt:

...

8. Vertragskennzeichen

Erfolgt die Behandlung und/oder Abrechnung auf Basis individueller Verträge (z.B. integrierte Versorgung, [Modellvorhaben nach § 64b Abs. 1 SGB V](#) oder DMP) ist das Vertragskennzeichen des zu Grunde liegenden Vertrages anzugeben.

Nachtrag 15

Anlage 5 (Abschnitt 2, Pkt. 2.22 REC Segment Rechnung)

wird wie folgt aktualisiert oder ergänzt:

9. Honorarsumme (für Pauschale) (nur bei Rechnungssatz Ambulante Operation)

Die Honorarsumme (für Pauschale) ist die Summe der Beträge, die sich aus den Entgeltsegmenten im Rechnungssatz ambulante OP ergeben (in der Regel Summe aus Entgeltbetrag x Entgeltanzahl) zuzüglich mit dem Segment Einzelvergütung (EZV) mit Merkmal ,05' (honorarsummenrelevante Pauschalvergütung) oder ,06' (teilweise honorarsummenrelevante Pauschalvergütung) nach Schlüssel 3 (Einzelvergütung Ambulante Operation, Erläuterung) im Feld „Honorarsummenrelevanter Anteil“ in Rechnung gestellter ~~der honorarsummenrelevanten Anteile der Einzelvergütungen für pauschalierte~~ Entgelte. Die aus den ENA-Segmenten in die Honorarsumme (für Pauschale) eingehenden Beträge sind im Feld „in Honorarsumme für Pauschale enthalten“ mit „J“ zu kennzeichnen. In das Feld „Honorarsumme (für Pauschale)“ ist die Summe ~~der Beträge, der für die Berechnung des pauschalen Zuschlags nach § 9 Abs. 3 des AOP-Vertrages herangezogenen~~ dieser EBM-Ziffern einzutragen. Ggf. wird „Honorarsumme (für Pauschale)“ um „Honorarsummenrelevante Anteile“ erhöht, die über EZV in Rechnung gestellt werden. Sofern eine leistungsbezogene Kostenpauschale des Kapitels 40 des EBM in Rechnung gestellt wird, ist die entsprechende ärztliche Leistung des EBM für die Berechnung der Zuschlagshöhe nach § 9 Abs. 3 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V ~~aus der Honorarsumme~~ auszuklammern. Nach § 9 Abs. 4 sind für die Berechnung der Zuschlagshöhe unter anderem die Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM ebenfalls nicht zu berücksichtigen.

Für Leistungen nach §§ 116b, 117, 118 und 119 SGB V, für Leistungen im Rahmen eines Vertrages nach § 140a SGB V oder bei Abrechnung einer Pauschale nach § 120 Abs. 1a SGB V ist als Honorarsumme 0,00 anzugeben.

10. Pauschale (nur bei Rechnungssatz Ambulante Operation)

Nach § 9 Abs. 3 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V werden die Sachkosten, die nicht anderweitig abgegolten sind, durch einen pauschalen Zuschlag ~~auf die gesamte Honorarsumme~~ in Höhe von 7 % vergütet. Die Berechnung erfolgt auf Basis des Wertes im Feld „Honorarsumme (für Pauschale).

Bei ambulanten Behandlungen nach § 116b Abs. 2 SGB V, Leistungen nach §§ 117, 118 und 119 SGB V, Leistungen im Rahmen eines Vertrages nach § 140a SGB V oder bei Abrechnung einer Pauschale nach § 120 Abs. 1a SGB V wird dieses Feld nicht verwendet oder mit 0,00 gefüllt.

Nachtrag 16

Anlage 5 (Abschnitt 2, Pkt. 2.27 ZLG Segment Zuzahlung)

wird wie folgt aktualisiert oder ergänzt:

1. Zuzahlungsbetrag

In der Zwischen- oder Schlussrechnung bei vollstationärer Krankenhausbehandlung ist der vollständige Betrag (mit zwei Nachkommastellen) anzugeben, der vom Versicherten an das Krankenhaus zu leisten ist, oder „0,00“, wenn keine Zuzahlungspflicht besteht. ~~Im Rechnungssatz Ambulante Operation ist der Betrag anzugeben, der vom Versicherten an das Krankenhaus gezahlt wurde, oder „0,00“, wenn keine Zuzahlungspflicht besteht.~~

Auch der Entlassungstag fällt unter die Zuzahlungspflicht.

~~Im Falle von ambulanten Operationen entspricht der Zuzahlungsbetrag der ggf. zu leistenden Praxisgebühr. Durch Vor- und Nachbehandlungen kann sich eine ambulante Behandlung auf zwei Quartale erstrecken, so dass die Praxisgebühr von 10,00 EUR zweimal anfallen kann.~~

**Schlüsselfortschreibung vom 28.6.2013 mit Wirkung zum 5.7.2013
zur Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V**

Anhang B zu Anlage 2 Teil I: Entgeltarten stationär

Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG (Anlage 4 und 6 FPV)

76096822	ZE2013-96 Gabe von Topotecan, parenteral, 1 mg; OPS 6-002.4*
76096862	ZE2013-16 Isolierte Extremitätenperfusion, Beromun, je Leistung; OPS 8-859
76096876	ZE2013-25 Modulare Endoprothesen, Schulter; OPS 5-829.k
76096911	ZE2013-25 Modulare Endoprothesen, Schulter; OPS 5-829.m
76096912	ZE2013-25 Modulare Endoprothesen, Hüfte; OPS 5-829.k
76096913	ZE2013-25 Modulare Endoprothesen, Hüfte; OPS 5-829.m
76096914	ZE2013-25 Modulare Endoprothesen, Knie; OPS 5-829.k
76096915	ZE2013-25 Modulare Endoprothesen, Knie; OPS 5-829.m
76096916	ZE2013-25 Modulare Endoprothesen, Ellenbogen; OPS 5-829.k
76096917	ZE2013-25 Modulare Endoprothesen, Ellenbogen; OPS 5-829.m
76096918	ZE2013-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, endoskopisch; OPS 5-429.j1 oder 5-429.j4 oder 5-429.ja oder 5-429.jc oder 5-429.je oder 5-429.jg
76096919	ZE2013-02 Links- und rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), System ohne Take-Home-Set; OPS 5-376.40
76096920	ZE2013-02 Links- und rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“), System nur Take-Home-Set; OPS 5-376.40
76096921	ZE2013-25 Modulare Endoprothesen, Knie; OPS 5-829.k oder 5-829.m
76096922	ZE2013-25 Modulare Endoprothesen, Hüfte; OPS 5-829.k oder 5-829.m
76096923	ZE2013-25 Modulare Endoprothesen, Schulter; OPS 5-829.k oder 5-829.m
76096924	ZE2013-93 Gabe von Eculizumab, parenteral, je mg; OPS 6-003.h*
76096925	ZE2013-95 Gabe von Romiplostim, parenteral, je µg; OPS 6-005.9*
76096926	ZE2013-36 Versorgung von Schwerstbehinderten, Verweildauer 1 bis 5 Tage, je vollstationärem Fall
76096927	ZE2013-36 Versorgung von Schwerstbehinderten, Verweildauer ab dem 6. Tag, je vollstationärem Fall
76096928	ZE2013-62 Mikroaxial-Blutpumpe, Fördermenge bis 2,5 l; OPS 8-839.42
76096929	ZE2013-62 Mikroaxial-Blutpumpe, Fördermenge mehr als 2,5 l; OPS 8-839.42
76096930	ZE2013-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Prothrombinkomplex, CoFact, je IE; OPS 8-812.5*
76096931	ZE2013-49 Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC) in Kombination mit Peritonektomie und ggf. mit Multiviszeralresektion oder hypertherme intrathorakale Chemotherapie (HITOC) in Kombination mit Pleurektomie und ggf. mit Tumorreduktion; OPS 8-546.y oder 8-546.0 oder 8-546.1
76096932	ZE2013-49 Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC) in Kombination mit Peritonektomie und ggf. mit Multiviszeralresektion oder hypertherme intrathorakale Chemotherapie (HITOC) in Kombination mit Pleurektomie und ggf. mit Tumorreduktion, ECMO und PECLA; OPS 8-546.x oder 8-546.0 oder 8-546.1
76096933	ZE2013-25 Modulare Endoprothesen, übrige Gelenke; OPS 5-829.k oder 5-829.m
76096934	ZE2013-71 Radiorezeptortherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga, Lu-177; OPS 8-530.a0
76096935	ZE2013-71, Radiorezeptortherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga, Yttrium-90; OPS 8-530.a0

Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG

76197677	Vemurafenib, je Packung zu 56 Tabletten (a 240 mg)
76197678	Lungenvolumenreduktion mittels bronchoskopischer Applikation von Polymerschaum, zwei Subsegmente; OPS 5-339.71
76197679	Koronarstent, medikamentenfreisetzend, komplett bioresorbierbar, 1 Stent in eine Koronararterie; OPS 8-83d.00
76197680	Koronarstent, medikamentenfreisetzend, komplett bioresorbierbar, 2 Stents in eine Koronararterie; OPS 8-83d.01
76197681	Koronarstent, medikamentenfreisetzend, komplett bioresorbierbar, 2 Stents in mehrere Koronararterien; OPS 8-83d.02

