

DATENÜBERMITTLUNG

NACH

§ 301 ABS. 3 SGB V

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

STAND:

SCHLÜSSELFORTSCHRIBUNG VOM 13. SEPTEMBER 2016

Deutsche Krankenhausgesellschaft
(Dezernat III – IT, Datenaustausch und eHealth)
Bearbeitung: Markus Holzbrecher-Morys
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 (siehe Quellen).

Besonderer Hinweis:

Diese Dokumentation setzt die Schlüsselfortschreibung vom 28.6.2016 um.
Zu dem Nachtrag vom 6.6.2016 sind Regelungen mit Wirkung zum 1.10.2016 mit „Ne“, mit Wirkung zum 1.4.2017 mit „Nf“ gekennzeichnet.
Regelungen des Nachtrags vom 22.2.2016 sind in der Randspalte mit „Nd“ gekennzeichnet.
Regelungen der 13. Fortschreibung sind in der Randspalte mit „F13“ gekennzeichnet.
Regelungen des Nachtrags vom 22.12.2015 sind in der Randspalte mit „Nc“ gekennzeichnet.
Regelungen des Nachtrags vom 17.11.2015 sind in der Randspalte mit „Nb“ gekennzeichnet.
Regelungen des Nachtrags vom 20.5.2015 sind in der Randspalte mit „Na“ gekennzeichnet.
Regelungen des Nachtrags vom 16.10.2014 sind in der Randspalte mit „N“ gekennzeichnet.
Regelungen der 12. Fortschreibung vom 20.3.2014 sind in der Randspalte mit „F12“ gekennzeichnet. Sie betreffen die Standardsegmente INV und NAD und die Nachricht AMBO.

| | |
|--|-----|
| Vorbemerkung | 7 |
| Datenübermittlungsvereinbarung § 301 SGB V | 13 |
| Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (Auszug §§ 301, 303 SGB V) | 17 |
| Datenübermittlungsvereinbarung § 120 SGB V | 19 |
| Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (Auszug §§ 120, 295 SGB V) | 23 |
| Anlage 1 – Nachrichten | 27 |
| Erläuterung der Datenstrukturen | 28 |
| Standardsegmente (FKT, INV, NAD, CUX, DPV) | 32 |
| Aufnahmesatz (AUFN) | 34 |
| Verlängerungsanzeige (VERL) | 36 |
| Medizinische Begründung (MBEG) | 38 |
| Rechnungssatz (RECH) | 40 |
| Entlassungsanzeige (ENTL) | 42 |
| Rechnungssatz Ambulante Operation (AMBO) | 44 |
| Zuzahlungsgutschrift/-rückforderung (ZGUT) | 48 |
| Information Krankenhaus (INKA) [ab 1.1.2017] | 50 |
| Kostenübernahmesatz (KOUB) | 52 |
| Anforderungssatz Medizinische Begründung (ANFM) | 54 |
| Zahlungssatz (ZAHL) | 56 |
| Zahlungssatz Ambulante Operation (ZAAO) | 58 |
| Sammelüberweisung (SAMU) | 60 |
| Krankenkasseninformation (KAIN) [ab 1.1.2017] | 62 |
| Fehlernachricht (FEHL) | 64 |
| Verwendung der Segmente | 66 |
| Anlage 2 – Schlüsselverzeichnis | 73 |
| Schlüssel 1 Aufnahmegrund | 75 |
| Schlüssel 2 Durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen | 75 |
| Schlüssel 3 Einzelvergütung, Erläuterung | 76 |
| Schlüssel 4 Entgeltarten | 77 |
| Teil I: Entgeltarten stationär | 77 |
| Teil II: Entgeltarten ambulant | 87 |
| Teil III: Entgeltarten BpflV (bei Anwendung des § 17d KHG) | 91 |
| Schlüssel 5 Entlassungs-/Verlegungsgrund | 97 |
| Schlüssel 6 Fachabteilungen | 99 |
| Schlüssel 7 Internationales Länderkennzeichen | 104 |
| Schlüssel 8 Merkmal Kostenübernahme | 109 |
| Schlüssel 9 Verarbeitungskennzeichen | 110 |
| Schlüssel 10 Prüfungsvermerk | 111 |
| Schlüssel 11 Rechnungsart | 113 |
| Schlüssel 12 Versichertenstatus | 114 |
| Teil 1: Versichertenart | 114 |
| Teil 2: Besonderer Personenkreis | 114 |
| Teil 3: DMP-Teilnahme | 114 |
| Schlüssel 13 Vorschläge für die weitere Behandlung | 115 |
| Schlüssel 14 Vorschläge für geeignete Einrichtungen | 115 |
| Schlüssel 15 Zuzahlungskennzeichen | 116 |
| Schlüssel 16 Lokalisation | 116 |
| Schlüssel 17 Diagnosensicherheit | 116 |
| Schlüssel 18 Währungskennzeichen | 116 |
| Schlüssel 19 Zusatzkennzeichen EBM | 117 |
| Schlüssel 20 EBM-Ziffern | 117 |

| | | |
|------------------------------------|--|-----|
| Schlüssel 21 | Geschlecht | 117 |
| Schlüssel 22 | Leistungsbereich (116b) | 118 |
| | Leistungsbereiche nach § 116b SGB V | 118 |
| | Leistungsbereiche nach § 116b SGB V (alte Fassung) | 118 |
| Schlüssel 23 | PIA-Leistung | 120 |
| Schlüssel 24 | Leistungsart | 120 |
| Schlüssel 25 | Teamebene (§ 116b) | 121 |
| Schlüssel 26 | KV-Bezirk | 121 |
| Schlüssel 27 | Fachgruppencode (§ 116b) | 122 |
| Schlüssel 28 | Dokumentation schwerer Verlaufsformen – TNM (§ 116b) | 126 |
| Schlüssel 29 | Dokumentation schwerer Verlaufsformen – Progression (§ 116b) | 127 |
| Schlüssel 30 | Information PrüfvV [ab 1.1.2017] | 128 |
| Anlage 3 – Vordrucke | | 129 |
| Anlage 4 – Technische Anlage | | 131 |
| 1 | Allgemeines | 132 |
| 2 | Teilnahme | 133 |
| 3 | Abwicklung der Datenübermittlung | 134 |
| 4 | Übermittlungsarten | 135 |
| 4.1 | Zeichenvorrat | 135 |
| 4.1.1 | Komprimierung | 135 |
| 4.1.2 | Verschlüsselung (siehe Anhang) | 135 |
| 4.1.3 | Dateiname | 135 |
| 4.2 | Datenfernübertragung | 136 |
| 4.2.1 | Anwendungsorientierte Funktionen | 136 |
| 4.2.2 | Transportorientierte Funktionen | 136 |
| 4.2.3 | Transportsicherung | 137 |
| 4.2.4 | Dokumentation | 137 |
| 4.3 | Datenträgeraustausch | 137 |
| 4.3.1 | CD-R Magnetbänder oder Magnetbandkassetten | 138 |
| 4.3.2 | DVD Disketten | 138 |
| 4.3.3 | USB-Speichermedien | 138 |
| 4.3.4 | Transportsicherung | 138 |
| 4.3.5 | Dokumentation | 139 |
| 5 | Austauschformate | 140 |
| 5.1 | Dateibesreibung | 140 |
| 5.2 | Struktur der Datei | 141 |
| 6 | Fehlerverfahren | 144 |
| 6.1 | Stufe 1 – Prüfung von Datei und Dateistruktur | 144 |
| 6.2 | Stufe 2 – Prüfung der Syntax | 144 |
| 6.3 | Stufe 3 – Formale Prüfung auf Inhalte | 144 |
| 6.4 | Stufe 4 – Prüfung in den Fachverfahren der Krankenkassen | 145 |
| 7 | Korrekturverfahren | 146 |
| 7.1 | Funktionalität | 146 |
| 7.2 | Technische Umsetzung | 146 |
| 7.2.1 | Identifizierende Merkmale | 146 |
| 7.2.2 | Mehrfach vorkommende Nachrichten | 146 |
| 7.2.3 | Mehrfachänderungen einer Nachricht | 146 |
| 7.2.4 | Aufbau des Segments Funktion | 147 |
| 7.3 | Allgemeine Verfahrensregeln | 148 |
| 7.3.1 | Normalfall | 148 |
| 7.3.2 | Änderung | 148 |
| 7.3.3 | Fallstorno | 148 |
| 7.3.4 | Rechnungstorno | 149 |
| 7.3.5 | Nachtragsrechnung | 149 |

| | | |
|----------------------------------|--|-----|
| 7.3.6 | Gutschrift | 149 |
| 7.3.7 | Fallstorno nach Rechnungsstellung | 149 |
| 7.3.8 | Irrtümliche Entlassungsanzeige | 149 |
| 7.3.9 | Ergänzende Erläuterungen | 150 |
| 7.4 | Änderung von Versichertendaten | 152 |
| 7.4.1 | Notwendigkeit des Verfahrens | 152 |
| 7.4.2 | Technische Umsetzung | 152 |
| 8 | Kostenträgerdateien Informationsstrukturdaten | 153 |
| 8.1 | Daten über stationäre Einrichtungen | 153 |
| 8.2 | Kostenträgerdaten | 153 |
| 9 | Datenflüsse | 154 |
| 9.1 | Annahmestellen bei den Krankenkassen | 154 |
| 9.1.1 | AOK | 155 |
| 9.1.2 | Ersatzkassen | 156 |
| 9.1.3 | Betriebskrankenkassen | 156 |
| 9.1.4 | Innungskrankenkassen | 156 |
| 9.1.5 | Knappschaft | 156 |
| 9.1.6 | Landwirtschaftliche Krankenkassen | 157 |
| 10 | Testverfahren | 158 |
| Anlage 5 – Durchführungshinweise | | 159 |
| 1 | Hinweise zur Datenübermittlung | 160 |
| 1.1 | Übermittlungsfristen | 161 |
| 1.2 | Übermittlung von Krankenhaus an Krankenkasse | 162 |
| 1.2.1 | Aufnahmesatz | 162 |
| 1.2.2 | Verlängerungsanzeige | 163 |
| 1.2.3 | Medizinische Begründung | 164 |
| 1.2.4 | Rechnungssatz | 164 |
| 1.2.5 | Zahlungserinnerung, Mahnung | 170 |
| 1.2.6 | Zahlungsgutschrift/-rückforderung | 170 |
| 1.2.7 | Entlassungsanzeige | 171 |
| 1.2.8 | Rechnungssatz Ambulante Operation | 173 |
| 1.2.9 | Fehlerbehandlung | 178 |
| 1.2.10 | Information Krankenhaus [ab 1.1.2017] | 178 |
| 1.3 | Übermittlung von Krankenkasse an Krankenhaus | 181 |
| 1.3.1 | Kostenübernahmesatz | 181 |
| 1.3.2 | Anforderungssatz medizinische Begründung | 181 |
| 1.3.3 | Sammelüberweisung | 182 |
| 1.3.4 | Zahlungssatz | 182 |
| 1.3.5 | Zahlungssatz Ambulante Operation | 183 |
| 1.3.6 | Fehlerbehandlung | 183 |
| 1.3.7 | Krankenkasseninformation [ab 1.1.2017] | 183 |
| 1.4 | Vorgaben für besondere Fallkonstellationen | 186 |
| 1.4.1 | Versorgung von Neugeborenen im G-DRG-System | 186 |
| 1.4.2 | Teilstationäre Leistungen | 187 |
| 1.4.3 | Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen | 188 |
| 1.4.4 | Rückverlegung/Wiederaufnahme (Entgeltbereich der DRG-Fallpauschalen) | 188 |
| 1.4.5 | Rückverlegung in einen Entgeltbereich nach der BpflV | 190 |
| 1.4.6 | Abschläge bei Verlegung oder Nichterreichen der unteren GVD | 190 |
| 1.4.7 | Transplantationen | 190 |
| 1.4.8 | Zahlungseinzugsverfahren bei vollstationären Patienten | 191 |
| 1.4.9 | Abrechnung psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen | 194 |
| 1.4.10 | Externe Aufenthalte mit Abwesenheiten über Mitternacht (BpflV) | 198 |
| 1.4.11 | Beispiele für Verlegungsfälle | 200 |
| 2 | Hinweise zu Datenelementen (nach Segmenten) | 205 |

| | |
|---|-----|
| Segment Aufnahme (AUF) | 205 |
| Segment Behandlungsdiagnose (BDG) | 207 |
| Segment Währung (CUX) | 208 |
| Segment Dauer (DAU) | 209 |
| Segment Diagnosen- und Prozedurenversion (DPV) | 210 |
| Segment Einweisungs- und Aufnahmediagnose (EAD) | 212 |
| Segment Entbindung (EBG) | 213 |
| Segment Entgelt Ambulante Operation (ENA) | 214 |
| Segment Entgelt (ENT) | 217 |
| Segment Entlassung/Verlegung (ETL) | 220 |
| Segment Einzelvergütung (EZV) | 222 |
| Segment Fachabteilung (FAB) | 224 |
| Segment Fehlermeldung (FHL) | 226 |
| Segment Funktion (FKT) | 227 |
| Segment Information Versicherter (INV) | 229 |
| Segment Kostenübernahme (KOS) | 231 |
| Segment Leistungsdokumentation (LEI) | 232 |
| Segment Name/Adresse (NAD) | 233 |
| Segment Nebendiagnose (NDG) | 235 |
| Segment Prozedur (PRZ) | 236 |
| Segment PrufvV (PVV) [ab 1.1.2017] | 237 |
| Segment PrufvV-Text (PVT) [ab 1.1.2017] | 238 |
| Segment Reha/Behandlung/Geeignete Einrichtung (RBG) | 240 |
| Segment Rechnung (REC) | 241 |
| Segment Rechnungsdaten (RED) | 243 |
| Segment Rechnungszusatz Ambulante Operation (RZA) | 245 |
| Segment Text (TXT) | 247 |
| Segment uberweisungsdaten (UWD) | 248 |
| Segment Zuzahlung (ZLG) | 249 |
| Segment Zahlung/Prüfung (ZPR) | 250 |
| 3 Fortschreibung der Schlüssel für Entgeltarten und Fachabteilungen | 251 |
| Anhang A zu Anlage 2 – Rehabilitationsmaßnahmen | 255 |
| Anhang B zu Anlage 2 – Entgeltarten (stationär) | 275 |
| Anhang B zu Anlage 2 – Entgeltarten (ambulant) | 425 |
| Anhang B zu Anlage 2 – Entgeltarten (BPflV) | 475 |
| Anhang C zu Anlage 2 – Fehlercodes | 533 |
| Anhang D zu Anlage 2 – EBM-Ziffern | 545 |
| Anhang zu Anlage 4 – Verschlüsselung, Übertragungsdateien | 547 |
| Anhang B zu Anlage 5 – Beispieldatensätze (alt) | 555 |
| Anhang C zu Anlage 5 – Formblätter | 637 |
| Anhang D zu Anlage 5 – Verwendung von VKZ und lfd.-Nr. | 643 |
| Quelldokumente | 653 |

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 (8.) Fortschreibung (1.2.2008) verabschiedet und eine Fortschreibung der Beispieldatensätze durchgeführt. Für das Jahr 2009 wurden drei Nachträge (vom 27.11.2008, 27.2. und 27.3.2009) und vier Schlüsselfortschreibungen (vom 10.12.2008, 20.3., 15.6. und 25.9.2009) verabschiedet.

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
- Schlüsselfortschreibung vom 9.9.2013 mit Wirkung zum 13.9.2013

Nachträge und Fortschreibungen für 2014:

- Nachtrag vom 18.6.2013 mit Wirkung zum 1.7.2013 und 1.1.2014
- Schlüsselfortschreibung vom 3.12.2013 mit Wirkung zum 1.1.2014 (FPV 2014)
- Nachtrag vom 6.12.2013 mit Wirkung zum 1.1.2014 (bzw. 1.7.2014)
- Schlüsselfortschreibung vom 9.12.2013 mit Wirkung zum 1.1.2014 (PEPPV 2014)
- Schlüsselfortschreibung vom 28.2.2014 mit Wirkung zum 1.1.2014
- Schlüsselfortschreibung vom 1.4.2014 mit Wirkung zum 7.4.2014
- Schlüsselfortschreibung vom 2.7.2014 mit Wirkung zum 1.1.2014
- Schlüsselfortschreibung vom 7.7.2014 mit Wirkung zum 7.9.2014 (Bereinigung)
- Nachtrag vom 24.7.2014 mit Wirkung zum 7.9.2014 (Bereinigung)
- Schlüsselfortschreibung vom 9.9.2014 mit Wirkung zum 1.1.2014

Nachträge und Fortschreibungen für 2015:

- F12 12. Fortschreibung vom 20.3.2014 mit Wirkung zum 1.1.2015
- N Nachtrag vom 16.10.2014 mit Wirkung zum 1.1.2015
- Schlüsselfortschreibung vom 5.12.2014 mit Wirkung zum 1.1.2015 (FPV 2015)
- Schlüsselfortschreibung vom 9.12.2014 mit Wirkung zum 1.1.2015 (PEPPV 2015)
- Schlüsselfortschreibung vom 27.1.2015 mit Wirkung zum 1.1.2015 bzw. 1.1.2014
- Schlüsselfortschreibung vom 23.4.2015 mit Wirkung zum 1.1.2015
- Na Nachtrag vom 20.5.2015 mit Wirkung zum 1.7.2015 bzw. 1.1.2016
- Schlüsselfortschreibung vom 30.6.2015 mit Wirkung zum 7.7.2015
- Schlüsselfortschreibung vom 27.8.2015 mit Wirkung zum 7.9.2015 (Bereinigung)
- Schlüsselfortschreibung vom 3.9.2015 mit Wirkung zum 10.9.2015
- Schlüsselfortschreibung vom 3.11.2015 mit Wirkung zum 1.1.2015

Nachträge und Fortschreibungen für 2016:

- Nb Nachtrag vom 17.11.2015 mit Wirkung zum 1.1.2016
- Schlüsselfortschreibung vom 4.12.2015 mit Wirkung zum 1.1.2016 (FPV 2016)
- Schlüsselfortschreibung vom 7.12.2015 mit Wirkung zum 1.1.2016 (PEPPV 2016)
- Nc Nachtrag vom 22.12.2015 mit Wirkung zum 1.1.2016 (und 1.4.2016)
- Schlüsselfortschreibung vom 9.2.2016 mit Wirkung zum 1.1.2016
- Nd Nachtrag vom 22.2.2016 mit Wirkung zum 1.3.2016
- Schlüsselfortschreibung vom 19.4.2016 mit Wirkung zum 1.1.2016
- Ne Nachtrag vom 6.6.2016 mit Wirkung zum 1.10.2016 (und 1.4.2017)
- Schlüsselfortschreibung vom 28.6.2016 mit Wirkung zum 1.1.2016
- Schlüsselfortschreibung vom 13.9.2016 mit Wirkung zum 1.1.2016

Nachträge und Fortschreibungen für 2017:

13. Fortschreibung vom 3.2.2016 mit Wirkung zum 1.1.2017

F13

Nachtrag vom 6.6.2016 mit Wirkung zum (1.10.2016 und) 1.4.2017

Nf

| | | 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 | | | | | | | | | | | | | | |
| 2008-02-01 | F8 | | | | | | | | | | | | | | |
| 2008-03-13 | N | | | | | | | | | | | | | | |
| 2008-04-02 | S | | | | | | | | | | | | | | |
| 2008-05-05 | B | | | | | | | | | | | | | | |
| 2008-02-01 | F8 | | | | | | | | | | | | | | |
| 2008-03-13 | N | | | | | | | | | | | | | | |

| | | A1 | | | | | A2 | | | | A4 | A5 | | | | |
|------------|-----|------|------|------|------|--------|----|---|---|---|----|----|---|---|--|--|
| | | AUFN | RECH | ENTL | AMBO | sonst. | A | B | C | D | | B | C | D | | |
| 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 | S | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2012-10-30 | S | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2012-11-27 | N | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2012-11-27 | S | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2012-12-03 | S | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2013-03-08 | S | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2013-04-16 | S | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | A1 | | | | | A2 | | | | A4 | A5 | | |
|------------|------|------|------|------|------|--------|----|---|---|---|----|----|---|---|
| | | AUFN | RECH | ENTL | AMBO | sonst. | A | B | C | D | | B | C | D |
| 2013-06-18 | N | | | | | | | | | | | | | |
| 2013-06-28 | S | | | | | | | | | | | | | |
| 2013-07-05 | N | | | | | | | | | | | | | |
| 2013-09-09 | S | | | | | | | | | | | | | |
| 2013-12-03 | S | | | | | | | | | | | | | |
| 2013-12-06 | N | | | | | | | | | | | | | |
| 2013-12-11 | S | | | | | | | | | | | | | |
| 2014-02-28 | S | | | | | | | | | | | | | |
| 2014-04-01 | S | | | | | | | | | | | | | |
| 2014-07-02 | S | | | | | | | | | | | | | |
| 2014-07-07 | S | | | | | | | | | | | | | |
| 2014-07-24 | N | | | | | | | | | | | | | |
| 2014-09-09 | S | | | | | | | | | | | | | |
| 2014-03-20 | F12 | | | | | | | | | | | | | |
| 2014-10-16 | N | | | | | | | | | | | | | |
| 2014-12-05 | S | | | | | | | | | | | | | |
| 2014-12-09 | S | | | | | | | | | | | | | |
| 2015-01-27 | S | | | | | | | | | | | | | |
| 2015-04-23 | S | | | | | | | | | | | | | |
| 2015-05-20 | N | | | | | | | | | | | | | |
| 2015-06-30 | S | | | | | | | | | | | | | |
| 2015-08-27 | SBer | | | | | | | | | | | | | |
| 2015-09-03 | S | | | | | | | | | | | | | |
| 2015-11-03 | S | | | | | | | | | | | | | |
| 2015-11-17 | N | | | | | | | | | | | | | |
| 2015-12-04 | S | | | | | | | | | | | | | |
| 2015-12-07 | S | | | | | | | | | | | | | |
| 2015-12-22 | N | | | | | | | | | | | | | |
| 2016-02-09 | S | | | | | | | | | | | | | |
| 2016-02-03 | F13 | | | | | | | | | | | | | |
| 2016-02-22 | N | | | | | | | | | | | | | |
| 2016-04-19 | S | | | | | | | | | | | | | |
| 2016-06-06 | N | | | | | | | | | | | | | |
| 2016-06-28 | | | | | | | | | | | | | | |
| 2016-09-13 | S | | | | | | | | | | | | | |

Vereinbarung gemäß § 301 Abs. 3 SGB V über das Verfahren zur Abrechnung und Übermittlung der Daten nach § 301 Abs. 1 SGB V

Datenübermittlungsvereinbarung § 301 SGB V

(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 SGB V)

§ 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 Aufnahmegegewicht,
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 Bundespflege-satzverordnung 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 und § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abgerechnet werden können. Das Bundesministerium für Gesundheit gibt den Zeitpunkt der Inkraftsetzung der jeweiligen Fassung des Diagnosenschlüssels nach Satz 1 sowie des Prozedurenschlüssels 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 vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen 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 abgesehenwird, 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 SGB V

(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 Zahnarztnummer 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 Entgeltsschlüssel 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 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 SGB V)

§ 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 Absatz 1 Satz 4 ermächtigten Ärzten, ambulante ärztliche Leistungen, die in ermächtigten Einrichtungen erbracht werden, und Leistungen, die im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 27b Absatz 3 Nummer 4 oder nach § 76 Absatz 1a erbracht werden, werden nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet. Die mit diesen Leistungen verbundenen allgemeinen Praxiskosten, 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 Krankenhausärzten zustehende Vergütung wird für diese vom Krankenhausträger mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet und nach Abzug der anteiligen Verwaltungskosten sowie der dem Krankenhaus nach Satz 2 entstehenden Kosten an die berechtigten Krankenhausärzte weitergeleitet. Die Vergütung der von nach § 119b Absatz 1 Satz 4 ermächtigten Ärzten erbrachten Leistungen wird von der stationären Pflegeeinrichtung mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet. Die Vergütung der Leistungen, die im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 76 Absatz 1a erbracht werden, wird vom Krankenhausträger nach Maßgabe der regionalen Euro-Gebührenordnung 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 jugendmedizinischen, kinderchirurgischen und kinderorthopädischen sowie insbesondere pädaudiologischen 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 entsprechend. 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 Krankenhausentgeltgesetzes für dieses Jahr 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, der sozialpädiatrischen Zentren und der medizinischen Behandlungszentren 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 Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land vereinbart. Sie muss die Leistungsfähigkeit der Hochschulambulanzen, der psychiatrischen Institutsambulanzen, der sozialpädiatrischen Zentren und der medizinischen Behandlungszentren bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten. Bei der Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen sind die Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 4 zu berücksichtigen. ~~Bei Hochschulambulanzen an nach den Vorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes öffentlich geförderten Krankenhäusern ist ein Investitionskostenabschlag von höchstens 5 Prozent zu berücksichtigen.*~~ Bei den Vergütungsvereinbarungen für Hochschulambulanzen nach Satz 2 sind Vereinbarungen nach Absatz 1a Satz 1 zu berücksichtigen.
- (3) Die Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen, der psychiatrischen Institutsambulanzen, der sozialpädiatrischen Zentren, der medizinischen Behandlungszentren 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, die sozialpädiatrischen Zentren und die medizinischen Behandlungszentren von den Vertragsparteien nach § 301 Absatz 3, für die sonstigen ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen von den Vertragsparteien nach § 83 Satz 1 vereinbart. Die Vertragsparteien nach § 301 Absatz 3 vereinbaren bis zum 23. Januar 2016 bundeseinheitliche Grundsätze, die die Besonderheiten der Hochschulambulanzen angemessen abbilden, insbesondere zur Vergütungsstruktur und zur Leistungsdokumentation.

...

* Durch Artikel 6 Nr. 13 des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) vom 10.12.2015 aufgehoben.

§ 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 Prozedureschlüssels 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 besonderen Versorgungsformen (§ 140a) oder zur Versorgung nach § 73b abgeschlossen haben, psychiatrische Institutsambulanzen sowie Leistungserbringer, die gemäß § 116b Abs. 2 an der ambulanten spezialfachärztlichen 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 spezialfachärztlichen 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 gilt § 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.

...

Anlage 1

Nachrichten

Datensätze für die Datenübermittlung

- Erläuterung der Datenstrukturen
- Standardsegmente (FKT, INV, NAD, CUX, DPV)
- Aufnahmesatz
- Verlängerungsanzeige
- Medizinische Begründung
- Rechnungssatz
- Entlassungsanzeige
- Rechnungssatz Ambulante Operation
- Zuzahlungsgutschrift
- Information Krankenhaus [ab 1.1.2017]
- Kostenübernahmesatz
- Anforderungssatz medizinische Begründung
- Zahlungssatz
- Zahlungssatz Ambulante Operation
- Sammelüberweisung
- Krankenkasseninformation [ab 1.1.2017]
- 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 |
| n | 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)

| | | |
|-----|---|---------------------------------|
| UNH | Kopfsegment Absender und Nachrichtentyp | UNH |
| | Nachrichtenreferenznummer | 00001 |
| | Nachrichtenkennung | AUFN:[ab 1.1.2017:]13:000:00 |
| 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 |
| | Versichertenart | 1 |
| | Besonderer Personenkreis | 4 |
| | DMP-Teilnahme | 1 |
| | Gültigkeit der Versichertenkarte | 1712 |
| | 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 | 19800101 |
| | Straße und Haus-Nr. | Angaben entfallen, da |
| | Postleitzahl | Krankenversicherten-Nr. |
| | Wohnort | vorhanden |
| | Titel des Versicherten | - |
| | Internationales Länderkennzeichen | - |
| | Namenszusatz | - |
| | Vorsatzwort | - |
| | Anschriftenzusatz | - |
| DPV | Segment Diagnosen-/Prozedurenversion | DPV |
| | ICD-Version | 2017 |
| | OPS-Version | Angabe entfällt im Aufnahmesatz |
| AUF | Segment Aufnahme | AUF |
| | Aufnahmetag | 20171001 |
| | Aufnahmeuhrzeit | 1120 |
| | Aufnahmegrund | 0101 |
| | Fachabteilung | 0700 |
| | Voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung | 20171009 |
| | 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:[ab 1.1.2017:]13:000:00'
FKT+10+01+123456789+987654321'
INV+123456789012+1+4+1+1712+A95-12345'
NAD+Meier+Hugo+m+19800101'
DPV+2017'
AUF+20171001+1120+0101+0700+20171009+++123456789'
EAD+M50.8:'
UNT+....

Standardsegmente (FKT, INV, NAD, CUX, DPV)

Hinweise:

- FKT-1 *Verarbeitungskennzeichen*
„75|76“ bei INKA oder KAIN
- 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-1 *Krankenversicherten-Nr.*
entweder INV-1 (Krankenversicherten-Nr.) Muss-Datenelement
oder, sofern INV-1 zum Zeitpunkt der Nachricht im Krankenhaus noch nicht vorliegt:
NAD-5 (Straße und Haus-Nr., sofern vorhanden)
+ NAD-6|NAD-9 (Postleitzahl|Internationales Länderkennzeichen) + NAD-7 (Wohnort)
Muss-Datenelemente
- INV-7 *Fall-Nummer,*
INV-8 *Aktenzeichen der Krankenkasse*
INV-9 *Tag des Beginns des Versicherungsschutzes*
Die Angaben entfallen bei AUFN und AMBO sowie bei KAIN und INKA
- INV-10 *Vertragskennzeichen*
- F12 *Muss-Angabe bei ASV-Fällen (§ 116b): Teamnummer „00xxxxxx“, von ASV-Servicestelle vergeben*
- NAD-4 *Geburtsdatum des Versicherten*
- F12 *Muss-Angabe*
- NAD-5 *Straße und Haus-Nr., sofern vorhanden*
NAD-6 *Postleitzahl (oder NAD-9 Internationales Länderkennzeichen)*
NAD-7 *Wohnort*
Muss-Datenelemente, wenn keine Angabe zu INV-1 (Krankenversicherten-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 | F12 |
| | 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 | | |
| | Versichertenart | K | n1 | Schlüssel 12 (Teil 1) | F12 |
| | Besonderer Personenkreis | K | n1 | Schlüssel 12 (Teil 2) | F12 |
| | DMP-Teilnahme | K | n1 | Schlüssel 12 (Teil 3) | F12 |
| | Gültigkeit der Versichertenkarte | K | an4 | JJMM (Bis-Datum) | |
| | 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 | |
| | Vertragskennzeichen | K | an..25 | M bei ASV (s. Hinweis) | |
| NAD | Segment Name/Adresse | M | an3 | „NAD“ | |
| | Name des Versicherten | M | an..45 | | |
| | Vorname des Versicherten | M | an..45 | | |
| | Geschlecht | M | an1 | Schlüssel 21 | |
| | Geburtsdatum des Versicherten | M | an8 | JJJJMMTT | F12 |
| | Straße und Haus-Nr. | K | an..56 | | |
| | Postleitzahl | K | an..10 | | |
| | Wohnort | K | an..40 | | |
| | Titel des Versicherten | K | an..20 | | |
| | Internationales Länderkennzeichen | K | an..3 | Schlüssel 7 | |
| | Namenszusatz | K | an..20 | | F12 |
| | Vorsatzwort | K | an..20 | | F12 |
| | Anschriftenzusatz | K | an..40 | | F12 |
| | <i>CUX wird in den Nachrichten RECH, AMBO, ZGUT, KOUB, ZAHL, ZAAO und SAMU verwendet.</i> | | | | |
| CUX | Segment Währung | M | an3 | „CUX“ | |
| | Währungskennzeichen | M | an3 | Schlüssel 18 | |
| <i>DPV wird in den Nachrichten AUFN, VERL, ENTL und AMBO verwendet, in AUFN und VERL nur mit dem Datenelement ICD-Version.</i> | | | | | |
| DPV | Segment Diagnosen-/Prozedurenversion | M | an3 | „DPV“ | |
| | ICD-Version | M | an..6 | Versionskennung | |
| | OPS-Version | K | an..6 | Versionskennung | |

Aufnahmesatz (AUFN)

Hinweise:

- AUF-5 *Voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung*
Bis-Datum
- AUF-6 *Arztnummer des einweisenden Arztes und*
AUF-7 *Betriebsstättennummer des einweisenden Arztes*
Muss-Datenelement
oder
- AUF-8 *IK des veranlassenden Krankenhauses oder*
AUF-9 *Veranlassende Stelle bei Notfallaufnahme oder*
AUF-10 *Zahnarztnummer des einweisenden Zahnarztes*
Muss-Datenelement
- AUF-11 *Aufnahmegewicht*
Bei Aufnahme von Kleinkindern (eigener Behandlungsfall) mit einem Aufnahmealter bis zu einem Jahr ist das Aufnahmegewicht in Gramm anzugeben.
- EAD-1 *Aufnahmediagnose*
Erste Aufnahmediagnose Muss-Datenelementgruppe
- EAD-2 *Sekundär-Diagnose Aufnahme*
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 | F12 |
| NAD | Segment Name/Adresse | M | | Standardsegment | F12 |
| DPV | Segment Diagnosen-/Prozedurenversion | M | an3 | Standardsegment | |
| 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 Aufnahme diagnose | M | an3 | „EAD“ (20x möglich) | |
| | Aufnahmediagnose | K | an..9:a1 | Datenelementgruppe | |
| | Diagnoseschlüssel | M | an..9 | ICD-Schlüssel | |
| | Lokalisation | K | a1 | Schlüssel 16 | |
| | Sekundär-Diagnose Aufnahme | K | an..9:a1 | Datenelementgruppe | |
| | Diagnoseschlüssel | M | an..9 | ICD-Schlüssel | |
| | Lokalisation | K | a1 | Schlüssel 16 | |
| | Einweisungsdiagnose | K | an..9:a1 | Datenelementgruppe | |
| | Diagnoseschlüssel | M | an..9 | ICD-Schlüssel | |
| | Lokalisation | K | a1 | Schlüssel 16 | |
| | Sekundär-Diagnose Einweisung | K | an..9:a1 | Datenelementgruppe | |
| | 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-2 *Voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung*
Bis-Datum

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 | F12 |
| NAD | Segment Name/Adresse | M | | Standardsegment | F12 |
| DPV | Segment Diagnosen-/Prozedurenversion | M | an3 | Standardsegment | |
| DAU | Segment Dauer | M | an3 | „DAU“ | |
| | Aufnahmetag | M | an8 | JJJJMMTT | |
| | Voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung | M | an8 | JJJJMMTT | |
| | Nachfolgediagnose, die | K | an..9:a1 | Datenelementgruppe | |
| | Diagnoseschlüssel | M | an..9 | ICD-Schlüssel | |
| | Lokalisation | K | a1 | Schlüssel 16 | |
| | mit Sekundär-Diagnose Arbeitsunfähigkeit | K | an..9:a1 | Datenelementgruppe | |
| | Diagnoseschlüssel | M | an..9 | ICD-Schlüssel | |
| | Lokalisation | K | a1 | Schlüssel 16 | |
| | 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 | Datenelementgruppe | |
| | Diagnoseschlüssel | M | an..9 | ICD-Schlüssel | |
| | Lokalisation | K | a1 | Schlüssel 16 | |
| | Sekundär-Diagnose | K | an..9:a1 | Datenelementgruppe | |
| | 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 F12 |
| NAD | Segment Name/Adresse | M | | Standardsegment F12 |
| TXT | Segment Text | M | an3 | „TXT“ (10x möglich) |
| | Medizinische Begründung | M | an..70 | Klartext |

Rechnungssatz (RECH)

Hinweis:

REC-5 *Rechnungsbetrag*

= Summe [ENT-2 (Entgeltbetrag) × ENT-5 (Entgeltanzahl)] - ZLG-1 (Zuzahlungsbetrag)

REC-8 *IK des Krankenhauses für Zahlungsweg*

wenn abweichend von FKT

ENT-1 *Entgeltart*

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

Rechnungssatz (RECH)

| Segment | Inhalt | Status | Format | Bemerkungen | |
|---------|---------------------------------------|--------|--------|---------------------|-----|
| FKT | Segment Funktion | M | | Standardsegment | |
| INV | Segment Information Versicherter | M | | Standardsegment | F12 |
| NAD | Segment Name/Adresse | M | | Standardsegment | F12 |
| 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 | Angabe entfällt | |

Entlassungsanzeige (ENTL)

*Hinweise:**Segmentgruppe SG1 (ETL–NDG)*

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

Innerhalb einer Segmentgruppe SG1 kann das Segment NDG bis zu 40-mal vorkommen.

ETL-4 *Fachabteilung*

Angabe entsprechend Schlüssel 6 oder „0000“, „0001“, „0002“ oder „0003“

DAU-3 *Nachfolgediagnose, die*

DAU-4 *mit Sekundär-Diagnose Arbeitsunfähigkeit*

ETL-5 *Hauptdiagnose*

ETL-6 *Sekundär-Diagnose*

NDG-1 *Nebendiagnose*

NDG-2 *Sekundär-Diagnose*

FAB-2 *Diagnose*

Datenelementgruppe Diagnose (und Sekundär-Diagnose):

| | | | |
|-------------------|---|-------|---------------|
| Diagnoseschlüssel | M | an..9 | ICD-Schlüssel |
|-------------------|---|-------|---------------|

| | | | |
|--------------|---|----|--------------|
| Lokalisation | K | a1 | Schlüssel 16 |
|--------------|---|----|--------------|

FAB-6 *Operationstag*

FAB-7 *Operation*

Die Datenelemente dürfen nur gemeinsam übermittelt werden.