76197682	Koronarstent, medikamentenfreisetzend, komplett bioresorbierbar, 3 Stents in eine Koronararterie; OPS 8-83d.03
76197683	Koronarstent, medikamentenfreisetzend, komplett bioresorbierbar, 3 Stents in mehrere Koronararterien; OPS 8-83d.04
76197684	Koronarstent, medikamentenfreisetzend, komplett bioresorbierbar, 4 Stents in eine Koronararterie; OPS 8-83d.05
76197685	Koronarstent, medikamentenfreisetzend, komplett bioresorbierbar, 4 Stents in mehrere Koronararterien; OPS 8-83d.06
76197686	Koronarstent, medikamentenfreisetzend, komplett bioresorbierbar, 5 Stents in eine Koronararterie; OPS 8-83d.07
76197687	Koronarstent, medikamentenfreisetzend, komplett bioresorbierbar, 5 Stents in mehrere Koronararterien; OPS 8-83d.08
76197688	Koronarstent, medikamentenfreisetzend, komplett bioresorbierbar, 6 Stents in eine Koronararterie; OPS 8-83d.09
76197689	Koronarstent, medikamentenfreisetzend, komplett bioresorbierbar, 6 Stents in mehrere Koronararterien; OPS 8-83d.0a
76197690	Eribulin, je 1 ml (0,44 mg); OPS 6-006.5
76197691	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 100 mm bis unter 150 mm Prothesenlänge; OPS 8-842.0b oder 8-842.0c in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f1
76197692	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 150 mm bis unter 200 mm Prothesenlänge; OPS 8-842.0b oder 8-842.0c in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f2
76197693	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 200 mm bis unter 250 mm Prothesenlänge; OPS 8-842.0b oder 8-842.0c in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f3
76197694	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, über 250 mm Prothesenlänge; OPS 8-842.0b oder 8-842.0c in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f4
76197695	Intrakavitäre Radiotherapie mit Jod-125, bei Rezidiv
76197696	Therapie der Skoliose mittels mitwachsendem Schrauben-Stab-System, je Eingriff
76197697	Fetoskopische Drainagetherapie; OPS 5-755.6 oder 5-754.10 oder 5-754.3
76197698	Wachstumsendoprothesen; OPS 5-820.20 oder 5-820.21 oder 5-820.22 oder 5-822.90 oder 5-822.91 oder 5-822.92
76197699	Therapie der Skoliose mittels magnetisch- kontrollierter Stangen; OPS 5-838.e0
76197700	Therapie der Skoliose mittels magnetisch- kontrollierter Stangen; OPS 5-838.e1
76197701	Therapie der Skoliose mittels magnetisch- kontrollierter Stangen; OPS 5-838.e2
76197702	Therapie der Skoliose mittels magnetisch- kontrollierter Stangen; OPS 5-838.e3
76197703	Ipilimumab, je 10 mg; OPS 6-006.3
76197704	Endo-Exo-Prothese; OPS 5-828.0
76197705	Endo-Exo-Prothese; OPS 5-869.3
76197706	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, bis 50 mm, je Stent; OPS 8-842.*9 oder 8-842.*a oder 8-842.*b oder 8-842.*c in Verbindung mit OPS 8-83b.e1
76197707	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 100 mm bis 150 mm, je Stent; OPS 8-842.*9 oder 8-842.*a oder 8-842.*b oder 8-842.*c in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f1
76197708	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 150 mm bis 250 mm, je Stent; OPS 8-842.*9 oder 8-842.*a oder 8-842.*b oder 8-842.*c in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f2 oder 8-83b.f3
76197709	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 250 mm und mehr, je Stent; OPS 8-842.*9 oder 8-842.*a oder 8-842.*b oder 8-842.*c in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f4
76197710	Intraaneurysmales hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen (Flow Diverter); OPS 8-83c.8 in Verbindung mit OPS 8-84b.00
76197711	Intraaneurysmales hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen (Flow Diverter); OPS 8-83c.8 in Verbindung mit OPS 8-84b.20
76197712	Intraaneurysmales hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen (Flow Diverter); OPS 8-83c.8 in Verbindung mit OPS 8-84b.30
76197713	Intraaneurysmales hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen (Flow Diverter); OPS 8-83c.8 in Verbindung mit OPS 8-84b.40

- 76197714 Intraaneurysmales hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen (Flow Diverter); OPS 8-83c.8 in Verbindung mit OPS 8-84b.50
- 76197715 Intraaneurysmales hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen (Flow Diverter); OPS 8-83c.8 in Verbindung mit OPS 8-84b.60
- 76197716 Koronarstent, selbstexpandierend, medikamente-freisetzende Bifurkationsstents; OPS 8-837.v in Verbindung mit OPS 8-83b.0*
- 76197717 Koronare Bifurkationsstents, medikamente-freisetzend; OPS 8-837.v in Verbindung mit OPS 8-83b.0*
- 76197718 Bioaktive Coils, intrakraniell, je Metallspirale; OPS 8-838.9* in Verbindung mit OPS 8-83b.31 oder 8-83b.32 in Verbindung mit OPS 8-836.n*
- 76197719 Überlange Coils, intrakraniell; OPS 8-836.m0 in Verbindung mit OPS 8-83b.33 oder 8-83b.35 in Verbindung mit OPS 8-836.n*
- 76197720 Implantation einer Gefäßprothese mit integriertem Stent im Rahmen von arteriovenöser Shunt- und peripherer Bypasschirurgie, für arteriovenöse Shuntchirurgie, 5-986.x in Verbindung mit Diagnose Z99.2; OPS 5-392.6 in Verbindung mit OPS 5-986.x
- 76197721 Koronarstent, medikamentenfreisetzend, komplett bioresorbierbar, 1. Stent
- 76197722 Apikoaortales, klappentragendes Konduit; OPS 5-379.a
- 76197723 Endovaskuläre Implantation/Reparatur einer Stent-Prothese mittels eines Endo-Staplers; OPS 5-98c.4
- 76197724 Koronarstent, medikamentenfreisetzend, komplett bioresorbierbar, ab dem 2. Stent
- 76197725 Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für intraabdominale, kraniale oder periphere Gefäße, 25 - 50 mm
- 76197726 Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD), Folgetest (1 Marker), Erwachsene
- 76197727 Bioaktive Coils, Aneurysma-Therapie; OPS 8-836.m0 in Verbindung mit OPS 8-83b.30 oder 8-83b.31 oder 8-83b.32 in Verbindung mit OPS 8-836.n*
- 76197728 Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für intraabdominale, kraniale oder periphere Gefäße, 100 mm
- 76197729 Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für intraabdominale, kraniale oder periphere Gefäße, 150 mm
- 76197730 Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für intraabdominale, kraniale oder periphere Gefäße, 250 mm
- 76197731 Implantation einer Gefäßprothese mit integriertem Stent im Rahmen von arteriovenöser Shunt- und peripherer Bypasschirurgie, arteriovenöse Shuntchirurgie, 50 mm, je Prothese
- 76197732 Implantation einer Gefäßprothese mit integriertem Stent im Rahmen von arteriovenöser Shunt- und peripherer Bypasschirurgie, arteriovenöse Shuntchirurgie, 100 mm, je Prothese
- 76197733 Mifamurtid, je 0,1 mg; OPS 6-005.g
- 76197734 Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für intraabdominale, kraniale oder periphere Gefäße, periphere Gefäße, mit Bifurkation, 100 mm bis unter 150 mm; OPS 8-842.*b oder 8-842.*c oder 8-842.*9 oder 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f1
- 76197737 Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen, je Stent; OPS 8-84b.*0
- 76197738 Aszitesbehandlung mittels einer vollimplantierbaren Pumpe; OPS 5-549.6
- 76197739 Koronarstent, selbstexpandierend, medikamente-freisetzender Bifurkationsstent; OPS 8-837.v in Verbindung mit OPS 8-83b.04
- 76197740 Brentuximabvedotin, je 50 mg
- 76197741 Ivacaftor, je mg
- 76197742 Everolimus bei Neoplasie, je mg, Gabe der 2,5 mg oder 5 mg Tablette
- 76197743 Ereignisrekorder, implantierbar, gemeinsam mit Ablation, je Leistung (ausser bei Herzmonitor); OPS 5-377.8
- 76197744 Ereignisrekorder, implantierbar, gemeinsam mit Ablation, je Leistung (bei Herzmonitor); OPS 5-377.8
- 76197745 Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für intraabdominale, kraniale oder periphere Gefäße, periphere Gefäße, mit Bifurkation, bis 50 mm; OPS 8-842.*b oder 8-842.*c oder 8-842.*9 oder 8-83b.e1
- 76197746 Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für intraabdominale, kraniale oder periphere Gefäße, periphere Gefäße, mit Bifurkation, 150 mm bis unter 250 mm; OPS 8-842.*b oder 8-842.*c oder 8-842.*9 oder 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f2 oder 8-83b.f3
- 76197747 Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für intraabdominale, kraniale oder periphere Gefäße, periphere Gefäße, mit Bifurkation, 250 mm und mehr; OPS 8-842.*b oder 8-842.*c oder 8-842.*9 oder 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f4
- 76197749 Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für viszerale und supraaortale Gefäße; OPS 8-839.88
- 76197751 Lungenlebend-Spende, pro Eingriff
- 76197755 Eribulin, je 0,1 mg; OPS 6-006.5