FAB-7 *Operation*

Datenelementgruppe Operation:

| | | | |
|--------------------|---|--------|---------------|
| Prozedureschlüssel | 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 | F12 |
| NAD | Segment Name/Adresse | M | | Standardsegment | F12 |
| DPV | Segment Diagnosen-/Prozedurenversion | M | an3 | Standardsegment | |
| DAU | Segment Dauer | M | an3 | „DAU“ | |
| | Aufnahmetag | M | an8 | JJJJMMTT | |
| | Entlassungstag | M | an8 | JJJJMMTT | |
| | Nachfolgediagnose, die | K | an..9:a1 | Datenelementgruppe | |
| | Diagnoseschlüssel | M | an..9 | ICD-Schlüssel | |
| | Lokalisation | K | a1 | Schlüssel 16 | |
| | mit Sekundär-Diagnose Arbeitsunfähigkeit | K | an..9:a1 | Datenelementgruppe | |
| | ab dem ... die AU allein begründet hat | K | an8 | JJJJMMTT | |
| | Beatmungstunden | K | an..4 | HHHH | |
| Segmentgruppe SG 1 (ETL–NDG) | | M | | (99x möglich) | |
| ETL | Segment Entlassung/Verlegung | M | an3 | „ETL“ | |
| | Tag der Entlassung/Verlegung | M | an8 | JJJJMMTT | |
| | Entlassungs-/Verlegungsurzeit | M | an4 | HHMM | |
| | Entlassungs-/Verlegungsgrund | M | an3 | Schlüssel 5 | |
| | Fachabteilung | M | an4 | Schlüssel 6, s. Hinweis | |
| | Hauptdiagnose | M | an..9:a1 | Datenelementgruppe | |
| | Diagnoseschlüssel | M | an..9 | ICD-Schlüssel | |
| | Lokalisation | K | a1 | Schlüssel 16 | |
| | Sekundär-Diagnose | K | an..9:a1 | Datenelementgruppe | |
| | IK der aufnehmenden Institution | K | an9 | | |
| NDG | Segment Nebendiagnose | K | an3 | „NDG“ (40x möglich) | |
| | Nebendiagnose | M | an..9:a1 | Datenelementgruppe | |
| | Diagnoseschlüssel | M | an..9 | ICD-Schlüssel | |
| | Lokalisation | K | a1 | Schlüssel 16 | |
| | Sekundär-Diagnose | K | an..9:a1 | Datenelementgruppe | |
| EBG | Segment Entbindung | K | an3 | „EBG“ (2x möglich) | |
| | Tag der Entbindung | M | an8 | JJJJMMTT | |
| FAB | Segment Fachabteilung | M | an3 | „FAB“ (999 max.) | |
| | Fachabteilung | M | an4 | Schlüssel 6 | |
| | Diagnose | K | an..9:a1 | Datenelementgruppe | |
| | Diagnoseschlüssel | M | an..9 | ICD-Schlüssel | |
| | Lokalisation | K | a1 | Schlüssel 16 | |
| | [Sekundär-Diagnose] | K | an..9:a1 | Angabe entfällt | |
| | [Zusatzschlüssel Diagnose] | K | an..9:a1 | Angabe entfällt | |
| | [Sekundär-Diagnose Zusatzschlüssel] | K | an..9:a1 | Angabe entfällt | |
| | Operationstag | K | an8 | JJJJMMTT | |
| | Operation | K | an..11:a1 | Datenelementgruppe | |
| | Prozedurenschlüssel | M | an..11 | OPS-Schlüssel | |
| | Lokalisation | K | a1 | Schlüssel 16 | |
| | [Zusatzschlüssel 1 Operation] | K | an..11:a1 | Angabe entfällt | |
| | [Zusatzschlüssel 2 Operation] | K | an..11:a1 | Angabe entfällt | |
| RBG | Segment Reha, Behandlung, geeignete Einrichtungen | 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:

- INV-10 *Vertragskennzeichen*
 F12 Muss-Angabe bei ASV-Fällen: Teamnummer „00xxxxxxx“, von ASV-Servicestelle vergeben.
- REC-5 *Rechnungsbetrag*
 = Summe [(ENA-8 (Entgeltbetrag) × ENA-9 (Entgeltanzahl)]
 + REC-10 (Pauschale)
 + Summe [EZV-1 (Einzelvergütung) × EZV-4 (Anzahl)] [- ZLG-1 (Zuzahlungsbetrag)]
- REC-9 *Honorar-/Investitionskostensumme (für Pauschale)*
bei Abrechnung nach § 115b (Honorarsumme):
 = Summe [(ENA-8 (Entgeltbetrag) × ENA-9 (Entgeltanzahl)]
 wenn ENA-4 (in Honorar-/Investitionskostensumme für Pauschale enthalten) „J“
 + Summe EZV-6 (Honorarsummen-/Investitionskostenrelevanter Anteil (= EZV-1 × EZV-4)
 wenn EZV-2 (Einzelvergütung, Erläuterung) „05“ oder „06“
 F12 *bei Abrechnung nach § 116b (neu) („Investitionskostensumme“)*
 = Summe [(ENA-8 (Entgeltbetrag) × ENA-9 (Entgeltanzahl)]
 wenn ENA-4 (in Honorar-/Investitionskostensumme für Pauschale enthalten) „A“
 + Summe EZV-6 (Honorarsummen-/Investitionskostenrelevanter Anteil (= EZV-1 × EZV-4)
 ohne EZV-2 (Einzelvergütung, Erläuterung) „05“ oder „06“
 sonst 0,00
- REC-10 *Pauschale*
bei Abrechnung nach § 115b SGB V:
 = REC-9 (Honorar-/Investitionskostensumme (für Pauschale)) × 0,07
 F12 *bei Abrechnung nach § 116b (neu) SGB V:*
 = REC-9 (Honorar-/Investitionskostensumme (für Pauschale)) × 0,05 als Abzugsbetrag
- ZLG *Sofern eine Zuzahlung erfolgte, muss das ZLG-Segment angegeben werden. [siehe Anlage 5, 1.2.8.3]*
- RZA-1 *Fachabteilung*
 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.
- RZA-2 *Arztnummer des überweisenden Arztes*
 RZA-3 *Betriebsstättennummer des überweisenden Arztes*
 Arztnummer und Betriebsstättennummer dürfen nur gemeinsam übermittelt werden.
 Muss-Angabe bei ASV-Fällen (§ 116b) bei Überweisung in die ASV
- F12 RZA-10 *Datum der Überweisung in die ASV*
 Muss-Angabe bei ASV-Fällen (§ 116b) bei Überweisung in die ASV
- RZA-5 *Überweisungsdiagnose*
 Muss-Angabe bei ASV-Fällen (§ 116b) bei Überweisung in die ASV
- RZA-6 *Sekundär-Diagnose*
 BDG-1 *Behandlungsdiagnose*
 BDG-2 *Sekundär-Diagnose*
 Datenelementgruppe Diagnose (und Sekundär-Diagnose):

| | | | |
|---------------------|---|-------|---------------|
| Diagnoseschlüssel | M | an..9 | ICD-Schlüssel |
| Lokalisation | K | a1 | Schlüssel 16 |
| Diagnosensicherheit | K | a1 | Schlüssel 17 |
- F12 BDG-3 *Diagnoseart*
 1 = Behandlungsdiagnose
 2 = Diagnose der Überweisung innerhalb der ASV, bei ASV-Fällen (§ 116b)

| | | |
|--------|--|-----|
| BDG-4 | <i>Teammitgliedsidentifikation</i> Muss-Angabe bei § 116b (neu): bei Diagnoseart „2“, bei KH: Fachgruppennummer (s. Anlage 5) | F12 |
| PRZ-1 | <i>Prozedur</i> Datenelementgruppe Operation: Prozedurenschlüssel M an..11 OPS-Schlüssel Lokalisation K a1 Schlüssel 16 | |
| ENA-1 | <i>Entgeltart</i> existiert für ENA-1 (Entgeltart (EBM-Ziffern)) eine Punktzahl, so sind ENA-6 (Punktzahl) und ENA-7 (Punktwert) Muss-Datenelemente. | |
| ENA-4 | <i>in Honorar-/Investitionskosten Summe für Pauschale enthalten</i> „J“ wenn in Honorarsumme für die Berechnung der Pauschale nach AOP-Vertrag enthalten „A“ wenn in Investitionskosten Summe (= Entgeltsumme für Investitionskostenabschlag) enthalten; nur für § 115b- und § 116b (neu)-Fälle, <u>sonst leer</u> , siehe auch Anlage 5 | F12 |
| ENA-6 | <i>Punktzahl</i> siehe Anlage 5 | |
| ENA-8 | <i>Entgeltbetrag</i> = ENA-6 (Punktzahl) × ENA-7 (Punktwert) oder Einzelbetrag für eine Entgeltart (ohne Punktzahl und Punktwert) | |
| ENA-11 | <i>Teammitgliedsidentifikation</i> Muss-Angabe bei § 116b (neu), bei KH: Fachgruppennummer (s. Anlage 5) | F12 |
| ENA-12 | <i>Teamebene</i> Muss-Angabe bei § 116b (neu) | F12 |
| ENA-13 | <i>Gennummer, codiert</i> Sofern bei EBM notwendig | F12 |
| ENA-14 | <i>Anzahl Gennummer</i> Multiplikator Gennummer | F12 |
| EZV-2 | <i>Einzelvergütung, Erläuterung</i> bei ASV-Fällen (§ 116b): Schlüssel 3 außer „05“ (honorarsummenrelevante Pauschalvergütung) oder „06“ (teilweise honorarsummenrelevante Pauschalvergütung) | F12 |
| EZV-3 | <i>Einzelvergütung, Texterläuterung</i> Muss-Datenelement, wenn EZV-2 (Einzelvergütung, Erläuterung) „01“ (Implantate), „04“, „05“ oder „06“ (Pauschalvergütungen) oder „12“ (Erstattung für Arzneimittel) enthält, Implantat, pauschaliertes Entgelt aus Strukturverträgen oder Arzneimittel näher bezeichnen. | |
| EZV-6 | <i>Honorarsummen-/Investitionskostenrelevanter Anteil</i> bei § 115b-Fällen: Honorarsummenrelevanter Anteil bei ASV-Fällen (§ 116b): Investitionskostenrelevanter Anteil (für Investitionskostenabschlag) <u>sonst leer</u> , siehe auch Anlage 5 | F12 |
| LEI-2 | <i>Leistungsschlüssel</i> Schlüssel 22 bei 116b-Fällen (Leistungsbereich 116b) in Verbindung mit Leistungsart „A2“ (Schlüssel 24). Schlüssel 23 bei § 118-Fällen mit PIA-Dokumentation in Verbindung mit Leistungsart „A1“ (Schlüssel 24). 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. Leistungsschlüssel 28 bzw. 29 kommen bei ASV-Fällen mit „im Einzelfall schweren Verlaufsformen“ (in Verbindung mit Schlüssel 24 <i>Leistungsart</i> „A5“ bzw. „A6“ in Betracht. | F12 |

Rechnungssatz Ambulante Operation (AMBO)

| | Segment | Inhalt | Status | Format | Bemerkungen |
|-----|---------|---|--------|-------------|-------------------------|
| F12 | FKT | Segment Funktion | M | | Standardsegment |
| F12 | INV | Segment Information Versicherter | M | | Standardsegment |
| F12 | NAD | Segment Name/Adresse | M | | Standardsegment |
| | CUX | Segment Währung | M | | Standardsegment |
| | DPV | Segment Diagnosen-/Prozedurenversion | 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 | |
| F12 | | Honorar-/Investitionskosten summe (für Pauschale) | M | n..8 | 999999,99, (s. Hinweis) |
| F12 | | Pauschale | K | n..8 | 999999,99 |
| | [ZLG | Segment Zuzahlung | K | an3 | „ZLG“, nur bei § 140a] |
| | RZA | Segment Rechnungszusatz ambulante OP | M | an3 | „RZA“ |
| | | Fachabteilung | M | an4 | Schlüssel 6 |
| F12 | | Arzt Nummer des überweisenden Arztes | K | an..9 | M bei ASV (s. Hinweis) |
| F12 | | Betriebsstättennummer des überweisenden Arztes | K | an..9 | M bei ASV (s. Hinweis) |
| | | Zahnarzt Nummer des überweisenden Zahnarztes | K | an..9 | KZV-Nummer |
| F12 | | Überweisungsdiagnose | K | an..9:a1:a1 | M bei ASV (s. Hinweis) |
| | | Diagnoseschlüssel | M | an..9 | ICD-Schlüssel |
| | | Lokalisation | K | a1 | Schlüssel 16 |
| | | Diagnosensicherheit | K | a1 | Schlüssel 17 |
| | | Sekundär-Diagnose | K | an..9:a1:a1 | Datenelementgruppe |
| | | Diagnoseschlüssel | M | an..9 | ICD-Schlüssel |
| | | Lokalisation | K | a1 | Schlüssel 16 |
| | | Diagnosensicherheit | K | a1 | Schlüssel 17 |
| | | Arzt Nummer des Belegarztes/kooperierenden Vertragsarztes | K | an..9 | bei § 115b |
| | | Arzt Nummer eines weiteren kooperierenden Vertragsarztes | K | an..9 | bei § 115b |
| | | Betriebsstättennummer | K | an..9 | bei §§ 117-119-Fällen |
| F12 | | Datum der Überweisung in die ASV | K | an8 | M bei ASV (s. Hinweis) |
| F12 | | KV-Bezirk | M | an2 | Schlüssel 26 |
| F12 | | EBM-Version | K | an8 | JJJJMMTT |
| | BDG | Segment Behandlungsdiagnose | M | an3 | „BDG“ (30x möglich) |
| | | Behandlungsdiagnose | M | an..9:a1:a1 | Datenelementgruppe |
| | | Diagnoseschlüssel | M | an..9 | ICD-Schlüssel |
| | | Lokalisation | K | a1 | Schlüssel 16 |
| | | Diagnosensicherheit | K | a1 | Schlüssel 17 |
| | | Sekundärdiagnose | K | an..9:a1:a1 | Datenelementgruppe |
| | | Diagnoseschlüssel | M | an..9 | ICD-Schlüssel |
| | | Lokalisation | K | a1 | Schlüssel 16 |
| | | Diagnosensicherheit | K | a1 | Schlüssel 17 |
| F12 | | Diagnoseart | M | a1 | „1“ „2“ (siehe Hinweis) |
| F12 | | Teammitgliedsidentifikation | K | an9 | M bei ASV (s. Hinweis) |
| | PRZ | siehe Folgeseite | | | |
| | ENA | siehe Folgeseite | | | |
| | EZV | siehe Folgeseite | | | |
| | LEI | siehe Folgeseite | | | |

Rechnungssatz Ambulante Operation (AMBO) – Folgeseite

| | | | | | |
|-----|--|---|-----------|---------------------------|-----|
| PRZ | Segment Prozedur | K | an3 | „PRZ“ (99x möglich) | F12 |
| | Prozedur | M | an..11:a1 | Datenelementgruppe | |
| | Prozedurenschlüssel | M | an..11 | OPS-Schlüssel | |
| | Lokalisation | K | a1 | Schlüssel 16 | |
| | Prozedurentag | M | an8 | JJJJMMTT | |
| | Lebendspende | K | a1 | „J“ leer | |
| ENA | Segment Entgelt ambulante OP | M | an3 | „ENA“ (bis zu 999x) | |
| | Entgeltart (EBM-Ziffern) | M | an8 | Schlüssel 4 Teil II | |
| | Zusatzkennzeichen EBM | K | a3 | Schlüssel 19 | |
| | Abrechnungsbegründung | K | an..70 | Text | |
| | in Honorar-/Investitionskosten für Pauschale enthalten | K | a1 | „J“ „A“ leer (s. Hinweis) | F12 |
| | Tag der Behandlung | M | an8 | JJJJMMTT | |
| | Punktzahl | K | n..6 | 999999 | |
| | Punkt看ert | K | n..8 | 99,999999 (Cent) | |
| | Entgeltbetrag [<i>Einzelbetrag</i>] | M | n..10 | 99999999,99 | |
| | Entgeltanzahl | M | n..3 | | |
| | Doppeluntersuchung | K | an.1 | „J“ leer | |
| | Teammitgliedsidentifikation | K | an9 | M bei ASV (s. Hinweis) | F12 |
| | Teamebene | K | an2 | Schlüssel 25 (s. Hinweis) | F12 |
| | Gennummer, codiert | K | an12 | siehe Hinweis | F12 |
| | Anzahl Gennummer | K | n..3 | siehe Hinweis | F12 |
| EZV | Segment Einzelvergütung | K | an3 | „EZV“ (30x möglich) | |
| | Einzelvergütung [<i>Einzelbetrag</i>] | M | n..8 | 999999,99 | |
| | Einzelvergütung, Erläuterung | M | an2 | Schlüssel 3 | F12 |
| | Einzelvergütung, Texterläuterung | K | an..70 | Text | |
| | Anzahl | M | n..3 | | F12 |
| | Tag der Behandlung | K | an..8 | JJJJMMTT | F12 |
| | Honorarsummen-/Investitionskostenrelevanter Anteil | K | n..8 | 999999,99 (s. Hinweis) | F12 |
| LEI | Segment Leistungsdokumentation | K | an3 | „LEI“ (999x möglich) | |
| | Leistungsart | M | an2 | Schlüssel 24 | |
| | Leistungsschlüssel | M | an..20 | Schl. 22 23 28 29 ‘9999‘ | F12 |
| | Leistungstag | K | an8 | JJJJMMTT | |

Zuzahlungsgutschrift/-rückforderung (ZGUT)

Hinweis:

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

Zuzahlungsgutschrift/-rückforderung (ZGUT)

| Segment | Inhalt | Status | Format | Bemerkungen | |
|---------|--|--------|--------|-----------------|-----|
| FKT | Segment Funktion | M | | Standardsegment | |
| INV | Segment Information Versicherter | M | | Standardsegment | F12 |
| NAD | Segment Name/Adresse | M | | Standardsegment | F12 |
| 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 | |

F13 Information Krankenhaus (INKA) [ab 1.1.2017]

Hinweis:

Die Nachricht INKA dient der Übermittlung von Informationen gemäß § 11 der Prüfverfahrenvereinbarung (PrüfvV) an die Krankenkasse.

Im Segment FKT hat das Verarbeitungskennzeichen die Ausprägung 75 oder 76 (s. Schlüssel 9).

Das Segment PVV sowie das Segment PVT werden Bestandteil einer Segmentgruppe (SG 2). Das erste Segment der Gruppe ist ein Muss-Segment. Innerhalb dieser Segmentgruppe kann das Segment PVT (Kann-Segment) bis zu 25-mal vorkommen.

Information Krankenhaus (INKA) [ab 1.1.2017]

F13

| Segment | Inhalt | Status | Format | Bemerkungen |
|------------------------------|----------------------------------|--------|---------|---------------------|
| FKT | Segment Funktion | M | | Standardsegment |
| INV | Segment Information Versicherter | M | | Standardsegment |
| NAD | Segment Name/Adresse | M | | Standardsegment |
| Segmentgruppe SG 2 (PVV–PVT) | | | | |
| PVV | Segment PrüfvV | M | an3 | „PVV“ (10x möglich) |
| | Information | M | an5 | Schlüssel 30 |
| | Rechnungsnummer (REC) | M | an..20 | |
| | Rechnungsdatum (REC) | M | an8 | JJJJMMTT |
| PVT | Segment PrüfvV-Text | K | an3 | „PVT“ (25x möglich) |
| | PrüfvV-Text | M | an..256 | Freitext |

Kostenübernahmesatz (KOUB)

Hinweise:

- 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 | F12 |
| NAD | Segment Name/Adresse | M | | Standardsegment | F12 |
| 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 | F12 |
| INV | Segment Information Versicherter | M | | Standardsegment | F12 |
| 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 | F12 |
| NAD | Segment Name/Adresse | M | an3 | Standardsegment | F12 |
| 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 | Angabe entfällt | |

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 | F12 |
| NAD | Segment Name/Adresse | M | an3 | Standardsegment | F12 |
| 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 | | |
| | Honorar-/Investitionskostensumme (für Pauschale) | M | n..8 | 999999,99 | F12 |
| | Pauschale | K | n..8 | 999999,99 | F12 |
| ZPR | Segment Zahlung/Prüfung | M | an3 | „ZPR“ | |
| | Rechnungsbetrag, zur Zahlung angewiesen | M | n..10 | 99999999,99 | |
| | Prüfungsvermerk | M | an2 | Schlüssel 10 | |
| | Honorar-/Investitionskostensumme, neu berechnet | K | n..8 | 999999,99 | F12 |
| | 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 4 Teil II | |
| | Zusatzkennzeichen EBM | K | a3 | Schlüssel 19 | |
| | Abrechnungsbegründung | K | an..70 | Text | |
| | in Honorar-/Investitionskostensumme für Pauschale enthalten | K | a1 | „J“ „A“ leer | F12 |
| | 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 | F12 |
| | Einzelvergütung, Texterluterung | K | an..70 | Text | |
| | Anzahl | M | n..3 | | F12 |
| | Tag der Behandlung | K | an8 | JJJJMMTT | F12 |
| | Honorarsummen-/Investitionskostenrelevanter Anteil | K | n..8 | 999999,99 | F12 |

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) |
| | 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 Überweisungsdaten | 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 | |

F13 Krankenkasseninformation (KAIN) [ab 1.1.2017]

Hinweis:

Die Nachricht KAIN dient der Übermittlung von Informationen gemäß § 11 der Prüfverfahrenvereinbarung (PrüfvV) an das Krankenhaus.

Im Segment FKT hat das Verarbeitungskennzeichen die Ausprägung 75 oder 76 (s. Schlüssel 9).

Das Segment PVV sowie das Segment PVT werden Bestandteil einer Segmentgruppe (SG 2). Das erste Segment der Gruppe ist ein Muss-Segment. Innerhalb dieser Segmentgruppe kann das Segment PVT (Kann-Segment) bis zu 25-mal vorkommen.

Die Übermittlung des sich aus den Auffälligkeiten ergebenden Prüfgegenstandes kann durch die Nutzung der Felder „PrüfvV-Hauptdiagnose“, „PrüfvV-Nebendiagnose“ und „PrüfvV-Prozedur“ weiter konkretisiert werden.

Krankenkasseninformation (KAIN) [ab 1.1.2017]

| Segment | Inhalt | Status | Format | Bemerkungen |
|------------------------------|----------------------------------|--------|-----------|---------------------|
| FKT | Segment Funktion | M | | Standardsegment |
| INV | Segment Information Versicherter | M | | Standardsegment |
| NAD | Segment Name/Adresse | M | | Standardsegment |
| Segmentgruppe SG 2 (PVV–PVT) | | | | |
| PVV | Segment PrüfvV | M | an3 | „PVV“ (10x möglich) |
| | Information | M | an5 | Schlüssel 30 |
| | Rechnungsnummer (REC) | M | an..20 | |
| | Rechnungsdatum (REC) | M | an8 | JJJJMMTT |
| PVT | Segment PrüfvV-Text | K | an3 | „PVT“ (25x möglich) |
| | PrüfvV-Text | M | an..256 | Freitext |
| | PrüfvV-Hauptdiagnose | K | an..9:a1 | Datenelementgruppe |
| | HD-Diagnoseschlüssel | M | an..9 | ICD-Schlüssel |
| | HD-Lokalisation | K | a1 | Schlüssel 16 |
| | HD-Sekundärdiagnose | K | an..9:a1 | Datenelementgruppe |
| | HD-Diagnoseschlüssel | M | an..9 | ICD-Schlüssel |
| | HD-Lokalisation | K | a1 | Schlüssel 16 |
| | PrüfvV-Nebendiagnose | K | an..9:a1 | Datenelementgruppe |
| | ND-Diagnoseschlüssel | M | an..9 | ICD-Schlüssel |
| | ND-Lokalisation | K | a1 | Schlüssel 16 |
| | ND-Sekundärdiagnose | K | an..9:a1 | Datenelementgruppe |
| | ND-Diagnoseschlüssel | M | an..9 | ICD-Schlüssel |
| | ND-Lokalisation | K | a1 | Schlüssel 16 |
| | Prozedur | M | an..11:a1 | Datenelementgruppe |
| | Prozedurenschlüssel | M | an..11 | OPS-Schlüssel |
| | Lokalisation | K | a1 | Schlüssel 16 |

Fehlernachricht (FEHL)

Hinweise:

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 Feldes (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“ (40x möglich) | F12 |
| | Segment | K | an3 | | |
| | Segmentposition | K | an3 | | |
| | Feldposition | K | an2 | | |
| | Text | K | an..70 | Fehlertext | |
| | Fehlercode | K | an5 | | F12 |
| | 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 | INKA | KOUB | ANFM | ZAHL | ZAAO | SAMU | KAIN |
| FKT | Segment 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 | Laufende 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 | Segment 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 | Versichertenart | K | K | K | K | K | K | K | | K | K | K | K | | |
| 3 | Besonderer Personenkreis | K | K | K | K | K | K | K | | K | K | K | K | | |
| 4 | DMP-Teilnahme | K | K | K | K | K | K | K | | K | K | K | K | | |
| 5 | Gültigkeit der Versichertenkarte | K | K | K | K | K | K | K | | K | K | K | K | | |
| 6 | KH-internes Kennzeichen des Versicherten | M | M | M | M | M | M | M | | M | M | M | M | | |
| 7 | Fall-Nummer der Krankenkasse | | K | K | K | K | | K | | K | K | K | K | | |
| 8 | Aktenzeichen der Krankenkasse | | K | K | K | K | | K | | K | K | K | K | | |
| 9 | Beginn des Versicherungsschutzes | | K | K | K | K | | K | | K | K | K | K | | |
| 10 | Vertragskennzeichen | K | K | K | K | K | K | K | | K | K | K | K | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| NAD | Segment 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 | M | M | M | M | M | M | M | | M | M | | | | |
| 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 | | | | |
| 10 | Namenszusatz | K | K | K | K | K | K | K | | K | K | | | | |
| 11 | Vorsatzwort | K | K | K | K | K | K | K | | K | K | | | | |
| 12 | Anschriftenzusatz | K | K | K | K | K | K | K | | K | K | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| DPV | Segment Diagnosen-/Prozedurenversion | M | M | | | M | M | | | | | | | | |
| 1 | ICD-Version | M | M | | | M | M | | | | | | | | |
| 2 | OPS-Version | | | | | K | K | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | von Krankenhaus | | | | | | | | von Krankenkasse | | | | | |
|-----|---|-----------------|------|------|------|------|------|------|------|------------------|------|------|------|------|------|
| | | AUFN | VERL | MBEG | RECH | ENTL | AMBO | ZGUT | INKA | KOUB | ANFM | ZAHL | ZAAO | SAMU | KAIN |
| AUF | Segment Aufnahme | M | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Aufnahmetag | M | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Aufnahmeuhrzeit | M | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Aufnahmegrund | M | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Fachabteilung | M | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Voraussichtliche 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 des einweisenden Zahnarztes | K | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | Aufnahmegewicht | K | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| EAD | Segment Einweisungs- und Aufnahmediagnose | M | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Aufnahmediagnose | K | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Sekundär-Diagnose Aufnahme | K | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Einweisungsdiagnose | K | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Sekundär-Diagnose Einweisung | K | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| DAU | Segment Dauer | | M | | | M | | | | | | | | | |
| 1 | Aufnahmetag | | M | | | M | | | | | | | | | |
| 2 | Voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung | | M | | | | | | | | | | | | |
| | Entlassungstag | | | | | M | | | | | | | | | |
| 3 | Nachfolgediagnose Arbeitsunfähigkeit | | K | | | K | | | | | | | | | |
| 4 | Sekundär-Diagnose AU | | K | | | K | | | | | | | | | |
| 5 | Ab-Datum zu AU | | K | | | K | | | | | | | | | |
| 6 | Beatmungsstunden | | | | | K | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| FAB | Segment Fachabteilung | | M | | M | M | | | | | | | | | |
| 1 | Fachabteilung | | M | | M | M | | | | | | | | | |
| 2 | Diagnose | | M | | | K | | | | | | | | | |
| 3 | Sekundär-Diagnose | | K | | | - | | | | | | | | | |
| 4 | [Zusatzschlüssel Diagnose] | | | | | - | | | | | | | | | |
| 5 | [Sekundär-Diagnose Zusatzschlüssel] | | | | | - | | | | | | | | | |
| 6 | Operationstag | | | | | K | | | | | | | | | |
| 7 | Operation | | | | | K | | | | | | | | | |
| 8+9 | [Zusatzschlüssel 1, 2 Operation] | | | | | - | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | von Krankenhaus | | | | | | | von Krankenkasse | | | | | | |
|-----|--|-----------------|------|------|------|------|------|------|------------------|------|------|------|------|------|------|
| | | AUFN | VERL | MBEG | RECH | ENTL | AMBO | ZGUT | INKA | KOUB | ANFM | ZAHL | ZAAO | SAMU | KAIN |
| ETL | Segment Entlassung/Verlegung [SG1:ETL–NDG] | | | | | M | | | | | | | | | |
| 1 | Tag der Entlassung/Verlegung | | | | | M | | | | | | | | | |
| 2 | Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit | | | | | M | | | | | | | | | |
| 3 | Entlassungs-/Verlegungsgrund | | | | | M | | | | | | | | | |
| 4 | Fachabteilung | | | | | M | | | | | | | | | |
| 5 | Hauptdiagnose | | | | | M | | | | | | | | | |
| 6 | Sekundär-Diagnose | | | | | K | | | | | | | | | |
| 7 | IK der aufnehmenden Institution | | | | | K | | | | | | | | | |
| NDG | Segment Nebendiagnose [SG1:ETL–NDG] | | | | | K | | | | | | | | | |
| 1 | Nebendiagnose | | | | | M | | | | | | | | | |
| 2 | Sekundärdiagnose | | | | | K | | | | | | | | | |
| EBG | Segment Entbindung | | | | | K | | | | | | | | | |
| 1 | Tag der Entbindung | | | | | M | | | | | | | | | |
| RBG | Segment Reha, Behandlg Geeignete Einrichtung | | | | | K | | | | | | | | | |
| 1 | Durchgeführte Rehabilitationsmaßnahme | | | | | K | | | | | | | | | |
| 2 | Vorschlag für die weitere Behandlung | | | | | K | | | | | | | | | |
| 3 | Vorschlag für geeignete Einrichtung | | | | | K | | | | | | | | | |
| CUX | Segment Währung | | | | M | | M | M | | K | | M | M | M | |
| 1 | Währungskennzeichen | | | | M | | M | M | | M | | M | M | M | |
| REC | Segment 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 | | | | M | | | | | | M | | | | |
| | Tag des Zugangs | | | | | | 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 für [anderen] Zahlungsweg | | | | K | | K | | | | K | K | | | |
| 9 | Honorar-/Investitionskostensumme (für Pauschale) | | | | | | M | | | | | M | | | |
| 10 | Pauschale | | | | | | K | | | | | K | | | |

| | | von Krankenhaus | | | | | | | | von Krankenkasse | | | | | | |
|-----|---|-----------------|------|------|------|------|------|------|------|------------------|------|------|------|------|------|--|
| | | AUFN | VERL | MBEG | RECH | ENTL | AMBO | ZGUT | INKA | KOUB | ANFM | ZAHL | ZAAO | SAMU | KAIN | |
| ZLG | Segment Zuzahlung [bei AMBO ggf. für § 140a] | | | | K | | k | | | | | | K | k | | |
| 1 | Zuzahlungsbetrag | | | | M | | m | | | | | | M | m | | |
| 2 | Zuzahlungskennzeichen | | | | M | | m | | | | | | M | m | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENT | Segment 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)] | | | | - | | | | | | | | - | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RZA | Segment Rechnungszusatz ambulante OP | | | | | | M | | | | | | | | | |
| 1 | Fachabteilung | | | | | | M | | | | | | | | | |
| 2 | Arztnummer des überweisenden Arztes | | | | | | K | | | | | | | | | |
| 3 | Betriebsstättennummer des überweisenden Arztes | | | | | | K | | | | | | | | | |
| 4 | Zahnarztnummer des überweisenden Zahnarztes | | | | | | K | | | | | | | | | |
| 5 | Überweisungsdiagnose | | | | | | K | | | | | | | | | |
| 6 | Sekundär-Diagnose | | | | | | K | | | | | | | | | |
| 7 | Arztnummer des Belegarztes/koop. Arztes | | | | | | K | | | | | | | | | |
| 8 | Arztnummer eines weiteren kooperierenden Arztes | | | | | | K | | | | | | | | | |
| 9 | Betriebsstättennummer | | | | | | K | | | | | | | | | |
| 10 | Datum der Überweisung in die ASV | | | | | | K | | | | | | | | | |
| 11 | KV-Bezirk | | | | | | M | | | | | | | | | |
| 12 | EBM-Version | | | | | | K | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BDG | Segment Behandlungsdiagnose | | | | | | M | | | | | | | | | |
| 1 | Behandlungsdiagnose | | | | | | M | | | | | | | | | |
| 2 | Sekundär-Diagnose | | | | | | K | | | | | | | | | |
| 3 | Diagnoseart | | | | | | M | | | | | | | | | |
| 4 | Teammitgliedsidentifikation | | | | | | K | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRZ | Segment Prozedur | | | | | | K | | | | | | | | | |
| 1 | Prozedur (Datenelementgruppe!) | | | | | | M | | | | | | | | | |
| 2 | Prozedurentag | | | | | | M | | | | | | | | | |
| 3 | Lebenspende | | | | | | K | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | von Krankenhaus | | | | | | | von Krankenkasse | | | | | | |
|-----|--|-----------------|------|------|------|------|------|------|------------------|------|------|------|------|------|------|
| | | AUFN | VERL | MBEG | RECH | ENTL | AMBO | ZGUT | INKA | KOUB | ANFM | ZAHL | ZAAO | SAMU | KAIN |
| ENA | Segment Entgelt ambulante OP | | | | | | M | | | | | | K | | |
| 1 | Entgeltart | | | | | | M | | | | | | M | | |
| 2 | Zusatzkennzeichen EBM | | | | | | K | | | | | | K | | |
| 3 | Abrechnungsbegründung | | | | | | K | | | | | | K | | |
| 4 | in Honorar-/Inv.summe 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 | | | | | | - | | |
| 11 | Teammitgliedsidentifikation | | | | | | K | | | | | | - | | |
| 12 | Teamebene | | | | | | K | | | | | | - | | |
| 13 | Gennummer, codiert | | | | | | K | | | | | | - | | |
| 14 | Anzahl Gennummer | | | | | | K | | | | | | - | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| EZV | Segment Einzelvergütung | | | | | | K | | | | | | K | | |
| 1 | Einzelvergütung | | | | | | M | | | | | | M | | |
| 2 | Einzelvergütung, Erläuterung | | | | | | M | | | | | | M | | |
| 3 | Einzelvergütung, Texterläuterung | | | | | | K | | | | | | K | | |
| 4 | Anzahl | | | | | | M | | | | | | M | | |
| 5 | Tag der Behandlung | | | | | | K | | | | | | K | | |
| 6 | Honorarsummen-/Investitionskostenrelev. Anteil | | | | | | K | | | | | | K | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| LEI | Segment Leistungsdokumentation | | | | | | K | | | | | | | | |
| 1 | Leistungsart | | | | | | M | | | | | | | | |
| 2 | Leistungsschlüssel | | | | | | M | | | | | | | | |
| 3 | Leistungstag | | | | | | K | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| ZPR | Segment Zahlung/Prüfung | | | | | | | | | | | M | M | | |
| 1 | Rechnungsbetrag, zu Zahlung angewiesen | | | | | | | | | | | M | M | | |
| 2 | Prüfungsvermerk | | | | | | | | | | | M | M | | |
| 3 | Honorar-/Invest.kostensumme, neu berechnet | | | | | | | | | | | | K | | |
| 4 | Pauschale, neu berechnet | | | | | | | | | | | | K | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | von Krankenhaus | | | | | | | von Krankenkasse | | | | | |
|-----|----------------------------------|-----------------|------|------|------|------|------|------|------------------|------|------|------|------|------|
| | | AUFN | VERL | MBEG | RECH | ENTL | AMBO | ZGUT | INKA | KOUB | ANFM | ZAHL | ZAAO | SAMU |
| RED | Segment 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 | Segment Text | | | M | | | | | | K | M | | | |
| 1 | (Klartext-Erläuterungen) | | | M | | | | | | M | M | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| KOS | Segment 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 | Segment Überweisungsdaten | | | | | | | | | | | | | M |
| 1 | Rechnungsbetrag, Summe | | | | | | | | | | | | | M |
| 2 | Rechnungsbetrag, angewiesen | | | | | | | | | | | | | M |
| 3 | IK für anderen Zahlungsweg | | | | | | | | | | | | | K |
| 4 | Sammelbelegnummer | | | | | | | | | | | | | M |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| FHL | Segment 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 |
| | | | | | | | | | | | | | | |

| | | von Krankenhaus | | | | | | | von Krankenkasse | | | | | | | |
|-----|-----------------------------------|-----------------|------|------|------|------|------|------|------------------|------|------|------|------|------|------|---|
| | | AUFN | VERL | MBEG | RECH | ENTL | AMBO | ZGUT | INKA | KOUB | ANFM | ZAHL | ZAAO | SAMU | KAIN | |
| PVV | Segment PrüfvV [SG2:PVV–PVT] | | | | | | | | M | | | | | | | M |
| 1 | Information | | | | | | | | M | | | | | | | M |
| 2 | Rechnungsnummer (REC) | | | | | | | | M | | | | | | | M |
| 3 | Rechnungsdatum (REC) | | | | | | | | M | | | | | | | M |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PVT | Segment PrüfvV-Text [SG2:PVV–PVT] | | | | | | | | K | | | | | | | K |
| 1 | PrüfvV-Text | | | | | | | | M | | | | | | | M |
| 2 | PrüfvV-Hauptdiagnose | | | | | | | | - | | | | | | | K |
| 3 | HD-Sekundärdiagnose | | | | | | | | | | | | | | | K |
| 4 | PrüfvV-Nebendiagnose | | | | | | | | - | | | | | | | K |
| 5 | ND-Sekundärdiagnose | | | | | | | | | | | | | | | K |
| 6 | PrüfvV-Prozedur | | | | | | | | - | | | | | | | K |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

Anlage 2

Schlüsselverzeichnis

| | | |
|----------|--|-----|
| 1 | Aufnahmegrund | |
| 2 | Durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen | |
| 3 | Einzelvergütung, Erläuterung (Rechnungssatz Ambulante Operation) | |
| 4 | Entgeltarten | F13 |
| 5 | Entlassungs-/Verlegungsgrund | |
| 6 | Fachabteilungen | |
| 7 | Internationales Länderkennzeichen | |
| 8 | Merkmal Kostenübernahme | |
| 9 | Verarbeitungskennzeichen | F13 |
| 10 | Prüfungsvermerk | |
| 11 | Rechnungsart | F13 |
| 12 | Versichertenstatus | F12 |
| | Teil 1: Versichertenart | |
| | Teil 2: Besonderer Personenkreis | Nb |
| | Teil 3: DMP-Teilnahme | |
| 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 | Na |
| 22 | Leistungsbereich (116b) | Na |
| 23 | PIA-Leistung | |
| 24 | Leistungsart | N |
| 25 | Teamebene (§ 116b) | F12 |
| 26 | KV-Bezirk | F12 |
| 27 | Fachgruppencode (§ 116b) | Na |
| 28 | Dokumentation schwerer Verlaufsformen – TNM (§ 116b) | N |
| 29 | Dokumentation schwerer Verlaufsformen – Progression (§ 116b) | N |
| 30 | Information PrüfvV | F13 |
| 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/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V)
- 03 Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X)
- 04 Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt
- 05 frei
- 06 Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden
- 07 Notfall

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.

Bei Aufnahme von Patienten in Verbindung mit einem Arbeitsunfall (einschließlich „Wegeunfall“) ist der Aufnahmegrund 3.–4. Stelle „02“ zu verwenden. Wird stattdessen „07“ (Notfall) verwendet, ist eine Ablehnung der Leistungspflicht über den Kostenübernahmesatz mit dem Merkmal Kostenübernahme „05“ (Ablehnung, Unfallversicherung zuständig) möglich.

Schlüssel 2 Durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen

siehe Anhang A zu Anlage 2

Schlüssel 3 Einzelvergütung, Erläuterung

- 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)
- 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

Teil I: Entgeltarten stationär

1.–2. Stelle: Entgeltschlüssel

- 01 Tagesgleicher Pflegesatz für Allgemeine Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik/Psychotherapie
- 02 Ermäßigter Abteilungs Pflegesatz für Allgemeine Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik/Psychotherapie nach § 14 Abs. 2 Satz 3 oder Abs. 7 Satz 2 BPflV (in der bis 31.12.2013 geltenden Fassung)
- 41 Entgelt für vorstationäre Behandlung
- 42 Entgelt für nachstationäre Behandlung
- 43 Pflegesatz bei Beurlaubung
- 44 Modellvorhaben nach § 24 BPflV bzw. 26 BPflV (Altvorhaben)
- 45 Wahlleistung Unterkunft (nur für Knappschaft)
- 46 Zuschlag für Qualitätssicherung nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 KHEntgG oder § 7 Satz 1 Nr. 3 BPflV
- 47 Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG bzw. § 7 Satz 1 Nr. 3 und Satz 2 BPflV und sonstiger Zu- und Abschlag
- 48 DRG-Systemzuschlag
- 49 Abrechnungsergänzungen
- 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 nach § 1 Abs. 2 Satz 1 FPV oder tagesbezogene teilstationäre DRG-Fallpauschale ab 2. Tag
- 72 Abschlag bei Verlegungen nach § 1 Abs. 1 Satz 3 FPV
- 73 Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD nach § 1 Abs. 3 Satz 1 FPV
- 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 oder 6 KHEntgG
- 78 Teilstationäre Leistung nach § 6 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
- 86 Fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
- 87 Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD für fallbezogene Entgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
- 88 Abschlag bei Verlegung für fallbezogene Entgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
- 89 Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogene Entgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG

reserviert: 03–28, 50–51, 74, 77, 79 und 90–94.

1.–8. Stelle: Entgelte

- 010 Tagesgleicher Pflegesatz für Allgemeine Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik/Psychotherapie
- 020 Ermäßigter Abteilungspflegesatz für Allgemeine Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik/Psychotherapie
4. Stelle: 0 keine weitere Differenzierung
- 5.–8. Stelle: 0001 Basispflegesatz, vollstationär
0002 Basispflegesatz, teilstationär
- 1 Abteilungspflegesätze
- 3 Teilstationäre Pflegesätze
- 4 Pflegesätze für Belegpatienten
- 5 Teilstationäre Pflegesätze für Belegpatienten
- 5.–8. Stelle: [29–31]xx Fachabteilungsschlüssel der Allgemeinen Psychiatrie (29xx), Kinder- und Jugendpsychiatrie (30xx) und der Psychosomatik/Psychotherapie (31xx)
(siehe Schlüssel 6 ohne somatische Fachabteilungen)
- 410 Entgelt für vorstationäre Behandlung
- 4.–8. Stelle: 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.-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)
10901 Schlafbezogene Atmungsstörungen bei Erwachsenen, Bayern, erster Behandlungstag
10902 Schlafbezogene Atmungsstörungen bei Erwachsenen, Bayern, zweiter und jeder weitere Behandlungstag
- 420 Entgelt für nachstationäre Behandlung
- 4.–8. Stelle: 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.-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)

- 430 Pflegesatz bei Beurlaubung
 4.–8. Stelle: 0001–0009 reserviert
 4. Stelle: 1 Abteilung (vollstationär)
 3 Abteilung (teilstationär)
 4 Belegabteilung (vollstationär)
 5 Belegabteilung (teilstationär)
 5.–8. Stelle: [29–31]xx Fachabteilungsschlüssel (siehe Schlüssel 6)
 2 Besondere Einrichtung
 5.–8. Stelle: 0010 Behandlung von Querschnittsgelähmten
 0012 Behandlung von Querschnittsgelähmten mit Zwerchfell-
 lähmung
 0020 Behandlung von Schwerst-Schädel-Hirn-Verletzten
 0030 Behandlung von Schwerbrandverletzten
 0031 Behandlung von Schwerbrandverletzten (Kinder)
 0032 Behandlung von Schwerbrandverletzten mit
 Intensivtherapie
 0040 Behandlung von AIDS-Patienten
 0041 Behandlung von AIDS-Patienten (Kinder)
 0050 Behandlung von onkologisch zu behandelnden Patienten
 0051 Behandlung von onkologisch zu behandelnden Patienten
 (Kinder)
 0060 Behandlung von Dialysepatienten
 0061 Behandlung von Dialysepatienten (Kinder)
 0070 Neonatologische Intensivbehandlung von Säuglingen
 0080 Behandlung von Transplantationspatienten
 0090 Behandlung von mucoviszidosekranken Patienten
 0091 Behandlung von mucoviszidosekranken Patienten
 (Kinder)
- 440 Modellvorhaben nach § 24 BpflV bzw. § 26 BpflV (Altvorhaben)
 (441–446 auch möglich, wenn explizit vereinbart)
 4.–5. Stelle: 01 ff. Länderschlüssel
 6.–8. Stelle: 001 ff. fortlaufend je Länderschlüssel, siehe Anhang B
- 450 Wahlleistung Unterkunft (gilt nur für Knappschaft)
 4.–8. Stelle: 00001 Einbettzimmer-Zuschlag (wird bei Zahlung durch übernahmefähigen
 Zweibettzimmer-Zuschlag ersetzt)
 00002–00009 Zweibettzimmer-Zuschlag, krankenhausindividuelle Staffelung
*Auch zur Verwendung in psychiatrischen/psychosomatischen Behandlungsfällen gemäß BpflV bei Anwen-
 dung des § 17d KHG neben Teilzahlungsentgelten oder ggf. nach Gutschrift in der Schlussrechnung/Nach-
 tragsrechnung zu übermitteln.*

- 460 Zuschlag für Qualitätssicherung nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 KHEntgG/§ 7 Satz 1 Nr. 3 BpflV
 4.–5. Stelle: 00 bundesweit
 01 ff. Länderschlüssel (01–16, zusätzlich: 25 Nordrhein, 35 Westfalen-Lippe)
 6. Stelle: 0 keine weitere Differenzierung
 7.–8. Stelle: 00 Allgemeiner Zuschlag
 02 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 Zuschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG bzw. § 7 Satz 1 Nr. 3 und Satz 2 BpflV und sonstiger Zuschlag
 4.–8. Stelle: 00000 Systemzuschlag Gemeinsamer Bundesausschuss (§ 91 Abs. 3 Satz 1 SGB V i.V.m. § 139c Satz 1 SGB V), teilstationär
 00001 Systemzuschlag Gemeinsamer Bundesausschuss (§ 91 Abs. 3 Satz 1 SGB V i.V.m. § 139c Satz 1 SGB V), vollstationär
 00005 Zuschlag für Vorhaltekosten von besonderen Einrichtungen (§ 3 Abs. 2 Satz 2 VBE)
 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
- Nc 00012 Pflegezuschlag nach § 4 Abs. 10 KHEntgG bzw. § 4 Abs. 8 KHEntgG (neu)
 00013 Telematikzuschlag, teilstationär (§ 291a Abs. 7a i.V. mit Abs. 7 Satz 4 SGB V)
 00015 Zuschlag für besondere Einrichtungen nach § 4 Abs. 7 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
- Nc 00021 Zuschlag Mehrkosten G-BA nach § 5 Abs. 3c KHEntgG (neu)
 (fester Eurowert je stationären Fall)
- Nc 00022 Zuschlag Mehrkosten G-BA nach § 5 Abs. 3c KHEntgG (neu) (prozentual)
 20001 Kostenpauschale für Verwaltungsverfahren
 20004 Gerichtskosten
- 472 Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG bzw. § 7 Satz 1 Nr. 3 und Satz 2 BpflV und sonstiger Abschlag
 4.–8. Stelle: 00000 intern reserviert
- F13 00008 Abschlag Fortsetzungspauschale PrüfvV (KHEntgG, BpflV alt) [ab 1.1.2017]
 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
 00015 Abschlag für besondere Einrichtungen nach § 4 Abs. 7 KHEntgG
- Nc 00020 Abschlag Hygiene-Förderprogramm nach § 4 Abs. 11 KHEntgG
 (für Korrekturen) [ab 1.4.2016]

- 480 DRG-Systemzuschlag
 4.–8. Stelle: 00001 vollstationärer Fall
 00002 teilstationärer Fall
- 49 Abrechnungsergänzungen
 3. Stelle: 1 Zuschlag für Zentren und Schwerpunkte (§ 5 Abs. 3 KHEntgG)
 2 Abschlag 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
 0006 telemedizinische Versorgung von Schlaganfällen in
 krankenhausplanerisch abgestimmten Netzwerken
 (Bayern)

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. Zur übersichtlichen Darstellung der Ermittlung der zu- und Abschläge verständigen sich GKV-Spitzenverband und DKG noch gesondert.