76197756	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für viscerale und supraaortale Gefäße, 50 mm Länge, je Stent
76197757	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für viscerale und supraaortale Gefäße, 100 mm Länge, je Stent
76197758	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für viscerale und supraaortale Gefäße, 150 mm Länge, je Stent
76197759	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für viscerale und supraaortale Gefäße, 250 mm Länge, je Stent

tagesbezogenes Entgelt nach § 6 Abs. 1 KHEntg (teilstationär)

85000061	teilstationäre Pädiatrie und Kinderurologie
85000062	Tagesklinik Geriatrie
85000063	Tagesklinik Orthopädie
85000064	Tagesklinik Kinderneurologie
85000065	Tagesklinik Nuklearmedizin
85000066	Tagesklinik Pneumologie
85000067	Tagesklinik Gynäkologie

tagesbezogenes Entgelt nach § 6 Abs. 1 KHEntg (Besondere Einrichtungen, vollstationär)

85004018	Besondere Einrichtung für Isolierstation, Basispatient, isoliert
85004019	Besondere Einrichtung für Isolierstation, Intensivpatient, nicht beatmet
85004020	Besondere Einrichtung für Isolierstation, Intensivpatient, beatmet

Anhang B zu Anlage 2 Teil II: Entgeltarten ambulant**Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V****Quartalspauschale**

21050110 Kinder und Jugendliche, Gruppentherapie

Behandlungspauschale

22000360 HLA Antikörperspezifizierung, HLA Klasse I und II

Pauschale nach Katalog

25101200 Clearing

25101201 Monosymptomatische Erkrankungen

25101202 Komplexpauschale

25101203 Spezialisierte Diagnostik bei Patienten mit Schwindel

Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V**Entgelte für Modellvorhaben § 64b Abs. 1 SGB V**

36010000 Allgemeine Psychiatrie, Regelbehandlung, bis zu 1 Stunde pro Termin, auch mehrfach pro Tag, auch bei späterer ungeplanter notfalliger teilstationärer bzw. stationärer Aufnahme am gleichen Tag

36010001 Allgemeine Psychiatrie, Intensivbehandlung, mehr als 1 Stunde pro Termin, auch mehrfach pro Tag, auch bei späterer ungeplanter notfalliger teilstationärer bzw. stationärer Aufnahme am gleichen Tag

36010002 Allgemeine Psychiatrie, Gruppenbehandlung, psychisch Kranke oder mit schweren Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen die psychotherapeutisch behandelt werden, max. 18 Patienten, in der Regel 45-90 Min. pro Termin, auch mehrfach pro Tag

36010003 Allgemeine Psychiatrie, Psychotherapie, Kranke mit schweren Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen die psychotherapeutisch behandelt werden, bis zu 1 Stunde pro Termin, auch mehrfach pro Woche, auch i. V. m. anderen Leistungen am gleichen Tag

36010004 Abhängigkeitskranke, Regelbehandlung, Alkohol- und Medikamentenabhängige, entgiftet, bis zu 1 Stunde pro Termin, auch mehrfach pro Tag, auch bei späterer ungeplanter notfalliger teilstationärer bzw. stationärer Aufnahme am gleichen Tag

36010005 Abhängigkeitskranke, Intensivbehandlung, Alkohol- und Medikamentenabhängige, evtl. nicht entgiftet, mehr als 1 Stunde pro Termin, auch mehrfach pro Tag, auch bei späterer ungeplanter notfalliger teilstationärer bzw. stationärer Aufnahme am gleichen Tag

36010006 Abhängigkeitskranke, Gruppenbehandlung, Alkohol- und Medikamentenabhängige, entgiftet, Psychisch Kranke oder mit schweren Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen die psychotherapeutisch behandelt werden, max. 18 Patienten, i.d.R. 45–90 Minuten pro Termin, auch mehrfach pro Tag

36010007 Abhängigkeitskranke, Psychotherapie, Alkohol- und Medikamentenabhängige, entgiftet, bis zu 1 Stunde pro Termin, auch mehrfach pro Woche, auch i. V. m. anderen Leistungen am gleichen Tag

36010008 Gerontopsychiatrie, Regelbehandlung, psychisch Kranke im höheren Lebensalter mit psych., somat., soz. Einbußen, bis zu 1 h pro Termin, auch mehrfach pro Tag, auch späterer ungeplanter notfalliger teilstationärer bzw. stationärer Aufnahme am gleichen Tag

36010009 Gerontopsychiatrie, Intensivbehandlung, psychisch Kranke im höheren Lebensalter mit psych., somat., soz. Einbußen, mehr als 1 h pro Termin, auch mehrfach pro Tag, auch bei späterer ungeplanter notfalliger teil- bzw. stationärer Aufnahme am gleichen Tag

36010010 Gerontopsychiatrie, Gruppenbehandlung, psychisch Kranke im höheren Lebensalter mit Regelbehandlung oder mit schweren Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen mit Psychotherapie, max. 18 Patienten, i.d.R. 45-90 Min. pro Termin, auch mehrfach pro Tag

36010011 Gerontopsychiatrie, Psychotherapie, Kranke im höheren Lebensalter mit schweren Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen, bis zu 1 Stunde pro Termin, auch mehrfach pro Woche, auch i. V. m. anderen Leistungen am gleichen Tag

Kinderspezialambulanzen nach § 120 Abs. 1a SGB V (ergänzende fall- und einrichtungsbezogene Pauschale)**Quartalspauschale**

61050121 Kinder und Jugendliche, Schlafmedizin, ärztliche Leistung

Anhang B zu Anlage 2 Teil III: Entgeltarten nach PEPPV 2013

Entgelte für Modellvorhaben § 64b Abs. 1 SGB V

teilstationär

- BA000006 Allgemeine Psychiatrie, Regelbehandlung, tagesklinisch, teilstationär; OPS 9-980.0
- BA000007 Allgemeine Psychiatrie, Abhängigkeitskranke, Regelbehandlung, tagesklinisch, teilstationär; OPS 9-981.0
- BA000008 Allgemeine Psychiatrie, Gerontopsychiatrie, Regelbehandlung, tagesklinisch, teilstationär; OPS 9-982.0

Anhang D zu Anlage 2 – EBM

EBM Ziffer	EBM Bezeichnung	Punkt zahl	EBM Betrag	Zusatz- kennzeichen	gültig ab	gültig bis
01776	Vortest auf Gestationsdiabetes gemäß Abschnitt A Nr. 8 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien)	300			20130701	20130930
01776	Vortest auf Gestationsdiabetes gemäß Abschnitt A Nr. 8 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien)	106			20131001	99991231
01777	Oraler Glukosetoleranztest (oGTT) zum Ausschluss/Nachweis eines Gestationsdiabetes gemäß Abschnitt A Nr. 8 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien)	365			20130701	20130930
01777	Oraler Glukosetoleranztest (oGTT) zum Ausschluss/Nachweis eines Gestationsdiabetes gemäß Abschnitt A Nr. 8 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien)	129			20131001	99991231
01812	Glukosebestimmung im venösen Plasma im Rahmen des Screenings auf Gestationsdiabetes nach den Gebührenordnungspositionen 01776 und 01777 zum Ausschluss/Nachweis eines Gestationsdiabetes gemäß Abschnitt A Nr. 8 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien)	45			20130701	20130930
01812	Glukosebestimmung im venösen Plasma im Rahmen des Screenings auf Gestationsdiabetes nach den Gebührenordnungspositionen 01776 und 01777 zum Ausschluss/Nachweis eines Gestationsdiabetes gemäß Abschnitt A Nr. 8 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien)	16			20131001	99991231
40800	bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bis zum vollendeten 59. Lebensjahr		504,00		20080101	20130630
40801	bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bis zum vollendeten 59. Lebensjahr bei Ferien- oder Pendlerdialyse		176,40		20080101	20130630
40802	bei Versicherten ab dem vollendeten 59. Lebensjahr		520,00		20080101	20130630
40803	bei Versicherten ab dem vollendeten 59. Lebensjahr bei Ferien- oder Pendlerdialyse		182,00		20080101	20130630
40804	bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit manifesten Diabetes mellitus		530,00		20080101	20130630
40805	bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit manifesten Diabetes mellitus bei Ferien- oder Pendlerdialyse		185,50		20080101	20130630

EBM Ziffer	EBM Bezeichnung	Punkt zahl	EBM Betrag	Zusatz-kennzeichen	gültig ab	gültig bis
40807	bei Versicherten ab dem vollendeten 59. Lebensjahr bei Einzeldialyse am Wohnort		173,30		20080101	20130630
40808	bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit manifesten Diabetes mellitus bei Einzeldialyse am Wohnort		176,60		20080101	20130630
40810	Zuschlag Infektionsdialyse		30,00		20080101	20130630
40811	Zuschlag Infektionsdialyse		10,00		20080101	20130630
40812	Zuschlag intermittierende Peritonealdialyse		300,00		20080101	20130630
40813	Zuschlag intermittierende Peritonealdialyse		100,00		20080101	20130630
40820	Kinderdialyse		830,00		20080101	20130630
40820	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Hämodialysen, CAPD, CCPD, als Zentrums- bzw. Praxisdialyse, Heimdialyse oder zentralisierte Heimdialyse, einschl. Sonderverfahren (z.B. Hämofiltration, Hämodiafiltration) bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr		830,00		20130701	99991231
40821	Kinderdialyse bei Ferien- oder berufsbedingten Aufenthalt		290,50		20080101	20130630
40821	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Hämodialysen, CAPD, CCPD, als Zentrums- bzw. Praxisdialyse, Heimdialyse oder zentralisierte Heimdialyse, einschl. Sonderverfahren (z.B. Hämofiltration, Hämodiafiltration) bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei einer Feriendialyse während des Ferienaufenthaltes am Ferienort oder bei Dialysen wegen beruflich bedingter oder sonstiger Abwesenheit vom Wohnort		295,50		20130701	99991231
40822	Kinderdialyse bei Einzeldialyse am Wohnort		276,70		20080101	20130630
40822	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Hämodialysen, CAPD, CCPD, als Zentrums- bzw. Praxisdialyse, Heimdialyse oder zentralisierte Heimdialyse, einschl. Sonderverfahren (z.B. Hämofiltration, Hämodiafiltration) bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei Dialysen am Wohnort, die nicht mindestens dreimal in der Behandlungswoche durchgeführt werden können		276,70		20130701	99991231
40823	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Hämodialysen, CAPD, CCPD, als Zentrums- bzw. Praxisdialyse, Heimdialyse oder zentralisierte Heimdialyse, einschl. Sonderverfahren (z.B. Hämofiltration, Hämodiafiltration) bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung (variabler Preis in Abhängigkeit von der Anzahl der Dialysewochen der Betriebsstätte bzw. Nebenbetriebsstätte im abgerechneten Quartal)				20130701	99991231
40824	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Hämodialysen, CAPD, CCPD, als Zentrums- bzw. Praxisdialyse, Heimdialyse oder zentralisierte Heimdialyse, einschl. Sonderverfahren (z.B. Hämofiltration, Hämodiafiltration) bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei Dialysen am Wohnort, die nicht mindestens dreimal in der Behandlungswoche durchgeführt werden können (variabler Preis in Abhängigkeit von der Anzahl der Dialysewochen der Betriebsstätte bzw. Nebenbetriebsstätte im abgerechneten Quartal)				20130701	99991231

EBM Ziffer	EBM Bezeichnung	Punkt zahl	EBM Betrag	Zusatz- kennzeichen	gültig ab	gültig bis
40825	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Peritonealdialysen (z.B. CAPD, CCPD, IPD) oder Heimhämodialyse bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung		504,40		20130701	99991231
40826	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Peritonealdialysen als CAPD bzw. CCPD bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei Dialysen am Wohnort, die nicht mindestens 4 von 7 Peritonealdialysetage in der Behandlungswoche umfassen		72,20		20130701	99991231
40827	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von intermittierenden Peritonealdialysen (IPD) oder Heimhämodialysen, bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei Dialysen am Wohnort, die nicht mindestens dreimal in der Behandlungswoche durchgeführt werden können		168,50		20130701	99991231
40828	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Hämo- oder Peritonealdialysen, als Zentrums- bzw. Praxisdialyse, Heimdialyse oder zentralisierte Heimdialyse, einschl. Sonderverfahren (z.B. Hämo-filtration, Hämodiafiltration) bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung, bei einer Feriendialyse während des Ferienaufenthaltes am Ferienort oder bei Dialysen wegen beruflich oder sonstiger Abwesenheit vom Wohnort		174,70		20130701	99991231
40829	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40823 oder 40825 bei Versicherten ab dem vollendeten 59. Lebensjahr bis zum vollendeten 69. Lebensjahr		10,00		20130701	99991231
40830	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40824, 40826 bis 40827 bei Versicherten ab dem vollendeten 59. Lebensjahr bis zum vollendeten 69. Lebensjahr		3,30		20130701	99991231
40831	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40823 oder 40825 bei Versicherten ab dem vollendeten 69. Lebensjahr bis zum vollendeten 79. Lebensjahr		20,00		20130701	99991231
40832	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40824, 40826 bis 40827 bei Versicherten ab dem vollendeten 69. Lebensjahr bis zum vollendeten 79. Lebensjahr		6,70		20130701	99991231
40833	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40823 oder 40825 bei Versicherten ab dem vollendeten 79. Lebensjahr		30,00		20130701	99991231
40834	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40824, 40826 bis 40827 bei Versicherten ab dem vollendeten 79. Lebensjahr		10,00		20130701	99991231
40835	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40823 oder 40825 für die Infektionsdialyse (bei Patienten mit Infektionserkrankungen mit Problemkeimen gemäß der mit der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut (KRINKO) abgestimmten Hygieneleitlinie als Ergänzung zum Dialysestandard)		30,00		20130701	99991231

EBM Ziffer	EBM Bezeichnung	Punkt zahl	EBM Betrag	Zusatz- kennzeichen	gültig ab	gültig bis
40836	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach den Nrn. 40824, 40826 bis 40828 für die Infektionsdialyse (bei Patienten mit Infektionserkrankungen mit Problemkeimen gemäß der mit der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut (KRINKO) abgestimmten Hygieneleitlinie als Ergänzung zum Dialysestandard)		10,00		20130701	99991231
40837	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach der Nr. 40825 für die intermittierende Peritonealdialyse (IPD)		300,00		20130701	99991231
40838	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach der Nr. 40827 oder 40828 für die intermittierende Peritonealdialyse (IPD)		100,00		20130701	99991231

Nachtrag vom 5.7.2013¹

zur Fortschreibung der § 301-Vereinbarung
vom 31.3.2012

mit Wirkung zum 1.8.2013

¹ Grundlage des Nachtrags:

Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung,
Deutscher Bundestag, Drucksache 17/13947, Artikel 5b
hier: Zuschlag Hygiene-Förderprogramm und Versorgungszuschlag

Nachträge zur Anlage 2

Nachtrag 1

Schlüssel 4 Teil I: Entgeltart stationär

wird wie folgt ergänzt:

Zuschläge nach GMG und sonstige Zuschläge

<i>Hinweis:</i>	4. – 8. Stelle:	'00000'	Zuschlag für gemeinsamen Bundesausschuss (§ 91 Abs. 3 SGB V), teilstationär
		'00001'	...
		...	
		<u>'00018'</u>	<u>Versorgungszuschlag nach § 8 Abs. 10 Satz 1 KHEntgG</u>
		<u>'00019'</u>	<u>erhöhter Versorgungszuschlag nach § 8 Abs. 10 Satz 2 KHEntgG</u>
		<u>'00020'</u>	<u>Zuschlag Hygiene-Förderprogramm nach § 4 Abs. 11 KHEntgG</u>

Nachträge zu Anhang B Teil I (Anlage 2) Ergänzungen

Nachtrag 2

Anhang B Teil I:

wird wie folgt ergänzt:

Entgeltschlüssel	Entgeltbezeichnung	gueltigab	gueltigbis
47100018	Versorgungszuschlag nach § 8 Abs. 10 Satz 1 KHEntgG	01.08.2013	31.12.2014
47100019	erhöhter Versorgungszuschlag nach § 8 Abs. 10 Satz 2 KHEntgG	01.08.2013	31.12.2013
47100020	Zuschlag Hygiene-Förderprogramm nach § 4 Abs. 11 KHEntgG	01.08.2013	31.12.2016

Hinweis zur Abrechnung des Versorgungszuschlages gemäß § 8 Abs. 10 Sätze 1 und 2 KHEntgG

1. Für die Zuschläge sind die folgenden Entgeltschlüssel zu verwenden:

- 47100018 Versorgungszuschlag nach § 8 Abs. 10 Satz 1 KHEntgG
 47100019 erhöhter Versorgungszuschlag nach § 8 Abs. 10 Satz 2 KHEntgG

2. In der Rechnung des Krankenhauses werden für ab dem 1. August 2013 stationär aufgenommene Patienten, sofern im Rechnungssatz enthalten, die folgenden Entgeltarten zur Berechnung herangezogen:

- 70xxxxxx DRG–Fallpauschale nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG
 71xxxxxx Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD (§ 1 Abs. 2 Satz 1 FPV)
 oder tagesbezogene teilstationäre DRG–Fallpauschalen ab 2. Tag
 72xxxxxx Abschlag bei Verlegungen (§ 1 Abs. 1 Satz 3 FPV)
 73xxxxxx Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD (§ 1 Abs. 3 Satz 1 FPV)