- 600 Sonderfall
 4.–8. Stelle: 0 ohne weitere Differenzierung
 5.–8. Stelle: 0001 Entgelt für Aufnahmeuntersuchung
 0002 Weihnachtsgeld
 0003 Taschengeld
 0004 Bekleidungsgeld
 0005 Früherkennungsuntersuchungen für Neugeborene
 (Brandenburg)
 0006 Entgelt für gutachterliche Stellungnahme bei Transplantationen § 7 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 BpflV oder § 4 Abs. 1 Nr. 4 FPV
 0007 Entgelt für Transport von Knochenmark oder hämatopoetischer Stammzellen nach § 4 Abs. 1 Nr. 6 FPV
 00[08–09] reserviert
 4. Stelle: 1 Entgelt für Aufnahmeuntersuchung, Abteilung (vollstationär)
 3 Entgelt für Aufnahmeuntersuchung, Abteilung (teilstationär)
 4 Entgelt für Aufnahmeuntersuchung, Belegabteilung (vollstationär)

- 5 Entgelt für Aufnahmeuntersuchung, Belegabteilung (teilstationär)
 5.–8. *Stelle:* xxxx Fachabteilungsschlüssel (siehe Schlüssel 6)
- 2 Entgelt für Aufnahmeuntersuchung, Besondere Einrichtung
 5.–8. *Stelle:* siehe 430..... *Pflegesatz bei Beurlaubung*
- 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
 3. *Stelle:* 1 Ortskrankenkassen
 2 Angestellten-Krankenkassen
 3 Arbeiter-Ersatzkassen
 4 Betriebskrankenkassen
 5 Innungskrankenkassen
 6 Knappschaft
 7 Landwirtschaftliche Krankenkassen
 8 Seekrankenkasse
 4.–5. *Stelle:* 01 ff. individuelle Kassenaufteilung der Verbände (z.B. 01 Barmer, 02 DAK, ..., 01 AOK Schleswig-Holstein, 02 AOK Hamburg, ...)
 6.–8. *Stelle:* 000 ff. zur freien Verfügung der in Stellen 4–5 bezeichneten Krankenkasse
- 65 Zusatzentgelt für DMP
 3.–4. *Stelle:* 01–98 KV-Bezirk (siehe Schlüssel 26)
 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 Koordinierungspauschale
 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
 20 Strukturiertes Hypertonie Therapie- und Schulungsprogramm (HBSP)
 21 Schulungsprogramm für Kinder

- 22 Schulungsprogramm für Jugendliche
- 23 Schulungsmaterial inkl. Diabetes-/Hypertonie-Pass
- 24 Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen
- 25 Nationales ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker (NASA)
- 26 Schulungs- und Verbrauchsmaterial
- 27 Schulungsprogramm für chronisch obstruktive Bronchitis und Lungenemphysem (COBRA)
- 7.–8. Stelle: 01 Brustkrebs
02 Diabetes mellitus Typ 2
03 Koronare Herzkrankheiten
04 Diabetes mellitus Typ 1
05 Asthma bronchiale
06 COPD
- 70 DRG-Fallpauschale nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG
70000000 intern reserviert
70888888 Teilzahlung nach § 11 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG
- 71 Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD nach § 1 Abs. 2 Satz 1 FPV oder tagesbezogene teilstationäre DRG-Fallpauschale ab 2. Tag
- 72 Abschlag bei Verlegungen nach § 1 Abs. 1 Satz 3 FPV
- 73 Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD nach § 1 Abs. 3 Satz 1 FPV
3. Stelle (70–73): 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 (§ 18 Abs. 3 KHEntgG)
- 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/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.*
4. Stelle: 0 keine weitere Differenzierung
- 5.–8. Stelle: A01A ff. DRG, alphanumerisch

- 751 Zuschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG
 4.–5. Stelle: 00 bundesweit
 6.–8. Stelle: 001 Sicherstellungszuschlag nach § 17b Abs. 1 Satz 7 KHG, Festbetrag
 002 Sicherstellungszuschlag auf den Basisfallwert nach § 17b Abs. 1 Satz 7 KHG
 003 Zuschlag für Begleitperson nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG i.V.m. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3, 1. Hs. KHEntgG
 004 Zuschlag Mitaufnahme Pflegekraft nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG i.V.m. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3, 2. Halbsatz KHEntgG
 01 ff. Länderschlüssel (01–16, zusätzlich: 25 Nordrhein, 35 Westfalen-Lippe)
 6.–8. Stelle: 002 Ausbildungszuschlag nach § 17a Abs. 6 bzw. 9 KHG
- 752 Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG
 4.–8. Stelle: 00001 Abschlag für Nichtbeteiligung an der Notfallversorgung nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG
 05002 Ausbildungsabschlag (Nordrhein-Westfalen, für Korrekturen)
- 76 Zusatzentgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2, 3, 5 oder 6 KHEntgG
 3. Stelle: 0 Zusatzentgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 oder 5 KHEntgG
 1 Zusatzentgelt nach § 6 Abs. 2 KHEntgG
 2 Zusatzentgelt nach § 6 Abs. 2a KHEntgG
 4.–5. Stelle: 00 bundesweit
 9x bundesweit
 01 ff. Länderschlüssel
 6.–8. Stelle: 000 ff. Zusatzentgelt
 3.–8. Stelle: ZE0101 ff. bundesweit nach Anlage 5 FPV, siehe Anhang B
- 78 Teilstationäre Leistung nach § 6 Abs. 2 FPV
 1.–8. Stelle: 78999999 reilstationäre Behandlung innerhalb des Zeitraums bis einschließlich drei Tage nach Überschreiten der abgerundeten mittleren Verweildauer nach § 6 Abs. 2 FPV (0,00 EUR)
- 80 Entgelt für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Abs. 2 KHEntgG (fallbezogen)
- 81 Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD für fallbezogenes Entgelt nach § 6 Abs. 2 KHEntgG
- 82 Abschlag bei Verlegung für fallbezogenes Entgelt nach § 6 Abs. 2 KHEntgG
- 83 Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogenes Entgelt nach § 6 Abs. 2 KHEntgG
 3.–4. Stelle (80–83): 01 ff. Länderschlüssel
 5.–8. Stelle: fortlaufend, siehe Anhang B, Teil 1
- 85 Tagesbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
- 86 Fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
 3.–8. Stelle: 000000 Tagespauschale nach § 7 Abs. 4 FPV, bundesweit
- 87 Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD für fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG
- 88 Abschlag bei Verlegung für fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG

- 89 Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5
KHEntgG
- 3.–4. Stelle (85–89):*
- 00 bundesweit
 - 01 ff. Länderschlüssel
 - 30 Belegabteilung
- 5.–8. Stelle:*
- 0001 ff. teilstationär, fortlaufend
 - 3001 ff. teilstationär in besonderen Einrichtungen, fortlfd.
 - 4001 ff. vollstationär in besonderen Einrichtungen, fortlfd.
 - xxxx ff. bundesweit für nicht kalkulierte DRG
[Anlage 3a/3b zur FPV] (siehe Anhang B)

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 SGB V | |
| 3 | Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V | |
| 4 | Sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V | |
| 5 | Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V | |
| 6 | Kinderspezialambulanzen (ergänzende fall- oder einrichtungsbezogene Pauschale) nach § 120 Abs. 1a SGB V | |
| 7 | Ambulanzen an Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG - § 117 Abs. 3 SGB V | |
| 8 | Medizinische Behandlungszentren (MBZ) nach § 119c SGB V [ab 1.4.2017] | Nf |

2. Stelle: Abrechnungsart

| | | | |
|----|---------------------------|-----------|---|
| _0 | EBM | | |
| | <i>3. Stelle:</i> | 0 | ohne Differenzierung |
| | | A–Z | regionale Buchstabenkennung (regionale Euro-Gebührenordnung) |
| | <i>4.–8. Stelle:</i> | 1100 ff. | EBM-Ziffern, Schlüssel 20 bzw. für § 116b (neu) Leistungen: Entgeltziffer nach regionaler Euro-Gebührenordnung bzw. Pseudoziffern (s. Hinweise) |
| | | | F12 |
| | | | N |
| _1 | Quartalspauschale | | |
| _2 | Behandlungspauschale | | |
| _3 | Tagespauschale | | |
| | <i>3. Stelle (_1–_3):</i> | 0 | ohne Differenzierung |
| | | 1 | Einmalkontakt |
| | | 2 | Mehrfachkontakt |
| | | 3 | Mitbehandlung |
| | | 4 | Konsiliarleistung |
| | <i>4.–7. Stelle:</i> | 0000 | keine Differenzierung |
| | | 0001 | Sprechstundenbedarf |
| | | 0002–0099 | Leistungsart (noch zu definieren) |
| | | 0100 ff. | Fachabteilung |
| | | 4000 ff. | Leistungsart Erwachsene |
| | | 5000 ff. | Leistungsart Kinder- und Jugendliche |
| | <i>8. Stelle:</i> | 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: | siehe 3. Stelle = 1 (je Stunde) |
| | 5.–8. Stelle: | 0000 keine Differenzierung |
| | | 0001–0999 Konkretisierungen |
| | 3 | je Behandlungseinheit |
| | 4. Stelle: | siehe 3. Stelle = 1 (je Stunde) |
| | 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 |
| | | ... |
| | | 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
 8000–8499 Variabler Zuschlagsbetrag
 8500–8999 Fester Zuschlagsbetrag
 9000–9499 Variabler Abschlagsbetrag
 9500–9999 Fester Abschlagsbetrag
- _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 Ausprägungen „1“ (ärztliche Leistung) und „2“ (nichtärztliche Leistung) nur dann verwendet, wenn diese Unterscheidung in der Vergütungsvereinbarung geregelt ist, ansonsten wird „0“ (keine Differenzierung) verwendet.

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

- N § 116 (neu) Leistungen: Gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V erfolgt bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach § 116b Abs. 6 Satz 2 SGV V die Vergütung auf der Grundlage der vom ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss bestimmten abrechnungsfähigen spezialfachärztlichen Leistungen. In seiner Sitzung am 20. Juni 2014 wurde festgelegt, dass u.a. für die Vergütung der im EBM abgebildeten ASV-Leistungen des Abschnittes 1 die Preise der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung zu Grunde zu gelegt werden. Insofern Leistungen zu regional geltenden Preisen vergütet werden, müssen diese durch Abbildung an der 3.–8. Stelle des Entgeltartenschlüssels (Abrechnungsart 2. Stelle: EBM, 3. Stelle: regionale Buchstabenkennung, 4.–8. Stelle: regionale Eurogebührenordnung) übermittelt werden, Schlüssel 20 (EBM) findet insofern keine Anwendung.

Für Leistungen, die im Abschnitt 2 des Appendix der jeweiligen Konkretisierung aufgeführt und noch nicht im EBM abgebildet sind, finden gemäß Anlage 5 der ASV-AV bundeseinheitliche Pseudoziffern ihre Anwendung. Hierzu werden diese an den ersten drei Stellen mit „000“ und an der 4.–8. Stelle mit der 5-stelligen Pseudoziffer gemäß Anlage 5 der ASV-AV übermittelt.

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

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

Der Entgeltartenbereich „Zusatzentgelte nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog § 7 Satz 1 Nr. 2 BPfIV“ bzw. „krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte“ (2. Stelle des Entgeltartenschlüssels = 5 bzw. 9) wird dem Behandlungsbereich „stationär“ (1. Stelle des Entgeltartenschlüssels = C) zugeordnet. Der Entgeltbereich „ergänzende Tagesentgelte“ (2. Stelle = 4) wird ebenfalls dem Behandlungsbereich „stationär“ (1. Stelle des Entgeltartenschlüssels = C) zugeordnet. Für die Abrechnung von ergänzenden Tagesentgelten und bei Zusatzentgelten im voll- bzw. teilstationären Entgeltbereich finden bis auf weiteres die Entgeltarten C4, C5 und C9 Anwendung. N

Zur internen Verwendung wird, abweichend von der Systematik, der Entgeltartenschlüssel „C1000000“ reserviert.

Bei der Abrechnung von Wahlleistungen für Versicherte der Knappschaft sind weiterhin die Entgeltschlüssel 45XXXXXX („Wahlleistung Unterkunft nur für Knappschaft“) zu verwenden. (siehe Anlage 2, Schlüssel 4 Teil I: Entgeltart stationär)

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 4, 5, 9, A, F, V und N) (Die Entgeltbereiche A und F sind somit in den Behandlungsbereichen A, B und C möglich.) | N |

2. Stelle: Entgeltbereich

| | | |
|----|---|---|
| _1 | Bewertete Entgelte nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog § 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV [E1] | |
| | 3.–7. Stelle: P002Z ... PEPP-Entgelt nach PEPP-Entgeltkatalog (Anlage 1a) oder TA02Z ... PEPP-Entgelt nach PEPP-Entgeltkatalog (Anlage 2a) | |
| | 8. Stelle: 1 ... 9 Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 1 bis Vergütungsklasse 9 | N |
| | A ... Z Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 10 bis Vergütungsklasse 35 | N |
| _2 | Zuschlag nach Überschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten, § 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV [E1] | |
| _3 | Abschlag nach Unterschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten, § 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV [E1] | |
| | 3.–7. Stelle (_2–_3): PEPP-Entgelt Bezeichnung aus gültigem Entgeltkatalog | |
| | 8. Stelle: 0 reserviert | |
| C4 | Ergänzende Tagesentgelte nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog § 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV | N |
| | 3.–8. Stelle: ET0101 ... Ergänzendes Tagesentgelt nach PEPP-Entgeltkatalog (Anlage 5) | |

| | | |
|-----|---|--|
| C5 | Zusatzentgelte nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog, § 7 Satz 1 Nr. 2 BpflV [E2] | |
| | 3. Stelle: | Z reserviert |
| | 4.–7. Stelle: | 0000 ff. Entgelt nach Entgeltkatalog |
| | 8. Stelle: | 0 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) [nur A] |
| | | 00001 Zuschlag Mitaufnahme Pflegekraft (§ 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 2. Halbsatz BpflV) [nur A] |
| | 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) [nur A] |
| | | 00004 Zuschlag Sicherstellung (§ 17b Abs. 1 Sätze 6–9 KHG) |
| | | 00005 DRG-Systemzuschlag (§ 17b Abs. 5 KHG) |
| | | 00006 Systemzuschlag Gemeinsamer Bundesausschuss (§ 91 Abs. 3 Satz 1 SGB V i.V.m. § 139c Satz 1 SGB V) |
| | | 00008 Telematikzuschlag (§ 291a Abs. 7a SGB V) |
| | 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 Notfallversor- gung (§ 17b Abs. 1 Satz 4 KHG) |
| F13 | 3 | Sonstige Abschläge [ab 1.1.2017] |
| | 4.–8. Stelle: | 00008 Abschlag Fortsetzungspauschale PrüfV (BpflV neu) |
| _8 | krankenhausindividuell vereinbarte Entgelte [E.1 E3.3.] | |
| N | 3.–7. Stelle: | P001Z ... PEPP-Entgelt nach PEPP-Entgeltkatalog, (Anlage 1b) oder TA16Z ... PEPP-Entgelt nach PEPP-Entgeltkatalog (Anlage 2b) |
| | 8. Stelle: | 1 ... 9 Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 1 bis Vergütungsklasse 9 |
| | | A ... Z Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 10 bis Vergütungsklasse 35 |

| | | | | | |
|----|--|---|--|--|----|
| | 3. Stelle: | 0 | Tagesbezogene Entgelte | | N |
| | 4.–8. Stelle: | 00000 ff. | fortlaufende Vergabe | | |
| | | 8 | Fallbezogene Entgelte [E3.1] | | |
| | | 9 | Zeitraumbezogene Entgelte | | |
| | 4.–8. Stelle: | 00000 ff. | bundesweite Vergabe anhand PEPP-Entgeltkatalog (Anlage 1b oder 2b), ansonsten fortlaufende Vergabe | | Ne |
| C9 | krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte [E3.2] | | | | |
| | 3. Stelle: | 1 | Tagesbezogene Zusatzentgelte | | |
| | | 2 | Fallbezogene Zusatzentgelte | | |
| | | 3 | Zeitraumbezogene Zusatzentgelte | | |
| | 4.–8. Stelle: | 00000 ff. | fortlaufende Vergabe | | |
| _A | Entgelte für Modellvorhaben § 64b Abs. 1 SGB V | | | | |
| | 3.–7. Stelle: | <i>nur für den voll- bzw. teilstationären Behandlungsbereich (1. Stelle = A oder B)</i> | | | N |
| | | Pxxxxxxx | PEPP-Entgelt nach PEPP-Entgeltkatalog, vollstationär (Anlage 1a) | | |
| | | Txxxxxxx | PEPP-Entgelt nach PEPP-Entgeltkatalog, teilstationär (Anlage 2a) | | |
| | 8. Stelle: | 1 | Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 1 (oder Entgelt ohne Vergütungsklasse) | | N |
| | | 2 ... 9 | Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 2 bis Vergütungsklasse 9 | | |
| | | A ... Z | Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 10 bis Vergütungsklasse 35 | | |
| | 3. Stelle: | 0 | reserviert | | |
| | 4.–8. Stelle: | 00000 ff. | <i>(PEPP-Entgelte der Anlage 1b oder 2b (unbewertet) werden hier fortlaufend nummeriert nach Antrag unter www.gkv-clavisdb.de vergeben, Bezeichnung enthält als Klammerwert die jeweilige PEPP)</i> | | Ne |
| | | 99999 | intern reserviert (BEW-Modellvorhaben) | | |
| | | ZZZZT | Teilzahlungsentgelt Modellvorhaben [ab 1.1.2016] | | Na |
| | | ZZZZK | Teilzahlungskorrektur Modellvorhaben [ab 1.1.2016] | | Na |
| CA | Entgelte für Modellvorhaben § 64b Abs. 1 SGB V (<i>nur für den stationären Behandlungsbereich</i>) | | | | |
| | 3.–8. Stelle: | ETxxxx | Ergänzende Tagesentgelte [nach PEPP-Entgeltkatalog (Anlage 5)] | | Na |
| | 3. Stelle: | 8 | Zuschläge für Entgelte bei Modellvorhaben (§ 64b Abs. 1 SGB V) | | |
| | 4. Stelle: | 0 | variabler Zuschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben | | |
| | | 1 | fester Zuschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben | | |
| | 5.–8. Stelle: | 0000 ff. | | | |
| | 9 | Abschläge für Entgelte bei Modellvorhaben (§ 64b Abs. 1 SGB V) | | | |
| | 4. Stelle: | 0 | variabler Abschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben | | |
| | | 1 | fester Abschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben | | |
| | 5.–8. Stelle: | 0000 ff. | | | |
| _B | Entgelte für besondere Einrichtungen (ab 2017), § 7 Satz 1 Nr. 4 BPfIV | | | | |
| | 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:

| | | |
|----|---------------------------|--|
| CV | 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 |
| N | 0XXXX | Einzelleistungsvergütung med.-techn. Großgeräte (nach DKG-NT I / BG-T-Ziffern), siehe Anhang B |
| CN | 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 |
| N | 0XXXX | Einzelleistungsvergütung med.-techn. Großgeräte (nach DKG-NT I / BG-T-Ziffern), 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 Vergütungsklassen vorsieht, ist immer die Zusatzinformation 1 an der 8. Stelle zu verwenden.

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

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 ... Z* | -----■ tagesbezogenes Entgelt -----■ fallbezogenes Entgelt -----● zeitraumbezogenes Entgelt | | |
| | 2 | | | | ■ Bewertetes Entgelt nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog (§ 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV) [PEPP-Entgeltkatalog, Anlage 1a oder 2a] | | |
| | 3 | | | 0 | ■ Zuschlag nach Überschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten (§ 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV) | | |
| | | | | | ■ Abschlag nach Unterschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten (§ 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV) | | |
| | | 6 | 1 | [A61]00000 | | -----■ Zuschlag für Begleitperson (§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 1. Hs. BPfIV) nur vollstationär | |
| | | | | [A61]00001 | | -----■ Zuschlag Mitaufnahme Pflegekraft (§ 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 2. Hs. BPfIV) nur vollstationär | |
| | | | | | 00002 | -----■ Investitionszuschlag (§ 8 Abs. 3 BPfIV, bis 31.12.2014) | |
| | | | | | 00000 | -----▶ Ausbildungszuschlag nach § 17a Abs. 6 KHG | |
| | | | | | 00001 | -----▶ Zuschlag Teilnahme an der regionalen Versorgungsverpflichtung | |
| | | | | 2 | [A62]00003 | -----▶ Zuschlag für Maßnahmen zur Qualitätssicherung, nur vollstationär | |
| | | | | | 00004 | -----▶ Zuschlag für Sicherstellung | |
| | | | | | 00005 | -----▶ DRG-Systemzuschlag | |
| | | | | | 00006 | -----▶ Systemzuschlag für Gemeinsamen Bundesausschuss | |
| | | | | | 00008 | -----▶ Telematikzuschlag | |
| | | | 3 | [A63]00000 | -----▶ Kostenpauschale für Verwaltungsverfahren, nur vollstationär | | |
| | | | | 00001 | -----▶ Aufwandspauschale bei erfolgloser MDK-Prüfung (§ 275 Abs. 1c SGB V) | | |
| | | 7 | 1 | 00000 ... | -----■ Tagesbezogener Abschlag | | |
| | | | | 00000 | -----▶ Korrektur Ausbildungszuschlag | | |
| | | | 2 | 00001 | -----▶ Abschlag wegen Nichtteilnahme an der Qualitätssicherung | | |
| | | 00002 | | -----▶ Abschlag wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung | | | |
| | | | 3 | 00008 | -----▶ [Sonstiger] Abschlag Fortsetzungspauschale PrüfvV [ab 1.1.2017] | | |
| | | 8 | [PEPP] | | 1 ... Z* | -----■ Entgelt für krankenhausindividuell vereinbarte Leistungen, tagesbezogen (§ 6 Abs. 1 BPfIV) | |
| | | | 8 | [PEPP]00000 ff.] | | -----▶ Entgelt für krankenhausindividuell vereinbarte Leistungen, fallbezogen (§ 6 Abs. 1 BPfIV) | |
| | | | 0 | 00000 ff. | | -----■ Entgelt für krankenhausindividuell vereinbarte Leistungen, tagesbezogen (§ 6 Abs. 1 BPfIV) | |
| | | | 9 | | | -----● Entgelt für krankenhausindividuell vereinbarte Leistungen, zeitraumbezogen (§ 6 Abs. 1 BPfIV) | |
| | | A | [PEPP] | | 1 ... Z* | -----■ PEPP-Entgelt für Modellvorhaben nach § 64b Abs. 1 SGB V | |
| | | | 0 | 00000 ff. | | -----▶ Entgelt für Modellvorhaben nach § 64b Abs. 1 SGB V [siehe auch C] | |
| | | | | ZZZZT | | -----▶ Teilzahlungsentgelt Modellvorhaben | |
| | | | | ZZZZK | | -----▶ Teilzahlungskorrektur Modellvorhaben | |
| | | B | 1 2 3 | 00000 ff. | 2017 ab | -----■ Entgelt für besondere Einrichtung (§ 17d Abs. 2 Satz 3 BPfIV) | |
| | | C | 0 | 00000 ff. | | -----■ Entgelt für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (§ 7 Satz 1 Nr. 5 BPfIV) | |
| | | D | 1 | 00001 | | -----■ Teilzahlung (§ 11 Abs. 1 Satz 3 BPfIV) | |
| | | | | 00002 | | -----■ Teilzahlungskorrektur (§ 11 Abs. 1 Satz 3 BPfIV) | |
| | | E | 1 | | | -----■ Entgelt für Belegpatienten, tagesbezogen (§ 8 Abs. 2 Satz 6 BPfIV) | |
| | | | 2 | 00000 ff. | | -----▶ Entgelt für Belegpatienten, fallbezogen (§ 8 Abs. 2 Satz 6 BPfIV) | |
| | | | | | 3 | | -----● Entgelt Belegpatienten, zeitraumbezogen (§ 8 Abs. 2 Satz 6 BPfIV) |
| | | F | 1 | | | -----▶ Entgelt für Integrierte Versorgung [siehe auch C] | |
| | | | 2 | [1-6][1-Z][000-üüü] | | -----▶ Abschlag für Integrierte Versorgung [siehe auch C] | |
| | C stationär | 4 | ET0101 ... | | | -----■ Ergänzendes Tagesentgelt nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog (§ 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV) [PEPP-Entgeltkatalog, Anlage 5] | |
| | | 5 | Z | 00000 ff. | 0 | -----▶ Zusatzentgelt nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog (§ 7 Satz 1 Nr. 2 BPfIV) [PEPP-Entgeltkatalog, Anlage 3] | |
| 9 | | 1 | | 00000 ff. | | -----■ Zusatzentgelt, krankenhausindividuell vereinbart, tagesbezogen (§ 6 Abs. 1 BPfIV) | |
| | | | | | | -----▶ Zusatzentgelt, krankenhausindividuell vereinbart, fallbezogen (§ 6 Abs. 1 BPfIV) [PEPP-Entgeltkatalog, Anlage 4] | |
| | | 3 | | | | -----● Zusatzentgelt, krankenhausindividuell vereinbart, zeitraumbezogen (§ 6 Abs. 1 BPfIV) | |
| A | | 0 | 00000 ff. | | | -----▶ Entgelt für Modellvorhaben nach § 64b Abs. 1 SGB V | |
| | | | ET0101 ... | | | | -----■ Ergänzendes Tagesentgelt für Modellvorhaben (PEPP-Entgeltkatalog, Anlage 5) |
| | | | 8 | 0 1 | 0000 ff. | | -----▶ Zuschlag für § 64b-Entgelt: variabel (0) oder fest (1) |
| | | 9 | 0 1 | | | -----▶ Abschlag für § 64b-Entgelt: variabel (0) oder fest (1) | |
| F | | 1 | | | | -----▶ Entgelt für Integrierte Versorgung | |
| | | 2 | [1-6][1-Z][000-üüü] | | | -----▶ Abschlag für Integrierte Versorgung | |
| N | | 0 | 92900 93000 93100 tagesbezogen (N) | | | -----■ Entgelt für nachstationäre Behandlung | |
| V | fallbezogen (V) Einzelleistung med.-techn. Großgeräte: OXXXX | | | -----■ Entgelt für vorstationäre Behandlung | | | |

intern reservierte Entgeltschlüssel: [A|B]620000[2|7], [A|B|C]A099999
* Vergütungsklasse 1|...|9|A|...|Z

Stand: 13. Fortschreibung vom 3.2.2016

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
- 23 Beginn eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht (BpflV-Bereich – für verlegende Fachabteilung)
- 24 Beendigung eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht (BpflV-Bereich – für Pseudo-Fachabteilung 0003)
- 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

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

Ergänzung:

- 2316 Orthopädie und Unfallchirurgie
- 2425 Frauenheilkunde
- 3700 Sonstige Fachabteilung

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

Fachabteilungen mit Differenzierung nach Schwerpunkten

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

- 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
- 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. Halbs. BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
- 1550 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie
- 1551 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie
- 2021 Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
- 2036 Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
- 2050 Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
- 2118 Herzchirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
- 2120 Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
- 2136 Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
- 2150 Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
- 2309 Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie
- 2315 Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie
- 2402 Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie
- 2405 Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
- 2406 Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie
- 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 2856 Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten
- 2928 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie
- 2930 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 2931 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie
- 2950 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung
- 2951 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie
- 2952 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung
- 2953 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik
- 2954 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtambulanz
- 2955 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik
- 2956 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtambulanz
- 2960 Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
- 2961 Allgemeine Psychiatrie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)
- 3060 Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
- 3061 Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)
- 3110 Psychosomatik/Psychotherapie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychosomatik
- 3160 Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
- 3161 Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)
- 3233 Nuklearmedizin/Schwerpunkt 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 |
| Ne | e-f | 93-98 |

Beispiele:

| | | |
|----|-------|---------------------------|
| | 0100 | Innere Medizin A |
| | 0190 | Innere Medizin B |
| | (0191 | Innere Medizin C) |
| | (0192 | Innere Medizin D) |
| Ne | (0195 | Innere Medizin G) |
| | 1500 | Chirurgie I |
| | 1590 | Chirurgie II |
| | (1591 | Chirurgie III) |
| | (1592 | Chirurgie IV) |
| Ne | (1597 | Chirurgie IX) |
| | 3700 | Sonstige Fachabteilung I |
| | 3790 | Sonstige Fachabteilung II |

- (3791 Sonstige Fachabteilung III)
 (3792 Sonstige Fachabteilung IV)
 (3797 Sonstige Fachabteilung IX) Ne

Hinweis:

Zusätzlich zu „00“ kann in der 3. und 4. Stelle „90“ bis [„92“, ab 1.10.2016: „98“] individuell genutzt werden, um spezialisierte Fachabteilungen zu verschlüsseln, für die kein bundeseinheitlicher Fachabteilungsschlüssel vorgesehen ist. Ne

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

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

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

~~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)
 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 BPfIV-Bereich

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

Der BPfIV 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 | Aserbaidtschan |
| 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 |
| 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“, herausgegeben 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

| | | |
|-----|----|---|
| F12 | 01 | reserviert |
| F12 | 03 | reserviert |
| | | <i>Normalfall für Leistungen nach § 140a, § 120 Abs. 1a und § 117 Abs. 2 und 3 SGB V, nur für AMBO und optional für ZAAO:</i> |
| | 05 | Leistungen nach § 140a SGB V |
| | 06 | Leistungen nach § 120 Abs. 1a SGB V |
| | 07 | Leistungen nach § 117 Abs. 3 SGB V |
| | 08 | Leistungen nach § 117 Abs. 2 SGB V |
| | 10 | Normalfall |
| | | <i>nur für AMBO und optional für ZAAO nach Fallstorno „35“:</i> |
| | 11 | Ambulante Abrechnung nach § 115b SGB V statt stationäre Abrechnung |
| F12 | 12 | Ambulante Abrechnung nach § 116b SGB V (alt) statt stationäre Abrechnung |
| | | <i>nur für AMBO und optional für ZAAO:</i> |
| F12 | 13 | spezialfachärztliche Leistungen nach § 116b SGB V |
| Nf | 14 | Leistungen nach § 119c SGB V [ab 1.4.2017] |
| F12 | 16 | Leistungen nach § 116b Abs. 2 SGB V (alt) |
| | 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 |
| | | <i>nur für AMBO:</i> |
| | 37 | Stornierung Abrechnung nach § 117 Abs. 1 SGB V |
| | 38 | Stornierung Abrechnung nach § 118 SGB V |
| | 39 | Stornierung Abrechnung nach § 119 SGB V |
| | 40 | Storno einer Entlassungsanzeige |
| | 41 | Storno einer Entlassungsanzeige wegen Rückverlegung oder Wiederaufnahme |
| Nf | | <i>Fallstorno für Leistungen nach § 116b, § 119c, § 140a, § 120 Abs. 1a und § 117 Abs. 2 und 3 SGB V nur für AMBO:</i> |
| F12 | 43 | Stornierung Abrechnung spezialfachärztliche Leistungen nach § 116b SGB V |
| Nf | 44 | Stornierung Abrechnung nach § 119c SGB V [ab 1.4.2017] |
| | 45 | Stornierung Abrechnung nach § 140a SGB V |
| | 46 | Stornierung Abrechnung nach § 120 Abs. 1a SGB V |
| | 47 | Stornierung Abrechnung nach § 117 Abs. 3 SGB V |
| | 48 | Stornierung Abrechnung nach § 117 Abs. 2 SGB V |
| F13 | 75 | Information gemäß PrüfvV (nur KAIN und INKA) [ab 1.1.2017] |
| F13 | 76 | Stornierung einer Information gemäß PrüfvV (nur KAIN und INKA) [ab 1.1.2017] |

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 | |
| 1 | Fortsetzungspauschale PrüfvV (2. Stelle = „4“) [ab 1.1.2017] | F13 |
| 5 | Zahlungssatz wird angefordert (nicht bei 2. Stelle „4“ bis „8“) | |
| 8 | Zuzahlungsgutschrift (nur für Zuzahlungsgutschrift/-rückforderung) | |
| 9 | Rückforderung von Zuzahlungen (nur für Zuzahlungsgutschrift/-rückforderung) | |

2. Stelle:

- | | |
|---|---|
| 0 | (nur für Zuzahlungsgutschrift/-rückforderung) |
| 1 | Zwischenrechnung |
| 2 | Schlussrechnung |
| 3 | Nachtragsrechnung |
| 4 | Gutschrift/Stornierung |
| 6 | Zahlungserinnerung |
| 7 | 1. Mahnung |
| 8 | 2. Mahnung |
| 9 | Vorausberechnung nach § 14 Abs. 4 BpflV bzw. § 14 Abs. 9 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung |

Schlüssel 12 Versichertenstatus

F12 Teil 1: Versichertenart

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

F12 Teil 2: Besonderer Personenkreis

- 4 § 264 SGB V, Nicht Versicherungspflichtige, Sozialhilfeempfänger
- 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 Krankenversichertenkarte verfügen; nach Aufwand)
- 8 besonderer Personenkreis (in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatlichem Recht, die über eine Krankenversichertenkarte verfügen; pauschal)
- Nb 9 Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz, wenn Versichertenart nicht „9“ und DMP-Teilnahme entfällt; Auslandsversicherte, wenn Versichertenart „9“ und DMP-Teilnahme „9“

F12 Teil 3: DMP-Teilnahme

- 1 Diabetes mellitus Typ 2
- 2 Brustkrebs
- 3 koronare Herzkrankheit
- 4 Diabetes mellitus Typ 1
- 5 Asthma bronchiale
- 6 COPD
- 9 Auslandsversicherte

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

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 Schlüsselvergabestelle wird der Schlüssel 20 entsprechend dem Ergebnis der Prüfung fortgeschrieben (*siehe Anhang D zu Anlage 2*)

Schlüssel 21 Geschlecht

- m männlich
- w weiblich
- x unbestimmt

Na

Schlüssel 22 Leistungsbereich (116b)

F12 Leistungsbereiche nach § 116b SGB V

(in der ab dem 1.1.2012 geltenden Fassung)

| | | |
|--------|----------------|---|
| Ne | 1[A-I]0100 ff. | Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen |
| | 1A0100 | Onkologische Erkrankungen; Gastrointestinale Tumore und Tumore der Bauchhöhle |
| Na, Ne | 1A0200 | Onkologische Erkrankungen; gynäkologische Tumore [ohne Subspezialisierung (ab 1.10.2016)] |
| Ne | 1A0201 | Onkologische Erkrankungen, Mammakarzinom [ab 1.10.2016] |
| Ne | 1A0202 | Onkologische Erkrankungen, Subspezialisierung andere gynäkologische Tumore [ab 1.10.2016] |
| | ... | |
| | 2[A-N]0100 ff. | Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen |
| | 2A0100 | Tuberkulose; Tuberkulose und atypische Mykobakteriose |
| | ... | |
| Na | 2K0100 | Marfan-Syndrom |
| Ne | 2L0100 | pulmonale Hypertonie [ab 1.10.2016] |
| | ... | |
| | 3[A-B]0100 ff. | Hochspezialisierte Leistungen |
| | ... | |

Leistungsbereiche nach § 116b SGB V (alte Fassung)

| | |
|--------|--|
| 010100 | CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen |
| 010200 | Brachytherapie |
| 020100 | Mukoviszidose |
| 020200 | Gerinnungsstörungen (Hämophilie) |
| 020300 | Fehlbildungen, angeborenen Skelettsystemfehlbildungen und neuromuskulären Erkrankungen |
| 020301 | angeborenen Skelettsystemfehlbildungen |
| 020302 | Fehlbildungen |
| 020400 | schwerwiegende Immunologische Erkrankungen |
| 020600 | biliäre Zirrhose |
| 020700 | primär sklerosierende Cholangitis |
| 020800 | Morbus Wilson |
| 020900 | Transsexualismus |
| 021001 | angeborene Stoffwechselstörungen: Adrenogenitales Syndrom |
| 021002 | angeborene Stoffwechselstörungen: Hypothyreose |
| 021003 | angeborene Stoffwechselstörungen: Phenylketonurie |
| 021004 | angeborene Stoffwechselstörungen: Medium-Chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel |

| | |
|--------|---|
| | (MCAD-Mangel) |
| 021005 | angeborene Stoffwechselstörungen: Galactosaemie |
| 021100 | Marfan-Syndrom |
| 021200 | Pulmonale Hypertonie |
| 021300 | neuromuskuläre Erkrankungen |
| 021400 | Kurzdarmsyndrom |
| 021500 | Vor- und Nachbehandlung bei Lebertransplantation |
| 030101 | onkologische Erkrankungen: Gastrointestinale Tumore, Tumore der Bauchhöhle |
| 030102 | onkologische Erkrankungen: Tumore der Lunge und des Thorax |
| 030103 | onkologische Erkrankungen: Knochen- und Weichteil-Tumore |
| 030104 | onkologische Erkrankungen: Hauttumore |
| 030105 | onkologische Erkrankungen: Tumore des Gehirns und der peripheren Nerven |
| 030106 | onkologische Erkrankungen: Kopf- und Halstumore |
| 030107 | onkologische Erkrankungen: Tumore des Auges |
| 030108 | onkologische Erkrankungen: Gynäkologische Tumore |
| 030109 | onkologische Erkrankungen: Urologische Tumore |
| 030110 | onkologische Erkrankungen: Tumore des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung |
| 030111 | onkologische Erkrankungen: Tumore bei Kindern und Jugendlichen |
| 030200 | HIV/AIDS |
| 030300 | schwere Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen |
| 030301 | schwere Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen: Erwachsene |
| 030302 | schwere Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen: Kinder und Jugendliche |
| 030400 | schwere Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3–4) |
| 030500 | Tuberkulose |
| 030600 | Multiple Sklerose |
| 030700 | Anfallsleiden |
| 030800 | pädiatrische Kardiologie |
| 030900 | Frühgeborene mit Folgeschäden |
| 031000 | Querschnittslähmung bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen |

Schlüssel 23 PIA-Leistung

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

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

Schlüssel 24 Leistungsart

| | |
|--------|--|
| A1 | PIA Leistungsdokumentation gemäß Schlüssel 23 |
| A2 | Leistungsbereich der Behandlung nach § 116b SGB V gemäß Schlüssel 22 |
| A3 | geplante ambulante Operation ist nicht zustande gekommen |
| A4 | Dokumentation für Einrichtungen nach § 119 SGB V (soweit vereinbart) |
| F12 A5 | Dokumentation schwerer Verlaufsformen nach § 116b SGB V gemäß Schlüssel 28 |
| N A6 | Dokumentation schwerer Verlaufsformen nach § 116b SGB V gemäß Schlüssel 29 |

Hinweis:

Wird im Segment LEI der Schlüssel „A4“ angegeben, erfolgt die Angabe des Leistungsschlüssels entsprechend individueller Vereinbarung der Vertragspartner. Der Leistungstag wird, sofern vereinbart, angegeben. Bei der Übermittlung 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 |