3. Der vom Krankenhaus in Rechnung gestellte Zuschlagsbetrag wird wie folgt ermittelt:

1. Summenbildung der Relativgewichte über die o.g. Entgeltarten, wobei Relativgewichte für Abschläge (72xxxxxx, 73xxxxxx) abzuziehen sind
2. Multiplikation mit auf 2 Nachkommastellen gerundetem Zuschlagswert (dieser ergibt sich aus der Multiplikation des LBFW mit dem maßgeblichen Vomhundertwert und Division durch 100)
3. kaufmännische Rundung des nach Nr. 2 errechneten Zuschlagsbetrages auf 2 Nachkommastellen

Technisches Beispiel (mit Versorgungszuschlag 47100018 bis 31.12.2013 1,0%):

DRG–Entgeltart 70XXXY1Z mit dem Relativgewicht	0,961
LBFW:	3000,00 €
Zuschlag OGV Entgeltart 71XXXY1Z:	0,151
Anzahl der Tage Überschreitung OGV	2 Tage
Zuschlagswert (3000,00 € x 1,0 : 100)	30,00 €
7010XY1Z: 0,961 x 3000,00 €	= 2883,00 €
7110XY1Z: 0,151 x 3000,00 € x 2	= 906,00 €
47100018: [0,961 + (0,151 x 2)] x 30,00 € = 1,263 x 30,00 €	= 37,89 €
Rechnungsbetrag	= 3826,89 €

Für alle ab dem Geltungszeitpunkt der Vereinbarung nach § 10 Abs. 5 Satz 6 KHEntgG (Vereinbarung zur Tarifberichtigungsrate) bis einschließlich am 31.12.2013 aufgenommene Patienten wird anstelle des Versorgungszuschlages nach § 8 Abs. 10 Satz 1 KHEntgG (47100018) der erhöhte Versorgungszuschlag nach § 8 Abs. 10 Satz 2 KHEntgG (47100019) abgerechnet.

Hinweis zur Abrechnung des Zuschlages Hygiene–Förderprogramm nach § 4 Absatz 11 KHEntgG

1. Für den Zuschlag ist der folgenden Entgeltschlüssel zu verwenden:

47100020 Zuschlag Hygiene–Förderprogramm nach § 4 Abs. 11 KHEntgG

2. In der Rechnung des Krankenhauses werden für ab dem 1. August 2013 stationär aufgenommene Patienten, sofern im Rechnungssatz enthalten, die folgenden Entgeltarten zur Berechnung herangezogen:

70xxxxxx	DRG–Fallpauschale nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG
71xxxxxx	Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD (§ 1 Abs. 2 Satz 1 FPV) oder tagesbezogene teilstationäre DRG–Fallpauschalen ab 2. Tag
72xxxxxx	Abschlag bei Verlegungen (§ 1 Abs. 1 Satz 3 FPV)
73xxxxxx	Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD (§ 1 Abs. 3 Satz 1 FPV)
760xxxxx	Zusatzentgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG (Anlagen 4 und 6 FPV)
76ZExxxx	Zusatzentgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG (Anlagen 2 und 5 FPV)
762xxxxx	Zusatzentgelt nach § 6 Abs. 2a KHEntgG
85xxxxxx	Tagesbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)
86xxxxxx	Fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)
87xxxxxx	Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG
88xxxxxx	Abschlag bei Verlegung für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG
89xxxxxx	Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG

3. Der vom Krankenhaus in Rechnung gestellte Zuschlagsbetrag wird wie folgt ermittelt:

1. Summenbildung über die o.g. Entgeltarten, wobei Entgelte für Abschläge abzuziehen sind $[(\text{Entgeltbetrag}) \times (\text{Entgeltanzahl})]$
2. Multiplikation mit dem maßgeblichen Vomhundertwert
3. Division durch 100
4. kaufmännische Rundung auf 2 Nachkommastellen

Beschluss
des Bundesrates

**Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitrags-
schulden in der Krankenversicherung**

Der Bundesrat hat in seiner 912. Sitzung am 5. Juli 2013 beschlossen, zu dem vom Deutschen Bundestag am 14. Juni 2013 verabschiedeten Gesetz einen Antrag gemäß Artikel 77 Absatz 2 des Grundgesetzes nicht zu stellen.

Der Bundesrat hat ferner folgende EntschlieÙung gefasst:

1. Der Bundesrat begrüÙt, dass mit dem Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung auch Regelungen zur Stabilisierung der Krankenhausfinanzierung getroffen werden.
2. Der Bundesrat stellt fest, dass mit dem Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestages kurzfristig eine Änderung in das Gesetz aufgenommen wurde, nach der in strittigen Fragen bei Krankenhausabrechnungen vor der Klage über eine Abrechnungsprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen ein Schlichtungsverfahren durchgeführt werden soll. Alle strittigen Abrechnungen von Krankenhäusern mit einem Streitwert bis einschließlich 2 000 Euro sind zunächst dort mit klageaufschiebender Wirkung zu behandeln. Die Mehrzahl der Abrechnungstreitigkeiten soll demnach im Schlichtungsverfahren gelöst werden.

3. Der Bundesrat begrüßt grundsätzlich die Einführung von Konfliktlösungsinstrumentarien, die vor der Anrufung der Sozialgerichte bei streitigen Vergütungsforderungen zur Anwendung kommen. Der Bundesrat weist jedoch darauf hin, dass die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses nicht bindend sind und es abzuwarten bleibt, ob eine tatsächliche Entlastung der Sozialgerichte erfolgt und nicht lediglich eine Verzögerung eintritt.
4. Der Bundesrat stellt fest, dass die vorgenommene Änderung in § 17c Absatz 4b Satz 2 KHG die Aufgaben der gemeinsamen Selbstverwaltung in den Ländern berührt. Mit der Einführung eines verpflichtenden Schlichtungsverfahrens werden in vielen Ländern unter anderem wegen der Menge der strittigen Abrechnungsfälle und der absehbaren Bürokratisierung des Schlichtungsverfahrens erhebliche Umsetzungsprobleme erwartet.
5. Der Bundesrat stellt fest, dass aufgrund der vorgenommenen Änderung eine Rechtslücke entsteht und eine Übergangsregelung fehlt. Bis zur Einigung der Selbstverwaltungspartner auf Landesebene über das Verfahren des Schlichtungsausschusses wäre die Durchsetzung von Rechtsansprüchen im Klageweg vor den Sozialgerichten wegen der vorgeschalteten Schlichtung nicht zulässig.
6. Der Bundesrat weist darauf hin, dass aus Sicht der Länderkammer Zweifel an der Praktikabilität der von der Regierungskoalition nun vorgenommenen Änderung bestehen. Der Bundesrat regt vor diesem Hintergrund an
 - zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine Übergangsregelung ins Gesetz aufzunehmen,
 - die Effektivität des Schlichtungsverfahrens nach zwei Jahren zu evaluieren.

Bundesrat

Drucksache 493/13

14.06.13

G - Fz

Gesetzesbeschluss

des Deutschen Bundestages

Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 247. Sitzung am 14. Juni 2013 aufgrund der Beschlussempfehlung und des Berichts des Ausschusses für Gesundheit – Drucksache 17/13947 – den von den Fraktionen der CDU/CSU und FDP eingebrachten

Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung

– Drucksache 17/13079 –

in beigefügter Fassung angenommen.

Fristablauf: 05.07.13

Initiativgesetz des Bundestages

Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 4 Absatz 3 des Gesetzes vom 20. April 2013 (BGBl. I S. 868) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

0. Dem § 8 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Die Befreiung wird nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist.“

1. § 53 Absatz 9 wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Kalkulatorische Einnahmen, die allein durch das Halten oder die Neugewinnung von Mitgliedern erzielt werden, dürfen dabei nicht berücksichtigt werden; wurden solche Einnahmen bei der Kalkulation von Wahlтарifen berücksichtigt, ist die Kalkulation unverzüglich, spätestens bis zum 31. Dezember 2013 entsprechend umzustellen.“

b) Im neuen Satz 3 wird das Wort „darüber“ durch die Wörter „über die Berechnung nach den Sätzen 1 und 2“ ersetzt.

2. In § 75 Absatz 3a Satz 1 werden nach den Wörtern „des Versicherungsaufsichtsgesetzes“ die Wörter „und dem Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes“ eingefügt.

2a. § 186 Absatz 11 Satz 4 wird aufgehoben.

2b. § 188 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 2 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Mitgliedschaft der in § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 5 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Tag der Aufnahme der Beschäftigung.“

b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Für Personen, deren Versicherungspflicht oder Familienversicherung endet, setzt sich die Versicherung mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Familienversicherung als freiwillige Mitgliedschaft fort, es sei denn, das Mitglied erklärt innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten seinen Austritt. Der Austritt wird nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist. Satz 1 gilt nicht für Personen, deren Versicherungspflicht endet, wenn die übrigen Voraussetzungen für eine Familienversicherung erfüllt sind oder ein Anspruch auf Leistungen nach § 19 Absatz 2 besteht, sofern im Anschluss daran das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird.“

2c. § 190 Absatz 3 wird aufgehoben.

2d. Nach § 256 wird folgender § 256a eingefügt:

Ermäßigung und Erlass von Beitragsschulden und Säumniszuschlägen

(1) Zeigt ein Versicherter das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 erst nach einem der in § 186 Absatz 11 Satz 1 und 2 genannten Zeitpunkte an, soll die Krankenkasse die für die Zeit seit dem Eintritt der Versicherungspflicht nachzuzahlenden Beiträge angemessen ermäßigen; darauf entfallende Säumniszuschläge nach § 24 des Vierten Buches sind vollständig zu erlassen.

(2) Erfolgt die Anzeige nach Absatz 1 bis zum 31. Dezember 2013, soll die Krankenkasse den für die Zeit seit dem Eintritt der Versicherungspflicht nachzuzahlenden Beitrag und die darauf entfallenden Säumniszuschläge nach § 24 des Vierten Buches erlassen. Satz 1 gilt für bis zum ... [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten nach Artikel 6] erfolgte Anzeigen der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 für noch ausstehende Beiträge und Säumniszuschläge entsprechend.

(3) Die Krankenkasse hat für Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 sowie für freiwillige Mitglieder noch nicht gezahlte Säumniszuschläge in Höhe der Differenz zwischen dem nach § 24 Absatz 1a des Vierten Buches in der bis zum ... [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten nach Artikel 6] geltenden Fassung erhobenen Säumniszuschlag und dem sich bei Anwendung des in § 24 Absatz 1 des Vierten Buches ergebenden Säumniszuschlag zu erlassen.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt das Nähere zur Ermäßigung und zum Erlass von Beiträgen und Säumniszuschlägen nach den Absätzen 1 bis 3, insbesondere zu einem Verzicht auf die Inanspruchnahme von Leistungen als Voraussetzung für die Ermäßigung oder den Erlass. Die Regelungen nach Satz 1 bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und sind diesem spätestens bis zum 15. September 2013 vorzulegen.“

3. § 271 Absatz 2 Satz 5 wird wie folgt geändert:

- a) Nach den Wörtern „zum 1. Januar 2013 entstehen,“ werden die Wörter „sowie der Mehrausgaben, die den Krankenkassen durch die Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflegeverordnung zum ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 6] entstehen,“ eingefügt.
- b) Die Wörter „1,78 Milliarden Euro“ werden durch die Wörter „2,34 Milliarden Euro“ ersetzt.

Artikel 2

Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

§ 24 Absatz 1a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), das zuletzt durch Artikel 2b des Gesetzes vom 3. April 2013 (BGBl. I S. 617) geändert worden ist, wird aufgehoben.

Artikel 2a

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

In § 60 Absatz 1 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 2 Absatz 14 des Gesetzes vom 8. April 2013 (BGBl. I S. 730) geändert worden ist, werden die Wörter „§§ 253 bis 256 des Fünften Buches und § 50“ durch die Wörter „§§ 253 bis 256a des Fünften Buches und die §§ 50, 50a“ ersetzt.

Artikel 2b**Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte**

Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 3. April 2013 (BGBl. I S. 617) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 4 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Die Befreiung wird nur wirksam, wenn das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird.“

2. Dem § 22 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Für Personen, deren Versicherungspflicht oder Familienversicherung endet und keine anderweitige Versicherungspflicht eintritt, setzt sich die Versicherung mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Familienversicherung als freiwillige Mitgliedschaft fort, es sei denn, das Mitglied erklärt innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten seinen Austritt. Der Austritt wird nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist. Satz 1 gilt nicht für Personen, deren Versicherungspflicht endet, wenn die übrigen Voraussetzungen für eine Familienversicherung erfüllt sind.“

3. § 24 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 8 wird aufgehoben.
- b) Die Nummer 9 wird Nummer 8.

4. Nach § 50 wird folgender § 50a eingefügt:

„§ 50a

Ermäßigung und Erlass von Beitragsschulden und Säumniszuschlägen

Für die nach § 2 Absatz 1 Nummer 7 Versicherungspflichtigen gilt § 256a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.“

Artikel 3**Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes**

§ 193 des Versicherungsvertragsgesetzes vom 23. November 2007 (BGBl. I S. 2631), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 24. April 2013 (BGBl. I S. 932) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

0. Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 5 werden die Wörter „ihn die sofortige Zahlung ungewöhnlich hart treffen würde und“ gestrichen.
- b) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Wird der Vertragsabschluss bis zum 31. Dezember 2013 beantragt, ist kein Prämienzuschlag zu entrichten. Dies gilt für bis zum ... [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten nach Artikel 6] abgeschlossene Verträge für noch ausstehende Prämienzuschläge nach Satz 1 entsprechend.“

1. Absatz 6 wird durch die folgenden Absätze 6 bis 10 ersetzt:

„(6) Ist der Versicherungsnehmer in einer der Pflicht nach Absatz 3 genügenden Versicherung mit einem Betrag in Höhe von Prämienanteilen für zwei Monate im Rückstand, hat ihn der Versicherer zu mahnen. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Prämienrückstandes an Stelle von Verzugszinsen einen Säumniszuschlag in Höhe von 1 Prozent des Prämienrückstandes zu entrichten.“

Ist der Prämienrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang der Mahnung höher als der Prämienanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer ein zweites Mal und weist auf die Folgen nach Satz 4 hin. Ist der Prämienrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Prämienanteil für einen Monat, ruht der Vertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Das Ruhen des Vertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch ist oder wird; die Hilfebedürftigkeit ist auf Antrag des Versicherungsnehmers vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch zu bescheinigen.

(7) Solange der Vertrag ruht, gilt der Versicherungsnehmer als im Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert. Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse und Selbstbehalte entfallen während dieser Zeit. Der Versicherer kann verlangen, dass Zusatzversicherungen ruhen, solange die Versicherung nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes besteht. Ein Wechsel in den oder aus dem Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist ausgeschlossen. Ein Versicherungsnehmer, dessen Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gilt als in einer Variante des Notlagentarifs nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert, die Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten vorsieht, abhängig davon, welcher Prozentsatz dem Grad der vereinbarten Erstattung am nächsten ist.

(8) Der Versicherer übersendet dem Versicherungsnehmer in Textform eine Mitteilung über die Fortsetzung des Vertrages im Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes und über die zu zahlende Prämie. Dabei ist der Versicherungsnehmer in herausgehobener Form auf die Folgen der Anrechnung der Alterungsrückstellung nach § 12h Absatz 2 Satz 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes für die Höhe der künftig zu zahlenden Prämie hinzuweisen. Angaben zur Versicherung im Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes kann der Versicherer auf einer elektronischen Gesundheitskarte nach § 291a Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vermerken.

(9) Sind alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt, wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer vor Eintritt des Ruhens versichert war. Dabei ist der Versicherungsnehmer so zu stellen, wie er vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes stand, abgesehen von den während der Ruhezeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhezeit vorgenommene Prämienanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten ab dem Tag der Fortsetzung.

(10) Hat der Versicherungsnehmer die Krankenversicherung auf die Person eines anderen genommen, gelten die Absätze 6 bis 9 für die versicherte Person entsprechend.“

2. Der bisherige Absatz 7 wird Absatz 11.

Artikel 4

Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes

Das Versicherungsaufsichtsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Dezember 1992 (BGBl. 1993 I S. 2), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 24. April 2013 (BGBl. I S. 932) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird nach der Angabe zu § 12g folgende Angabe eingefügt:
„§ 12h Notlagentarif“.
2. § 12 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1d Satz 1 werden die Wörter „§ 12 Abs. 1a dieses Gesetzes“ durch die Wörter „Absatz 1a und im Notlagentarif nach Maßgabe der Regelungen in § 12h“ ersetzt.
 - b) In Absatz 4a Satz 2 werden nach dem Wort „enden,“ die Wörter „sowie für den Notlagentarif nach § 12h“ eingefügt.
3. Nach § 12g wird folgender § 12h eingefügt:

Notlagentarif

(1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 12b Absatz 2 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwendererstattung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.