Schlüssel 25 Teamebene (§ 116b)

F12

- 1 Teamleitung
- 2 Mitglied des Kernteams
- 3 Hinzugezogener Facharzt

Schlüssel 26 KV-Bezirk

F12

- 01 Schleswig-Holstein
- 02 Hamburg
- 03 Bremen
- 17 Niedersachsen
- 20 Westfalen-Lippe
- 38 Nordrhein
- 46 Hessen
- 51 Rheinland-Pfalz
- 52 Baden-Württemberg
- 71 Bayern
- 72 Berlin
- 73 Saarland
- 78 Mecklenburg-Vorpommern
- 83 Brandenburg
- 88 Sachsen-Anhalt
- 93 Thüringen
- 98 Sachsen

F12 Schlüssel 27 Fachgruppencode (§ 116b)

Stellen 8 und 9 der Fachgruppennummer/Teammitgliedsidentifikation:

- | | | |
|----|-----------|---|
| 01 | Hausarzt: | FA Allgemeinmedizin (alte (M-)WBO), kammerindividuell, EU-Ärzte FA Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt) |
| | Facharzt: | entsprechend dem Abrechnungsfachgebiet |
| 02 | Hausarzt: | Arzt; obsolet (ohne Facharzt-Weiterbildung ab 1986 bis 1991) Praktischer Arzt; obsolet (altes Recht vor 1987 bzw. EWG-Recht ab 86/457/EWG) |
| | Facharzt: | entsprechend dem Abrechnungsfachgebiet |
| 03 | Hausarzt: | FA Innere Medizin und SP gesamte Innere Medizin; kammerindividuell FA Innere Medizin; obsolet |
| 04 | | FA Anästhesiologie FA Anästhesiologie und Intensivtherapie; kammerindividuell, obsolet |
| 05 | | FA Augenheilkunde |
| 06 | | FA Allgemeine Chirurgie FA Chirurgie; obsolet |
| 07 | | FA Gefäßchirurgie TG Herz- und Gefäßchirurgie; neue Bundesländer, obsolet SP Gefäßchirurgie; obsolet |
| 08 | | FA Visceralchirurgie SP Visceralchirurgie; obsolet |
| 09 | | FA Kinderchirurgie TG Kinderchirurgie; obsolet |
| 10 | | FA Orthopädie und Unfallchirurgie FA Orthopädie; obsolet |
| 11 | | SP Unfallchirurgie; obsolet |
| 12 | | SP Rheumatologie (der ehemaligen Orthopädie); obsolet |
| 13 | | FA Plastische und Ästhetische Chirurgie FA Plastische Chirurgie TG Plastische Chirurgie; obsolet |
| 14 | | SP Thoraxchirurgie in der Chirurgie; obsolet TG Thorax- und Kardiovascularchirurgie, obsolet |
| 15 | | FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe |
| 16 | | SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin |
| 17 | | SP Gynäkologische Onkologie |
| 18 | | SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin |
| 19 | | FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde |
| 20 | | FA Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen FA Phoniatrie und Pädaudiologie; obsolet SP Phoniatrie und Pädaudiologie; obsolet TG Audiologie; neue Bundesländer, obsolet TG Phoniatrie; neue Bundesländer, obsolet |
| 21 | | FA Haut- und Geschlechtskrankheiten |
| 22 | | FA Humangenetik Fachwissenschaftler Genetik |
| 23 | Facharzt: | FA Innere Medizin und SP gesamte Innere Medizin; kammerindividuell FA Innere Medizin; obsolet |
| 24 | | FA Innere Medizin und SP Angiologie SP Angiologie; obsolet |

- 25 FA innere Medizin und SP Endokrinologie und Diabetologie
 SP Endokrinologie; obsolet
 SP Endokrinologie und Diabetologie; kammerindividuell, obsolet
 TG Diabetologie; neue Bundesländer, obsolet
- 26 FA Innere Medizin und SP Gastroenterologie
 FA Magenarzt; obsolet
 SP Gastroenterologie; obsolet
- 27 FA Innere Medizin und SP Hämatologie und Onkologie
 SP Hämatologie und internistische Onkologie; obsolet
 TG Hämatologie; obsolet
- 28 FA Innere Medizin und SP Kardiologie
 SP Kardiologie; obsolet
 TG Kardiologie und Angiologie; kammerindividuell, obsolet
- 29 FA Innere Medizin und SP Nephrologie
 SP Nephrologie; obsolet
 TG Nephrologie; obsolet
- 30 FA Innere Medizin und SP Pneumologie
 FA Lungenarzt; obsolet
 SP Pneumologie; obsolet
 TG Lungen- und Bronchialheilkunde; obsolet
- 31 FA Innere Medizin und SP Rheumatologie
 SP Rheumatologie; obsolet
- 32 FA Innere Medizin und SP Geriatrie; kammerindividuell
 SP Geriatrie; obsolet
- 33 SP Infektiologie; kammerindividuell, obsolet
 TG Infektions- und Tropenmedizin; neue Bundesländer, obsolet
- 34 Hausarzt: FA Kinder- und Jugendmedizin
 weitere Bezeichnungen: siehe unter Fachgruppencode 40
- 35 Hausarzt: SP Kinder-Hämatologie und -Onkologie
 TG Kinderhämatologie; neue Bundesländer, obsolet
- 36 Hausarzt: SP Kinder-Kardiologie
- 37 Hausarzt: SP Neonatologie
- 38 Hausarzt: SP Neuropädiatrie
 TG Kinderneuropsychiatrie; neue Bundesländer, obsolet
- 39 Hausarzt: SP Kinder-Pneumologie; kammerindividuell
 TG Kinder-Lungen- und Bronchialheilkunde; neue Bundesländer, obsolet
- 40 Facharzt: FA Kinder- und Jugendmedizin
 FA Arzt für Kinder- und Jugendmedizin; kammerindividuell, obsolet
 FA Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin; kammerindividuell, obsolet
 FA Kinderheilkunde; obsolet
 FA Kinder- und Jugendarzt; kammerindividuell, obsolet
 FA Kinder- und Jugendmedizin; kammerindividuell, obsolet
 SP Infektiologie; kammerindividuell, obsolet
 SP Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie; kammerindividuell
 TG Kinderdiabetologie; neue Bundesländer, obsolet
 SP Kinder-Gastroenterologie, kammerindividuell
 TG Kindergastroenterologie, neue Bundesländer, obsolet
 SP Kinder-Nephrologie; kammerindividuell
 TG Kinderneurologie; neue Bundesländer, obsolet
 TG Kinderrheumatologie; neue Bundesländer, obsolet

Na

- 41 Facharzt: SP Kinder-Hämatologie und -Onkologie
TG Kinderhämatologie; neue Bundesländer, obsolet
- 42 Facharzt: SP Kinder-Kardiologie
- 43 Facharzt: SP Neonatologie
- 44 Facharzt: SP Neuropädiatrie
TG Kinderneuropsychiatrie; neue Bundesländer, obsolet
- 45 Facharzt: SP Kinder-Pneumologie; kammerindividuell
TG Kinder-Lungen- und Bronchialheilkunde; neue Bundesländer, obsolet
- 46 Facharztbezeichnung aus dem Gebiet Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunktbezeichnung und Teilnahme an der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung
- 47 FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
FA Kinder- und Jugendpsychiatrie; obsolet
- 48 FA Laboratoriumsmedizin
TG Mikrobiologie; obsolet
Fachwissenschaftler Chemie und Labordiagnostik
- 49 FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
FA Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie; obsolet
FA Experimentelle und diagnostische Mikrobiologie; neue Bundesländer, obsolet
Fachzahnarzt für Mikrobiologie
- 50 FA Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
FA Kieferchirurgie; obsolet
Fachzahnarzt für Kieferchirurgie (§ 6 Abs. 1 BMV)
- 51 FA Nervenheilkunde; obsolet
FA Neurologie und Psychiatrie; obsolet
FA Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, kammerindividuell, obsolet
- 52 Neurochirurgie
- 53 FA Neurologie
- 54 FA Nuklearmedizin
- 55 FA Neuropathologie
TG Neuropathologie; obsolet
- 56 FA Pathologie
FA Pathologische Anatomie; kammerindividuell, obsolet
Fachwissenschaftler Zytologie/Histologie
- 57 FA Physikalische und Rehabilitative Medizin
FA Physiotherapie; neue Bundesländer, obsolet
- 58 FA Psychiatrie und Psychotherapie
FA Psychiatrie; obsolet
- 59 SP Forensische Psychiatrie
- 60 FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
FA Psychotherapeutische Medizin; obsolet
FA Psychotherapie; neue Bundesländer, obsolet
- 61 Psychotherapeutisch tätiger Arzt (Zusatzbezeichnung)
- 62 FA Radiologie (neue (M-)WBO)
FA Diagnostische Radiologie; obsolet
FA Radiologie (alte (M-)WBO); obsolet
FA Radiologische Diagnostik; obsolet
FA Strahlentherapie und Radiologische Diagnostik; obsolet
- 63 SP Kinderradiologie
- 64 SP Neuroradiologie
TG Neuroradiologie; obsolet

- 65 FA Strahlentherapie
TG Strahlentherapie; obsolet
- 66 FA Transfusionsmedizin
FA Blutspende- und Transfusionsmedizin; kammerindividuell, obsolet
- 67 FA Urologie
- 68 Psychologischer Psychotherapeut
- 69 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- 99 weitere Fachgruppen:
FA Anatomie
FA Arbeitsmedizin
FA Arbeitshygiene; neue Bundesländer, obsolet
FA Biochemie
FA Herzchirurgie
FA Thoraxchirurgie
SP Thoraxchirurgie in der Herzchirurgie; obsolet
SP Echokardiologie herznaher Gefäße; obsolet
FA Hygiene und Umweltmedizin
FA Hygiene; kammerindividuell, obsolet
FA Immunologie; neue Bundesländer, obsolet
FA Öffentliches Gesundheitswesen
FA Klinische Pharmakologie
FA Pharmakologie und Toxikologie
TG Klinische Pharmakologie; obsolet
FA Physiologie
FA Rechtsmedizin
FA Sozialhygiene; neue Bundesländer, obsolet
FA Sportmedizin; neue Bundesländer, obsolet
- Fachzahnärzte nach § 10a Abs. 1 BÄO, § 6 BMV (neue Bundesländer):*
Fachzahnarzt für theoretisch-experimentelle Medizin (§ 6 Abs. 2 BMV)
- Fachwissenschaftler der Medizin, § 7 BMV (neue Bundesländer):*
Fachbiologie der Medizin
Fachwissenschaftler Immunologie

Hinweis: Der Fachgruppencode bildet die Facharzt- und Schwerpunktkompetenz (FA, SP) gemäß der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer in Verbindung mit der jeweils gültigen Anlage 2 der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Absatz 7 SGB V ab.

F12 Schlüssel 28 Dokumentation schwerer Verlaufsformen – TNM (§ 116b)

In den ASV-Fällen, in denen die Diagnose der Erkrankung (ICD-Kode) alleine bereits den schweren Verlauf erkennen lässt („Im Regelfall schwere Verlaufsform“), ist keine Übermittlung ergänzender Dokumentationen erforderlich. Für Patienten mit einer „im Regelfall schweren Verlaufsform“ genügt die Übermittlung der ICD-10-GM-Codes.

In ASV-Fällen, in denen sich bei „Im Einzelfall schweren Verlaufsformen“ aus den übermittelten Diagnose(n) die schwere Verlaufsform der Erkrankung nicht bereits durch die Angabe der Diagnose(n) ergibt, muss zusätzlich eine die schwere Verlaufsform dokumentierende Angabe nach den folgenden Schlüsseln erfolgen.

Diese Angabe ist zu Beginn der Behandlung im Rahmen der ASV im ersten Behandlungsquartal von mindestens einem ASV-Berechtigten des Kernteams zu übermitteln. Sofern gemäß Konkretisierung ein Überweisungserfordernis vorliegt, ist diese Angabe, nach Ablauf der in der jeweiligen Anlage der ASV-RL vorgegebenen Frist, d.h. zu Beginn des neuen „ASV-Überweisungsfalls“ zu melden. Als Grundlage dient die internationale Klassifizierung von Tumorstadien (TNM) der „Union international contre le cancer“ (UICC).

Die hier abgebildeten Ausprägungen werden in einer einzigen 11-stelligen Ziffern- und Buchstabenkombination abgebildet [z.B. rT1N2M1G2R1]. Diese 11 Stellen werden wie folgt abgebildet:

| | | |
|---|----------------|---|
| N | 1. Stelle: | Rezidiv |
| | | 0 kein Rezidiv vorhanden |
| | | r Rezidiv vorhanden |
| | 2.–3 Stelle: | Tumorklassifikationen |
| | | T0 T0 nach TNM |
| | | T1 T1 nach TNM |
| | | T2 T2 nach TNM |
| | | T3 T3 nach TNM |
| | | T4 T4 nach TNM |
| | | TX TX oder Tis nach TNM |
| | 4.–5 Stelle: | Lymphknotenmetastasen |
| | | N0 N0 nach TNM |
| | | N1 N1 nach TNM |
| | | N2 N2 nach TNM |
| | | N3 N3 nach TNM |
| | | NX NX nach TNM |
| | 6.–7 Stelle: | Fernmetastasen |
| | | M0 M0 nach TNM |
| | | M1 M1 nach TNM |
| | 8.–9 Stelle: | Grading |
| | | G1 gut differenziert |
| | | G2 mäßig differenziert |
| | | G3 schlecht differenziert |
| | | G4 undifferenziert |
| | | GX Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden |
| | 10.–11 Stelle: | Residualtumor |
| | | R0 kein Residualtumor |
| | | R1 mikroskopischer Residualtumor |
| | | R2 makroskopischer Residualtumor, mikroskopisch nicht bestätigt |
| | | RX Vorhandensein von Residualtumor kann nicht beurteilt werden |

Hinweis: In den Fällen, in denen der TNM-Status als Nachweis für den schweren Verlauf gefordert ist, wird dieser vollständig übermittelt.

Schlüssel 29 Dokumentation schwerer Verlaufsformen – Progression (§ 116b)

N

In den ASV-Fällen, in denen die Diagnose der Erkrankung (ICD-Kode) alleine bereits den schweren Verlauf erkennen lässt („Im Regelfall schwere Verlaufsform“), ist keine Übermittlung ergänzender Dokumentationen erforderlich. Für Patienten mit einer „im Regelfall schweren Verlaufsform“ genügt die Übermittlung der ICD-10-GM-Codes.

In ASV-Fällen, in denen sich bei „im Einzelfall schweren Verlaufsformen“ aus den übermittelten Diagnose(n) die schwere Verlaufsform der Erkrankung nicht bereits durch die Angabe der Diagnose(n) ergibt, muss zusätzlich eine die schwere Verlaufsform dokumentierende Angabe nach dem folgenden Schlüssel erfolgen.

Diese Angabe ist im ersten Behandlungsquartal zu übermitteln, darüber hinaus bei Beginn eines neuen „ASV-Überweisungsfalls“.

Progression der Tumorerkrankung

- 0 keine Progression vorhanden
- 1 Progression vorhanden

Hinweis: In den Fällen, in denen die Progression als Nachweis für den schweren Verlauf gefordert ist, wird diese übermittelt.

F13 Schlüssel 30 Information PrüfvV [ab 1.1.2017]

nur Krankenkasseninformation KAIN

Einleitung des Prüfverfahrens (§ 4 PrüfvV)

- PF000 primäre Fehlbelegung
- SF000 sekundäre Fehlbelegung
- KP000 Kodierprüfung
- FV000 Fragen zur Voraussetzung bestimmter Maßnahmen
- KL000 Freitext bei Nennung anderer/weiterer Prüfgegenstände

Vorverfahren (§ 5 PrüfvV)

- FDK01 Aufforderung zum Falldialog
- FDK02 Annahme der Aufforderung zum Falldialog
- FDK03 Ablehnung eines Falldialogs
- FDK11 Aufforderung zur Verlängerung des Falldialogs
- FDK12 Annahme der Aufforderung zur Verlängerung des Falldialogs
- FDK13 Ablehnung der Verlängerung des Falldialogs
- FDK20 Erklärung über die Beendigung des Falldialogs
- BEK00 Beendigung des Prüfverfahrens aufgrund Datenkorrektur - MDK nicht notwendig

Durchführung MDK-Prüfung (§ 7 Abs. 2 PrüfvV)

- MDK10 Keine oder nicht vollständige Unterlagen an MDK mit Folge der Aufrechnung

Entscheidung der Krankenkasse nach MDK-Gutachten (§ 8 PrüfvV)

- MDK01 Leistungsrechtliche Entscheidung hat keine Beanstandung der Abrechnung als Ergebnis
- MDK02 Leistungsrechtliche Entscheidung hat Beanstandung der Abrechnung als Ergebnis

nur Information Krankenhaus INKA

Vorverfahren (§ 5 PrüfvV)

- FDI01 Aufforderung zum Falldialog
- FDI02 Annahme der Aufforderung zum Falldialog
- FDI03 Ablehnung eines Falldialogs
- FDI11 Aufforderung zur Verlängerung des Falldialogs
- FDI12 Annahme der Aufforderung zur Verlängerung des Falldialogs
- FDI13 Ablehnung der Verlängerung des Falldialogs
- FDI20 Erklärung über die Beendigung des Falldialogs

Nachverfahren (§ 9 PrüfvV)

- NVI01 Vorschlag eines Nachverfahrens, begründete Stellungnahme

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 | Kostenträgerdateien Informationsstrukturdaten | Ne |
| 9 | Datenflüsse | |
| 10 | Testverfahren | |

Anhang: Verschlüsselung, Struktur der Übertragungsdateien

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.
- Ne ~~(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.
- Ne (9) Datenträger mit personenbezogenen Daten sind nach der Datenübernahme unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorschriften ~~grundsätzlich zu löschen bzw. zu vernichten. 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.~~ Ne
- (2) ~~Grundsätzlich soll angestrebt werden, die~~ Die Datenübermittlung erfolgt per Datenfernübertragung (DFÜ) ~~als Übermittlungsart zu verwenden.~~ Soweit eine Datenfernübertragung aus technischen/wirtschaftlichen Gründen nicht realisiert werden kann, können ~~als vorübergehend 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.~~ Ne
- (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 66 303:2000-06 (Deutsche Referenzversion des 8-Bit-Code). Dieser Code enthält die Ziffern, die Groß- und Kleinbuchstaben, Sonderzeichen sowie nationale Buchstaben, so dass eine korrekte deutschsprachige Namensschreibung ermöglicht wird. F12
- (2) Wenn bei der übermittelnden Stelle die technischen Voraussetzungen für eine Verwendung des Codes nach Abschnitt 1 nicht vorhanden sind, kann der Code gemäß DIN 66 003 DRV (Deutsche Referenzversion des 7-Bit-Code) verwendet werden.
- (3) Alternativ kann der Zeichensatz ISO 8859-15 oder ISO 8859-1 genutzt werden. F12
- (4) Im Feld „Zeichensatz“ des Auftragsatzes ist der für die Nutzdaten verwendete Zeichensatz zu dokumentieren. F12
- (5) Eine Zeilenende-Markierung CR/LF (ASCII-Wert 13 = CR, ASCII-Wert 10 = LF) darf im Zeichenvorrat nicht verwendet werden.

4.1.1 Komprimierung

Die Daten können vor der Übermittlung komprimiert werden, wenn Absender und Empfänger dies vereinbaren. ~~Sobald~~ Dabei sollen ausschließlich genormte, ~~und~~ herstellerunabhängige ~~Komprimierungsverfahren vorhanden sind, sollten diese vorrangig verwendet werden.~~ Ne

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.
- Ne (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. Der Einsatz von MHS (X.400) endet zum 31.12.2017. Ab dem 1.1.2018 wird weiterhin FTAM unterstützt.
- Ne (4) Für die Realisierung der Transportfunktionen wird bis zum 31.12.2017 als Medium das ISDN der Telekom verwendet. Es können auch andere Medien und Techniken, z.B. DATEX-P, das analoge Fernsprechnetz 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. Spätestens ab dem 1.1.2018 werden als Übermittlungsmedium nur noch normierte Internetprotokolle verwendet.
- (5) Für jedes Transportmedium sind geeignete Mechanismen zur Zugriffskontrolle zu vereinbaren, um den Ansprechpartner zu identifizieren und authentifizieren.
- Ne (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 |
- Ne (3) Zur Verwendung des MHS-Dienstes bis 31.12.2017 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 Schicht 3-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) Die zu verwendenden Transportdienste nach OSI-Ebene 4 werden bei Nutzung des Internets durch das Transmission Control Protocol (TCP) gemäß RFC 793 u.a. definiert. Ne

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

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

- (1) Als Datenträger sind nach bilateraler Abstimmung nicht wiederbeschreibbare CDs, DVDs oder USB-basierte Medien zu verwenden. Ne
- (2) Erfolgt keine bilaterale Einigung auf eines der in Absatz 1 genannten Medien, sind nicht wiederbeschreibbare CDs zu verwenden. Ne

Ne 4.3.1 ~~CD-R Magnetbänder oder Magnetbandkassetten~~

- (1) ~~Es sind Recordable-CDs mit 12 cm Durchmesser gemäß ISO-9660 Standard und einer Datenkapazität von 650 MB oder 700 MB zu verwenden. 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) ~~Es dürfen sich mehrere Dateien auf einer CD-ROM befinden. Eine Datei darf sich nur über eine CD-ROM erstrecken. Auf die Kennsätze nach DIN wird deshalb verzichtet. Es sind die in Abschnitt 4.1.3 vereinbarten Regelungen einzuhalten. 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.~~
- (3) ~~Auf der CD dürfen keine Unterverzeichnisse eingerichtet werden. Alle auf dem Datenträger befindlichen Dateien müssen sich im Wurzelverzeichnis befinden.~~

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).~~

Ne 4.3.2 ~~DVD Disketten~~

- (1) ~~Zulässig sind DVD-R und DVD+R mit 12 cm Durchmesser, Typ DVD 5 mit max. 4,7 GB Speicherkapazität, im UDF. In Bezug auf Dateinamen ist der ISO-9660 Level 1 Standard zu verwenden. 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) ~~Es dürfen sich mehrere Dateien auf einer DVD befinden. Eine Datei darf sich nur über eine DVD erstrecken. Auf die Kennsätze nach DIN wird deshalb verzichtet. Es sind die in Abschnitt 4.1.3 vereinbarten Regelungen einzuhalten. Die Daten sind sowohl beim Absender als auch beim Empfänger mittels eines aktuellen Virus-Prüfprogramms zu prüfen.~~
- (3) ~~Auf der DVD dürfen keine Unterverzeichnisse eingerichtet werden. Alle auf der DVD befindlichen Dateien müssen sich im Wurzelverzeichnis befinden.~~

Ne 4.3.3 ~~USB-Speichermedien~~

- (1) ~~Zulässig sind alle bilateral vereinbarten Medien. Als Dateisystem sollte nur FAT32 verwendet werden.~~
- (2) ~~Es dürfen sich mehrere Dateien auf einem Speichermedium befinden. Eine Datei darf sich nur über ein Speichermedium erstrecken. Auf die Kennsätze nach DIN wird deshalb verzichtet. Es sind die in Abschnitt 4.1.3 vereinbarten Regelungen einzuhalten.~~
- (3) ~~Auf dem Speichermedium dürfen keine Unterzeichnisse eingerichtet werden. Alle auf dem Medium befindlichen Dateien müssen sich im Wurzelverzeichnis befinden.~~
- (4) ~~Im Einzelfall kann die Rückgabe der Speichermedien vereinbart werden.~~

Ne 4.3.4 ~~Transportsicherung~~

- (1) ~~Die Datenträger 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.
- (3) Die Übernahme der Daten ist dem Absender in geeigneter Form zu quittieren.

4.3.5 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:

UNA Trennzeichen-Vorgabe

| 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, Pluszeichen, 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~~ Datenlieferung können mehrere ~~Ne~~ 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++KRHxxxxxxxxx'

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 | Beispiel: AUFN:12:000:00 ab 1.1.2017 AUFN:13:000:00 |
| 0065 | an..6 | M | Nachrichtentyp-Kennung | AUFN, VERL, MBEG, RECH, ENTL, AMBO, ZGUT, [INKA, ab 1.1.2017] KOUB, ANFM, ZAHL, ZAAO, SAMU, [KAIN, ab 1.1.2017] oder FEHL |
| 0052 | an..3 | M | Versionsnummer des Nachrichtentyps | 12 [ab 1.1.2017: 13] |
| 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.

Nachrichtlich: 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 Geschäftsvorfalls | 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 Aufnahme diagnose 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 des Geschäftsvorfalles 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 (Zahlung bereits erfolgt) | 5. Stornierung (Zahlung noch nicht erfolgt) |
| 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

Ne ist damit zu rechnen, dass bei einer manuellen Datenerfassung (z. B. bei Nichtvorlage der ~~Krankenversichertenkarte/eGK~~) fehlerhafte Angaben übermittelt werden. Andererseits können Änderungen bei Versichertendaten auftreten, auf die die Krankenkasse noch nicht mit der Ausgabe einer neuen ~~Krankenversichertenkarte/eGK~~ 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.

Ne 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 Kostenträgerdateien ~~Informationsstrukturdaten~~

Ne

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~~ Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene haben sich auf ein einheitliches Format geeinigt, in dem sie kassenartenbezogen ihre Kostenträgerdaten an die Deutsche Krankenhausgesellschaft übermitteln. Das Format der Kostenträgerdateien wird in einer separaten Spezifikation („Informationsstrukturdaten Kostenträger“) beschrieben. Die Kostenträgerdateien sowie die Spezifikation werden vom GKV-Spitzenverband auf www.gkv-datenaustausch.de zum Download bereitgestellt.

Die Datei enthält neben den Institutionskennzeichen der ~~Krankenversichertenkarten~~/elektronischen Gesundheitskarten 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 (alt), § 116b (neu), § 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 (alt), § 116b (neu), § 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 Datenan-nahme 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 Vorprüf-stelle 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: 03681/450 87 658 ~~0921/288 485~~, Fax: 0180 2 471002421 ~~0291/288 124 85~~

Ne

IK: 108310400 AOK Bayern

Sternplatz 7, 01067 Dresden

Telefon: 03681/450 87 658, Fax: 0180 2 471002421

IK: 107299005 AOK-Plus (Sachsen)

Sternplatz 7, 01067 Dresden

~~Telefon: 0921/288 485, Fax: 0921/288 124 85~~

Ne

oder Telefon: 03681/450 87 658, Fax: 0180 2 471002421

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)

Na hkk Handelskrankenkasse (Vorprüfung: bei BITMARCK SERVICE GMBH)

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

T-Systems International GmbH

für Datenträgerannahme: Postfach 100341, 64203 Darmstadt

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

2 Annahme- und Vorprüfstellen (mit Entschlüsselungsberechtigung)

BITMARCK SERVICE GMBH Lindenallee 6–8, 45127 Essen

Betriebskrankenkassen

ohne BKK Mobil Oil (IK: 102193212)

Ne ohne VIACTIV Krankenkasse ~~BKK vor Ort~~ (IK: 102193234)

Mobil ISC GmbH Raiffeisenstr. 12, 31275 Lehrte, Telefon 05132 83051-41

Ne IK: 102193212 BKK Mobil Oil (~~ab 1.4.2013~~)

Ne IK: 102193234 VIACTIV Krankenkasse ~~BKK vor Ort~~ (~~ab 1.1.2014~~)

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

Nc 1 Annahmestelle ([ab 1.4.2016: ~~ohne~~ mit] Entschlüsselungsberechtigung)

BITMARCK SERVICE GMBH Lindenallee 6-8, 45127 Essen

Nc 2 Vorprüfstellen

Knappschaft und BITMARCK SERVICE GMBH

9.1.6 Landwirtschaftliche Krankenkassen

1 Annahmestelle (ohne Entschlüsselungsberechtigung)

1 Vorprüfstelle

Annahmestelle [ab 1.4.2016: ~~der Knappschaft und~~ der landwirtschaftlichen Krankenkassen:

Nc

T-Systems International GmbH

für Datenträgerannahme:

Postfach 100341, 64203 Darmstadt

für DFÜ:

0800 / 3324785 (DAV-Hotline) (dort wird die aktuelle DFÜ-
Telefonnummer bekanntgegeben)

10 Testverfahren

- Ne ~~Regelungen für ein flächendeckendes Verfahren werden zur Zeit im Rahmen einer zentral koordinierten Pilotphase (Datenaustausch zwischen einigen Krankenhäusern und Krankenkassen) erarbeitet. Bei Neuaufnahme des Datenaustauschs kann zwischen den Beteiligten ein Testverfahren bilateral vereinbart werden.~~

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
 - 1.2.10 Information Krankenhaus
 - 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
 - 1.3.7 Krankenkasseninformation
 - 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 Abrechnung psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen gemäß BpflV (bei Anwendung § 17d KHG)
 - 1.4.10 Externe Aufenthalte mit Abwesenheiten über Mitternacht bei Versicherten in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen (BpflV)
 - 1.4.11 Beispiele für Verlegungsfälle
- 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
 - Anhang D Verwendung von Verarbeitungskennzeichen und laufender Nummer des Geschäftsvorfalles

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 Fehlnachricht der Stufe 1 (FEHL) wird in der neuen Nachrichtenversion übermittelt. ~~In einer Sammelüberweisung dürfen nur Rechnungen einer Nachrichtenversion zusammengefasst werden.~~ Eine Zusammenfassung von Rechnungen unterschiedlicher Nachrichtenversionen in einer Sammelüberweisung ist möglich, sofern zwischen den Nachrichtenversionen keine strukturellen Unterschiede in den übermittelten Segmenten der Nachricht SAMU bestehen.

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-Ver einbarung bestehenden Übermittlungsfristen.

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 Operation | siehe Vereinbarung nach § 115b SGB V, Festlegung der Spitzenverbände der Krankenkassen zu § 116b SGB V (Kapitel 1.2.8) 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 medizinische 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 Aufnahme von Patienten in Verbindung mit einem Arbeitsunfall (einschließlich „Wegeunfall“) ist der Aufnahmegrund 3.–4. Stelle „02“ zu verwenden. Wird statt dessen „07“ (Notfall) verwendet, ist eine Ablehnung der Leistungspflicht über den Kostenübernahmesatz mit dem Merkmal Kostenübernahme „05“ (Ablehnung, Unfallversicherung zuständig) möglich.

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 dem 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 *Entgelt-schlüssel* „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 wer-

den 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 Entgeltsschlüssel „B6200005“ 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 des § 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 Zwischenrechnungen 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. Belastungserprobungen, Beurlaubungen), die während eines Behandlungsfalles bei BpflV-Krankenhäusern (BpflV bei Anwendung des § 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 Vergütungsklassen 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.

Schlussrechnungen von Krankenhäusern, die das Vergütungssystem nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes anwenden, werden entsprechend der BpflV und den zugehörigen Abrechnungsbestimmungen (PEPPV) 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* (zur Teilzahlungskorrektur bei Schlussrechnung) sind jeweils im Datenelement „Entgeltbetrag“ als tagesbezogener Einzelbetrag auszuweisen. Zur Abbildung unterschiedlich hoher Teilzahlungsbeträge (u.a. § 1 Abs. 9 Satz 2 PEPPV) innerhalb des Krankenhauses dient die behandelnde Fachabteilung.

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 Behandlungsepisode 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: | 10.01.2015 |
| Tag mit vollständiger Abwesenheit: | 25.01.2015 |
| Entlassung vollstationär: | 03.02.2015 |
| Basisentgeltwert (BEW, fiktiver Wert): | 250,00€ |
| Teilzahlungsentgelt (AD100001, AD100002): | 300,00€ |

Das Gruppieren bei Entlassung ergibt das PEPP „PA01A“ (2015-Vergütungsklasse bis maximal 10 bei insgesamt 24 Berechnungstagen = 1,0424 Bewertungsrelation (BWR)/Tag).

Erste Zwischenrechnung am 20.1.2015, ENT-Segment (über 3.000 Euro):

| | |
|----------------------|------------|
| Entgeltart: | AD100001 |
| Entgeltbetrag: | 300,00 |
| Abrechnung von: | 10.01.2015 |
| Abrechnung bis: | 19.01.2015 |
| Entgeltanzahl: | 10 |
| REC-Rechnungsbetrag: | 3000,00 |

Zweite Zwischenrechnung am 30.1.2015, ENT-Segment (über 2.700 Euro):

| | |
|----------------------------------|------------|
| Entgeltart: | AD100001 |
| Entgeltbetrag: | 300,00 |
| Abrechnung von: | 20.01.2015 |
| Abrechnung bis: | 29.01.2015 |
| Entgeltanzahl: | 9 |
| Tage ohne Berechnung/Behandlung: | 1 |
| REC-Rechnungsbetrag: | 2700,00 |

Schlussrechnung am 4.2.2015 (über 554,40 Euro nach Verrechnung der Teilzahlungen):

1. ENT-Segment:

| | |
|----------------------|------------|
| Entgeltart: | A1PA01AA |
| Entgeltbetrag: | 260,60 |
| Abrechnung von: | 10.01.2015 |
| Abrechnung bis: | 03.02.2015 |
| Entgeltanzahl: | 24 |
| Tage ohne Berechnung | 1 |

2. ENT-Segment:

| | |
|----------------------------------|------------|
| Entgeltart: | AD100002 |
| Entgeltbetrag: | 300,00 |
| Abrechnung von: | 10.01.2015 |
| Abrechnung bis: | 29.01.2015 |
| Entgeltanzahl: | 19 |
| Tage ohne Berechnung/Behandlung: | 1 |
| REC-Rechnungsbetrag: | 554,40 |

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

| | |
|---|------------|
| Aufnahme vollstationär: | 10.01.2015 |
| Tag mit vollständiger Abwesenheit: | 25.01.2015 |
| Entlassung vollstationär: | 10.02.2015 |
| Basisentgeltwert (BEW, fiktiver Wert): | 250,00€ |
| Teilzahlungsentgelt (AD100001, AD100002): | 300,00€ |

Das Gruppieren bei Entlassung ergibt das PEPP „PA01A“ (2015-Vergütungsklasse bis maximal 10 bei insgesamt 31 Berechnungstagen = 1,0424 Bewertungsrelation (BWR)/Tag.

Erste Zwischenrechnung am 20.1.2015, ENT-Segment (über 3.000 Euro):

| | |
|----------------------|------------|
| Entgeltart: | AD100001 |
| Entgeltbetrag: | 300,00 |
| Abrechnung von: | 10.01.2015 |
| Abrechnung bis: | 19.01.2015 |
| Entgeltanzahl: | 10 |
| REC-Rechnungsbetrag: | 3000,00 |

Zweite Zwischenrechnung am 30.1.2015, ENT-Segment (über 2.700 Euro):

| | |
|----------------------------------|------------|
| Entgeltart: | AD100001 |
| Entgeltbetrag: | 300,00 |
| Abrechnung von: | 20.01.2015 |
| Abrechnung bis: | 29.01.2015 |
| Entgeltanzahl: | 9 |
| Tage ohne Berechnung/Behandlung: | 1 |
| REC-Rechnungsbetrag: | 2700,00 |

Dritte Zwischenrechnung am 9.2.2015, ENT-Segment (über 3.000 Euro):

| | |
|-----------------|------------|
| Entgeltart: | AD100001 |
| Entgeltbetrag: | 300,00 |
| Abrechnung von: | 30.01.2015 |

| | |
|----------------------|------------|
| Abrechnung bis: | 08.02.2015 |
| Entgeltanzahl: | 10 |
| REC-Rechnungsbetrag: | 3000,00 |

Die Schlussrechnung am 10.2.2015 ergäbe ohne Berücksichtigung der Teilzahlungen in Höhe von insgesamt 8.700 Euro einen geringeren Rechnungsbetrag von 8.078,60 Euro. Die drei Zwischenrechnungen (Teilzahlungen) müssen daher storniert werden:

- Rechnungsstorno erste Zwischenrechnung vor Schlussrechnung am 10.2.2015
- Rechnungsstorno zweite Zwischenrechnung vor Schlussrechnung am 10.2.2015
- Rechnungsstorno dritte Zwischenrechnung vor Schlussrechnung am 10.2.2015

Schlussrechnung am 10.2.2015:

ENT-Segment (über 8.078,60 Euro):

| | |
|---------------------------------|------------|
| Entgeltart: | A1PA01AA |
| Entgeltbetrag: | 260,60 |
| Abrechnung von: | 10.01.2015 |
| Abrechnung bis: | 10.02.2015 |
| Entgeltanzahl: | 31 |
| Tage ohne Berechnung/Behandlung | 1 |

In den REC-Rechnungsbetrag geht die Summe von 8.078,60 Euro (zzgl. evtl. abrechenbarer Zuschläge) ein.

Definition: Ein PEPP ergibt entsprechend den im Katalog ausgewiesenen Vergütungsklassen eine PEPP-Entgeltart je Fall. Bei der Abrechnung von PEPP wird in den Datenfeldern *Abrechnung von* bzw. *Abrechnung bis* (Segment „ENT“) der kalendarische Beginn bzw. das Ende der Behandlung (inklusive Entlassungstag) angegeben. Im Datenfeld *Entgeltanzahl* wird die Anzahl der Berechnungstage in der PEPP-Vergütungsklasse angegeben. *Tage ohne Berechnung/Behandlung* sind die Tage, die nicht vergütet werden (z.B. Tage der vollständigen Abwesenheit). Der tagesbezogene Entgeltbetrag für eine PEPP-Entgeltart wird ermittelt, indem die Bewertungsrelation nach Anlage 1a oder 2a des PEPP-Katalogs für die (nach Anzahl der Berechnungstage) maßgebliche Vergütungsklasse 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. Ist die Anzahl an Berechnungstagen größer als die für die relevante PEPP letzte ausgewiesene Vergütungsklasse im Katalog, wird für die Abrechnung die Bewertungsrelation der letzten ausgewiesenen Vergütungsklasse verwendet.

Beispiel C Abrechnung von ergänzenden Tagesentgelten

| | |
|---------------------------|------------|
| Aufnahme vollstationär: | 14.01.2015 |
| 1:1 Betreuung (ET01): | 16.01.2015 |
| 1:1 Betreuung (ET01): | 21.01.2015 |
| Entlassung vollstationär: | 24.01.2015 |

Das Gruppieren bei Entlassung ergibt das PEPP „PA01A“ (2015-Vergütungsklasse = 10 bei 1,0424 Bewertungsrelation (BWR)/Tag). Darüber hinaus ist das ergänzende Tagesentgelt „ET01.01“ (BWR 1,1613) zusätzlich zu PEPP „PA01A“ an den Tagen 16.01.2015 und 21.01.2015 abrechenbar.

1. *ENT-Segment:*

| | |
|-----------------|------------|
| Entgeltart: | A1PA01AA |
| Entgeltbetrag: | 260,60 |
| Abrechnung von: | 14.01.2015 |
| Abrechnung bis: | 24.01.2015 |
| Entgeltanzahl: | 11 |

2. *ENT-Segment:*

| | |
|-----------------|------------|
| Entgeltart: | CET0101 |
| Entgeltbetrag: | 290,33 |
| Abrechnung von: | 16.01.2015 |
| Abrechnung bis: | 16.01.2015 |
| Entgeltanzahl: | 1 |

3. ENT-Segment:

| | |
|-----------------|------------|
| Entgeltart: | CET0101 |
| Entgeltbetrag: | 290,33 |
| Abrechnung von: | 21.01.2015 |
| Abrechnung bis: | 21.01.2015 |
| Entgeltanzahl: | 1 |

Es sind 3 ENT-Segmente tagesgenau zu übermitteln. In den REC-Rechnungsbetrag geht die Summe von 3.447,26 Euro (zzgl. evtl. abrechenbarer Zuschläge) ein.

N Beispiel D Abrechnung von ergänzenden Tagesentgelten

| | |
|---------------------------|------------|
| Aufnahme vollstationär: | 14.01.2015 |
| 1:1-Betreuung (ET01) | 16.01.2015 |
| 1:1-Betreuung (ET01) | 17.01.2015 |
| 1:1-Betreuung (ET01) | 21.01.2015 |
| Entlassung vollstationär: | 24.01.2015 |
| BEW (fiktiver Wert) | 250,00 |

Das Gruppieren bei Entlassung ergibt das PEPP „PA01A“ (2015-Vergütungsklasse = 10 bei 1,4024 Bewertungsrelation (BWR)/Tag). Darüber hinaus ist das ergänzende Tagesentgelt „ET01.01“ (BWR 1,1613) zusätzlich zu PEPP „PA01A“ an den Tagen 16.01.2015, 17.01.2015 und 21.01.2015 abrechenbar.

1. ENT-Segment:

| | |
|-----------------|------------|
| Entgeltart: | A1PA01AB |
| Entgeltbetrag: | 260,60 |
| Abrechnung von: | 14.01.2015 |
| Abrechnung bis: | 24.01.2015 |
| Entgeltanzahl: | 11 |

2. ENT-Segment:

| | |
|-----------------|------------|
| Entgeltart: | CET0101 |
| Entgeltbetrag: | 290,33 |
| Abrechnung von: | 16.01.2015 |
| Abrechnung bis: | 17.01.2015 |
| Entgeltanzahl: | 2 |

3. ENT-Segment:

| | |
|-----------------|------------|
| Entgeltart: | CET0101 |
| Entgeltbetrag: | 290,33 |
| Abrechnung von: | 21.01.2015 |
| Abrechnung bis: | 21.01.2015 |
| Entgeltanzahl: | 1 |

Die zusammenhängend liegenden Tage mit ergänzenden Tagesentgelten können in einem zusammenhängenden ENT-Segment zusammengefasst werden. In den REC-Rechnungsbetrag geht die Summe von 3.737,59 Euro (zzgl. evtl. abrechenbarer Zuschläge) ein.

N Beispiel E Abrechnung von ergänzenden Tagesentgelten

| | | |
|---|------------|-------------------|
| Aufnahme vollstationär: | 14.01.2015 | |
| Intensivbehandlung 3–4 Merkmale (ET02.01) | 14.01.2015 | (aus Segment FAB) |
| 1 Tag mit vollständiger Abwesenheit | 18.01.2015 | (aus FAB = 0003) |
| Intensivbehandlung 4–5 Merkmale (ET02.02) | 21.01.2015 | (aus Segment FAB) |
| Entlassung vollstationär: | 24.01.2015 | |
| BEW (fiktiver Wert) | 250,00 | |

Das Gruppieren bei Entlassung ergibt das PEPP „PA01A“ (2015-Vergütungsklasse = 10 bei 1,0424 Bewertungsrelation (BWR)/Tag). Darüber hinaus ist das ergänzende Tagesentgelt „ET02.01“ (BWR 0,1898 je Tag) zusätzlich zu PEPP „PA01A“ an den Tagen 14.–17.01.2015 (4x) und 19.–20.01.2015 (2x) und das ergänzende Tagesentgelt „ET02.02“ (BWR 0,2355) vom 21.–24.01.2015 (4x) abrechenbar.

| | |
|---------------------------------|------------|
| <i>1. ENT-Segment:</i> | |
| Entgeltart: | A1PA01AA |
| Entgeltbetrag: | 260,60 |
| Abrechnung von: | 14.01.2015 |
| Abrechnung bis: | 24.01.2015 |
| Entgeltanzahl: | 10 |
| Tage ohne Berechnung/Behandlung | 1 |

| | |
|---------------------------------|------------|
| <i>2. ENT-Segment:</i> | |
| Entgeltart: | CET0201 |
| Entgeltbetrag: | 47,45 |
| Abrechnung von: | 14.01.2015 |
| Abrechnung bis: | 20.01.2015 |
| Entgeltanzahl: | 6 |
| Tage ohne Berechnung/Behandlung | 1 |

| | |
|------------------------|------------|
| <i>3. ENT-Segment:</i> | |
| Entgeltart: | CET0202 |
| Entgeltbetrag: | 58,88 |
| Abrechnung von: | 21.01.2015 |
| Abrechnung bis: | 24.01.2015 |
| Entgeltanzahl: | 4 |

In den REC-Rechnungsbetrag geht die Summe von 3.126,22 Euro (zzgl. evtl. abrechenbarer Zuschläge) ein.

Die Tage mit ergänzenden Tagesentgelten können in einem zusammenhängenden ENT-Segment zusammengefasst werden, da durch die Angabe der „Tage ohne Berechnung/Behandlung“ (FAB: 0003) die Tage der ET ermittelt werden können. Ein ET mit einem OPS, das einen Wochenbezug aufweist (z.B. Merkmale pro Woche) ist mit jedem Tag der Gültigkeit des OPS abrechenbar. Die Gültigkeit des OPS wird dem „Operationstag“ im FAB-Segment (Entlassungsanzeige) entnommen (der Gültigkeitszeitraum ergibt sich aus dem Operationstag aus FAB und dem Datum eines anderen OPS bzw. einer Entlassung). Tage ohne Berechnung/Behandlung sind in dem Feld „Tage ohne Berechnung/Behandlung“ zu dokumentieren.

Beispiel F Abrechnung bei unterjährigem Budgetabschluss

N

| | |
|--|------------|
| Aufnahme vollstationär: | 22.09.2015 |
| Entlassung vollstationär: | 07.10.2015 |
| BEW (fiktiver Wert) vor dem 01.10.2015 | 400,00 |
| BEW (fiktiver Wert) ab dem 01.10.2015 | 405,00 |

Das Gruppieren bei Entlassung ergibt das PEPP „PA02B“ (2015-Vergütungsklasse = 16 bei 1,0623 BWR/Tag.

| | |
|------------------------|------------|
| <i>1. ENT-Segment:</i> | |
| Entgeltart: | A1PA02BG |
| Entgeltbetrag: | 424,92 |
| Abrechnung von: | 22.09.2015 |
| Abrechnung bis: | 30.09.2015 |
| Entgeltanzahl: | 9 |

| | |
|------------------------|------------|
| <i>2. ENT-Segment:</i> | |
| Entgeltart: | A1PA02BG |
| Entgeltbetrag: | 430,23 |
| Abrechnung von: | 01.10.2015 |
| Abrechnung bis: | 07.10.2015 |
| Entgeltanzahl: | 7 |

In den REC-Rechnungsbetrag geht die Summe von 6.835,89 Euro (zzgl. evtl. abrechenbarer Zuschläge) ein.

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 Rechnungssatzen (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 1.2.6 (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.

F12 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*). Bei vollstationären Fällen sind die Felder: *Abrechnung von* mit dem Aufnahmetag und *Abrechnung bis* mit dem Entlassungs-/Verlegungstag –1 Tag zu füllen (bei Eintagesfällen sind *Abrechnung von* mit dem Aufnahmetag und *Abrechnung bis* mit dem Entlassungs-/Verlegungstag zu füllen; bei teilstationären Fällen sind die Felder *Abrechnung von* mit dem Aufnahmetag und *Abrechnung bis* mit dem Entlassungs-/Verlegungstag zu füllen). 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 (s. „Vereinbarung über die Durchführungsbestimmungen zur Aufwandsersatzung 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 Behandlungszeitraum 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 *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.

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 und den Deutschen Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik 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.

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

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 oder geändert und ein erneuter Rechnungssatz übermittelt werden.

BPfIV (bei Anwendung des § 17d KHG)

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

1.2.8 Rechnungssatz Ambulante Operation

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

§ 115b SGB V Ambulante Operationen im Krankenhaus

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.

Das Segment ZLG entfällt bei ambulanten Krankenhausbehandlungen (Rechnungssatz und Zahlungssatz Ambulante Operation, siehe aber Abschnitt 1.2.8.3).

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 (der Aufwandspauschale) sind wie folgt zu realisieren: es ist mit dem Verarbeitungskennzeichen „10“ (Normalfall), Rechnungsart „04“ (Gutschrift/Stornierung) mit um 1 erhöhter laufender Nummer des Geschäftsvorfalles 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 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 Honorar-/Investitionskosten-summe für Pauschale enthalten* mit „f“ zu kennzeichnen. Zur Berechnung der Felder *Honorar-/Investitionskosten-summe (für Pauschale)* und *Pauschale* siehe Anlage 5 Abschnitt 2 Segment REC Nr. 9 und 10. Die Summe der ENA-Entgeltwerte (Entgeltbetrag × Entgeltanzahl) wird im Feld *Honorar-/Investitionskosten-summe (für Pauschale)* ausgewiesen (ggf. wird die *Honorar-/Investitionskosten-summe (für Pauschale)* um die „honorarsummenrelevanten Anteile“ erhöht, die über EZV (Einzelvergütung × Anzahl) 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 *Honorar-/Investitionskosten-summe (für Pauschale)* eingerechnet, daher muss das Feld *in Honorar-/Investitionskosten-summe 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 (Auszug):

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 ' *
 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 '
 EZV+10,00+05+Pauschale+10,00 ' **
 EZV+10,00+06+Pauschale+5,00 ' **

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

** „Honorarsummenrelevanter Anteil“ EZV in „Honorarsumme (für Pauschale)“ enthalten, Summe: EUR 15,00

Nicht berücksichtigt in „Honorarsumme (für Pauschale)“:

ärztliche Leistung:

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

Kostenpauschale nach Kapitel 40 des EBM:

GOP 40750 Kostenpauschale für Sachkosten im Zusammenhang mit Arthroskopieleistungen nach den GOP 31141 + 31142; EUR 122,00

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

Honorarsumme (für Pauschale): EUR 256,01 [= 241,01 + 15,00]

Pauschale: EUR 17,92 [= 256,01 × 0,07]

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 Kostenträger-zuordnung 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.

§ 116b (alt) SGB V Abrechnung aufgrund weitergeltender Bestimmungen in der bis zum 31.12.2011 geltenden Fassung gemäß § 116b Abs. 8 SGB V

Die Abrechnung von ambulanten Behandlungen nach § 116b Abs. 2 SGB V erfolgt ebenso wie ambulante Operationen mit dem Nachrichtentyp „Rechnungssatz Ambulante Operation“. Alle Informationen an die Krankenkasse werden 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 Medizinische Begründungen und deren Anforderung in Verbindung mit dem Nachrichtentyp „AMBO“ unzulässig. Das Segment ZLG entfällt bei ambulanten Krankenhausbehandlungen (Rechnungssatz und Zahlungssatz Ambulante Operation, siehe aber Abschnitt 1.2.8.3). Die Berücksichtigung von Rechnungen für ambulante Operationen in Sammelüberweisungen ist zulässig. Das Verarbeitungskennzeichen im FKT-Segment ist hierbei mit „16“ Normalfall (Leistungen nach § 116b Abs. 2 SGB V) bzw. „12“ (Ambulante Abrechnung nach § 116b SGB V statt stationäre Abrechnung) 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.

Der Leistungsbereich der Behandlung ist vom Krankenhaus in einem LEI-Segment nach Schlüssel 22 anzugeben (siehe gesonderte Leistungsschlüssel für § 116b (alt)). 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. 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.

§ 116b Abrechnung von Leistungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung

F12

Die Abrechnung von ambulanten spezialfachärztlichen Behandlungen nach § 116b Abs. 2 SGB V (in der Fassung ab dem 1.1.2012) erfolgt mit dem Nachrichtentyp „Rechnungssatz Ambulante Operation“ für Behandlungen ab dem 1.1.2015 in der Nachrichtenversion 12.

Alle Informationen an die Krankenkasse werden 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 Medizinische Begründungen und deren Anforderung in Verbindung mit dem Nachrichtentyp „AMBO“ unzulässig. Das Segment ZLG entfällt bei ambulanter spezialfachärztlicher Behandlung (Rechnungssatz und Zahlungssatz Ambulante Operation, siehe aber Abschnitt 1.2.8.3). Die Berücksichtigung von Rechnungen für ambulante Operationen in Sammelüberweisungen ist zulässig. Die Übermittlung von Zwischen- oder Nachtragsrechnungen ist nicht zulässig.

Das Verarbeitungskennzeichen im FKT-Segment ist hierbei mit „13“ Normalfall, (spezialfachärztliche Leistungen nach § 116b SGB V) anzugeben, um die Prüfungen nach dem Leistungskatalog nach § 115b SGB V in den Krankenkassenfachverfahren auszuschalten (Verarbeitungskennzeichen „43“ für Fallstorno). Die Diagnoseangaben werden durch die Angabe eines Kennzeichens für die Diagnosesicherheit ergänzt.

Der Leistungsbereich der Behandlung ist vom Krankenhaus in einem LEI-Segment nach Schlüssel 22 anzugeben. Das Datenfeld *Leistungsart* wird mit der Ausprägung „A2“ (Leistungsbereich der Behandlung nach § 116b SGB V gemäß Schlüssel 22) des Schlüssels 24 angegeben. Die Ausprägung erfolgt anhand der neu geschaffenen Leistungsbereichsziffern (Leistungen nach § 116b SGB V in der ab dem 1.1.2012 geltenden Fassung), der entsprechend fortgeschrieben wird. Die Angabe des Leistungstages entfällt. Für die Nutzung und Bedruckung von Verordnungen und Vordrucken gilt die ASV-AV in ihrer jeweils geltenden Fassung. Sofern gemäß G-BA-Konkretisierung des angegebenen Leistungsbereiches zusätzlich die Dokumentation einer schweren Verlaufsform

erforderlich ist, erfolgt diese durch zusätzliche Angabe von weiteren Datenfeldern *Leistungsart* (Schlüssel 24) mit den Ausprägung „A5“ (Dokumentation schwerer Verlaufsformen nach § 116b (neu) gemäß Schlüssel 28 – TNM) und „A6“ (Dokumentation schwerer Verlaufsformen nach § 116b (neu) gemäß Schlüssel 29 – Progression) und der Angabe der Schlüsselausprägung gemäß Schlüssel 28 und 29.

N Ambulante spezialfachärztliche Leistungen, die erkrankungs- und leistungsbezogen gemäß Abschnitt 2 des Appendix der jeweiligen Konkretisierung aufgeführt sind und für die die Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM) gemäß § 116b Abs. 6 Satz 9 SGB V noch nicht durch den Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 5a SGB V erfolgt ist, werden gemäß Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V vom 20.6.2014 vorübergehend durch anderweitige Gebührenpositionen vergütet. Hierzu werden diese in ENA im Feld *Entgeltart* an den ersten drei Stellen mit „000“ und an der 4.–8. Stelle mit der 5-stelligen Pseudoziffer gemäß Anlage 5 ASV-AV übermittelt. Im Feld *Abrechnungsbegründung* erfolgt die Angabe der den Leistungen des Abschnitts 2 des Appendix entsprechenden Leistungen des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ. Der Investitionskostenabschlag gemäß § 116b Abs. 6 Satz SGB V findet ebenfalls Anwendung.

N Leistungsbereich „Tuberkulose und atypische Mykobakteriose“:

Bei der Abrechnung von Kontaktpersonen mit Tuberkulose ist im Segment Behandlungsdiagnose (BDG) der ICD-Code Z20.1 (Kontakt mit und Exposition gegenüber Tuberkulose) anzugeben. Dabei stellt jede Kontaktperson einen eigenen Fall dar, die Abrechnung erfolgt über die (eigene) Krankenkasse der jeweiligen Kontaktperson. Bei Kontaktpersonen besteht kein Überweisungserfordernis.

F12 Investitionskostenabschlag gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V:

[zum 1.1.2016 aufgehoben durch Artikel 6 Nr. 12a KHSG vom 20.12.2015] Der Investitionskostenabschlag für öffentlich geförderte Krankenhäuser bei ASV-Patienten wird wie folgt ermittelt und ausgewiesen:

1. ENA: Entgeltarten, die für die Berechnung des Investitionskostenabschlags gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V herangezogen werden, sind in ENA im Feld *in Honorar-/Investitionskosten-summe für Pauschale enthalten* mit „A“ zu kennzeichnen.
2. REC: Im Feld *Honorar-/Investitionkostensumme (für Pauschale)* wird die Summe der ENA-Entgelte (*Entgeltbetrag × Entgeltanzahl*), die gemäß Nr. 1 eine Kennzeichnung „A“ enthalten, ausgewiesen.
3. REC: Der Betrag in *Honorar-/Investitionkostensumme (für Pauschale)* wird ggf. um die EZV-Summe des Feldes *Honorarsummen-/Investitionskostenrelevanter Anteil* in EZV (jeweils *Einzelvergütung × Anzahl*) erhöht.
4. Der Betrag in *Honorar-/Investitionkostensumme (für Pauschale)* dient als Berechnungsgrundlage für den 5%igen Investitionskostenabschlag.
5. Der hieraus errechnete Abschlag wird im Feld *Pauschale* ausgewiesen und ist als negativer Betrag für REC zu interpretieren.

F12 Abrechnung für ASV-Leistungen im 2.–4. Quartal 2014 mit Nachrichtenversion 11 ab dem 1.10.2014

Die Abrechnung bei ASV-Patienten mit Behandlungsbeginn vor dem 1.10.2014 für Leistungen im 2.–4. Quartal 2014 wird in der Nachrichtenversion 11 übermittelt. Die Annahme der Abrechnung von ASV-Patienten (§ 116b neu) wird kassenseitig spätestens zum 1.10.2014 sichergestellt, wobei die durch die ASV-Service-stelle vergebene Teamnummer im Feld *Vertragskennzeichen* anzugeben und mit dem *Verarbeitungskennzeichen* „13“ bzw. „43“ zu übermitteln ist. Wurde der ASV-Patient durch einen Vertragsarzt in die ASV überwiesen, werden in den Feldern *Arzt Nummer des überweisenden Arztes* und *Betriebsstättennummer des überweisenden Arztes* die Angaben des überweisenden Arztes abgebildet; die Überweisungsdiagnose ist im Feld *Überweisungsdiagnose* anzugeben. Zuweisungen von Versicherten aus dem stationären Bereich enthalten lediglich im Feld *Arzt Nummer des überweisenden Arztes* das IK des Krankenhauses. Öffentlich geförderte Krankenhäuser (§ 116 b Abs. 6 Satz 8 SGB V) stellen zeitlich befristet für ASV-Patienten mit Leistungen im 2.–4. Quartal den Entgeltsschlüssel „00200000“ Investitionskostenabschlag gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V (gültig vom 1.4.2014 bis 31.12.2014) in Höhe von 5% der Rechnungssumme (REC) in Rechnung.

1.2.8.2 Ambulante Behandlung nach §§ 117, 118, ~~bis~~ 119 und 119c SGB V Nf

~~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):~~ Nf

Die Abrechnung von Leistungserbringern nach §§ 117, 118, 119 [ab 1.4.2017: und 119c] SGB V erfolgt ebenso wie ambulante Operationen mit dem Nachrichtentyp „Rechnungssatz Ambulante Operation“. Das *Verarbeitungskennzeichen* im FKT-Segment ist hierbei mit „17“, „18“, „19“, [ab 1.4.2017: „14“,] „07“ oder „08“ (Normalfall) anzugeben (*Verarbeitungskennzeichen* „37“, „38“, „39“, [ab 1.4.2017: „44“,] „47“ oder „48“ für Fallstorno).

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 Abrechnungunterlagen für die Einrichtungen nach §§ 117 bis 119 SGB V.

Bei Abrechnung von vor- bzw. nachstationären Behandlungen in der BpflV (bei Anwendung des § 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.~~ Nf

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 den individuellen Verträgen 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 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.

F13 1.2.10 Information Krankenhaus [ab 1.1.2017]

Die Information Krankenhaus (INKA) dient dem Krankenhaus zur Übermittlung der Informationen gemäß der Vereinbarung über die elektronische Übermittlung nach § 11 der Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V (Prüfverfahrensvereinbarung – PrüfvV) gemäß § 17c Abs. 2 KHG an die Krankenkassen.

1.2.10.1 Grundsätze

Das Krankenhaus nutzt für die Übermittlung der Informationen gemäß PrüfvV den für den Nachrichtentyp INKA vorgesehenen Schlüssel 30 im Segment PVV.

Hierzu wird eine Segmentgruppe, bestehend aus den Segmenten PVV (PrüfvV) und PVT (PrüfvV-Text) verwendet (SG 2). Das Segment PVV ist hierbei immer zu übermitteln. Das Segment PVT ist zu übermitteln, wenn zu dem entsprechenden PVV-Segment eine Textinformation erforderlich ist. Für jedes PVV-Segment können durch Wiederholung von bis zu 25 PVT-Segmenten Textinformationen angegeben werden. Bei der Übermittlung von Freitexten sind datenschutzrechtliche Vorgaben zu beachten.

Als Verarbeitungskennzeichen sind „75“ (Information gemäß PrüfvV) oder „76“ (Storno einer Information gemäß PrüfvV) zu verwenden. Die „laufende Nummer des Geschäftsvorfalles“ ist für die einzelnen Übermittlungsanlässe hochzuzählen. Durch bis zu 10malige Wiederholung des Segmentes PVV sind Mehrfachangaben im Nachrichtentyp möglich. Die Fallidentifikation erfolgt über das IK des Krankenhauses und das KH-interne Kennzeichen des Versicherten. Die Rechnungsidentifikation erfolgt über die gültige Rechnungsnummer der Abrechnung (Schlussrechnung). Im Fall einer Rechnungskorrektur durch das Krankenhaus im Vorverfahren ersetzt diese die ursprüngliche Rechnung im laufenden Verfahren. Im weiteren Verlauf ist die dann gültige Rechnungsnummer mit zugehörigem Rechnungsdatum zu verwenden.

1.2.10.2 Durchführung eines Falldialogs

Nach Einleitung des Prüfverfahrens durch die Krankenkasse können sich Krankenkasse und Krankenhaus über die Durchführung eines Falldialoges gemäß § 5 Abs. 4 Satz 1 PrüfV verständigen. Die Wiederholung des Segmentes PVV ist möglich (z.B. gleichzeitige Aufforderung zum Falldialog und Aufforderung zur Verlängerung).

Die Aufforderung zum Falldialog kann sowohl durch die Krankenkasse als auch durch das Krankenhaus jederzeit innerhalb der festgelegten Fristen der PrüfV erfolgen. Diese Aufforderung ist innerhalb der Frist gemäß PrüfV durch eine Annahme oder eine Ablehnung zu beantworten. Erfolgt keine Reaktion innerhalb der vorgesehenen Frist, ist dies als Ablehnung zu werten. Ebenso ist mit einer Aufforderung zur Verlängerung des Falldialoges zu verfahren. Der Falldialog kann jederzeit durch jede Seite beendet werden (Schlüssel 30 = „FDI20“).

Für den Falldialog stehen im Datenfeld „Information“ folgende Ausprägungen des Schlüssels 30 zur Verfügung:

- „FDI01“ Aufforderung zum Falldialog,
- „FDI02“ Annahme der Aufforderung zum Falldialog,
- „FDI03“ Ablehnung eines Falldialogs,
- „FDI11“ Aufforderung zur Verlängerung des Falldialogs,
- „FDI12“ Annahme der Aufforderung zur Verlängerung des Falldialogs,
- „FDI13“ Ablehnung der Verlängerung des Falldialogs,
- „FDI20“ Erklärung über die Beendigung des Falldialogs.

Eine „zeitgleiche“, sich überschneidende Übermittlung einer Aufforderung gilt bei dem jeweils Anfordernden als Annahme, die gesonderte Übermittlung einer Annahmenschicht kann in diesem Fall entfallen.

Die irrtümliche Übermittlung einer Information kann über das Verarbeitungskennzeichen „76“ storniert werden. Dies ist für technische Fehler vorgesehen.

1.2.10.3 Fortsetzung des Prüfverfahrens gemäß § 7 Absatz 2 Satz 7 PrüfV

Liefert das Krankenhaus erforderliche Unterlagen für das MDK-Verfahren gemäß § 7 Abs. 2 Satz 7 PrüfV nach, wird das Prüfverfahren fortgesetzt. Zur Sicherstellung der in § 7 Abs. 2 Satz 7 PrüfV genannten Frist übermittelt das Krankenhaus einen Rechnungssatz mit der Rechnungsart „14“ (entspricht einer 300,00 EUR Gutschrift der Pauschale nach § 7 Abs. 2 Satz 7 PrüfV). Es wird eine neue eindeutige Rechnungsnummer und Rechnungsdatum vergeben. Für die Rechnungsart „14“ wird kassenseitig die Prüfung deaktiviert, die bei einer Rechnungsart „04“ auf einen Rechnungsdatensatz mit identischer Rechnungsnummer abstellt. Die laufende Nummer des Geschäftsvorfalles ist entsprechend zu erhöhen.

Das ENT-Segment enthält den Entgeltschlüssel „47200008“ (KHEntgG, BpflV alt) oder „A7300008“ bzw. „B7300008“ (BpflV neu), den Entgeltbetrag 300,00 und als „Abrechnung von“ und „Abrechnung bis“ das Rechnungsdatum. Im Falle folgender Fallstornierungen (z.B. infolge MDK-Begutachtung o.ä.) ist diese Gutschrift (Rechnungsart 14) beizubehalten und wird nicht storniert.

Technisches Beispiel:

REC-Segment:

| | |
|-----------------|-----------|
| Rechnungsnummer | 987654321 |
| Rechnungsdatum | 20170216 |
| Rechnungsart | 14 |
| Aufnahmetag | 20170101 |
| Rechnungsbetrag | 300,00 |

ENT-Segment:

| | |
|-----------------|----------|
| Entgeltart: | 47200008 |
| Entgeltbetrag: | 300,00 |
| Abrechnung von: | 20170216 |
| Abrechnung bis: | 20170216 |
| Entgeltanzahl: | 1 |

1.2.10.4 Nachverfahren gemäß § 9 PrüfvV

Das Krankenhaus kann gemäß § 9 PrüfvV nach Zugang der leistungsrechtlichen Entscheidung ein für beide Seiten freiwilliges Nachverfahren gegenüber der Krankenkasse vorschlagen, indem eine begründete Stellungnahme zur leistungsrechtlichen Entscheidung abgegeben wird. Das Krankenhaus kann mit der Ausprägung „NVI01“ des Schlüssels 30 dieses Nachverfahren vorschlagen. Wird „NVI01“ angegeben, muss das Segment PVT im Datenfeld PrüfvV-Text die begründete Stellungnahme des Krankenhauses enthalten.

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 mit. Bei Neugeborenen (eigener Fall), die noch keine Krankenversichertennummer 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 dem vorgehenden Satz 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 Rechnungsstorno 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.

- F13 Die Verwendung dieses Nachrichtentyps erfolgt in bilateraler Absprache. [ab 1.1.2017: Die Nachricht „Sammelüberweisung“ kann in bilateraler Absprache zur Übermittlung eines etwaigen Leistungs- und Erstattungsanspruchs gemäß § 10 Satz 2 Prüfverfahrensvereinbarung genutzt werden.]

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 Abschlags, 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.

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.

1.3.7 Krankenkasseninformation [ab 1.1.2017]

F13

Die Krankenkasseninformation dient der Krankenkasse zur Übermittlung der Informationen gemäß der Vereinbarung über die elektronische Übermittlung nach § 11 der Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V (Prüfverfahrensvereinbarung – PrüfV) gemäß § 17c Abs. 2 KHG an das Krankenhaus.

1.3.7.1 Grundsätze

Die Krankenkasse nutzt für die Übermittlung der Informationen gemäß PrüfV den für den Nachrichtentyp KAIN vorgesehenen Schlüssel 30 im Segment PVV.

Hierzu wird eine Segmentgruppe, bestehend aus den Segmenten PVV (PrüfV) und PVT (PrüfV-Text) verwendet (SG 2). Das Segment PVV ist hierbei immer zu übermitteln. Das Segment PVT ist zu übermitteln, wenn zu dem entsprechenden PVV-Segment eine Textinformation erforderlich ist. Für jedes PVV-Segment können durch Wiederholung von bis zu 25 PVT-Segmenten Textinformationen angegeben werden. Bei der Übermittlung von Freitexten sind datenschutzrechtliche Vorgaben zu beachten.

Als Verarbeitungskennzeichen sind „75“ (Information gemäß PrüfV) oder „76“ (Storno einer Information gemäß PrüfV) zu verwenden. Die laufende Nummer des Geschäftsvorfalles ist für die einzelnen Übermittlungsanlässe hochzuzählen. Durch bis zu 10-malige Wiederholung des Segmentes PVV sind Mehrfachangaben in dem Nachrichtentyp möglich. Die Fallidentifikation erfolgt über das IK des Krankenhauses und das KH-interne Kennzeichen des Versicherten. Die Rechnungsidentifikation erfolgt über die gültige Rechnungsnummer der Abrechnung (Schlussrechnung). Im Fall einer Rechnungskorrektur durch das Krankenhaus im Vorverfahren ersetzt diese die ursprüngliche Rechnung im laufenden Verfahren. Im weiteren Verlauf ist die dann gültige Rechnungsnummer mit zugehörigem Rechnungsdatum zu verwenden.

Die irrtümliche Übermittlung einer Information kann über das Verarbeitungskennzeichen „76“ storniert werden. Dies ist für technische Fehler vorgesehen.

1.3.7.2 Einleitung des Prüfverfahrens

Erkennt die Krankenkasse bei der Prüfung der Abrechnungsdaten Auffälligkeiten, die es erforderlich machen, eine Prüfung gemäß PrüfvV einzuleiten, hat sie dem Krankenhaus den sich aus den Auffälligkeiten ergebenden Prüfgegenstand innerhalb der in der PrüfvV festgelegten Fristen durch Übermittlung einer Nachricht KAIN in dem Segment PVT so konkret wie möglich mitzuteilen.

Hierzu hat sie mindestens aber beispielsweise den Prüfgegenstand wie folgt zu benennen. Im Datenfeld „Information“ informiert die Krankenkasse über den sich aus den Auffälligkeiten ergebenden Prüfgegenstand anhand folgender möglicher Ausprägungen des Schlüssels 30 (Information PrüfvV) gemäß § 4 PrüfvV:

- „PF000“ primäre Fehlbelegung,
- „SF000“ sekundäre Fehlbelegung,
- „KP000“ Kodierprüfung,
- „FV000“ Fragen zur Voraussetzung bestimmter Maßnahmen,
- „KL000“ Freitext bei Nennung anderer/weiterer Prüfgegenstände.

Wird „KP000“ angegeben, muss das Segment PVT die beanstandete Haupt- und/oder Nebendiagnose und/oder Prozedur unter Nennung der beanstandeten OPS-Ziffer beinhalten, ggf. Erläuterungen. Sind keine weiteren Erläuterungen notwendig, wird „Kodierprüfung“ angegeben.

Wird „FV000“ angegeben, muss das Segment PVT die Fragen beinhalten, ggf. Erläuterungen. Wird „KL000“ angegeben, muss das Segment PVT andere oder weitere Prüfgegenstände beinhalten.

Die Prüfgegenstände sind nicht abschließend, Mehrfachnennungen sind durch Wiederholung der jeweiligen Segmente möglich.

1.3.7.3 Durchführung eines Falldialogs

Nach Einleitung des Prüfverfahrens durch die Krankenkasse können sich Krankenkasse und Krankenhaus über die Durchführung eines Falldialogs gemäß § 5 Abs. 4 Satz 1 PrüfvV verständigen. Die Wiederholung des Segmentes PVV ist möglich (z.B. gleichzeitige Aufforderung zum Falldialog und Aufforderung zur Verlängerung).

Die Aufforderung zum Falldialog kann sowohl durch die Krankenkasse als auch durch das Krankenhaus jederzeit innerhalb der festgelegten Fristen der PrüfvV erfolgen. Diese Aufforderung ist innerhalb der Frist durch eine Annahme oder eine Ablehnung zu beantworten. Erfolgt keine Reaktion innerhalb der vorgesehenen Fristen, ist dies als Ablehnung zu werten. Ebenso ist mit einer Aufforderung zur Verlängerung des Falldialogs zu verfahren. Der Falldialog kann jederzeit durch jede Seite beendet werden (Schlüssel 30 = „FDK20“).

Entscheidet die Krankenkasse, dass aufgrund einer Datenkorrektur die Notwendigkeit zur Begutachtung durch den MDK entfällt, kann sie das Prüfverfahren mit der Information „BEK00“ (Beendigung des Prüfverfahrens aufgrund Datenkorrektur) beenden.

Für den Falldialog stehen im Datenfeld „Information“ folgende Ausprägungen des Schlüssels 30 zur Verfügung:

- „FDK01“ Aufforderung zum Falldialog
- „FDK02“ Annahme der Aufforderung zum Falldialog
- „FDK03“ Ablehnung eines Falldialogs
- „FDK11“ Aufforderung zur Verlängerung des Falldialogs
- „FDK12“ Annahme der Aufforderung zur Verlängerung des Falldialogs
- „FDK13“ Ablehnung der Verlängerung des Falldialogs
- „FDK20“ Erklärung über die Beendigung des Falldialogs

Eine „zeitgleiche“, sich überschneidende Übermittlung einer Aufforderung gilt bei dem jeweils Anfordernden als Annahme, die gesonderte Übermittlung einer Annahmepachricht entfällt in diesem Fall.

1.3.7.4 Entscheidung der Krankenkasse nach MDK-Gutachten

Die Krankenkasse hat gemäß § 8 PrüfvV dem Krankenhaus ihre abschließende Entscheidung zur Wirtschaftlichkeit der Leistung oder zur Korrektheit der Abrechnung (mit den Schlüsseln „MDK01“ oder „MDK02“) mitzuteilen. Entscheidet die Krankenkasse, dass nach der MDK-Begutachtung die Abrechnung des Krankenhauses nicht zu beanstanden ist, teilt sie dies dem Krankenhaus mit, wobei die „Information“ den Inhalt „MDK01“ (Leistungsrechtliche Entscheidung hat keine Beanstandung der Abrechnung als Ergebnis) hat. Wenn gem. § 8 Satz 2 PrüfvV die Leistung aus Sicht der Krankenkasse nicht in vollem Umfang wirtschaftlich oder die Abrechnung nicht korrekt war, teilt sie dies dem Krankenhaus mit, wobei die „Information“ den Inhalt „MDK02“ (Leistungsrechtliche Entscheidung hat Beanstandung als Ergebnis) hat. Die wesentlichen Gründe sind im Segment PVT mitzuteilen.

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. [ab 1.4.2017: Dies gilt auch für die Mitaufnahme eines gesunden Neugeborenen (bis Vollendung des 28. Tages nach Geburt) bei Erkrankung der Mutter.]

Im Datenfeld *Krankenversicherten-Nr.* ist die Krankenversicherungsnummer der Mutter anzugeben. Als Aufnahmezeitpunkt ist der Tag der Geburt und als Aufnahmeort 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 Krankenversicherungsnummer der Mutter mit einer eigenen Entlassungsanzeige abgeschlossen. Die Fallpauschale für das Neugeborene wird über eine eigene Rechnung für das Neugeborene unter der Krankenversicherungsnummer der Mutter in Rechnung gestellt. Die Entbindungsdaten (EBG-Segment) werden in der Entlassungsanzeige für den Krankenhausfall der Mutter übermittelt.

Tritt zwischen dem Aufnahmezeitpunkt 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 Aufnahmezeitpunkt zuständigen Kostenträger und der Fall des gesunden Neugeborenen mit dem hiernach am Tag der Geburt zuständigen Kostenträger abgewickelt. (*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 Krankenversicherungsnummer und mit dem *Aufnahmegrund* „01“ (Krankenhausbehandlung, vollstationär) an die für das Neugeborene zuständige Krankenkasse zu übermitteln.

Die Krankenversicherungsnummer 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 („7510003“) 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. 1 FPV 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 „229“ (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 Überschreiten 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 krankenhausinternem 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* „7899999“ 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 oder Verlegung 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 *Krankenversicherten-Nr.* ist die Krankenversichertennummer des vorgesehenen Organempfängers zu übermitteln. Im NAD-Segment sind die Daten des Organspenders anzugeben. Dies gilt entsprechend für alle weiteren Nachrichten.

Ne [ab 1.10.2016: ~~Vorbereitende Untersuchungen~~Leistungen], die im Zusammenhang mit einer geplanten [ab 1.10.2016: oder durchgeführten] Lebendspende im Rahmen der vertraglich vereinbarten ambulanten Behandlung in Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V [ab 1.10.2016: oder als hochspezialisierte Leistungen nach § 116b SGB V] durchgeführt werden, sind mit dem Nachrichtentyp „Rechnungssatz Ambulante Operation“ zu

übermitteln. Das Feld *Lebenspende* ist dann mit einem „f“ zu verschlüsseln. In diesem Fall verweisen die Versichertenangaben in INV (Krankenversicherten-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 Überliegerfalles 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 Änderungsanmeldung (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/Ent-

lassung, 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 Krankenhausfalles anzugeben.

1.4.9 Abrechnung psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen gemäß BPfIV (bei Anwendung §17d KHG)

Mit der Einführung des Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (§17d KHG) 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.

1.4.9.1 Rückverlegung oder Wiederaufnahme (Entgeltbereich nach der BPfIV)

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 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).

1.4.9.1.1 Keine Neueinstufung

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

1.4.9.1.2 Neueinstufung

Erfolgt eine Neueinstufung auf der Grundlage der zusammengefassten Falldaten, ist der gesamte zusammengefasste Fall über das krankenhausinterne 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). Als Hauptdiagnose des zusammengeführten Falles ist die Hauptdiagnose des längsten Aufenthaltes zu wählen (§ 2 Abs. 3 PEPPV).

Bei mehr als zwei zusammenzuführenden 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 wiederaufgenommenen/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 Aufenthalts (mit Pseudo-Fachabteilung „0001“ bzw. „0002“) zwischen den zusammengeführten Fällen.

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

1.4.9.2 Entlassungen zum Jahresende für Zwecke der Abrechnung

Regelung für den Jahreswechsel 2013/2014

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 mit einer Verweildauer am 31.12.2013 von mehr als 365 Tagen („Extremlanglieger“) 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.

Diese Regelung findet letztmalig für den Jahreswechsel 2013/2014 Anwendung. Ab dem Jahreswechsel 2014/2015 gilt die o.g. Regelung mit der Ausnahme, dass gemäß § 4 Abs. 1 Satz 1 PEPPV der 31.12. kein Berechnungstag ist.

Regelung für den Jahreswechsel 2015/2016

N

Sofern ein im Vorjahr aufgenommener Patient am 31.12. des laufenden Jahres noch nicht entlassen wurde, erfolgt für Zwecke der Abrechnung eine Entlassung (*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 mit einer Verweildauer am 31.12. des laufenden Jahres von mehr als 365 Tagen („Extremlanglieger“) 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 durchgeführt. Für den fortgesetzten Aufenthalt wird bei Fallabschluss eine reguläre Entlassungsanzeige und Schlussrechnung übermittelt.

1.4.9.3 Dialyse in eigener Dialyseeinrichtung

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

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. Bei tagesklinischen Behandlungen werden nur dann Zeiten der Abwesenheiten über Mitternacht dokumentiert, wenn mindestens 1 Tag der vollständigen Abwesenheit vorliegt.

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 Sekundärdiagnose, 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 ab 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 Beispiele für Verlegungsfälle

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

Falldaten

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

Aufnahmesatz (Auszug) 1. Zeitraum

FKT+10+01+260500005+100500016'
 INV+123456001+++**K**hint1'
 AUF+20030201+1329+0101+2900+20030220+123456789'

Entlassungsanzeige (Auszug) 1. Zeitraum

FKT+10+01+260500005+100500016'
 INV+123456001+++**K**Hint1'
 DAU+20030201+20030215'
 ETL+20030215+0900+**179**+2900+[Hauptdiagnose] (+[Sek.-Diagn.])'
 FAB+2900'

Aufnahmesatz (Auszug) 2. Zeitraum

FKT+10+01+260500005+100500016'
 INV+123456001+++**K**hint2'
 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
(BPflV -> KHEntgG -> BPflV; analog KHEntgG -> BPflV -> KHEntgG ohne Neueinstufung)

Falldaten

Aufnahmetag: 1.2.2003
 Aufnehmende Fachabteilung: 2900 (BPflV)
 Verlegungstag (intern): 15.2.2003
 Fachabteilung: 2300 (KHEntgG)
 Verlegungstag (intern): 20.2.2003
 Fachabteilung: 2900 (BPflV)
 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 -> BPfIV -> KHEntgG)

Falldaten

Aufnahmetag: 1.2.2003
 Aufnehmende Fachabteilung: 2300 (KHEntgG)
 Verlegungstag (intern): 15.2.2003
 Fachabteilung: 2900 (BPfIV)
 Verlegungstag (intern): 20.2.2003
 Fachabteilung: 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+**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+260500005+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: Stormierung des Aufnahmesatzes (Auszug) 3. Zeitraum

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

Stormierung 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'

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. Zahnarzt Nummer des einweisenden Zahnarztes

Die Zahnarzt Nummer 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.

Bei Abrechnung nach § 116 b SGB V (neu): Sofern der Definitions- bzw. Indikationsauftrag (Überweisung) gemäß § 2 Abs. 4 Satz 2 ASV-RL durch eine Diagnose nach ICD-10-GM konkretisiert wird, ist die „Überweisungsdiagnose“ innerhalb der ASV (in Verbindung mit der *Diagnoseart* „2“) anzugeben. F12

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.

3. Diagnoseart

F12

Als Diagnoseart werden standardmäßig die Behandlungsdiagnosen mit der Ausprägung „1“ (Behandlungsdiagnose) gekennzeichnet.

Gesondert davon werden Überweisungsdiagnosen innerhalb der ambulanten spezialfachärztlichen Behandlungen (*Verarbeitungskennzeichen* „13“ bzw. „43“) mit „2“ (Diagnose der Überweisung innerhalb der ASV) gekennzeichnet.

4. Teammitgliedsidentifikation

F12

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

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 Segment 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 „.“, „-“, „*“ (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.

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 6. November 2015 (BAnz AT 23.11.2015 B4)

Am 1. Januar 2016 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 2016 in Kraft. Die Bekanntmachung zur Anwendung des Diagnoseschlüssels vom 05. November 2014 (BAnz AT 18.11.2014 B2) tritt am 31. Dezember 2015 außer Kraft.

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

- Zur Spezifizierung der Diagnosenangaben in Bezug auf 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, das heißt 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 6. November 2015 (BAnz AT 23.11.2015 B4)

Am 1. Januar 2016 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 2016 in Kraft. Die Bekanntmachung zur Anwendung des Operationen- und Prozedurenschlüssels vom 5. November 2014 (BAnz AT 18.11.2014 B3) tritt am 31. Dezember 2015 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 Codes 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).

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 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

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 Honorar-/Investitionskostensumme für Pauschale enthalten

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.

F12 Bei Abrechnung nach § 116b (neu) ist das Feld mit „A“ zu kennzeichnen, wenn die entsprechende ASV-Leistung zur Berechnung des Investitionskostenabschlags für Krankenhäuser gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V herangezogen wird.

Ansonsten bleibt das Feld leer.

5. Tag der Behandlung

Das Feld enthält das jeweilige Datum der ambulanten 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, 11330, 11331, 11332, 11333, 11334, 11351, 11352, 11354, 11360, 11361, 11370, 11371, 11372, 11380, 11390, 11391, 11395, 11396, 11400, 11401, 11403, 11404, 11410, 11411, 11412, 11420, 11421, 11422, 11430, 11431, 11432, 11433, 11434, 11440, 11441, 11442, 11443, 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.

Bei den EBM-Positionen, die keine Punktzahl, sondern einen festen Euro-Betrag ausweisen (32354, 32356, 32357, 32575, 32576, 32614, 32618, 32660 und 32781), ist der Euro-Betrag 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 Vertrages 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).