(2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 12 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 12 Absatz 1c Satz 1 bis 3 gilt entsprechend. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.“

Artikel 5**Änderung des Einführungsgesetzes zum Versicherungsvertragsgesetz**

Dem Einführungsgesetz zum Versicherungsvertragsgesetz in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 7632-2, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 2 Absatz 4 des Gesetzes vom 25. Juni 2009 (BGBl. I S. 1574) geändert worden ist, wird folgender Artikel 7 angefügt:

„Artikel 7

Krankenversicherung, Versicherungsverhältnisse nach § 193 Absatz 6 des Versicherungsvertragsgesetzes

Versicherungsnehmer, für die am ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 6] das Ruhen der Leistungen gemäß § 193 Absatz 6 des Versicherungsvertragsgesetzes festgestellt ist, gelten ab diesem Zeitpunkt als im Notlagentarif gemäß § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert. Versicherungsnehmer gelten rückwirkend ab dem Zeitpunkt, zu dem die Leistungen aus dem Vertrag ruhend gestellt worden sind, als im Notlagentarif versichert, wenn die monatliche Prämie des Notlagentarifs niedriger ist als die in diesem Zeitpunkt geschuldete Prämie. Dies gilt unter der Maßgabe, dass die zum Zeitpunkt des Ruhendstellens aus dem Vertrag erworbenen Rechte und Alterungsrückstellungen erhalten bleiben und in Anspruch genommene Ruhensleistungen im Verhältnis zum Versicherungsnehmer als solche des Notlagentarifs gelten. Eine Anrechnung gebildeter Alterungsrückstellungen nach § 12h Absatz 2 Satz 5 des Versicherungsaufsichtsgesetzes auf die zu zahlende Prämie findet rückwirkend nicht statt. Der Versicherungsnehmer kann der rückwirkenden Versicherung nach Satz 2 widersprechen. Die Versicherer haben auf die Versicherung im Notlagentarif innerhalb von drei Monaten nach dem ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 6] hinzuweisen und hierbei den Versicherungsnehmer über sein Widerspruchsrecht nach Satz 5 unter Hinweis auf die mit der rückwirkenden Versicherung verbundenen Folgen zu informieren; der Widerspruch muss innerhalb von sechs Monaten nach Zugang des Hinweises beim Versicherer eingehen.“

Artikel 5a

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 3. April 2013 (BGBl. I S. 617) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 4 wird folgender Absatz 11 angefügt:

„(11) Die zur Erfüllung der Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes erforderliche personelle Ausstattung wird bei Einhaltung der Anforderungen zur Qualifikation und zum Bedarf, die in der Empfehlung zu personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention benannt werden, in den Jahren 2013 bis 2016 finanziell gefördert

1. bei Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von

- a) Hygienefachkräften in Höhe von 90 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten,
- b) Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit abgeschlossener Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie in Höhe von 75 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten,
- c) Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene und mit Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung in Anlehnung an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie in Höhe von 50 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten,
- d) hygienebeauftragten Ärztinnen oder Ärzten in Höhe von 10 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten,

2. bei Fort- und Weiterbildungen

- a) zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin für die Dauer von maximal fünf Jahren durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von jährlich 30 000 Euro,
- b) zur Fachärztin oder zum Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie zur Befähigung und zum Einsatz in der klinisch-mikrobiologischen Beratung im Krankenhaus für die Dauer von maximal fünf Jahren durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von jährlich 15 000 Euro,
- c) zur Krankenhaushygienikerin oder zum Krankenhaushygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene für die Dauer von maximal zwei Jahren durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von jährlich 5 000 Euro,
- d) zu Ärztinnen oder Ärzten und Krankenhausapothekerinnen oder Krankenhausapothekern mit Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung in Anlehnung an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 5 000 Euro,
- e) zur hygienebeauftragten Ärztin oder zum hygienebeauftragten Arzt durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 5 000 Euro und
- f) zur Hygienefachkraft durch einen pauschalen Zuschuss von 10 000 Euro,

3. bei vertraglich vereinbarten externen Beratungsleistungen durch Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygieniker mit abgeschlossener Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie pauschal in Höhe von 400 Euro je Beratungstag;

Weiterbildungen nach Nummer 2 Buchstabe a und b und Satz 2 werden über das Jahr 2016 hinaus gefördert, wenn sie spätestens im Jahr 2016 beginnen, Beratungsleistungen nach Nummer 3 werden bis einschließlich zum Jahr 2020 gefördert. Kosten im Rahmen von Satz 1 werden auch gefördert, wenn diese ab dem ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens des Gesetzes] für erforderliche Neueinstellungen, Aufstockungen, Beratungen oder Fort- und Weiterbildungen zur Erfüllung der Anforderungen des

Infektionsschutzgesetzes entstehen, die nach dem 4. August 2011 vorgenommen wurden. Für Maßnahmen nach den Sätzen 1 und 2 haben die Vertragsparteien jährlich einen zusätzlichen Betrag als Prozentsatz des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 zu vereinbaren. Der dem Krankenhaus nach Satz 3 insgesamt zustehende Betrag wird durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2a finanziert; der Zuschlag wird gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Absatz 10 Satz 4 und 8 bis 13 sowie § 5 Absatz 4 Satz 5 gelten entsprechend, wobei der Nachweis über die Stellenbesetzung und die zweckentsprechende Mittelverwendung berufsbildspezifisch zu erbringen ist.“

2. § 6 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 4 erster Halbsatz wird nach dem Wort „entsprechend“ ein Komma und werden die Wörter „wobei anstelle der Veränderungsrate als maßgebliche Rate für den Anstieg der Erlössumme der Veränderungswert nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5a oder Satz 2 gilt“ eingefügt.

b) Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„Für das Jahr 2013 gilt § 18 Absatz 1 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung entsprechend.“

3. § 7 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 4 werden die Wörter „§ 4 Absatz 2a, 7, 9 und 10“ durch die Wörter „§ 4 Absatz 2a, 7, 9 und 11“ ersetzt.

b) In Nummer 7 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

c) Folgende Nummer 8 wird angefügt:

„8. Versorgungszuschlag nach § 8 Absatz 10.“

4. Dem § 8 wird folgender Absatz 10 angefügt:

„(10) Bei Patientinnen oder Patienten, die zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden und für die Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 berechnet werden, ist für Aufnahmen ab dem 1. August 2013 ein Versorgungszuschlag in Höhe von 1 Prozent der entsprechenden Entgelte und für Patientinnen oder Patienten, die ab dem 1. Januar 2014 bis zum 31. Dezember 2014 aufgenommen werden, ein Versorgungszuschlag in Höhe von 0,8 Prozent der entsprechenden Entgelte vorzunehmen und gesondert in der Rechnung auszuweisen. Der nach Satz 1 für 2013 zu berechnende Versorgungszuschlag ist nach Maßgabe von § 10 Absatz 5 Satz 6 zu erhöhen. Der Versorgungszuschlag wird bei der Ermittlung der Erlösausgleiche nicht berücksichtigt.“

5. Dem § 9 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Abweichend von Satz 1 Nummer 5a zweiter Halbsatz ist für die Jahre 2014 und 2015 die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Falle des § 10 Absatz 6 Satz 6 unter Berücksichtigung der Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung und von Personal- und Sachkostensteigerungen bis zur vollständigen Höhe dieser Differenz zu erhöhen.“

6. § 10 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 werden nach der Angabe „Nummer 4“ die Wörter „mit Ausnahme der Zuschläge nach § 4 Absatz 11“ eingefügt.

b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „2012“ durch die Angabe „2014“ und die Angabe „Satz 4“ durch die Angabe „Satz 1“ ersetzt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „der Veränderungsrate nach Absatz 4 Satz 4“ durch die Wörter „dem Veränderungswert nach Absatz 4 Satz 1 für das Jahr 2013“ und wird die Angabe „2012“ durch die Angabe „2013“ ersetzt.

cc) Die Sätze 5 und 6 werden wie folgt gefasst:

„Als Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Basisfallwerts 2014 ist der Basisfallwert 2013 von den Vertragsparteien um ein Drittel dieser Erhöhungsrates zu erhöhen; ein Ausgleich ist nicht durchzuführen. Für das Jahr 2013 ist die anteilige Erhöhungsrates nach Satz 5 ab einem von den Vertragsparteien zu vereinbarenden und zu veröffentlichenden Zeitpunkt erhöhend beim Versorgungszuschlag nach § 8 Absatz 10 zu berücksichtigen; dabei ist die für das restliche

Kalenderjahr anzuwendende Erhöhungsrage infolge der verspäteten Berücksichtigung entsprechend zu erhöhen.“

- dd) Die Sätze 7 und 8 werden aufgehoben.
- c) In Absatz 6 Satz 5 werden die Wörter „entspricht der Orientierungswert dem Veränderungswert“ durch die Wörter „entspricht der Veränderungswert der Veränderungsrate“ ersetzt.
- d) In Absatz 9 Satz 5 werden nach den Wörtern „Das Berechnungsergebnis des DRG-Instituts ist“ die Wörter „im Jahr 2013 um die Rate nach Absatz 5 Satz 5 zu erhöhen und ist“ eingefügt.
- e) Absatz 12 Satz 1 wird wie folgt gefasst:
- „In den ab dem 1. Januar 2017 geltenden Basisfallwert sind die Finanzierungsbeträge für die Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von Hygienefachkräften in Höhe der von den Krankenhäusern im Lande insgesamt für das Jahr 2016 nach § 4 Absatz 11 Satz 1 Nummer 1 abgerechneten Zuschläge einzurechnen.“

Artikel 5b

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 3 Absatz 2 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „für das Jahr 2013 ist zusätzlich § 18 Absatz 1 Satz 2 entsprechend anzuwenden“ eingefügt.
2. Dem § 9 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Abweichend von Satz 1 Nummer 5 zweiter Halbsatz ist für die Jahre 2014 und 2015 die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Falle des § 10 Absatz 6 Satz 6 des Krankenhausentgeltgesetzes unter Berücksichtigung der Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung und von Personal- und Sachkostensteigerungen bis zur vollständigen Höhe dieser Differenz, mindestens jedoch um 40 Prozent dieser Differenz zu erhöhen.“
3. § 18 wird wie folgt geändert:
 - a) Satz 1 wird Absatz 1 und folgender Satz wird angefügt:

„Für das Jahr 2013 ist das von den Vertragsparteien vereinbarte Budget um 40 Prozent der nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Rate erhöhend zu berichtigen, wobei der Berichtigungsbetrag über das Budget des folgenden Pflegesatzzeitraumes abzurechnen ist; § 3 Absatz 2 Satz 5 zweiter Halbsatz ist zu beachten.“
 - b) Der bisherige Satz 2 wird Absatz 2.