F12 11. Teammitgliedsidentifikation

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

F12 12. Teamebene

Bei Abrechnung nach § 116b (neu) geben Krankenhausärzte neben der Fachgruppennummer ihre jeweilige Teamzugehörigkeit anhand der Teamebene gemäß Schlüssel 25 an. Sonst bleibt das Feld leer.

F12 13. Gennummer, codiert

Na Setzt der EBM die Art der Untersuchung (Gennummer gemäß OMIM) voraus, ist diese anzugeben. Bei Gennummern mit weniger als 12 Zeichen erfolgt die Angabe rechtsbündig, fehlende Stellen werden mit führenden Leerzeichen aufgefüllt. Sonst bleibt das Feld leer.

F12 14. Anzahl Gennummer

Setzt der EBM die unterschiedlichen Zielsequenzen voraus, so ist der Multiplikator (Anzahl der unterschiedlichen Zielsequenzen) anzugeben. Die Angabe erfolgt nur in Verbindung mit der Angabe einer Gennummer, codiert. Sonst bleibt das Feld leer.

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.

2. 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.

3. Abrechnung von

Das Feld enthält den ersten Tag, mit dem der Abrechnungszeitraum des Entgeltsegmentes beginnt.

Abrechnung von Fallpauschalen für Neugeborene

Es ist der erste 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 Aufnahmetag des zugehörigen Krankenhauses anzugeben.

4. Abrechnung bis

Das Feld enthält den letzten Tag, mit dem der Abrechnungszeitraum des Entgeltsegmentes endet.

Abrechnung von Fallpauschalen für Neugeborene

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.

N *Abrechnung von PEPP:*

Für die Abrechnung einer PEPP-Entgeltart ist der letzte Kalendertag der Zugehörigkeit in der jeweiligen Vergütungskategorie einschließlich der Tage der vollständigen Abwesenheit und des Entlassungstages (bei Entlassungsgrund 17 und 22 – bei interner Verlegung: der Tag vor dem Verlegungstag) anzugeben.

5. 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“.

6. 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

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.

7. Tag der Wundheilung

Angabe entfällt.

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.

F12 Anzugeben ist jeweils der Betrag für die Anzahl „1“. Die Summe aus den Produkten von Einzelvergütung und Anzahl fließt in REC ein.

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.

F12 4. Anzahl

Es ist die für die Rechnungsstellung maßgebliche Anzahl der Einzelvergütungen (Anzahl der Leistungen am Tag der Behandlung) anzugeben.

F12 5. Tag der Behandlung

Das Feld enthält das Datum der Leistung. Bei Leistungen die über einen Zeitraum angegeben werden, ist der erste Tag der Leistung anzugeben.

6. Honorarsummen-/Investitionskostenrelevanter Anteil

In dem Datenelement ist [bei Abrechnung nach § 115b SGB V] der Anteil der Einzelvergütung von pauschalierten Entgelten (*Einzelvergütung, Erläuterung* „05“ oder „06“) auszuweisen, der entsprechend dem zugrundeliegenden Strukturvertrag zur Honorarsumme hinzuzuzählen ist.

Bei Abrechnung nach § 116b (neu) ist in dem Feld der Betrag auszuweisen, der dem Investitionskostenabschlag F12 zu Grunde zu legen ist (Einzelvergütung × Anzahl). Der Betrag geht dann in den im Feld REC Honorar-/Investitionskostensumme (für Pauschale) ausgewiesenen Wert ein. Bei § 116b (neu) finden die Werte Einzelvergütung, Erläuterung „05“ und „06“ keine Anwendung, sondern es werden die entsprechend Schlüssel 3 anzuwendenden Einzelvergütungen ausgewiesen.

In allen anderen Fällen ist das Feld leer.

Segment Fachabteilung (FAB)

(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.

3. Sekundär-Diagnose

Angabe entfällt.

4. Zusatzschlüssel Diagnose

Angabe entfällt.

5. Sekundär-Diagnose Zusatzschlüssel

Angabe entfällt.

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 „“, „-“). 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.

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).

8. Zusatzschlüssel 1 Operation

Angabe entfällt.

9. Zusatzschlüssel 2 Operation

Angabe entfällt.

Segment Fehlermeldung (FHL)

F12 (*FHL ist bis zu 40-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* 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.

Die Schlüsselausprägung im Feld *Verarbeitungskennzeichen* muss inhaltlich mit der entsprechenden Einrichtung 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 Ambulante Operation (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 | Rechnungsgutschrift für die Schlussrechnung, <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/eGK 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 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.

F12 *Hinweis zur Anspruchsberechtigung bei Abrechnung ambulanter spezialfachärztlicher Leistungen gemäß § 116b neu:*

Zum Nachweis seiner Anspruchsberechtigung ist der Versicherte verpflichtet, seine Krankenversichertenkarte/eGK 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.

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, welche 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 Abrechnungszeiträumen 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 krankenhausbefugten 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 bereitgestellt. 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 sofort 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 im Datenfeld *Krankenversicherten-Nr.* angegeben.

2. Versichertenart (Schlüssel 12, Teil 1)

F12

Die Versichertenart (Schlüssel 12, Teil 1) enthält die Information über die Art der Versicherung (Mitglied/Familienversicherter/Rentner). Die Versichertenart ist auf der eGK enthalten.

Bei Auslandsversicherten: „9“.

3. Besonderer Personenkreis (Schlüssel 12, Teil 2)

F12

Das Feld gibt die Zugehörigkeit des Versicherten zu einer besonderen Personengruppe an. Die Kennzeichnung erfolgt wie folgt:

4 = BSHG (Bundessozialhilfegesetz) § 264 SGB V,

6 = BVG (Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges),

7 = SVA-Kennzeichnung für zwischenstaatliches Krankenversicherungsrecht:

Personen mit Wohnsitz im Inland, Abrechnung nach Aufwand,

8 = SVA-Kennzeichnung, pauschal,

9 = Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz,

wenn Versichertenart nicht „9“ und DMP-Teilnahme entfällt,

Auslandsversicherter, wenn Versichertenart „9“ und DMP-Teilnahme „9“.

Nb

4. DMP-Teilnahme (Schlüssel 12, Teil 3)

F12

Das Feld gibt die Teilnahme des Versicherten an einem Disease Management Programm an. Die Kennzeichnung erfolgt gemäß Schlüssel 12 Teil 3.

Das DMP-Kennzeichen findet derzeit aufgrund bilateraler vertraglicher Verpflichtungen von einzelnen Kostenträgern und Leistungserbringern noch Verwendung. Zur Abbildung dieser Verträge zu Disease-Management-Programmen kann das DMP-Kennzeichen weiterhin gemäß § 291Abs. 2a Satz 3 SGB V auf der eGK gespeichert werden, da es sich dabei um Angaben nach § 53 SGB V bzw. Angaben zum Nachweis von zusätzlichen Vertragsverhältnissen handelt.

Bei Auslandsversicherten: „9“.

- Nb Bei Empfängern von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz entfällt die Angabe.

5. Gültigkeit der Krankenversichertenkarte

Das Gültigkeitsdatum ist auf der Krankenversichertenkarte enthalten, bei der eGK ist das Versicherungsschutz-Ende angegeben. Liegt sie nicht vor, entfällt die Angabe.

6. 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.

7. 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.

8. Aktenzeichen der Krankenkasse

Das Aktenzeichen dient der Krankenkasse zur internen Zuordnung des Behandlungsfalls. Es wird von der Krankenkasse mit dem Kostenübernahmesatz übermittelt.

9. Tag des Beginns des Versicherungsschutzes

- F12 Das Datum ist auf der Krankenversichertenkarte/eGK (als Versicherungsschutz-Beginn) enthalten; es wird von der Krankenkasse mit dem Kostenübernahmesatz gemeldet. Die Angabe entfällt im Aufnahmesatz und im Rechnungssatz Ambulante Operation.

10. 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.

- F12 Bei der Abrechnung von ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen nach § 116b SGB V erfolgt die Zuordnung der Leistungen der Teammitglieder zum ASV-Team über die in diesem Feld angegebene Teamnummer, die verpflichtend anzugeben ist. Die Teamnummer ist neunstellig und wird gemäß der ASV-AV von der bundesweiten ASV-Serviceestelle vergeben.

Segment Kostenübernahme (KOS)

1. Datum der Kostenübernahme

Es ist das Ausstellungsdatum der Kostenübernahme anzugeben.

2. 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.

3. 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.

4. 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.

5. 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.

6. Höchstbetrag je Tag

Das Feld hat nur für Versicherte der Knappschaft Bedeutung (siehe Schlüssel 8).

Segment Leistungsdokumentation (LEI)

(LEI ist bis zu 999-mal möglich)

1. Leistungsart

N Zur Unterscheidung der Leistungsarten enthält das Datenelement die Angaben gemäß Schlüssel 24.

2. Leistungsschlüssel

N Die Schlüsselausprägungen der unterschiedlichen Leistungsarten (Schlüssel 22, 23, 28, 29 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 oder „Säugling x“ für Säuglinge mit unbekanntem Geschlecht anzugeben. Na

[ab 1.10.2016: Bei Personen, die keine eGK vorlegen können und bei denen der Vorname nicht bekannt ist, ist der Vorgabewert „unbekannt“ anzugeben.] Ne

3. Geschlecht

Es ist mit „*w*“ für weiblich oder „*m*“ für männlich anzugeben. [ab 1.1.2016: In Fällen des § 22 Abs. 3 Personenstandsgesetz (PStG) wird „*x*“ für unbestimmt angegeben.] (Schlüssel 21) Na

4. Geburtsdatum des Versicherten

F12

In diesem Feld ist das Geburtsdatum des Versicherten anzugeben. Für Versicherte, deren Geburtsdatum nicht bekannt ist, sind zum Teil Krankenversichertenkarten/eGK mit Geburtsdatum „00.00.xxxx“ vorhanden (xxxx = tatsächliches oder angebliches Geburtsjahr). In den Ausnahmefällen, in denen kein Geburtsdatum ermittelt werden kann, sind ebenso die Einträge „JJJJMM00“ für nicht bekannte Geburtstage oder „JJJJ0000“ für nicht bekannte Geburtstage und Geburtsmonate sowie „00000000“ zulässig.

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.

10. Namenszusatz

F12

Das Feld weist einen Namenszusatz (z.B. Freiherr) im Namen des Versicherten aus.

F12 11. Vorsatzwort

Das Feld weist ein Vorsatzwort (z.B. von und zu, van) im Namen des Versicherten aus.

F12 12. Anschriftenzusatz

Das Feld weist einen Anschriftenzusatz zur Anschrift des Versicherten aus.

Wird im Segment INV die Krankenversicherten-Nr. übermittelt, so können in NAD die Angaben zur Anschrift des Versicherten (NAD-5 bis NAD-9) entfallen.

Name und Vorname, Geschlecht und Geburtsdatum 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 Angabe zur Spezifikation der Diagnose relevant ist.

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 „.“, „-“, „*“ (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.

Segment Prozedur (PRZ)

F12 (*PRZ ist bis zu 99-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 99-maliges Verwenden des Segmentes PRZ angegeben werden.

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.

N, Ne Bei [ab 1.10.2016: ~~vorbereitenden Untersuchungen~~Leistungen], die im Zusammenhang mit einer geplanten [ab 1.10.2016: oder durchgeführten] Lebendspende im Rahmen der vertraglich vereinbarten ambulanten Behandlungen in Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V [ab 1.10.2016: oder als hochspezialisierte Leistungen nach § 116b SGB V] durchgeführt werden (Feld *Lebendspende* = „J“), ist im Segment PRZ als Standardwert einer der OPS-Kodes 8-979.* anzugeben [ab 1.10.2016: , wenn es zu der erbrachten Leistung keinen passenden OPS gibt (z.B. bei vorbereitenden Untersuchungen)].

2. Prozedurentag

Es ist das Datum der Operation bzw. des Beginns der durchgeführten Prozedur anzugeben.

3. Lebendspende

Ne [ab 1.10.2016: ~~Vorbereitende Untersuchungen~~Leistungen], die im Zusammenhang mit einer geplanten [ab 1.10.2016: oder durchgeführten] Lebendspende im Rahmen der vertraglich vereinbarten ambulanten Behandlung in Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V [ab 1.10.2016: oder als hochspezialisierte Leistungen nach § 116b 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 PrüfvV (PVV) [ab 1.1.2017]

F13

(PVV ist bis zu 10-mal möglich. PVV ist das 1. Segment der Segmentgruppe SG 2 (PVV–PVT))

1. Information

Im Feld „Information“ ist gemäß Schlüssel 30 der zu Grunde liegende Sachverhalt zu benennen.

2. Rechnungsnummer (REC)

Das Feld enthält die Rechnungsnummer aus dem REC-Segment der (ggf. korrigierten) Schlussrechnung, auf die sich das Prüfverfahren bezieht. Innerhalb einer Nachricht ist die gleiche Rechnungsnummer zu verwenden.

3. Rechnungsdatum (REC)

Das Feld enthält die Rechnungsdatum aus dem REC-Segment der (ggf. korrigierten) Schlussrechnung bzw. korrigierten Rechnung, auf die sich das Prüfverfahren bezieht. Innerhalb einer Nachricht ist das gleiche Rechnungsdatum zu verwenden.

F13 Segment PrüfvV-Text (PVT) [ab 1.1.2017]

(PVT ist bis zu 25-mal möglich.)

1. PrüfvV-Text

Das Feld enthält die erforderlichen Textinformationen im Rahmen der PrüfvV. Es enthält den Standardtext „Kodierprüfung“, wenn eine Wiederholung für die Nennung von Nebendiagnosen oder Prozeduren notwendig ist.

2. PrüfvV-Hauptdiagnose

Ist bei Kodierprüfungen (PVV Information enthält „KP000“) eine Hauptdiagnose ein Prüfgegenstand, hat die Datenelementgruppe im ersten Datenelement die beanstandete Hauptdiagnose zu enthalten. Sie ist nach dem amtlichen ICD-Schlüssel anzugeben (linksbündig mit Sonderzeichen „“, „-“ und „#“ (Kreuzdiagnose) ohne Leerzeichen). In dem 2. Datenfeld kann eine Lokalisation der Diagnose entsprechend der Spezifizierung des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Diagnose relevant ist.

3. HD-Sekundärdiagnose

Ist bei Kodierprüfungen (PVV Information enthält „KP000“) eine Hauptdiagnose ein Prüfgegenstand, hat die Datenelementgruppe im ersten Datenelement die Angabe eines zusätzlichen Diagnoseschlüssels zu enthalten, sofern die Hauptdiagnose eine zweite Diagnosenangabe 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 Diagnose entsprechend der Spezifizierung des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Diagnose relevant ist.

Hinweis: Wenn eine Sekundärdiagnose angegeben wird, wird diese im G-DRG-System immer als Nebendiagnose interpretiert. Für die Diagnosenangaben sind die Deutschen Kodierrichtlinien zu beachten.

4. PrüfvV-Nebendiagnose

Ist bei Kodierprüfungen (PVV Information enthält „KP000“) eine Nebendiagnose ein Prüfgegenstand, hat die Datenelementgruppe im ersten Datenelement die beanstandete Nebendiagnose zu enthalten. Sie ist nach dem amtlichen ICD-Schlüssel anzugeben (linksbündig mit Sonderzeichen „“, „-“ und „#“ (Kreuzdiagnose) ohne Leerzeichen). In dem 2. Datenfeld kann eine Lokalisation der Diagnose entsprechend der Spezifizierung des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Diagnose relevant ist.

Weitere Nebendiagnosen können durch bis zu 25-maliges Verwenden des Segmentes PVT angegeben werden. Das Feld „PrüfvV-Text“ enthält dann den Standardwert „Kodierprüfung“.

5. ND-Sekundärdiagnose

Ist bei Kodierprüfungen (PVV Information enthält „KP000“) eine Nebendiagnose ein Prüfgegenstand, hat die Datenelementgruppe im ersten Datenelement die Angabe eines zusätzlichen Diagnoseschlüssels zu enthalten, sofern die Nebendiagnose eine zweite Diagnosenangabe 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 Diagnose entsprechend der Spezifizierung des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Diagnose relevant ist.

6. Prüfv-Prozedur

Ist bei Kodierprüfungen (PVV Information enthält „KP000“) eine Prozedur ein Prüfgegenstand, hat die Datenelementgruppe im ersten Datenelement die beanstandete Prozedur zu enthalten. Sie ist mit dem amtlichen Operationenschlüssel nach § 301 SGB V (linksbündig ohne Sonderzeichen „.“ oder „-“) anzugeben. Im 2. Datenelement kann eine Lokalisation der Operation oder Prozedur entsprechend der Spezifizierung des amtlichen OP-Schlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Operation oder Prozedur relevant ist.

Weitere Prozeduren können durch bis zu 25-maliges Verwenden des Segmentes PVT angegeben werden. Das Feld „Prüfv-Text“ enthält dann den Standardwert „Kodierprüfung“.

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 Entgelt: $\text{Entgeltbetrag} \times \text{Entgeltanzahl}$, 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 \times Entgeltanzahl) + Pauschale (§ 116b (neu): bei Investitionskostenabschlag = negativer Wert) + Summe der EZV-Einzelvergütungen (Einzelvergütung \times Anzahl) *./. Zuzahlung* F12

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.

F12 9. Honorar-/Investitionskostensumme (für Pauschale) (nur bei Rechnungssatz Ambulante Operation)

Die Honorar-/Investitionskostensumme (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 *Honorarsummen-/Investitionskostenrelevanter Anteil* in Rechnung gestellter Entgelte. Die aus den ENA-Segmenten in die Honorar-/Investitionskostensumme (für Pauschale) eingehenden Beträge sind im Feld *in Honorar-/Investitionskostensumme für Pauschale enthalten* mit „J“ zu kennzeichnen. In das Feld Honorar-/Investitionskostensumme (für Pauschale) ist die Summe der Beträge dieser EBM-Ziffern einzutragen. Ggf. wird Honorar-/Investitionskostensumme (für Pauschale) um die EZV-Summe des Feldes *Honorarsummen-/Investitionskostenrelevanter Anteil (EZV-Einzelvergütung x EZV-Anzahl)* 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.

F12 Bei § 116b neu enthält das Feld die Summe der Beträge, die sich aus den ENA-Entgeltsegmenten im Rechnungssatz Ambulante Operation ergeben (in der Regel Summe aus *Entgeltbetrag x Entgeltanzahl*) zuzüglich der im Segment Einzelvergütung (EZV) im Feld *Honorar-/Investitionskostensummenrelevanter Anteil* ausgewiesenen Beträge. Die aus den ENA-Segmenten in die Honorar-/Investitionskostensumme (für Pauschale) eingehenden Beträge sind im Feld *in Honorar-/Investitionskostensumme für Pauschale enthalten* mit „A“ zu kennzeichnen. In das Feld Honorar-/Investitionskostensumme (für Pauschale) ist die Summe der Beiträge dieser Entgelte einzutragen. Die Honorar-/Investitionskostensumme (für Pauschale) wird um „investitionskostenrelevante Beträge“ erhöht, die unter Berücksichtigung der Anzahl über EZV in Rechnung gestellt werden.

Für Leistungen nach §§ 116b (alt), 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 *Honorar-/Investitionskostensumme (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 *„Honorar-/Investitionskostensumme (für Pauschale)“*.

F12 Bei Abrechnung nach § 116b (neu) wird der Investitionskostenabschlag nach § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V für öffentliche geförderte Krankenhäuser ausgewiesen. Die Berechnung erfolgt auf Grundlage des Wertes in *Honorar-/Investitionskostensumme (für Pauschale)*.

Bei ambulanten Behandlungen nach § 116b (alt), 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)

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 „999999900“ zu füllen.

Bei Abrechnung nach § 116b (neu) ist die Arztnummer des in die ASV überweisenden Arztes anzugeben. Bei Zuweisungen aus dem stationären Bereich (§ 8 Abs. 1 Satz 3 ASV-RL) wird das IK des Krankenhauses angegeben. F12

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 „999999900“ zu füllen.

Bei Abrechnung nach § 116b (neu) ist die Betriebsstättennummer des in die ASV überweisenden Arztes anzugeben. Bei Zuweisungen aus dem stationären Bereich (§ 8 Abs. 1 Satz 3 ASV-RL) bleibt das Feld leer. F12

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.

Besteht für Behandlungen nach § 116b (neu) ein Überweisungserfordernis gemäß § 8 Satz 1 ASV-RL, ist die Überweisungsdiagnose durch einen Vertragsarzt anzugeben. F12

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.

7. Arztnummer des Belegarztes/kooperierenden Arztes

Erfolgt eine ambulante Operation oder ein sonstiger stationsersetzender 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.

8. Arztnummer eines weiteren kooperierenden Arztes

Erfolgt eine ambulante Operation oder ein sonstiger stationsersetzender 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.

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.

F12 10. Datum der Überweisung in die ASV

Bei Abrechnung nach § 116b (neu) ist das Datum der Überweisung in die ambulante spezialfachärztliche Behandlung gemäß § 8 der ASV-RL anzugeben. Das Datum wird quartalsübergreifend mitgeführt und erst bei erneuter Überweisung mit dem neuen Überweisungsdatum aktualisiert. Sonst bleibt das Feld leer.

F12 11. KV-Bezirk

Krankenhäuser übermitteln den KV-Bezirk, in dem sie ihren Standort haben, gemäß Schlüssel 26.

F12 12. EBM-Version

Die veröffentlichte regionale Euro-Gebührenordnung enthält das hier anzugebene Datum des Erstellungstages. Sonst bleibt das Feld leer.

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.

Auch der Entlassungstag fällt unter die Zuzahlungspflicht.

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.

Anmerkung:

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.

Im Rechnungssatz ambulante Operation AMBO ist das Segment ZLG nur zulässig, wenn in Verbindung mit Leistungen nach § 140a SGB V (Verarbeitungskennzeichen „05“ oder „45“) eine Eigenbeteiligung (siehe 1.2.8.3) in der Abrechnung zu berücksichtigen ist. In allen anderen Fällen erfolgt bei AMBO eine Abweisung und Fehlernachricht mit dem Fehlercode 34153.

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 zurückzu-übermittelnden 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-entgeltschluessel.gkv-datenaustausch.de> können Entgeltschlüssel online beantragt werden. Werden Entgeltschlüssel nicht online beantragt, können diese auch der DKG bzw. dem GKV-Spitzenverband per Email (DKG: Entgeltantrag301@dkgev.de, 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 Kleingruppen- behandlung, mindestens 45 Minuten
- b54- Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage als Kleingruppen-behandlung, mindestens 30 Minuten
- b57- Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage als Kleingruppen-behandlung, 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- | <i>Funktionstraining indikationsspezifisch in Kleingruppen, mindestens 45 Minuten</i> |
| 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- | <i>Hilfsmittelbezogene Ergotherapie</i> |
| g6010 | Hilfsmittelanpassung |
| g6020 | Hilfsmittelberatung |
| g6030 | Schienenversorgung |
| g6040 | Hilfsmitteltraining |
| g6050 | Hilfsmittelversorgung |
| g6099 | sonstige hilfsmittelbezogene Ergotherapie |
| g61- | <i>Selbsthilfetraining einzeln, mindestens 60 Minuten</i> |
| g6110 | Aufbau von sozialer Kompetenz und Selbstsicherheit |
| g6120 | Freizeitkompetenztraining |
| g6130 | Training in Aktivitäten des täglichen Lebens |
| g6199 | sonstiges Selbsthilfetraining |
| g63- | <i>Selbsthilfetraining einzeln, mindestens 45 Minuten</i> |
| 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 Gruppenskulptur
 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- Erwachsenenbildung 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 Fitnesstraining
- l0130 Gehschule
- l0140 Geh- und Lauftraining
- l0150 Gleichgewichtstraining
- l0160 Intervalltraining
- l0170 Konditionstraining
- l0171 Koordinationsgymnastik
- l0172 Radfahren
- l0173 Stretching
- l0174 Tanztherapie
- l0175 Terraintraining
- 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 | Schlaftraining |
| p1240 | Selbstsicherheitstraining |
| p1250 | Nichtrauchertraining |
| p1260 | Übergewichtigengruppe |
| p1299 | sonstige |

Entspannungsverfahren als Einzelbehandlung

| | |
|-------------|--|
| <i>p21-</i> | <i>Anwendung spezieller Verfahren</i> |
| p2110 | Autogenes Training |
| p2120 | Progressive Muskelentspannung nach Jacobson |
| p2130 | Funktionelle Entspannung |
| p2199 | sonstige |
| p22- | Biofeedback (Temperatur/Hautwiderstand/Muskelspannung) |
| p23- | Atemfeedback (RFB) |

Entspannungsverfahren als Gruppenbehandlung

| | |
|-------------|---|
| <i>p31-</i> | <i>Einführung in die Technik</i> |
| p3110 | Progressive Muskelentspannung nach Jacobson |
| p3120 | Funktionelle Entspannung |
| p3199 | sonstige |
| <i>p32-</i> | <i>Durchführung des Entspannungstrainings</i> |
| 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 |
| <i>r05-</i> | <i>Psychoanalytisch orientierte Einzeltherapie i.w.S., mindestens 50 Minuten</i> |
| r0510 | als Kurztherapie |
| r0520 | als Krisenintervention |
| r0530 | als supportive Therapie |
| r0540 | als interaktionelle Therapie |
| r0550 | als psychodynamische Therapie |
| r0599 | als sonstige Therapie |
| <i>r06-</i> | <i>Psychoanalytisch orientierte Einzeltherapie i.w.S., mindestens 20 Minuten</i> |
| 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

Andere (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- Milieutheraeutische Einzelbetreuung, mindestens 90 Minuten
 t02- Milieutheraeutische Einzelbetreuung, mindestens 60 Minuten
 t03- Milieutheraeutische Einzelbetreuung, mindestens 30 Minuten
 t11- Milieutheraeutische Aktivgruppe, mindestens 120 Minuten
 t12- Milieutheraeutische Aktivgruppe, mindestens 90 Minuten
 t13- Milieutheraeutische Aktivgruppe, mindestens 60 Minuten
 t21- Milieutheraeutische als Großgruppe, z.B. Stationsvollversammlung, mindestens 60 Minuten
 t22- Milieutheraeutische als 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)

Tagesgleicher Pflegesatz für Allgemeine Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik/Psychotherapie

Basispflegesatz

01000001 Basispflegesatz, vollstationär

01000002 Basispflegesatz, teilstationär

Abteilungspflegesätze

0101[29–31]xx Abteilungspflegesätze [5.–8. Stelle: Fachabteilungsschlüssel der Allgemeinen Psychiatrie (29xx), der Kinder- und Jugendpsychiatrie (30xx) und der Psychosomatik/Psychotherapie (31xx), siehe Anlage 2, Schlüssel 6)]

Teilstationäre Pflegesätze

0103[29–31]xx 5.–8. Stelle [29–31]xx: siehe Abteilungspflegesätze

Pflegesätze für Belegpatienten

0104[29–31]xx 5.–8. Stelle [29–31]xx: siehe Abteilungspflegesätze

Teilstationäre Pflegesätze für Belegpatienten

0105[29–31]xx 5.–8. Stelle [29–31]xx: siehe Abteilungspflegesätze

Ermäßigter Abteilungspflegesatz für Allgemeine Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik/Psychotherapie

Ermäßigte Abteilungspflegesätze (vollstationärer Aufenthalt)

0201[29–31]xx 5.–8. Stelle [29–31]xx: siehe Abteilungspflegesätze

Ermäßigte Abteilungspflegesätze (teilstationärer Aufenthalt)

0203[29–31]xx 5.–8. Stelle [29–31]xx: siehe Abteilungspflegesätze

Ermäßigte Abteilungspflegesätze (vollstationärer Aufenthalt, Belegpatienten)

0204[29–31]xx 5.–8. Stelle [29–31]xx: siehe Abteilungspflegesätze

Ermäßigte Abteilungspflegesätze (teilstationärer Aufenthalt, Belegpatienten)

0205[29–31]xx 5.–8. Stelle [29–31]xx: siehe Abteilungspflegesätze

~~Zuschlag nach § 8 Abs. 3 BPfIV bzw. § 8 Abs. 3 KHEntgG (Investitionszuschlag)~~

40000000 ~~Zuschlag nach § 14 Abs. 3 BPfIV bzw. § 8 Abs. 3 KHEntgG (Investitionszuschlag)~~
[beendet zum 31.12.2014]

Entgelt 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

Vergütung vorstationär (Sonderregelung Bayern)

- 41010901 Schlafbezogene Atmungsstörungen bei Erwachsenen, Bayern, erster Behandlungstag
- 41010902 Schlafbezogene Atmungsstörungen bei Erwachsenen, Bayern, zweiter und jeder weitere Behandlungstag

Entgelt 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 Cinetechnik, eine Serie
- 42005325 Selektive Koronarangiographie aller Herzkranzgefäße oder Bypasse mittels Cinetechnik, 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

Pflegesatz bei Beurlaubung

- 4300000[1-9] reserviert
- 430[1|3-5][29-31]xx Pflegesatz bei Beurlaubung, Abteilung/Belegabteilung [siehe Schlüssel 4]
- 430200[10-91] Pflegesatz bei Beurlaubung, besondere Einrichtungen [siehe Schlüssel 4]

Modellvorhaben nach § 24 BPfIV oder § 26 BPfIV (Altvorhaben)

- 440[07]xxx 4.-5. Stelle: Länderschlüssel Rheinland-Pfalz (07)
- 44[1-6][01-16]xxx 4.-5. Stelle: Länderschlüssel

Wahlleistung Unterkunft (nur für Knappschaft)

- 45000001 Einbettzimmer-Zuschlag, (wird bei Zahlung durch übernahmefähigen Zweibettzimmer-Zuschlag ersetzt)
- 4500000[2-9] Zweibettzimmer-Zuschlag, krankenhausingividuelle Staffe lung

Zuschlag für Qualitätssicherung nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 KHEntgG oder § 7 Satz 1 Nr. 3 BPfIV

| | |
|---------------|-----------------------------|
| 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 |

46016002 Behandlung von Schlaganfallpatienten, Thüringen

Hinweis: Die drei Bestandteile des Qualitätssicherungszuschlags, Zuschlagsanteil Krankenhaus, Zuschlagsanteil Land (länderindividuell) und Zuschlagsanteil Bund, sind nicht einzeln zu deklarieren. Unter dem Entgeltsschlüssel 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.

Zuschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG bzw. § 7 Satz 1 Nr. 3 und Satz 2 BPfIV und sonstiger Zuschlag

| | | |
|----|----------|--|
| | 47100000 | Systemzuschlag Gemeinsamer Bundesausschuss (§ 91 Abs. 3 SGB V i.V.m § 139c Satz 1 SGB V), teilstationär |
| | 47100001 | Systemzuschlag Gemeinsamer Bundesausschuss (§ 91 Abs. 3 SGB V i.V.m. § 139c Satz 1 SGB V), vollstationär |
| | 47100005 | Zuschlag für Vorhaltekosten von besonderen Einrichtungen (§ 3 Abs. 2 Satz 2 VBE) |
| | 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 |
| Nc | 47100012 | Pflegezuschlag nach § 4 Abs. 10 KHEntgG bzw. § 4 Abs. 8 KHEntgG (neu) |
| | 47100013 | Telematikzuschlag, teilstationär (§ 291a Abs. 7a i.V. mit Abs. 7 Satz 4 SGB V) |
| | 47100015 | Zuschlag für besondere Einrichtungen nach § 4 Abs. 7 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 |
| Nc | 47100021 | Zuschlag Mehrkosten G-BA nach § 5 Abs. 3c KHEntgG (neu) (fester Eurowert je stationären Fall) |
| Nc | 47100022 | Zuschlag Mehrkosten G-BA nach § 5 Abs. 3c KHEntgG (neu) (prozentual) [ab 1.4.2016] |
| | 47120001 | Kostenpauschale für Verwaltungsverfahren |
| | 47120004 | Gerichtskosten |

Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG bzw. § 7 Satz 1 Nr. 3 und Satz 2 BPfIV
und sonstiger Abschlag

| | | |
|----------|---|----|
| 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 | |
| 47200015 | Abschlag für besondere Einrichtungen nach § 4 Abs. 7 KHEntgG | |
| 47200020 | Abschlag Hygiene-Förderprogramm nach § 4 Abs. 11 KHEntgG (für Korrekturen) [ab 1.4.2016] | Nc |

DRG-Systemzuschlag

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

Abrechnungsergänzungen

| | |
|------------------|---|
| 491[1-6]000[1-5] | Zuschlag für Zentren und Schwerpunkte (§ 5 Abs. 3 KHEntgG) (s. Schlüssel 4) |
| 492[1-6]000[1-5] | Abschlag für Zentren und Schwerpunkte (für Korrekturen) (s. Schlüssel 4) |

Sonderfall

| | |
|----------------|---|
| 60000001 | Entgelt für Aufnahmeuntersuchung |
| 60000002 | Weihnachtsgeld |
| 60000003 | Taschengeld |
| 60000004 | Bekleidungs-geld |
| 60000005 | Früherkennungsuntersuchungen für Neugeborene (Brandenburg) |
| 60000006 | Entgelt für gutachterliche Stellungnahme bei Transplantationen § 7 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 BPfIV oder § 4 Abs. 1 Nr. 4 FPV |
| 60000007 | Entgelt für Transport von Knochenmark oder hämatopoetischer Stammzellen nach § 4 Abs. 1 Nr. 6 FPV |
| 600[1 3-5]xxxx | Entgelt für Aufnahmeuntersuchung, Abteilung/Belegabteilung (siehe Schlüssel 4) |
| 600200[10-91] | Entgelt für Aufnahmeuntersuchung, besondere Einrichtungen (siehe Schlüssel 4) |

Entgelt 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 |

Abschlag für Entgelte für integrierte Versorgung nach § 140c SGB V

| | |
|-------------------------|---|
| 62[1-8][00-99][000-üüü] | 3. Stelle: siehe Entgelt für integrierte Versorgung nach § 140c SGB V |
|-------------------------|---|

Entgelt für Modellvorhaben nach § 63 SGB V

| | |
|-------------------------|---|
| 63[1-8][00-99][000-999] | 3. Stelle: siehe Entgelt für integrierte Versorgung nach § 140c SGB V |
|-------------------------|---|

Zusatzentgelt für DMP

| | |
|-------------------------|-------------------|
| 65[01-98][00-27][01-06] | siehe Schlüssel 4 |
|-------------------------|-------------------|

DRG-Fallpauschale nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG
 70[1–8]0A01A ff. DRG-Fallpauschalen nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG
 70000000 intern reserviert
 70888888 Teilzahlung nach § 11 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG

Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD nach § 1 Abs. 2 FPV oder tagesbezogene teilstationäre
 DRG-Fallpauschale 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)

Abschlag bei Verlegungen nach § 1 Abs. 1 Satz 3 FPV
 72[1–6, 8]0A01A ff. DRG-Fallpauschalen nach Anlage 1 FPV

Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD nach § 1 Abs. 3 Satz 1 FPV
 73[1–6, 8]0A01A ff. DRG-Fallpauschalen nach Anlage 1 FPV

Zuschlag 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
 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
Ausbildungszuschlag nach § 17a Abs. 6 bzw. 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

Abschlag 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, Nordrhein-Westfalen (für Korrekturen)
 75207002 Ausbildungsabschlag, Rheinland-Pfalz (für Korrekturen)
 75209002 Ausbildungsabschlag, Bayern (für Korrekturen)
 75213002 Ausbildungsabschlag, Mecklenburg-Vorpommern (für Korrekturen)

Bundesweit nach Anlage 2 und 5 Fallpauschalenkatalog 2016 (Zusatzentgelte-Katalog, bewertet)

| | |
|----------|--|
| ZE01 | Hämodialyse |
| 76ZE0101 | ZE0101 Hämodialyse, intermittierend, Alter > 14 Jahre; OPS 8-854.2, .3, .4 oder .5 |
| 76ZE0102 | ZE0102 Hämodialyse, intermittierend, Alter < 15 Jahre; OPS 8-854.2, .3, .4 oder .5 |
| ZE02 | Hämodiafiltration, intermittierend |
| 76ZE0200 | - (ZE02) OPS 8-855.3, .4, .5 oder .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*, .30, .31 oder .32 |
| 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 |
| 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 bis unter 200.500 IE und mehr; OPS 8-812.5f, .5g, .5h, .5j, .5k, .5m, .5n, .5p, .5q oder .5r |
| ZE36 | Plasmapherese (Plasmapherese oder Doppelfiltrationsplasmapherese) |
| 76ZE3601 | - (ZE3601) 1 Plasmapherese; OPS 8-820.00, .10, .20 oder 8-826.*0 |
| 76ZE3602 | - (ZE3602) 2 Plasmapheresen; OPS 8-820.01, .11, .21 oder 8-826.*1 |
| 76ZE3603 | - (ZE3603) 3 Plasmapheresen; OPS 8-820.02, .12, .22 oder 8-826.*2 |
| 76ZE3604 | - (ZE3604) 4 Plasmapheresen; OPS 8-820.03, .13, .23 oder 8-826.*3 |

- 76ZE3605 - (ZE3605) 5 Plasmapheresen; OPS 8-820.04, .14, .24 oder 8-826.*4
- 76ZE3606 - (ZE3606) 6 Plasmapheresen; OPS 8-820.08, .18, .25 oder 8-826.*5
- 76ZE3607 - (ZE3607) 7 Plasmapheresen; OPS 8-820.09, .19, .26 oder 8-826.*6
- 76ZE3608 - (ZE3608) 8 Plasmapheresen; OPS 8-820.0a, .1a, .27 oder 8-826.*7
- 76ZE3609 - (ZE3609) 9 Plasmapheresen; OPS 8-820.0b, .1b, .28 oder 8-826.*8
- 76ZE3610 - (ZE3610) 10 Plasmapheresen; OPS 8-820.0c, .1c, .29 oder 8-826.*9
- 76ZE3611 - (ZE3611) 11 Plasmapheresen; OPS 8-820.0d, .1d, .2a oder 8-826.*a
- 76ZE3612 - (ZE3612) 12 Plasmapheresen; OPS 8-820.0e, .1e, .2b oder 8-826.*b
- 76ZE3613 - (ZE3613) 13 Plasmapheresen; OPS 8-820.0f, .1f, .2c oder 8-826.*c
- 76ZE3614 - (ZE3614) 14 Plasmapheresen; OPS 8-820.0g, .1g, .2d oder 8-826.*d
- 76ZE3615 - (ZE3615) 15 Plasmapheresen; OPS 8-820.0h, .1h, .2e oder 8-826.*e
- 76ZE3616 - (ZE3616) 16 bis 17 Plasmapheresen; OPS 8-820.0j, .1j, .2f oder 8-826.*f
- 76ZE3617 - (ZE3617) 18 bis 19 Plasmapheresen; OPS 8-820.0k, .1k, .2g oder 8-826.*g
- 76ZE3618 - (ZE3618) 20 bis 21 Plasmapheresen; OPS 8-820.0m, .1m, .2h oder 8-826.*h
- 76ZE3619 - (ZE3619) 22 bis 23 Plasmapheresen; OPS 8-820.0n, .1n, .2j oder 8-826.*j
- 76ZE3620 - (ZE3620) 24 bis 25 Plasmapheresen; OPS 8-820.0p, .1p, .2k oder 8-826.*k
- 76ZE3621 - (ZE3621) 26 bis 28 Plasmapheresen; OPS 8-820.0q, .1q, .2m oder 8-826.*m
- 76ZE3622 - (ZE3622) 29 bis 31 Plasmapheresen; OPS 8-820.0r, .1r, .2n oder 8-826.*n
- 76ZE3623 - (ZE3623) 32 bis 34 Plasmapheresen; OPS 8-820.0s, .1s, .2p oder 8-826.*p
- 76ZE3624 - (ZE3624) 35 bis 39 Plasmapheresen; OPS 8-820.0t, .1t, .2q oder 8-826.*q
- 76ZE3625 - (ZE3625) 40 bis 44 Plasmapheresen; OPS 8-820.0u, .1u, .2r oder 8-826.*r
- 76ZE3626 - (ZE3626) 45 bis 49 Plasmapheresen; OPS 8-820.0v, .1v, .2s oder 8-826.*s
- 76ZE3627 - (ZE3627) 50 und mehr Plasmapheresen; OPS 8-820.0w, .1w, .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

ZE44 Gabe von Topotecan, parenteral

- 76ZE4401 - (ZE4401) 30,0 mg bis unter 40,0 mg; OPS 6-002.4c
- 76ZE4402 - (ZE4402) 40,0 mg bis unter 50,0 mg; OPS 6-002.4d
- 76ZE4403 - (ZE4403) 50,0 mg bis unter 60,0 mg; OPS 6-002.4e
- 76ZE4404 - (ZE4404) 60,0 mg bis unter 70,0 mg; OPS 6-002.4f
- 76ZE4405 - (ZE4405) 70,0 mg und mehr; OPS 6-002.4g

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, .a1 oder .b1 |
| ZE60 | Palliativmedizinische Komplexbehandlung |
| 76ZE6001 | - (ZE6001) Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage; OPS 8-982.1 |
| 76ZE6002 | - (ZE6002) Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage; OPS 8-982.2 |
| 76ZE6003 | - (ZE6003) Mindestens 21 Behandlungstage; OPS 8-982.3 |
| ZE61 | LDL-Apherese |
| 76ZE6100 | - (ZE61) OPS 8-822 |
| ZE62 | Hämofiltration, intermittierend |
| 76ZE6200 | - (ZE62) OPS 8-853.3, .4, .5 oder .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 bis unter 1.000 Einheiten; OPS 8-810.h3
- 76ZE7002 - (ZE7002) 1.000 bis unter 1.500 Einheiten; OPS 8-810.h4
- 76ZE7003 - (ZE7003) 1.500 bis unter 2.000 Einheiten; OPS 8-810.h5
- 76ZE7004 - (ZE7004) 2.000 bis unter 2.500 Einheiten; OPS 8-810.h6
- 76ZE7005 - (ZE7005) 2.500 bis unter 3.000 Einheiten; OPS 8-810.h7
- 76ZE7006 - (ZE7006) 3.000 bis unter 4.000 Einheiten; OPS 8-810.h8
- 76ZE7007 - (ZE7007) 4.000 bis unter 5.000 Einheiten; OPS 8-810.h9
- 76ZE7008 - (ZE7008) 5.000 bis unter 6.000 Einheiten; OPS 8-810.ha
- 76ZE7009 - (ZE7009) 6.000 bis unter 7.000 Einheiten; OPS 8-810.hb
- 76ZE7010 - (ZE7010) 7.000 bis unter 9.000 Einheiten; OPS 8-810.hc
- 76ZE7011 - (ZE7011) 9.000 bis unter 11.000 Einheiten; OPS 8-810.hd
- 76ZE7012 - (ZE7012) 11.000 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 |
| 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-Immunglobulin, 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