Artikel 5c

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 3. April 2013 (BGBl. I S. 617) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 17b wird folgender Absatz 10 angefügt:

„(10) Über die nach Absatz 1 Satz 16 vorzunehmende vertiefte Prüfung von Kostenausreißern hinausgehend beauftragen die Vertragsparteien nach Absatz 2 bis zum 31. Dezember 2013 das DRG-Institut mit der Festlegung von Kriterien zur Ermittlung von Kostenausreißern und einer auf dieser Grundlage erfolgenden systematischen Prüfung, in welchem Umfang Krankenhäuser mit Kostenausreißern belastet sind. Das DRG-Institut entwickelt ein Regelwerk für Fallprüfungen bei Krankenhäusern, die an

der DRG-Kalkulation teilnehmen. Zur sachgerechten Beurteilung der Kostenausreißer hat das DRG-Institut von den an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäusern über den Kalkulationsdatensatz hinausgehende detaillierte fallbezogene Kosten- und Leistungsdaten zu erheben. Das DRG-Institut veröffentlicht die Prüfergebnisse jährlich im Rahmen eines Extremkostenberichts, erstmals bis zum 31. Dezember 2014. In dem Bericht sind auch die Gründe von Kostenausreißerfällen und Belastungsunterschieden zwischen Krankenhäusern darzulegen. Auf der Grundlage des Berichts sind geeignete Regelungen für eine sachgerechte Vergütung von Kostenausreißern im Rahmen des Entgeltsystems zu entwickeln und durch die Vertragsparteien nach Absatz 2 zu vereinbaren.“

2. § 17c wird wie folgt geändert:

a) Der Überschrift werden ein Komma und das Wort „Schlichtungsausschuss“ angefügt.

b) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Die Krankenkassen können durch Einschaltung des Medizinischen Dienstes (§ 275 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) die Einhaltung der in Satz 1 genannten Verpflichtungen prüfen.“

c) Die Absätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:

„(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft regeln das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch; in der Vereinbarung sind abweichende Regelungen zu § 275 Absatz 1c Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch möglich. Dabei haben sie insbesondere Regelungen über den Zeitpunkt der Übermittlung zahlungsbegründender Unterlagen an die Krankenkassen, über das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, über den Zeitpunkt der Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, über die Prüfungsdauer, über den Prüfungsort und über die Abwicklung von Rückforderungen zu treffen; die §§ 275 bis 283 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleiben im Übrigen unberührt. Kommt eine Vereinbarung bis zum 31. März 2014 ganz oder teilweise nicht zu Stande, trifft auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 die ausstehenden Entscheidungen. Die Vereinbarung oder Festsetzung durch die Schiedsstelle ist für die Krankenkassen, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft bilden einen Schlichtungsausschuss auf Bundesebene; das DRG-Institut und das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information sind Mitglieder ohne Stimmrecht. Aufgabe des Schlichtungsausschusses ist die verbindliche Klärung von Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung. Der Schlichtungsausschuss kann auch von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie den Landeskrankhausgesellschaften angerufen werden; die Vertragsparteien nach Satz 1 können weitere Anrufungsrechte einräumen. Bei den Entscheidungen sind die Stellungnahmen des DRG-Instituts und des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information zu berücksichtigen. Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses sind zu veröffentlichen und für die Krankenkassen, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich. Absatz 4 Satz 4 zweiter Halbsatz sowie § 18a Absatz 6 Satz 2 bis 4, 7 und 8 sind entsprechend anzuwenden. Kommen die für die Einrichtung des Schlichtungsausschusses erforderlichen Entscheidungen nicht bis zum 31. Dezember 2013 ganz oder teilweise zu Stande, trifft auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 die ausstehenden Entscheidungen. Soweit eine Einigung auf die unparteiischen Mitglieder nicht zu Stande kommt, werden diese durch das Bundesministerium für Gesundheit berufen.“

d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Ergebnisse der Prüfungen nach § 275 Absatz 1c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch können durch Anrufung des Schlichtungsausschusses überprüft werden.“

bb) In Satz 5 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „; § 18a Absatz 2 Satz 4 gilt entsprechend“ eingefügt.

cc) Satz 8 wird wie folgt gefasst:

„Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vereinbaren mit der Landeskrankenhausgesellschaft die näheren Einzelheiten zum Verfahren des Schlichtungsausschusses.“

dd) Die Sätze 9 bis 11 werden aufgehoben.

e) Nach Absatz 4 werden die folgenden Absätze 4a und 4b eingefügt:

„(4a) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft entwickeln und erproben modellhaft bis zum 31. Dezember 2014 die Durchführung von Auffälligkeitsprüfungen auf der Grundlage von Daten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes. Bei der Abrechnung von Entgelten für die Behandlung von Patientinnen oder Patienten, die nicht mehr der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen (sekundäre Fehlbelegung), soll hierdurch ein auf statistischen Auffälligkeiten beruhendes Verfahren entwickelt und modellhaft erprobt werden. Bis zum 31. März 2014 sind die näheren Einzelheiten für die Durchführung und Auswertung der modellhaften Erprobung von den Vertragsparteien nach Satz 1 zu vereinbaren, insbesondere die Kriterien für die Überprüfung auf Auffälligkeiten und die Auswahl einer hinreichenden Anzahl teilnehmender Krankenhäuser. Die Ergebnisse der modellhaften Erprobung sind von den Vertragsparteien nach Satz 1 in einem gemeinsamen Bericht bis zum 31. März 2015 zu veröffentlichen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 3 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zu Stande, trifft auf Antrag einer Vertragspartei oder des Bundesministeriums für Gesundheit die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 die ausstehenden Entscheidungen.

(4b) Gegen die Entscheidungen der Schiedsstelle nach Absatz 2 Satz 3, Absatz 3 Satz 7 und Absatz 4a Satz 5 sowie des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene nach Absatz 3 und der Schlichtungsausschüsse nach Absatz 4 ist der Sozialrechtsweg gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung. Bei Klagen, mit denen nach Durchführung einer Abrechnungsprüfung nach § 275 Absatz 1c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eine streitig gebliebene Vergütung gefordert wird, ist vor der Klageerhebung das Schlichtungsverfahren nach Absatz 4 durchzuführen, wenn der Wert der Forderung 2 000 Euro nicht übersteigt.“

Artikel 5d

Änderung des Transplantationsgesetzes

Das Transplantationsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. September 2007 (BGBl. I S. 2206), das zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 19. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2192) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 10 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Die nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 für die Organvermittlung erforderlichen Angaben sind von einem Arzt oder einer von diesem beauftragten Person zu erheben, zu dokumentieren und an die Vermittlungsstelle nach Maßgabe des § 13 Absatz 3 Satz 3 zu übermitteln. Den in Satz 1 genannten Personen ist es verboten,

1. für eine Meldung nach § 13 Absatz 3 Satz 3 den Gesundheitszustand eines Patienten unrichtig zu erheben oder unrichtig zu dokumentieren oder
2. bei der Meldung nach § 13 Absatz 3 Satz 3 einen unrichtigen Gesundheitszustand eines Patienten zu übermitteln,

um Patienten bei der Führung der einheitlichen Warteliste nach § 12 Absatz 3 Satz 2 zu bevorzugen.“

2. § 16 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 2 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Richtlinien nach Absatz 1 sind zu begründen; dabei ist insbesondere die Feststellung des Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft nachvollziehbar darzulegen.“

b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:

„(3) Die Richtlinien nach Absatz 1 sowie deren Änderungen sind dem Bundesministerium für Gesundheit zur Genehmigung vorzulegen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann von der Bundesärztekammer im Rahmen des Genehmigungsverfahrens zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern.“

3. § 19 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer absichtlich entgegen § 10 Absatz 3 Satz 2 den Gesundheitszustand eines Patienten erhebt, dokumentiert oder übermittelt.“

b) In Absatz 4 werden die Wörter „Absätze 1 und 2“ durch die Wörter „Absätze 1, 2 und 2a“ ersetzt.

Artikel 6

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am ersten Tag des auf die Verkündung folgenden Monats in Kraft.