ZE95 Gabe von Palifermin, parenteral

76ZE9501 - (ZE9501) 1,25 mg bis unter 2,5 mg; OPS 6-003.20
 76ZE9502 - (ZE9502) 2,5 mg bis unter 3,75 mg; OPS 6-003.21
 76ZE9503 - (ZE9503) 3,75 mg bis unter 5,0 mg; OPS 6-003.22
 76ZE9504 - (ZE9504) 5,0 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 bis unter 7 Implantate; OPS 6-003.30
 76ZE9602 - (ZE9602) 7 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
- 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 (Stent oder selbstexpandierender Stent)
- 76ZEA101 - (ZE10101) Ein Stent; OPS 8-837.m0 oder 8-83d.20
- 76ZEA102 - (ZE10102) 2 Stents; OPS 8-837.m1, .m2, 8-83d.21 oder .22
- 76ZEA103 - (ZE10103) 3 Stents; OPS 8-837.m3, .m4, 8-83d.23 oder .24
- 76ZEA104 - (ZE10104) 4; OPS 8-837.m5, .m6, 8-83d.25 oder .26
- 76ZEA105 - (ZE10105) 5; OPS 8-837.m7, .m8, 8-83d.27 oder .28
- 76ZEA106 - (ZE10106) Mindestens 6 Stents; OPS 8-837.m9, .ma, 8-83d.29 oder .2a
- ZE105 Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils) an Kopf, Hals (intra- und extrakraniell) und spinalen Gefäßen oder mit großlumigem Gefäßverschlusskörper
OPS 8-836.m0, .m1, .mf, 8-83b.34 oder .38 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 |
| 76ZEA522 | - (ZE10522) 21 Metallspiralen; OPS 8-836.np |
| 76ZEA523 | - (ZE10523) 22 Metallspiralen; OPS 8-836.nq |
| 76ZEA524 | - (ZE10524) 23 Metallspiralen; OPS 8-836.nr |
| 76ZEA525 | - (ZE10525) 24 Metallspiralen; OPS 8-836.ns |
| 76ZEA526 | - (ZE10526) 25 Metallspiralen; OPS 8-836.nt |
| 76ZEA527 | - (ZE10527) 26 Metallspiralen; OPS 8-836.nu |
| 76ZEA528 | - (ZE10528) 27 Metallspiralen; OPS 8-836.nv |
| 76ZEA529 | - (ZE10529) 28 Metallspiralen und mehr; OPS 8-836.nw |
| 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 |
| 76ZEA622 | - (ZE10622) 21 Metallspiralen; OPS 8-836.np |
| 76ZEA623 | - (ZE10623) 22 Metallspiralen; OPS 8-836.nq |
| 76ZEA624 | - (ZE10624) 23 Metallspiralen; OPS 8-836.nr |
| 76ZEA625 | - (ZE10625) 24 Metallspiralen; OPS 8-836.ns |
| 76ZEA626 | - (ZE10626) 25 Metallspiralen; OPS 8-836.nt |
| 76ZEA627 | - (ZE10627) 26 Metallspiralen; OPS 8-836.nu |
| 76ZEA628 | - (ZE10628) 27 Metallspiralen; OPS 8-836.nv |
| 76ZEA629 | - (ZE10629) 28 Metallspiralen und mehr; OPS 8-836.nw |
| 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

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 |
| 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 Chondrozytentransplantation |
| 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 |
| ZE130 | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen |
| 76ZED001 | - (ZE13001) 43 bis zu 129 Aufwandspunkte; OPS 9-200.0, .1 oder .5 |
| 76ZED002 | - (ZE13002) 130 bis zu 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) 37 bis zu 100 Aufwandspunkte; OPS 9-201.0, .1, 9-202.00, .01, .02 oder 9-202.1 |
| 76ZED102 | - (ZE13102) 101 bis zu 362 und mehr Aufwandspunkte; OPS 9-201.5, .6, .7, .8, .9, .a, .b, .c, .d, .e, 9-202.5, .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 Mikrodrahtretriever- Systems OPS 8-836.60 oder 8-836.80 in Verbindung mit: |
| 76ZED301 | - (ZE13301) 1 Mikrodrahtretriever-System; OPS 8-83b.80 |
| 76ZED302 | - (ZE13302) 2 Mikrodrahtretriever-Systeme; OPS 8-83b.82 |
| 76ZED303 | - (ZE13303) 3 oder mehr Mikrodrahtretriever-Systeme; OPS 8-83b.83 |
| ZE134 | Verschiedene Harnkontinenztherapien |
| 76ZED400 | - (ZE134) OPS 5-596.73, .74, .75 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 Ballon: OPS 8-83b.b6 |
| 76ZED602 | - (ZE13602) Zwei Ballons: OPS 8-83b.b7 |
| 76ZED603 | - (ZE13603) Drei Ballons: OPS 8-83b.b8 |
| 76ZED604 | - (ZE13604) Vier und mehr Ballons: OPS 8-83b.b9 |
| ZE137 | Medikamente-freisetzende Ballons an anderen Gefäßen OPS 8-836.02, .03, .08, .09, .0a, .0b, .0c oder .0e in Verbindung mit: |
| 76ZED701 | - (ZE13701) Ein Ballon: OPS 8-83b.ba |
| 76ZED702 | - (ZE13702) Zwei Ballons: OPS 8-83b.bb |
| 76ZED703 | - (ZE13703) Drei Ballons: OPS 8-83b.bc |
| 76ZED704 | - (ZE13704) Vier und mehr Ballons; OPS 8-83b.bd |
| ZE138 | Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalssystem, mit Sondenimplantation |
| 76ZED800 | - (ZE138) OPS 5-039.e0, .k0 oder 5-059.c0 |
| ZE139 | Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalssystem, ohne Sondenimplantation |
| 76ZED900 | - (ZE139) OPS 5-039.f0, .m0, n0, 5-059.d0 oder .g0 |
| ZE140 | Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation |
| 76ZEE000 | - (ZE140) OPS 5-039.e1, .k1, 5-059.c1 oder .cb |
| ZE141 | Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, nicht wiederaufladbar, ohne Sondenimplantation |
| 76ZEE100 | - (ZE141) OPS 5-039.fl, .m1, .n1, 5-059.d1, .db oder .g1 |
| ZE142 | Gabe von Clofarabin, parenteral |
| 76ZEE201 | - (ZE14201) 10 mg bis unter 20 mg; OPS 6-003.j0 |
| 76ZEE202 | - (ZE14202) 20 mg bis unter 30 mg; OPS 6-003.j1 |
| 76ZEE203 | - (ZE14203) 30 mg bis unter 40 mg; OPS 6-003.j2 |
| 76ZEE204 | - (ZE14204) 40 mg bis unter 50 mg; OPS 6-003.j3 |
| 76ZEE205 | - (ZE14205) 50 mg bis unter 60 mg; OPS 6-003.j4 |
| 76ZEE206 | - (ZE14206) 60 mg bis unter 70 mg; OPS 6-003.j5 |
| 76ZEE207 | - (ZE14207) 70 mg bis unter 80 mg; OPS 6-003.j6 |
| 76ZEE208 | - (ZE14208) 80 mg bis unter 100 mg; OPS 6-003.j7 |
| 76ZEE209 | - (ZE14209) 100 mg bis unter 120 mg; OPS 6-003.j8 |
| 76ZEE210 | - (ZE14210) 120 mg bis unter 140 mg; OPS 6-003.j9 |
| 76ZEE211 | - (ZE14211) 140 mg bis unter 160 mg; OPS 6-003.ja |
| 76ZEE212 | - (ZE14212) 160 mg bis unter 180 mg; OPS 6-003.jb |
| 76ZEE213 | - (ZE14213) 180 mg bis unter 200 mg; OPS 6-003.jc |
| 76ZEE214 | - (ZE14214) 200 mg bis unter 220 mg; OPS 6-003.jd |
| 76ZEE215 | - (ZE14215) 220 mg bis unter 240 mg; OPS 6-003.je |
| 76ZEE216 | - (ZE14216) 240 mg bis unter 260 mg; OPS 6-003.jf |
| 76ZEE217 | - (ZE14217) 260 mg bis unter 280 mg; OPS 6-003.jg |
| 76ZEE218 | - (ZE14218) 280 mg bis unter 320 mg; OPS 6-003.jh |
| 76ZEE219 | - (ZE14219) 320 mg bis unter 360 mg; OPS 6-003.jj |
| 76ZEE220 | - (ZE14220) 360 mg bis unter 440 mg; OPS 6-003.jk |
| 76ZEE221 | - (ZE14221) 440 mg bis unter 520 mg; OPS 6-003.jm |
| 76ZEE222 | - (ZE14222) 520 mg bis unter 600 mg; OPS 6-003.jn |
| 76ZEE223 | - (ZE14223) 600 mg bis unter 760 mg; OPS 6-003.jp |
| 76ZEE224 | - (ZE14224) 760 mg bis unter 920 mg; OPS 6-003.jq |

- 76ZEE225 - (ZE14225) 920 mg bis unter 1.080 mg; OPS 6-003.jr
- 76ZEE226 - (ZE14226) 1.080 mg bis unter 1.320 mg; OPS 6-003.js
- 76ZEE227 - (ZE14227) 1.320 mg bis unter 1.560 mg; OPS 6-003.jt
- 76ZEE228 - (ZE14228) 1.560 mg bis unter 1.800 mg; OPS 6-003.ju
- 76ZEE229 - (ZE14229) 1.800 mg und mehr; OPS 6-003.jv

ZE143 Gabe von Plerixafor, parenteral

- 76ZEE301 - (ZE14301) 2,5 mg bis unter 5,0 mg; OPS 6-005.e0
- 76ZEE302 - (ZE14302) 5,0 mg bis unter 10,0 mg; OPS 6-005.e1
- 76ZEE303 - (ZE14303) 10,0 mg bis unter 15,0 mg; OPS 6-005.e2
- 76ZEE304 - (ZE14304) 15,0 mg bis unter 20,0 mg; OPS 6-005.e3
- 76ZEE305 - (ZE14305) 20,0 mg bis unter 25,0 mg; OPS 6-005.e4
- 76ZEE306 - (ZE14306) 25,0 mg bis unter 30,0 mg; OPS 6-005.e5
- 76ZEE307 - (ZE14307) 30,0 mg bis unter 35,0 mg; OPS 6-005.e6
- 76ZEE308 - (ZE14308) 35,0 mg bis unter 40,0 mg; OPS 6-005.e7
- 76ZEE309 - (ZE14309) 40,0 mg bis unter 45,0 mg; OPS 6-005.e8
- 76ZEE310 - (ZE14310) 45,0 mg bis unter 50,0 mg; OPS 6-005.e9
- 76ZEE311 - (ZE14311) 50,0 mg bis unter 60,0 mg; OPS 6-005.ea
- 76ZEE312 - (ZE14312) 60,0 mg bis unter 70,0 mg; OPS 6-005.eb
- 76ZEE313 - (ZE14313) 70,0 mg bis unter 80,0 mg; OPS 6-005.ec
- 76ZEE314 - (ZE14314) 80,0 mg bis unter 100,0 mg; OPS 6-005.ed
- 76ZEE315 - (ZE14315) 100,0 mg bis unter 120,0 mg; OPS 6-005.ee
- 76ZEE316 - (ZE14316) 120,0 mg bis unter 140,0 mg; OPS 6-005.ef
- 76ZEE317 - (ZE14317) 140,0 mg bis unter 160,0 mg; OPS 6-005.eg
- 76ZEE318 - (ZE14318) 160,0 mg bis unter 180,0 mg; OPS 6-005.eh
- 76ZEE319 - (ZE14319) 180,0 mg bis unter 200,0 mg; OPS 6-005.ej
- 76ZEE320 - (ZE14320) 200,0 mg bis unter 220,0 mg; OPS 6-005.ek
- 76ZEE321 - (ZE14321) 220,0 mg bis unter 240,0 mg; OPS 6-005.em
- 76ZEE322 - (ZE14322) 240,0 mg und mehr; OPS 6-005.en

ZE144 Gabe von Romiplostim, parenteral

- 76ZEE401 - (ZE14401) 100 µg bis unter 200 µg; OPS 6-005.90
- 76ZEE402 - (ZE14402) 200 µg bis unter 300 µg; OPS 6-005.91
- 76ZEE403 - (ZE14403) 300 µg bis unter 400 µg; OPS 6-005.92
- 76ZEE404 - (ZE14404) 400 µg bis unter 500 µg; OPS 6-005.93
- 76ZEE405 - (ZE14405) 500 µg bis unter 600 µg; OPS 6-005.94
- 76ZEE406 - (ZE14406) 600 µg bis unter 700 µg; OPS 6-005.95
- 76ZEE407 - (ZE14407) 700 µg bis unter 800 µg; OPS 6-005.96
- 76ZEE408 - (ZE14408) 800 µg bis unter 900 µg; OPS 6-005.97
- 76ZEE409 - (ZE14409) 900 µg bis unter 1.000 µg; OPS 6-005.98
- 76ZEE410 - (ZE14410) 1.000 µg bis unter 1.200 µg; OPS 6-005.99
- 76ZEE411 - (ZE14411) 1.200 µg bis unter 1.400 µg; OPS 6-005.9a
- 76ZEE412 - (ZE14412) 1.400 µg bis unter 1.600 µg; OPS 6-005.9b
- 76ZEE413 - (ZE14413) 1.600 µg bis unter 1.800 µg; OPS 6-005.9c
- 76ZEE414 - (ZE14414) 1.800 µg bis unter 2.000 µg; OPS 6-005.9d
- 76ZEE415 - (ZE14415) 2.000 µg bis unter 2.400 µg; OPS 6-005.9e
- 76ZEE416 - (ZE14416) 2.400 µg bis unter 2.800 µg; OPS 6-005.9f
- 76ZEE417 - (ZE14417) 2.800 µg bis unter 3.200 µg; OPS 6-005.9g
- 76ZEE418 - (ZE14418) 3.200 µg bis unter 3.600 µg; OPS 6-005.9h
- 76ZEE419 - (ZE14419) 3.600 µg bis unter 4.000 µg; OPS 6-005.9j
- 76ZEE420 - (ZE14420) 4.000 µg bis unter 4.400 µg; OPS 6-005.9k
- 76ZEE421 - (ZE14421) 4.400 µg bis unter 4.800 µg; OPS 6-005.9m
- 76ZEE422 - (ZE14422) 4.800 µg bis unter 5.200 µg; OPS 6-005.9n
- 76ZEE423 - (ZE14423) 5.200 µg bis unter 5.600 µg; OPS 6-005.9p
- 76ZEE424 - (ZE14424) 5.600 µg und mehr; OPS 6-005.9q

| | |
|----------|--|
| ZE145 | Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung |
| 76ZEE501 | - (ZE14501) Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage; OPS 8-98e.1 |
| 76ZEE502 | - (ZE14502) Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage; OPS 8-98e.2 |
| 76ZEE503 | - (ZE14503) Mindestens 21 Behandlungstage; OPS 8-98e.3 |
| ZE146 | Gabe von Thrombozytenkonzentraten (oder pathogeninaktivierten Thrombozytenkonzentraten) |
| 76ZEE601 | - (ZE14601) 2 Konzentrate; OPS 8-800.g1 oder .h1 |
| 76ZEE602 | - (ZE14602) 3 Konzentrate; OPS 8-800.g2 oder .h2 |
| 76ZEE603 | - (ZE14603) 4 Konzentrate; OPS 8-800.g3 oder .h3 |
| 76ZEE604 | - (ZE14604) 5 Konzentrate; OPS 8-800.g4 oder .h4 |
| 76ZEE605 | - (ZE14605) 6 bis unter 8 Konzentrate; OPS 8-800.g5 oder .h5 |
| 76ZEE606 | - (ZE14606) 8 bis unter 10 Konzentrate; OPS 8-800.g6 oder .h6 |
| 76ZEE607 | - (ZE14607) 10 bis unter 12 Konzentrate; OPS 8-800.g7 oder .h7 |
| 76ZEE608 | - (ZE14608) 12 bis unter 14 Konzentrate; OPS 8-800.g8 oder .h8 |
| 76ZEE609 | - (ZE14609) 14 bis unter 16 Konzentrate; OPS 8-800.g9 oder .h9 |
| 76ZEE610 | - (ZE14610) 16 bis unter 18 Konzentrate; OPS 8-800.ga oder .ha |
| 76ZEE611 | - (ZE14611) 18 bis unter 20 Konzentrate; OPS 8-800.gb oder .hb |
| 76ZEE612 | - (ZE14612) 20 bis unter 24 Konzentrate; OPS 8-800.gc oder .hc |
| 76ZEE613 | - (ZE14613) 24 bis unter 28 Konzentrate; OPS 8-800.gd oder .hd |
| 76ZEE614 | - (ZE14614) 28 bis unter 32 Konzentrate; OPS 8-800.ge oder .he |
| 76ZEE615 | - (ZE14615) 32 bis unter 36 Konzentrate; OPS 8-800.gf oder .hf |
| 76ZEE616 | - (ZE14616) 36 bis unter 40 Konzentrate; OPS 8-800.gg oder .hg |
| 76ZEE617 | - (ZE14617) 40 bis unter 46 Konzentrate; OPS 8-800.gh oder .hh |
| 76ZEE618 | - (ZE14618) 46 bis unter 52 Konzentrate; OPS 8-800.gj oder .hj |
| 76ZEE619 | - (ZE14619) 52 bis unter 58 Konzentrate; OPS 8-800.gk oder .hk |
| 76ZEE620 | - (ZE14620) 58 bis unter 64 Konzentrate; OPS 8-800.gm oder .hm |
| 76ZEE621 | - (ZE14621) 64 bis unter 70 Konzentrate; OPS 8-800.gn oder .hn |
| 76ZEE622 | - (ZE14622) 70 bis unter 78 Konzentrate; OPS 8-800.gp oder .hp |
| 76ZEE623 | - (ZE14623) 78 bis unter 86 Konzentrate; OPS 8-800.gq oder .hq |
| 76ZEE624 | - (ZE14624) 86 bis unter 94 Konzentrate; OPS 8-800.gr oder .hr |
| 76ZEE625 | - (ZE14625) 94 bis unter 102 Konzentrate; OPS 8-800.gs oder .hs |
| 76ZEE626 | - (ZE14626) 102 bis unter 110 Konzentrate; OPS 8-800.gt oder .ht |
| 76ZEE627 | - (ZE14627) 110 bis unter 118 Konzentrate; OPS 8-800.gu oder .hu |
| 76ZEE628 | - (ZE14628) 118 bis unter 126 Konzentrate; OPS 8-800.gv oder .hv |
| 76ZEE629 | - (ZE14629) 126 und mehr Konzentrate; OPS 8-800.gw oder .hw |
| ZE147 | Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten (oder pathogeninaktivierten Apherese-Thrombozytenkonzentraten) |
| 76ZEE701 | - (ZE14701) 1 Konzentrat; OPS 8-800.f0 oder .d0 |
| 76ZEE702 | - (ZE14702) 2 Konzentrate; OPS 8-800.f1 oder .d1 |
| 76ZEE703 | - (ZE14703) 3 Konzentrate; OPS 8-800.f2 oder .d2 |
| 76ZEE704 | - (ZE14704) 4 Konzentrate; OPS 8-800.f3 oder .d3 |
| 76ZEE705 | - (ZE14705) 5 Konzentrate; OPS 8-800.f4 oder .d4 |
| 76ZEE706 | - (ZE14706) 6 bis unter 8 Konzentrate; OPS 8-800.f5 oder .d5 |
| 76ZEE707 | - (ZE14707) 8 bis unter 10 Konzentrate; OPS 8-800.f6 oder .d6 |
| 76ZEE708 | - (ZE14708) 10 bis unter 12 Konzentrate; OPS 8-800.f7 oder .d7 |
| 76ZEE709 | - (ZE14709) 12 bis unter 14 Konzentrate; OPS 8-800.f8 oder .d8 |
| 76ZEE710 | - (ZE14710) 14 bis unter 16 Konzentrate; OPS 8-800.f9 oder .d9 |
| 76ZEE711 | - (ZE14711) 16 bis unter 18 Konzentrate; OPS 8-800.fa oder .da |
| 76ZEE712 | - (ZE14712) 18 bis unter 20 Konzentrate; OPS 8-800.fb oder .db |
| 76ZEE713 | - (ZE14713) 20 bis unter 24 Konzentrate; OPS 8-800.fc oder .dc |
| 76ZEE714 | - (ZE14714) 24 bis unter 28 Konzentrate; OPS 8-800.fd oder .dd |
| 76ZEE715 | - (ZE14715) 28 bis unter 32 Konzentrate; OPS 8-800.fe oder .de |
| 76ZEE716 | - (ZE14716) 32 bis unter 36 Konzentrate; OPS 8-800.ff oder .df |
| 76ZEE717 | - (ZE14717) 36 bis unter 40 Konzentrate; OPS 8-800.fg oder .dg |

76ZEE718 - (ZE14718) 40 bis unter 46 Konzentrate; OPS 8-800.fh oder .dh
 76ZEE719 - (ZE14719) 46 bis unter 52 Konzentrate; OPS 8-800.fj oder .dj
 76ZEE720 - (ZE14720) 52 bis unter 58 Konzentrate; OPS 8-800.fk oder .dk
 76ZEE721 - (ZE14721) 58 bis unter 64 Konzentrate; OPS 8-800.fm oder .dm
 76ZEE722 - (ZE14722) 64 bis unter 70 Konzentrate; OPS 8-800.fn oder .dn
 76ZEE723 - (ZE14723) 70 bis unter 78 Konzentrate; OPS 8-800.fp oder .dp
 76ZEE724 - (ZE14724) 78 bis unter 86 Konzentrate; OPS 8-800.fq oder .dq
 76ZEE725 - (ZE14725) 86 bis unter 94 Konzentrate; OPS 8-800.fr oder .dr
 76ZEE726 - (ZE14726) 94 bis unter 102 Konzentrate; OPS 8-800.fs oder .ds
 76ZEE727 - (ZE14727) 102 bis unter 110 Konzentrate; OPS 8-800.ft oder .dt
 76ZEE728 - (ZE14728) 110 bis unter 118 Konzentrate; OPS 8-800.fu oder .du
 76ZEE729 - (ZE14729) 118 bis unter 126 Konzentrate; OPS 8-800.fv oder .dv
 76ZEE730 - (ZE14730) 126 und mehr Konzentrate; OPS 8-800.fw oder .dw

ZE148 Gabe von Rituximab, intravenös

76ZEE801 - (ZE14801) 150 mg bis unter 250 mg; OPS 6-001.h0
 76ZEE802 - (ZE14802) 250 mg bis unter 350 mg; OPS 6-001.h1
 76ZEE803 - (ZE14803) 350 mg bis unter 450 mg; OPS 6-001.h2
 76ZEE804 - (ZE14804) 450 mg bis unter 550 mg; OPS 6-001.h3
 76ZEE805 - (ZE14805) 550 mg bis unter 650 mg; OPS 6-001.h4
 76ZEE806 - (ZE14806) 650 mg bis unter 750 mg; OPS 6-001.h5
 76ZEE807 - (ZE14807) 750 mg bis unter 850 mg; OPS 6-001.h6
 76ZEE808 - (ZE14808) 850 mg bis unter 950 mg; OPS 6-001.h7
 76ZEE809 - (ZE14809) 950 mg bis unter 1.050 mg; OPS 6-001.h8
 76ZEE810 - (ZE14810) 1.050 mg bis unter 1.250 mg; OPS 6-001.h9
 76ZEE811 - (ZE14811) 1.250 mg bis unter 1.450 mg; OPS 6-001.ha
 76ZEE812 - (ZE14812) 1.450 mg bis unter 1.650 mg; OPS 6-001.hb
 76ZEE813 - (ZE14813) 1.650 mg bis unter 1.850 mg; OPS 6-001.hc
 76ZEE814 - (ZE14814) 1.850 mg bis unter 2.050 mg; OPS 6-001.hd
 76ZEE815 - (ZE14815) 2.050 mg bis unter 2.450 mg; OPS 6-001.he
 76ZEE816 - (ZE14816) 2.450 mg bis unter 2.850 mg; OPS 6-001.hf
 76ZEE817 - (ZE14817) 2.850 mg bis unter 3.250 mg; OPS 6-001.hg
 76ZEE818 - (ZE14818) 3.250 mg bis unter 3.650 mg; OPS 6-001.hh
 76ZEE819 - (ZE14819) 3.650 mg und mehr; OPS 6-001.hj

ZE149 Gabe von Trastuzumab, intravenös

76ZEE901 - (ZE14901) 100 mg bis unter 150 mg; OPS 6-001.k0
 76ZEE902 - (ZE14902) 150 mg bis unter 200 mg; OPS 6-001.k1
 76ZEE903 - (ZE14903) 200 mg bis unter 250 mg; OPS 6-001.k2
 76ZEE904 - (ZE14904) 250 mg bis unter 300 mg; OPS 6-001.k3
 76ZEE905 - (ZE14905) 300 mg bis unter 350 mg; OPS 6-001.k4
 76ZEE906 - (ZE14906) 350 mg bis unter 400 mg; OPS 6-001.k5
 76ZEE907 - (ZE14907) 400 mg bis unter 450 mg; OPS 6-001.k6
 76ZEE908 - (ZE14908) 450 mg bis unter 500 mg; OPS 6-001.k7
 76ZEE909 - (ZE14909) 500 mg bis unter 600 mg; OPS 6-001.k8
 76ZEE910 - (ZE14910) 600 mg bis unter 700 mg; OPS 6-001.k9
 76ZEE911 - (ZE14911) 700 mg bis unter 800 mg; OPS 6-001.ka
 76ZEE912 - (ZE14912) 800 mg bis unter 900 mg; OPS 6-001.kb
 76ZEE913 - (ZE14913) 900 mg bis unter 1.000 mg; OPS 6-001.kc
 76ZEE914 - (ZE14914) 1.000 mg bis unter 1.200 mg; OPS 6-001.kd
 76ZEE915 - (ZE14915) 1.200 mg bis unter 1.400 mg; OPS 6-001.ke
 76ZEE916 - (ZE14916) 1.400 mg bis unter 1.600 mg; OPS 6-001.kf
 76ZEE917 - (ZE14917) 1.600 mg bis unter 1.800 mg; OPS 6-001.kg
 76ZEE918 - (ZE14918) 1.800 mg bis unter 2.000 mg; OPS 6-001.kh
 76ZEE919 - (ZE14919) 2.000 mg bis unter 2.200 mg; OPS 6-001.kj
 76ZEE920 - (ZE14920) 2.200 mg bis unter 2.400 mg; OPS 6-001.kk

- 76ZEE921 - (ZE14921) 2.400 mg und mehr; OPS 6-001.km
- ZE150 Gabe von Posaconazol, oral, Suspension
- 76ZEF001 - (ZE15001) 1.000 mg bis unter 2.000 mg; OPS 6-007.00
- 76ZEF002 - (ZE15002) 2.000 mg bis unter 3.000 mg; OPS 6-007.01
- 76ZEF003 - (ZE15003) 3.000 mg bis unter 4.200 mg; OPS 6-007.02
- 76ZEF004 - (ZE15004) 4.200 mg bis unter 5.400 mg; OPS 6-007.03
- 76ZEF005 - (ZE15005) 5.400 mg bis unter 6.600 mg; OPS 6-007.04
- 76ZEF006 - (ZE15006) 6.600 mg bis unter 7.800 mg; OPS 6-007.05
- 76ZEF007 - (ZE15007) 7.800 mg bis unter 9.000 mg; OPS 6-007.06
- 76ZEF008 - (ZE15008) 9.000 mg bis unter 11.400 mg; OPS 6-007.07
- 76ZEF009 - (ZE15009) 11.400 mg bis unter 13.800 mg; OPS 6-007.08
- 76ZEF010 - (ZE15010) 13.800 mg bis unter 16.200 mg; OPS 6-007.09
- 76ZEF011 - (ZE15011) 16.200 mg bis unter 18.600 mg; OPS 6-007.0a
- 76ZEF012 - (ZE15012) 18.600 mg bis unter 21.000 mg; OPS 6-007.0b
- 76ZEF013 - (ZE15013) 21.000 mg bis unter 25.800 mg; OPS 6-007.0c
- 76ZEF014 - (ZE15014) 25.800 mg bis unter 30.600 mg; OPS 6-007.0d
- 76ZEF015 - (ZE15015) 30.600 mg bis unter 35.400 mg; OPS 6-007.0e
- 76ZEF016 - (ZE15016) 35.400 mg bis unter 40.200 mg; OPS 6-007.0f
- 76ZEF017 - (ZE15017) 40.200 mg bis unter 45.000 mg; OPS 6-007.0g
- 76ZEF018 - (ZE15018) 45.000 mg bis unter 54.600 mg; OPS 6-007.0h
- 76ZEF019 - (ZE15019) 54.600 mg bis unter 64.200 mg; OPS 6-007.0j
- 76ZEF020 - (ZE15020) 64.200 mg bis unter 73.800 mg; OPS 6-007.0k
- 76ZEF021 - (ZE15021) 73.800 mg bis unter 83.400 mg; OPS 6-007.0m
- 76ZEF022 - (ZE15022) 83.400 mg bis unter 93.000 mg; OPS 6-007.0n
- 76ZEF023 - (ZE15023) 93.000 mg und mehr; OPS 6-007.0p
- ZE151 Gabe von Abatacept, intravenös
- 76ZEF101 - (ZE15101) 125 mg bis unter 250 mg; OPS 6-003.s0
- 76ZEF102 - (ZE15102) 250 mg bis unter 500 mg; OPS 6-003.s1
- 76ZEF103 - (ZE15103) 500 mg bis unter 750 mg; OPS 6-003.s2
- 76ZEF104 - (ZE15104) 750 mg bis unter 1.000 mg; OPS 6-003.s3
- 76ZEF105 - (ZE15105) 1.000 mg bis unter 1.250 mg; OPS 6-003.s4
- 76ZEF106 - (ZE15106) 1.250 mg bis unter 1.500 mg; OPS 6-003.s5
- 76ZEF107 - (ZE15107) 1.500 mg bis unter 1.750 mg; OPS 6-003.s6
- 76ZEF108 - (ZE15108) 1.750 mg bis unter 2.000 mg; OPS 6-003.s7
- 76ZEF109 - (ZE15109) 2.000 mg bis unter 2.250 mg; OPS 6-003.s8
- 76ZEF110 - (ZE15110) 2.250 mg bis unter 2.500 mg; OPS 6-003.s9
- 76ZEF111 - (ZE15111) 2.500 mg bis unter 2.750 mg; OPS 6-003.sa
- 76ZEF112 - (ZE15112) 2.750 mg bis unter 3.000 mg; OPS 6-003.sb
- 76ZEF113 - (ZE15113) 3.000 mg und mehr; OPS 6-003.sc
- ZE152 Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Stentretreiver-Systems
OPS 8-836.60 oder 8-836.80 in Verbindung mit:
- 76ZEF201 - (ZE15201) 1 Stentretreiver-System; OPS 8-83b.84
- 76ZEF202 - (ZE15202) 2 Stentretreiver-Systeme; OPS 8-83b.85
- 76ZEF203 - (ZE15203) 3 oder mehr Stentretreiver-Systeme; OPS 8-83b.86
- ZE153 Zügeloperation mit alloplastischem Material, adjustierbar
- 76ZEF300 - (ZE153) OPS 5-594.31
- ZE154 Gabe von Eculizumab, parenteral
- 76ZEF401 - (ZE15401) 300 mg bis unter 600 mg; OPS 6-003.h0
- 76ZEF402 - (ZE 15402) 600 mg bis unter 900 mg; OPS 6-003.h1
- 76ZEF403 - (ZE 15403) 900 mg bis unter 1.200 mg; OPS 6-003.h2
- 76ZEF404 - (ZE15404) 1.200 mg bis unter 1.500 mg; OPS 6-003.h3
- 76ZEF405 - (ZE15405) 1.500 mg bis unter 1.800 mg; OPS 6-003.h4

76ZEF406 - (ZE15406) 1.800 mg bis unter 2.100 mg; OPS 6-003.h5
 76ZEF407 - (ZE15407) 2.100 mg bis unter 2.400 mg; OPS 6-003.h6
 76ZEF408 - (ZE15408) 2.400 mg bis unter 2.700 mg; OPS 6-003.h7
 76ZEF409 - (ZE15409) 2.700 mg bis unter 3.000 mg; OPS 6-003.h8
 76ZEF410 - (ZE15410) 3.000 mg bis unter 3.300 mg; OPS 6-003.h9
 76ZEF411 - (ZE15411) 3.300 mg bis unter 3.600 mg; OPS 6-003.ha
 76ZEF412 - (ZE15412) 3.600 mg bis unter 3.900 mg; OPS 6-003.hb
 76ZEF413 - (ZE15413) 3.900 mg bis unter 4.200 mg; OPS 6-003.hc
 76ZEF414 - (ZE15414) 4.200 mg bis unter 4.500 mg; OPS 6-003.d9
 76ZEF415 - (ZE15415) 4.500 mg bis unter 4.800 mg; OPS 6-003.he
 76ZEF416 - (ZE15416) 4.800 mg bis unter 5.100 mg; OPS 6-003.hf
 76ZEF417 - (ZE15417) 5.100 mg bis unter 5.400 mg; OPS 6-003.hg
 76ZEF418 - (ZE15418) 5.400 mg bis unter 5.700 mg; OPS 6-003.hh
 76ZEF419 - (ZE15419) 5.700 mg bis unter 6.300 mg; OPS 6-003.hj
 76ZEF420 - (ZE15420) 6.000 mg und mehr; OPS 6-003.hk

ZE155 Gabe von Ofatumumab, parenteral

76ZEF501 - (ZE15501) 300 mg bis unter 600 mg; OPS 6-006.40
 76ZEF502 - (ZE15502) 600 mg bis unter 900 mg; OPS 6-006.41
 76ZEF503 - (ZE15503) 900 mg bis unter 1.200 mg; OPS 6-006.42
 76ZEF504 - (ZE15504) 1.200 mg bis unter 1.500 mg; OPS 6-006.43
 76ZEF505 - (ZE15505) 1.500 mg bis unter 2.000 mg; OPS 6-006.44
 76ZEF506 - (ZE15506) 2.000 mg bis unter 4.000 mg; OPS 6-006.45
 76ZEF507 - (ZE15507) 4.000 mg bis unter 6.000 mg; OPS 6-006.46
 76ZEF508 - (ZE15508) 6.000 mg bis unter 8.000 mg; OPS 6-006.47
 76ZEF509 - (ZE15509) 8.000 mg bis unter 10.000 mg; OPS 6-006.48
 76ZEF510 - (ZE15510) 10.000 mg bis unter 12.000 mg; OPS 6-006.49
 76ZEF511 - (ZE15511) 12.000 mg bis unter 14.000 mg; OPS 6-006.4a
 76ZEF512 - (ZE15512) 14.000 mg bis unter 16.000 mg; OPS 6-006.4b
 76ZEF513 - (ZE15513) 16.000 mg bis unter 18.000 mg; OPS 6-006.4c
 76ZEF514 - (ZE15514) 18.000 mg bis unter 20.000 mg; OPS 6-006.4d
 76ZEF515 - (ZE15515) 20.000 mg bis unter 22.000 mg; OPS 6-006.4e
 76ZEF516 - (ZE15516) 22.000 mg bis unter 24.000 mg; OPS 6-006.4f
 76ZEF517 - (ZE15517) 24.000 mg und mehr; OPS 6-006.4g

ZE156 Gabe von Decibatine, parenteral

76ZEF601 - (ZE15601) 30 mg bis unter 60 mg; OPS 6-004.40
 76ZEF602 - (ZE15602) 60 mg bis unter 90 mg; OPS 6-004.41
 76ZEF603 - (ZE15603) 90 mg bis unter 120 mg; OPS 6-004.42
 76ZEF604 - (ZE15604) 120 mg bis unter 150 mg; OPS 6-004.43
 76ZEF605 - (ZE15605) 150 mg bis unter 180 mg; OPS 6-004.44
 76ZEF606 - (ZE15606) 180 mg bis unter 210 mg; OPS 6-004.45
 76ZEF607 - (ZE15607) 210 mg bis unter 240 mg; OPS 6-004.46
 76ZEF608 - (ZE15608) 240 mg bis unter 270 mg; OPS 6-004.47
 76ZEF609 - (ZE15609) 270 mg bis unter 300 mg; OPS 6-004.48
 76ZEF610 - (ZE15610) 300 mg bis unter 330 mg; OPS 6-004.49
 76ZEF611 - (ZE15611) 330 mg bis unter 360 mg; OPS 6-004.4a
 76ZEF612 - (ZE15612) 360 mg bis unter 390 mg; OPS 6-004.4b
 76ZEF613 - (ZE15613) 390 mg bis unter 420 mg; OPS 6-004.4c
 76ZEF614 - (ZE15614) 420 mg bis unter 450 mg; OPS 6-004.4d
 76ZEF615 - (ZE15615) 450 mg bis unter 480 mg; OPS 6-004.4e
 76ZEF616 - (ZE15616) 480 mg bis unter 510 mg; OPS 6-004.4f
 76ZEF617 - (ZE15617) 510 mg und mehr; OPS 6-004.4g

ZE157 Gabe von Tocilizumab, intravenös

76ZEF701 - (ZE15701) 80 mg bis unter 200 mg; OPS 6-005.m0
 76ZEF702 - (ZE15702) 200 mg bis unter 320 mg; OPS 6-005.m1

| | |
|----------|---|
| 76ZEF703 | - (ZE15703) 320 mg bis unter 480 mg; OPS 6-005.m2 |
| 76ZEF704 | - (ZE15704) 480 mg bis unter 640 mg; OPS 6-005.m3 |
| 76ZEF705 | - (ZE15705) 640 mg bis unter 800 mg; OPS 6-005.m4 |
| 76ZEF706 | - (ZE15706) 800 mg bis unter 960 mg; OPS 6-005.m5 |
| 76ZEF707 | - (ZE15707) 960 mg bis unter 1.120 mg; OPS 6-005.m6 |
| 76ZEF708 | - (ZE15708) 1.120 mg bis unter 1.280 mg; OPS 6-005.m7 |
| 76ZEF709 | - (ZE15709) 1.280 mg bis unter 1.440 mg; OPS 6-005.m8 |
| 76ZEF710 | - (ZE15710) 1.440 mg bis unter 1.600 mg; OPS 6-005.m9 |
| 76ZEF711 | - (ZE15711) 1.600 mg bis unter 1.760 mg; OPS 6-005.ma |
| 76ZEF712 | - (ZE15712) 1.760 mg bis unter 1.920 mg; OPS 6-005.mb |
| 76ZEF713 | - (ZE15713) 1.920 mg bis unter 2.080 mg; OPS 6-005.mc |
| 76ZEF714 | - (ZE15714) 2.080 mg und mehr; OPS 6-005.md |
| ZE158 | Vagusnervstimulationssysteme, mit Sondenimplantation |
| 76ZEF800 | - (ZE158) OPS 5-059.c8, .c9 oder .ca |
| ZE159 | Vagusnervstimulationssysteme, ohne Sondenimplantation |
| 76ZEF900 | - (ZE159) OPS 5-059.d8, .d9 oder .da |

Bundesweit nach Anlage 4 und 6 Fallpauschalkatalog 2016 (Zusatzentgelt-Katalog, unbewertet)

ZE2016-01 Beckenimplantate

- 76000010 - (ZE2016-01) OPS 5-785.2d, .3d, .4d oder .5d
- 7600001A - (ZE2016-01) OPS 5-785.2d
- 7600001B - (ZE2016-01) OPS 5-785.3d
- 7600001C - (ZE2016-01) OPS 5-785.4d
- 7600001D - (ZE2016-01) OPS 5-785.5d

ZE2016-02 Links- und rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“)

- 76000020 - (ZE2016-02) OPS 5-376.20, .22, .30, .32, .40, .50, .60, .70, .72, .80 oder .82
- 7600002A - (ZE2016-02) OPS 5-376.20
- 7600002B - (ZE2016-02) OPS 5-376.30
- 7600002C - (ZE2016-02) OPS 5-376.40
- 7600002D - (ZE2016-02) OPS 5-376.50
- 7600002E - (ZE2016-02) OPS 5-376.60
- 7600002F - (ZE2016-02) OPS 5-376.70
- 7600002G - (ZE2016-02) OPS 5-376.80
- 7600002H - (ZE2016-02) OPS 5-376.22
- 7600002I - (ZE2016-02) OPS 5-376.32
- 7600002J - (ZE2016-02) OPS 5-376.72
- 7600002K - (ZE2016-02) OPS 5-376.82

ZE2016-03 ECMO und PECLA

- 76000030 - (ZE2016-03) OPS 8-852.0*, .2* oder .3*
- 7600003A - (ZE2016-03) OPS 8-852.0*
- 76000774 - (ZE2016-03) OPS 8-852.00
- 76000775 - (ZE2016-03) OPS 8-852.01
- 76000E78 - (ZE2016-03) OPS 8-852.03
- 76000E79 - (ZE2016-03) OPS 8-852.04
- 76000E7A - (ZE2016-03) OPS 8-852.05
- 76000E7B - (ZE2016-03) OPS 8-852.06
- 76000E7C - (ZE2016-03) OPS 8-852.07
- 76000E7D - (ZE2016-03) OPS 8-852.08
- 76000E7E - (ZE2016-03) OPS 8-852.09
- 76000E7F - (ZE2016-03) OPS 8-852.0a
- 7600003B - (ZE2016-03) OPS 8-852.2*
- 76000B42 - (ZE2016-03) OPS 8-852.20
- 76000B43 - (ZE2016-03) OPS 8-852.21
- 76000B44 - (ZE2016-03) OPS 8-852.22
- 76000B45 - (ZE2016-03) OPS 8-852.23
- 76000B46 - (ZE2016-03) OPS 8-852.24
- 76000B47 - (ZE2016-03) OPS 8-852.25
- 7600003C - (ZE2016-03) OPS 8-852.3*
- 76000777 - (ZE2016-03) OPS 8-852.30
- 76000778 - (ZE2016-03) OPS 8-852.31
- 76000E7G - (ZE2016-03) OPS 8-852.33
- 76000E7H - (ZE2016-03) OPS 8-852.34
- 76000E7I - (ZE2016-03) OPS 8-852.35
- 76000E7J - (ZE2016-03) OPS 8-852.36
- 76000E7K - (ZE2016-03) OPS 8-852.37
- 76000E7L - (ZE2016-03) OPS 8-852.38
- 76000E7M - (ZE2015-03) OPS 8-852.39
- 76000E7N - (ZE2015-03) OPS 8-852.3a
- 76097394 - (ZE2016-03) 576 bis unter 800 Stunden; OPS 8-852.0a
- 76097395 - (ZE2016-03) 800 bis unter 1000 Stunden; OPS 8-852.0a
- 76097396 - (ZE2016-03) 1000 Stunden und mehr, OPS 8-852.0a

| | |
|-----------|---|
| ZE2016-04 | Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich |
| 76000040 | - (ZE2016-04) OPS 5-020.65, .66, .67, .68, .71, .72, 5-774.71, .72, 5-775.71 oder .72 |
| 7600004A | - (ZE2016-04) OPS 5-020.65 |
| 7600004B | - (ZE2016-04) OPS 5-020.66 |
| 7600004C | - (ZE2016-04) OPS 5-020.67 |
| 7600004D | - (ZE2016-04) OPS 5-020.68 |
| 7600004E | - (ZE2016-04) OPS 5-020.71 |
| 7600004F | - (ZE2016-04) OPS 5-020.72 |
| 7600004G | - (ZE2016-04) OPS 5-774.71 |
| 7600004H | - (ZE2016-04) OPS 5-774.72 |
| 7600004I | - (ZE2016-04) OPS 5-775.71 |
| 7600004J | - (ZE2016-04) OPS 5-775.72 |
| ZE2016-05 | Distraktion am Gesichtsschädel |
| 76000050 | - (ZE2016-05) OPS 5-776.6, .7, .9 oder 5-777.*1 |
| 7600005A | - (ZE2016-05) OPS 5-776.6 |
| 7600005B | - (ZE2016-05) OPS 5-776.7 |
| 7600005C | - (ZE2016-05) OPS 5-776.9 |
| 7600005D | - (ZE2016-05) OPS 5-777.*1 |
| 76000504 | - (ZE2016-05) OPS 5-777.01 |
| 76000505 | - (ZE2016-05) OPS 5-777.11 |
| 76000506 | - (ZE2016-05) OPS 5-777.21 |
| 76000507 | - (ZE2016-05) OPS 5-777.31 |
| 76000508 | - (ZE2016-05) OPS 5-777.41 |
| 76000509 | - (ZE2016-05) OPS 5-777.51 |
| 76000510 | - (ZE2016-05) OPS 5-777.61 |
| 76000511 | - (ZE2016-05) OPS 5-777.71 |
| 76000512 | - (ZE2016-05) OPS 5-777.81 |
| 76000513 | - (ZE2016-05) OPS 5-777.91 |
| ZE2016-07 | Andere implantierbare Medikamentenpumpen |
| 76000070 | - (ZE2016-07) OPS 5-028.1x oder 5-038.4x |
| 7600007C | - (ZE2016-07) OPS 5-028.1x |
| 7600007D | - (ZE2016-07) OPS 5-038.4x |
| ZE2016-08 | Sonstige Dialyse |
| 76000080 | - (ZE2016-08) OPS 8-853.x, .y, 8-854.x, .y, 8-855.x, .y, 8-857.x oder .y |
| 7600008M | - (ZE2016-08) OPS 8-853.x |
| 7600008N | - (ZE2016-08) OPS 8-853.y |
| 7600008C | - (ZE2016-08) OPS 8-854.x |
| 7600008D | - (ZE2016-08) OPS 8-854.y |
| 7600008G | - (ZE2016-08) OPS 8-855.x |
| 7600008H | - (ZE2016-08) OPS 8-855.y |
| 7600008U | - (ZE2016-08) OPS 8-857.x |
| 7600008V | - (ZE2016-08) OPS 8-857.y |
| ZE2016-09 | Hämoperfusion |
| 76000090 | - (ZE2016-09) OPS 8-856 |
| ZE2016-10 | Leberersatztherapie |
| 76000100 | - (ZE2016-10) OPS 8-858 |
| ZE2016-13 | Immunadsorption |
| 76000130 | - (ZE2016-13) OPS 8-821.0, .10 oder .11 |
| 76000822 | - (ZE2016-13) OPS 8-821.0 |
| 76000A57 | - (ZE2016-13) OPS 8-821.10 |
| 76000A58 | - (ZE2016-13) OPS 8-821.11 |

| | |
|-----------|---|
| ZE2016-15 | Zellapherese |
| 76000150 | - (ZE2016-15) OPS 8-823 oder 8-825.* |
| 7600015A | - (ZE2016-15) OPS 8-823 |
| 7600015B | - (ZE2016-15) OPS 8-825.* |
| 76000772 | - (ZE2016-15) OPS 8-825.0 |
| 76000824 | - (ZE2016-15) OPS 8-825.1 |
| 76000773 | - (ZE2016-15) OPS 8-825.x |
| ZE2016-16 | Isolierte Extremitätenperfusion |
| 76000160 | - (ZE2016-16) OPS 8-859 |
| ZE2016-17 | Retransplantation von Organen während desselben stationären Aufenthalts |
| 76000170 | - (ZE2016-17) OPS 5-125.5, 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 |
| 7600017A | - (ZE2016-17) OPS 5-125.5 |
| 7600017O | - (ZE2016-17) OPS 5-335.3* |
| 76000EDL | - (ZE2016-17) OPS 5-335.32 |
| 76000EDM | - (ZE2016-17) OPS 5-335.33 |
| 76000EDN | - (ZE2016-17) OPS 5-335.34 |
| 76000EDO | - (ZE2016-17) OPS 5-335.35 |
| 7600017C | - (ZE2016-17) OPS 5-375.3* |
| 76000B54 | - (ZE2016-17) OPS 5-375.30 |
| 76000B55 | - (ZE2016-17) OPS 5-375.31 |
| 7600017D | - (ZE2016-17) OPS 5-375.4 |
| 7600017E | - (ZE2016-17) OPS 5-467.9* |
| 76000587 | - (ZE2016-17) OPS 5-467.90 |
| 76000588 | - (ZE2016-17) OPS 5-467.91 |
| 76000589 | - (ZE2016-17) OPS 5-467.92 |
| 76000591 | - (ZE2016-17) OPS 5-467.9x |
| 7600017F | - (ZE2016-17) OPS 5-504.3 |
| 7600017G | - (ZE2016-17) OPS 5-504.4 |
| 7600017H | - (ZE2016-17) OPS 5-504.5 |
| 7600017I | - (ZE2016-17) OPS 5-528.3 |
| 7600017J | - (ZE2016-17) OPS 5-528.4 |
| 7600017K | - (ZE2016-17) OPS 5-528.5 |
| 7600017L | - (ZE2016-17) OPS 5-555.6 |
| 7600017P | - (ZE2016-17) OPS 5-555.7* |
| 76000EDJ | - (ZE2016-17) OPS 5-555.70 |
| 76000EDK | - (ZE2016-17) OPS 5-555.71 |
| 7600017N | - (ZE2016-17) OPS 5-555.8 |
| ZE2016-18 | Zwerchfellschrittmacher |
| 76000180 | - (ZE2016-18) OPS 5-347.6 |
| ZE2016-22 | IABP |
| 76000220 | - (ZE2016-22) OPS 5-376.00 oder 8-839.0 |
| 7600022B | - (ZE2016-22) OPS 5-376.00 |
| 7600022A | - (ZE2016-22) OPS 8-839.0 |
| ZE2016-24 | Andere Penisprothesen |
| 76000240 | - (ZE2016-24) OPS 5-649.50, .5x, .a0, .ax, .b0, .b2, .b3, .b4 oder .bx |
| 7600024C | - (ZE2016-24) OPS 5-649.50 |
| 7600024D | - (ZE2016-24) OPS 5-649.5x |
| 7600024G | - (ZE2016-24) OPS 5-649.a0 |
| 7600024H | - (ZE2016-24) OPS 5-649.ax |
| 7600024I | - (ZE2016-24) OPS 5-649.b0 |
| 7600024J | - (ZE2016-24) OPS 5-649.b2 |
| 7600024K | - (ZE2016-24) OPS 5-649.b3 |

| | |
|-----------|--|
| 7600024L | - (ZE2016-24) OPS 5-649.b4 |
| 7600024M | - (ZE2016-24) OPS 5-649.bx |
| ZE2016-25 | Modulare Endoprothesen |
| 76000250 | - (ZE2016-25) OPS 5-829.k oder .m |
| 7600025A | - (ZE2016-25) OPS 5-829.k |
| 7600025B | - (ZE2016-25) OPS 5-829.m |
| 76097372 | - (ZE2016-25) mit Einbringen von Abstandshaltern; OPS 5-829.k oder .m i.V.m. OPS 5-829.9 |
| 76097373 | - (ZE2016-25) mit Wechsel von Abstandshaltern; OPS 5-829.k oder .m i.V.m. OPS 5-829.f |
| 76097374 | - (ZE2016-25) mit Implantation/Wechsel eines metallischen Knochenersatzes, mehr als 15 cm; OPS 5-829.k oder .m i.V.m. OPS 5-828.0, .1*, .3, .4* oder 5-829.m |
| 76097393 | - (ZE2016-25) Implantation Abstandshalter i.V.m. metallischem Knochenersatz > 15 cm; OPS 5-829.k oder .m i.V.m. OPS 5-829.9 i.V.m. OPS 5-829.0, .1*, .3 oder .4* |
| 76097406 | - (ZE2016-25) Radiuskopfprothese; OPS 5-829.k |
| 76097407 | - (ZE2016-25) Radiuskopfprothese; OPS 5-829.m |
| 76097408 | - (ZE2016-25) Implantation Abstandshalter i.V.m. metallischem Knochenersatz > 15 cm; OPS 5-829.k oder .m i.V.m. OPS 5-829.9 i.V.m. OPS 5-829.0, .1*, .3 oder .4* |
| ZE2016-26 | Anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung |
| 76000260 | - (ZE2016-26) OPS 8-975.3 |
| ZE2016-33 | Gabe von Sargramostim, parenteral |
| 76000330 | - (ZE2016-33) OPS 6-001.4* |
| 76000712 | - (ZE2016-33) OPS 6-001.40 |
| 76000713 | - (ZE2016-33) OPS 6-001.41 |
| 76000714 | - (ZE2016-33) OPS 6-001.42 |
| 76000715 | - (ZE2016-33) OPS 6-001.43 |
| 76000716 | - (ZE2016-33) OPS 6-001.44 |
| 76000717 | - (ZE2015-33) OPS 6-001.45 |
| 76000718 | - (ZE2016-33) OPS 6-001.46 |
| 76000719 | - (ZE2016-33) OPS 6-001.47 |
| 76000720 | - (ZE2016-33) OPS 6-001.48 |
| 76000721 | - (ZE2016-33) OPS 6-001.49 |
| 76000722 | - (ZE2016-33) OPS 6-001.4a |
| 76000723 | - (ZE2016-33) OPS 6-001.4b |
| 76000724 | - (ZE2016-33) OPS 6-001.4c |
| 76000725 | - (ZE2016-33) OPS 6-001.4d |
| 76000726 | - (ZE2016-33) OPS 6-001.4e |
| 76000727 | - (ZE2016-33) OPS 6-001.4f |
| 76000728 | - (ZE2016-33) OPS 6-001.4g |
| 76000729 | - (ZE2016-33) OPS 6-001.4h |
| 76000730 | - (ZE2016-33) OPS 6-001.4j |
| 76000731 | - (ZE2016-33) OPS 6-001.4k |
| 76000732 | - (ZE2016-33) OPS 6-001.4m |
| 76000733 | - (ZE2016-33) OPS 6-001.4n |
| 76000734 | - (ZE2016-33) OPS 6-001.4p |
| 76000735 | - (ZE2016-33) OPS 6-001.4q |
| ZE2016-34 | Gabe von Granulozytenkonzentraten |
| 76000340 | - (ZE2016-34) OPS 8-802.6* |
| 76000736 | - (ZE2016-34) OPS 8-802.60 |
| 76000737 | - (ZE2016-34) OPS 8-802.61 |
| 76000738 | - (ZE2016-34) OPS 8-802.62 |
| 76000739 | - (ZE2016-34) OPS 8-802.63 |
| 76000740 | - (ZE2016-34) OPS 8-802.64 |
| 76000741 | - (ZE2016-34) OPS 8-802.65 |

| | |
|-----------|--|
| 76000742 | - (ZE2016-34) OPS 8-802.66 |
| 76000743 | - (ZE2016-34) OPS 8-802.67 |
| 76000744 | - (ZE2016-34) OPS 8-802.68 |
| 76000745 | - (ZE2016-34) OPS 8-802.69 |
| 76000746 | - (ZE2016-34) OPS 8-802.6a |
| 76000747 | - (ZE2016-34) OPS 8-802.6b |
| ZE2016-35 | Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen |
| 76000350 | - (ZE2016-35) |
| ZE2016-36 | Versorgung von Schwerstbehinderten |
| 76000360 | - (ZE2016-36) |
| ZE2016-40 | Naturheilkundliche Komplexbehandlung |
| 76000400 | - (ZE2016-40) OPS 8-975.23 oder .24 |
| 7600040A | - (ZE2016-40) OPS 8-975.23 |
| 7600040B | - (ZE2016-40) OPS 8-975.24 |
| ZE2016-41 | Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems |
| 76000410 | - (ZE2016-41) OPS 8-977 |
| ZE2016-44 | Stammzellboost nach erfolgter Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen, nach In-vitro-Aufbereitung |
| 76000440 | - (ZE2016-44) OPS 8-805.62 |
| ZE2016-45 | Komplexe Diagnostik bei hämatologischen und onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen |
| 76000450 | - (ZE2016-45) OPS 1-940 |
| ZE2016-46 | Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral |
| 76000460 | - (ZE2016-46) OPS 8-812.3 oder .4 |
| 7600046A | - (ZE2016-46) OPS 8-812.3 |
| 7600046B | - (ZE2016-46) OPS 8-812.4 |
| 76097387 | - (ZE2016-46) vom Kaninchen ,je 1 mg; OPS 8-812.3 |
| ZE2016-49 | 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 | - (ZE2016-49) |
| ZE2016-50 | Implantation einer (Hybrid)-Prothese an der Aorta |
| 76090500 | - (ZE2016-50) OPS 5-384.8, 5-38a.a0, .a1, .a2, .b0, .b1 oder .b2 |
| 7609050C | - (ZE2016-50) OPS 5-384.8 |
| 7609050J | - (ZE2016-50) OPS 5-38a.a0 |
| 7609050K | - (ZE2016-50) OPS 5-38a.a1 |
| 7609050L | - (ZE2016-50) OPS 5-38a.a2 |
| 7609050M | - (ZE2016-50) OPS 5-38a.b0 |
| 7609050N | - (ZE2016-50) OPS 5-38a.b1 |
| 7609050O | - (ZE2016-50) OPS 5-38a.b2 |
| ZE2016-53 | Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm |
| 76090530 | - (ZE2016-53) OPS 5-38a.13, .16, .17, .18, .19, .1a, .1b, .1c, .1d, .1f, .1g, .1h, .1j, .1k, .1m, .1n, .1p, .1q, .1r, .1s, .1t, .1u, .1v, .72, .73, .74, .75, .76, .77, .78, .79, .7a, .81, .82, .83, .84, .85, .86, .87, .88, .89, .8a oder .8b |
| 7609053A | - (ZE2016-53) OPS 5-38a.13 |
| 7609053D | - (ZE2016-53) OPS 5-38a.16 |
| 7609053E | - (ZE2016-53) OPS 5-38a.17 |
| 7609053F | - (ZE2016-53) OPS 5-38a.18 |
| 7609053G | - (ZE2016-53) OPS 5-38a.19 |
| 7609053H | - (ZE2016-53) OPS 5-38a.1a |

| | |
|----------|----------------------------|
| 7609053I | - (ZE2016-53) OPS 5-38a.1b |
| 7609053J | - (ZE2016-53) OPS 5-38a.1c |
| 7609053K | - (ZE2016-53) OPS 5-38a.1d |
| 7609053L | - (ZE2016-53) OPS 5-38a.1f |
| 7609053M | - (ZE2016-53) OPS 5-38a.1g |
| 7609053N | - (ZE2016-53) OPS 5-38a.1h |
| 7609053O | - (ZE2016-53) OPS 5-38a.1j |
| 7609053P | - (ZE2016-53) OPS 5-38a.1k |
| 7609053Q | - (ZE2016-53) OPS 5-38a.1m |
| 7609053R | - (ZE2016-53) OPS 5-38a.1n |
| 7609053S | - (ZE2016-53) OPS 5-38a.1p |
| 7609953H | - (ZE2016-53) OPS 5-38a.1q |
| 7609953I | - (ZE2016-53) OPS 5-38a.1r |
| 7609953J | - (ZE2016-53) OPS 5-38a.1s |
| 7609953K | - (ZE2016-53) OPS 5-38a.1t |
| 7609953L | - (ZE2016-53) OPS 5-38a.1u |
| 7609953M | - (ZE2016-53) OPS 5-38a.1v |
| 7609053T | - (ZE2016-53) OPS 5-38a.72 |
| 7609053U | - (ZE2016-53) OPS 5-38a.73 |
| 7609053V | - (ZE2016-53) OPS 5-38a.74 |
| 7609053W | - (ZE2016-53) OPS 5-38a.75 |
| 7609053X | - (ZE2016-53) OPS 5-38a.76 |
| 7609053Y | - (ZE2016-53) OPS 5-38a.77 |
| 7609953N | - (ZE2016-53) OPS 5-38a.78 |
| 7609953O | - (ZE2016-53) OPS 5-38a.79 |
| 7609953P | - (ZE2016-53) OPS 5-38a.7a |
| 7609053Z | - (ZE2016-53) OPS 5-38a.81 |
| 7609953A | - (ZE2016-53) OPS 5-38a.82 |
| 7609953B | - (ZE2016-53) OPS 5-38a.83 |
| 7609953C | - (ZE2016-53) OPS 5-38a.84 |
| 7609953D | - (ZE2016-53) OPS 5-38a.85 |
| 7609953E | - (ZE2016-53) OPS 5-38a.86 |
| 7609953F | - (ZE2016-53) OPS 5-38a.87 |
| 7609953G | - (ZE2016-53) OPS 5-38a.88 |
| 7609953Q | - (ZE2016-53) OPS 5-38a.89 |
| 7609953R | - (ZE2016-53) OPS 5-38a.8a |
| 7609953S | - (ZE2016-53) OPS 5-38a.8b |

ZE2016-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt

| | |
|----------|---|
| 76090540 | - (ZE2016-54) OPS 5-429.j0, .j1, .j3, .j4, .j9, .ja, .jb, .jc, .jd, .je, .jf, .jg, 5-449.h*, 5-469.k*, 5-489.g0, 5-513.m*, .n*, 5-517.***, 5-526.e0, .f0, 5-529.g*, .j*, .n4 oder .p2 |
| 7609054A | - (ZE2016-54) OPS 5-429.j0 |
| 7609054B | - (ZE2016-54) OPS 5-429.j1 |
| 7609054C | - (ZE2016-54) OPS 5-429.j3 |
| 7609054D | - (ZE2016-54) OPS 5-429.j4 |
| 7609054E | - (ZE2016-54) OPS 5-429.j9 |
| 7609054F | - (ZE2016-54) OPS 5-429.ja |
| 7609054U | - (ZE2016-54) OPS 5-429.jb |
| 7609054V | - (ZE2016-54) OPS 5-429.jc |
| 7609054W | - (ZE2016-54) OPS 5-429.jd |
| 7609054X | - (ZE2016-54) OPS 5-429.je |
| 7609054Y | - (ZE2016-54) OPS 5-429.jf |
| 7609054Z | - (ZE2016-54) OPS 5-429.jg |
| 7609054G | - (ZE2016-54) OPS 5-449.h* |
| 76000904 | - (ZE2016-54) OPS 5-449.h0 |
| 76000906 | - (ZE2016-54) OPS 5-449.h1 |

| | |
|----------|----------------------------|
| 76000907 | - (ZE2016-54) OPS 5-449.h2 |
| 76000908 | - (ZE2016-54) OPS 5-449.h3 |
| 76000909 | - (ZE2016-54) OPS 5-449.hx |
| 7609054H | - (ZE2016-54) OPS 5-469.k* |
| 76000910 | - (ZE2016-54) OPS 5-469.k0 |
| 76000911 | - (ZE2016-54) OPS 5-469.k1 |
| 76000912 | - (ZE2016-54) OPS 5-469.k2 |
| 76000913 | - (ZE2016-54) OPS 5-469.k3 |
| 76000914 | - (ZE2016-54) OPS 5-469.kx |
| 7609054I | - (ZE2016-54) OPS 5-489.g0 |
| 7609954A | - (ZE2016-54) OPS 5-513.m* |
| 76000D59 | - (ZE2016-54) OPS 5-513.m0 |
| 76000D60 | - (ZE2016-54) OPS 5-513.m1 |
| 76000D61 | - (ZE2016-54) OPS 5-513.m2 |
| 7609954B | - (ZE2016-54) OPS 5-513.n* |
| 76000D62 | - (ZE2016-54) OPS 5-513.n0 |
| 76000D63 | - (ZE2016-54) OPS 5-513.n1 |
| 76000D64 | - (ZE2016-54) OPS 5-513.n2 |
| 7609954C | - (ZE2016-54) OPS 5-517.** |
| 76000D65 | - (ZE2016-54) OPS 5-517.00 |
| 76000D66 | - (ZE2016-54) OPS 5-517.01 |
| 76000D67 | - (ZE2016-54) OPS 5-517.02 |
| 76000D68 | - (ZE2016-54) OPS 5-517.03 |
| 76000D69 | - (ZE2016-54) OPS 5-517.0x |
| 76000D70 | - (ZE2016-54) OPS 5-517.10 |
| 76000D71 | - (ZE2016-54) OPS 5-517.11 |
| 76000D72 | - (ZE2016-54) OPS 5-517.12 |
| 76000D73 | - (ZE2016-54) OPS 5-517.13 |
| 76000D74 | - (ZE2016-54) OPS 5-517.1x |
| 76000D75 | - (ZE2016-54) OPS 5-517.20 |
| 76000D76 | - (ZE2016-54) OPS 5-517.21 |
| 76000D77 | - (ZE2016-54) OPS 5-517.22 |
| 76000D78 | - (ZE2016-54) OPS 5-517.23 |
| 76000D79 | - (ZE2016-54) OPS 5-517.2x |
| 76000D80 | - (ZE2016-54) OPS 5-517.30 |
| 76000D81 | - (ZE2016-54) OPS 5-517.31 |
| 76000D82 | - (ZE2016-54) OPS 5-517.32 |
| 76000D83 | - (ZE2016-54) OPS 5-517.33 |
| 76000D84 | - (ZE2016-54) OPS 5-517.3x |
| 76000D85 | - (ZE2016-54) OPS 5-517.40 |
| 76000D86 | - (ZE2016-54) OPS 5-517.41 |
| 76000D87 | - (ZE2016-54) OPS 5-517.42 |
| 76000D89 | - (ZE2016-54) OPS 5-517.43 |
| 76000D90 | - (ZE2016-54) OPS 5-517.4x |
| 76000D91 | - (ZE2016-54) OPS 5-517.50 |
| 76000D92 | - (ZE2016-54) OPS 5-517.51 |
| 76000D93 | - (ZE2016-54) OPS 5-517.52 |
| 76000D94 | - (ZE2016-54) OPS 5-517.53 |
| 76000D95 | - (ZE2016-54) OPS 5-517.5x |
| 76000D96 | - (ZE2016-54) OPS 5-517.60 |
| 76000D97 | - (ZE2016-54) OPS 5-517.61 |
| 76000D98 | - (ZE2016-54) OPS 5-517.62 |
| 76000D99 | - (ZE2016-54) OPS 5-517.63 |
| 76000E00 | - (ZE2016-54) OPS 5-517.6x |
| 76000E01 | - (ZE2016-54) OPS 5-517.70 |

76000E02 - (ZE2016-54) OPS 5-517.71
 76000E03 - (ZE2016-54) OPS 5-517.72
 76000E04 - (ZE2016-54) OPS 5-517.73
 76000E05 - (ZE2016-54) OPS 5-517.7x
 76000E06 - (ZE2016-54) OPS 5-517.x0
 76000E07 - (ZE2016-54) OPS 5-517.x1
 76000E08 - (ZE2016-54) OPS 5-517.x2
 76000E09 - (ZE2016-54) OPS 5-517.x3
 76000E10 - (ZE2016-54) OPS 5-517.xx
 76000E11 - (ZE2016-54) OPS 5-517.y
 7609054Q - (ZE2016-54) OPS 5-526.e0
 7609054R - (ZE2016-54) OPS 5-526.f0
 7609054S - (ZE2016-54) OPS 5-529.g*
 76000948 - (ZE2016-54) OPS 5-529.g0
 76000949 - (ZE2016-54) OPS 5-529.g1
 76000950 - (ZE2016-54) OPS 5-529.g2
 76000951 - (ZE2016-54) OPS 5-529.gx
 7609054T - (ZE2016-54) OPS 5-529.j*
 76000952 - (ZE2016-54) OPS 5-529.j0
 76000953 - (ZE2016-54) OPS 5-529.j1
 76000954 - (ZE2016-54) OPS 5-529.j2
 76000955 - (ZE2016-54) OPS 5-529.jx
 7609954D - (ZE2016-54) OPS 5-529.n4
 7609954E - (ZE2016-54) OPS 5-529.p2

ZE2016-56 Gabe von Bosentan, oral

76090560 - (ZE2016-56) OPS 6-002.f*
 76000956 - (ZE2016-56) OPS 6-002.f0
 76000957 - (ZE2016-56) OPS 6-002.f1
 76000958 - (ZE2016-56) OPS 6-002.f2
 76000959 - (ZE2016-56) OPS 6-002.f3
 76000960 - (ZE2016-56) OPS 6-002.f4
 76000961 - (ZE2016-56) OPS 6-002.f5
 76000962 - (ZE2016-56) OPS 6-002.f6
 76000963 - (ZE2016-56) OPS 6-002.f7
 76000964 - (ZE2016-56) OPS 6-002.f8
 76000965 - (ZE2016-56) OPS 6-002.f9
 76000966 - (ZE2016-56) OPS 6-002.fa
 76000967 - (ZE2016-56) OPS 6-002.fb
 76000968 - (ZE2016-56) OPS 6-002.fc
 76000969 - (ZE2016-56) OPS 6-002.fd
 76000970 - (ZE2016-56) OPS 6-002.fe
 76000971 - (ZE2016-56) OPS 6-002.ff
 76000972 - (ZE2016-56) OPS 6-002.fg
 76000973 - (ZE2016-56) OPS 6-002.fh
 76000974 - (ZE2016-56) OPS 6-002.fj
 76000975 - (ZE2016-56) OPS 6-002.fk
 76000976 - (ZE2016-56) OPS 6-002.fm
 76000977 - (ZE2016-56) OPS 6-002.fn
 76000978 - (ZE2016-56) OPS 6-002.fp

ZE2016-57 Gabe von Jod-131-MIBG (Metajodobenzylguanidin), parenteral

76090570 - (ZE2016-57) OPS 6-002.g*
 76000979 - (ZE2016-57) OPS 6-002.g0
 76000980 - (ZE2016-57) OPS 6-002.g1
 76000981 - (ZE2016-57) OPS 6-002.g2

| | |
|-----------|---|
| 76000982 | - (ZE2016-57) OPS 6-002.g3 |
| 76000983 | - (ZE2016-57) OPS 6-002.g4 |
| 76000984 | - (ZE2016-57) OPS 6-002.g5 |
| 76000985 | - (ZE2016-57) OPS 6-002.g6 |
| 76000986 | - (ZE2016-57) OPS 6-002.g7 |
| 76000987 | - (ZE2016-57) OPS 6-002.g8 |
| ZE2016-58 | Gabe von Alpha-1-Proteinaseninhibitor human, parenteral |
| 76090580 | - (ZE2016-58) OPS 8-812.0* |
| 76000988 | - (ZE2016-58) OPS 8-812.00 |
| 76000989 | - (ZE2016-58) OPS 8-812.01 |
| 76000990 | - (ZE2016-58) OPS 8-812.02 |
| 76000991 | - (ZE2016-58) OPS 8-812.03 |
| 76000992 | - (ZE2016-58) OPS 8-812.04 |
| 76000993 | - (ZE2016-58) OPS 8-812.05 |
| 76000994 | - (ZE2016-58) OPS 8-812.06 |
| 76000995 | - (ZE2016-58) OPS 8-812.07 |
| 76000996 | - (ZE2016-58) OPS 8-812.08 |
| 76000997 | - (ZE2016-58) OPS 8-812.09 |
| 76000998 | - (ZE2016-58) OPS 8-812.0a |
| 76000999 | - (ZE2016-58) OPS 8-812.0b |
| 76000A00 | - (ZE2016-58) OPS 8-812.0c |
| 76000A01 | - (ZE2016-58) OPS 8-812.0d |
| 76000A02 | - (ZE2016-58) OPS 8-812.0e |
| 76000A03 | - (ZE2016-58) OPS 8-812.0f |
| 76000A04 | - (ZE2016-58) OPS 8-812.0g |
| 76000A05 | - (ZE2016-58) OPS 8-812.0h |
| 76000A06 | - (ZE2016-58) OPS 8-812.0j |
| 76000A07 | - (ZE2016-58) OPS 8-812.0k |
| 76000A08 | - (ZE2016-58) OPS 8-812.0m |
| 76000A09 | - (ZE2016-58) OPS 8-812.0n |
| 76000A10 | - (ZE2016-58) OPS 8-812.0p |
| 76000A11 | - (ZE2016-58) OPS 8-812.0q |
| ZE2016-59 | Gabe von Interferon alfa-2a (nicht pegylierte Form), parenteral |
| 76090590 | - (ZE2016-59) OPS 8-812.1* |
| 76000A12 | - (ZE2016-59) OPS 8-812.10 |
| 76000A13 | - (ZE2016-59) OPS 8-812.11 |
| 76000A14 | - (ZE2016-59) OPS 8-812.12 |
| 76000A15 | - (ZE2016-59) OPS 8-812.13 |
| 76000A16 | - (ZE2016-59) OPS 8-812.14 |
| 76000A17 | - (ZE2016-59) OPS 8-812.15 |
| 76000A18 | - (ZE2016-59) OPS 8-812.16 |
| 76000A19 | - (ZE2016-59) OPS 8-812.17 |
| 76000A20 | - (ZE2016-59) OPS 8-812.18 |
| 76000A21 | - (ZE2016-59) OPS 8-812.19 |
| 76000A22 | - (ZE2016-59) OPS 8-812.1a |
| 76000A23 | - (ZE2016-59) OPS 8-812.1b |
| 76000A24 | - (ZE2016-59) OPS 8-812.1c |
| 76000A25 | - (ZE2016-59) OPS 8-812.1d |
| 76000A26 | - (ZE2016-59) OPS 8-812.1e |
| 76000A27 | - (ZE2016-59) OPS 8-812.1f |
| 76000A28 | - (ZE2016-59) OPS 8-812.1g |
| 76000A29 | - (ZE2016-59) OPS 8-812.1h |
| 76000A30 | - (ZE2016-59) OPS 8-812.1j |
| 76000A31 | - (ZE2016-59) OPS 8-812.1k |

| | |
|-----------|--|
| 76000A32 | - (ZE2016-59) OPS 8-812.1m |
| 76000A33 | - (ZE2016-59) OPS 8-812.1n |
| ZE2016-60 | Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral |
| 76090600 | - (ZE2016-60) OPS 8-812.2* |
| 76000A34 | - (ZE2016-60) OPS 8-812.20 |
| 76000A35 | - (ZE2016-60) OPS 8-812.21 |
| 76000A36 | - (ZE2016-60) OPS 8-812.22 |
| 76000A37 | - (ZE2016-60) OPS 8-812.23 |
| 76000A38 | - (ZE2016-60) OPS 8-812.24 |
| 76000A39 | - (ZE2016-60) OPS 8-812.25 |
| 76000A40 | - (ZE2016-60) OPS 8-812.26 |
| 76000A41 | - (ZE2016-60) OPS 8-812.27 |
| 76000A42 | - (ZE2016-60) OPS 8-812.28 |
| 76000A43 | - (ZE2016-60) OPS 8-812.29 |
| 76000A44 | - (ZE2016-60) OPS 8-812.2a |
| 76000A45 | - (ZE2016-60) OPS 8-812.2b |
| 76000A46 | - (ZE2016-60) OPS 8-812.2c |
| 76000A47 | - (ZE2016-60) OPS 8-812.2d |
| 76000A48 | - (ZE2016-60) OPS 8-812.2e |
| 76000A49 | - (ZE2016-60) OPS 8-812.2f |
| 76000A50 | - (ZE2016-60) OPS 8-812.2g |
| 76000A51 | - (ZE2016-60) OPS 8-812.2h |
| 76000A52 | - (ZE2016-60) OPS 8-812.2j |
| 76000A53 | - (ZE2016-60) OPS 8-812.2k |
| 76000A54 | - (ZE2016-60) OPS 8-812.2m |
| 76000A55 | - (ZE2016-60) OPS 8-812.2n |
| 76000A56 | - (ZE2016-60) OPS 8-812.2p |
| ZE2016-61 | Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, wiederaufladbar |
| 76090610 | - (ZE2016-61) OPS 5-028.92, .a2, .c2, 5-039.e2, .f2, .n2, 5-059.c2, .d2 oder .g2 |
| 7609061D | - (ZE2016-61) OPS 5-028.92 |
| 7609061E | - (ZE2016-61) OPS 5-028.a2 |
| 7609061J | - (ZE2016-61) OPS 5-039.c2 |
| 7609061F | - (ZE2016-61) OPS 5-039.e2 |
| 7609061G | - (ZE2016-61) OPS 5-039.f2 |
| 7609061K | - (ZE2016-61) OPS 5-039.n2 |
| 7609061H | - (ZE2016-61) OPS 5-059.c2 |
| 7609061I | - (ZE2016-61) OPS 5-059.d2 |
| 7609061L | - (ZE2016-61) OPS 5-059.g2 |
| ZE2016-62 | Mikroaxial-Blutpumpe |
| 76090620 | - (ZE2016-62) OPS 8-839.42 oder 8-839.43 |
| 7609062A | - (ZE2016-62) OPS 8-839.42 |
| 7609062B | - (ZE2016-62) OPS 8-839.43 |
| 76097416 | - (ZE2016-62) Fördermenge bis 2,5 l; OPS 8-839.42 oder .43 |
| 76097417 | - (ZE2016-62) Fördermenge mehr als 2,5 l; OPS 8-839.42 oder .43 |
| ZE2016-63 | Gabe von Diboterin alfa, Implantation am Knochen |
| 76090630 | - (ZE2016-63) OPS 6-003.4* |
| 76000A64 | - (ZE2016-63) OPS 6-003.40 |
| 76000A65 | - (ZE2016-63) OPS 6-003.41 |
| 76000A66 | - (ZE2016-63) OPS 6-003.42 |
| ZE2016-64 | Gabe von Eptotermin alfa, Implantation am Knochen |
| 76090640 | - (ZE2016-64) OPS 6-003.5* |
| 76000B56 | - (ZE2016-64) OPS 6-003.53 |

| | |
|-----------|--|
| 76000B57 | - (ZE2016-64) OPS 6-003.54 |
| 76000B58 | - (ZE2016-64) OPS 6-003.55 |
| ZE2016-65 | Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Yttrium-90- oder Rhenium-188-markierten Mikrosphären |
| 76090650 | - (ZE2016-65) OPS 8-530.a5 oder .a6 |
| 7609065C | - (ZE2016-65) OPS 8-530.a5 |
| 7609065D | - (ZE2016-65) OPS 8-530.a6 |
| ZE2016-66 | Enzymersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten |
| 76090660 | - (ZE2016-66) OPS 6-003.7 |
| 76097371 | - (ZE2016-66) Elosulfase alpha, je 5 mg; OPS 6-003.7 |
| 76097409 | - (ZE2016-66) Agalsidase beta, 5 mg; OPS 6-003-7 |
| ZE2016-67 | Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal |
| 76090670 | - (ZE2016-67) OPS 8-840.04, .14, .24, .34, .44, .54, 8-841.04, .14, .24, .34, .44, .54, 8-843.04, .14, .24, .34, .44, .54, 8-849.04, .14, 8-84a.04, .14, 8-84b.04, .24, .34, .44, .54 oder .64 |
| 7609067A | - (ZE2016-67) OPS 8-840.04 |
| 7609067B | - (ZE2016-67) OPS 8-840.14 |
| 7609067C | - (ZE2016-67) OPS 8-840.24 |
| 7609067D | - (ZE2016-67) OPS 8-840.34 |
| 7609067E | - (ZE2016-67) OPS 8-840.44 |
| 7609067F | - (ZE2016-67) OPS 8-840.54 |
| 7609067G | - (ZE2016-67) OPS 8-841.04 |
| 7609067H | - (ZE2016-67) OPS 8-841.14 |
| 7609067I | - (ZE2016-67) OPS 8-841.24 |
| 7609067J | - (ZE2016-67) OPS 8-841.34 |
| 7609067K | - (ZE2016-67) OPS 8-841.44 |
| 7609067L | - (ZE2016-67) OPS 8-841.54 |
| 7609067S | - (ZE2016-67) OPS 8-843.04 |
| 7609067T | - (ZE2016-67) OPS 8-843.14 |
| 7609067U | - (ZE2016-67) OPS 8-843.24 |
| 7609067V | - (ZE2016-67) OPS 8-843.34 |
| 7609067W | - (ZE2016-67) OPS 8-843.44 |
| 7609067X | - (ZE2016-67) OPS 8-843.54 |
| 7609967E | - (ZE2016-67) OPS 8-849.04 |
| 7609967F | - (ZE2016-67) OPS 8-849.14 |
| 7609967G | - (ZE2016-67) OPS 8-84a.04 |
| 7609967H | - (ZE2016-67) OPS 8-84a.14 |
| 7609967I | - (ZE2016-67) OPS 8-84b.04 |
| 7609967K | - (ZE2016-67) OPS 8-84b.24 |
| 7609967L | - (ZE2016-67) OPS 8-84b.34 |
| 7609967M | - (ZE2016-67) OPS 8-84b.44 |
| 7609967N | - (ZE2016-67) OPS 8-84b.54 |
| 7609967O | - (ZE2016-67) OPS 8-84b.64 |
| ZE2016-69 | Gabe von Hämin, parenteral |
| 76090690 | - (ZE2016-69) OPS 6-004.1* |
| 76000B59 | - (ZE2016-69) OPS 6-004.10 |
| 76000B60 | - (ZE2016-69) OPS 6-004.11 |
| 76000B61 | - (ZE2016-69) OPS 6-004.12 |
| 76000B62 | - (ZE2016-69) OPS 6-004.13 |
| 76000B63 | - (ZE2016-69) OPS 6-004.14 |
| 76000B64 | - (ZE2016-69) OPS 6-004.15 |
| 76000B65 | - (ZE2016-69) OPS 6-004.16 |
| 76000B66 | - (ZE2016-69) OPS 6-004.17 |

| | |
|-----------|--|
| 76000B67 | - (ZE2016-69) OPS 6-004.18 |
| 76000B68 | - (ZE2016-69) OPS 6-004.19 |
| ZE2016-70 | Radioimmuntherapie mit 90Y-Ibritumomab-Tiuxetan, parenteral |
| 76090700 | - (ZE2016-70) OPS 6-003.6 |
| ZE2016-71 | Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga |
| 76090710 | - (ZE2016-71) OPS 8-530.60 oder 8-530.a0 |
| 7609071A | - (ZE2016-71) OPS 8-530.60 |
| 7609071B | - (ZE2016-71) OPS 8-530.a0 |
| ZE2016-72 | Distractionsmarknagel, motorisiert |
| 76090720 | - (ZE2016-72) OPS 5-786.j1 |
| ZE2016-74 | Gabe von Sunitinib, oral |
| 76090740 | - (ZE2016-74) OPS 6-003.a* |
| 76000B95 | - (ZE2016-74) OPS 6-003.a0 |
| 76000B96 | - (ZE2016-74) OPS 6-003.a1 |
| 76000B97 | - (ZE2016-74) OPS 6-003.a2 |
| 76000B98 | - (ZE2016-74) OPS 6-003.a3 |
| 76000B99 | - (ZE2016-74) OPS 6-003.a4 |
| 76000C00 | - (ZE2016-74) OPS 6-003.a5 |
| 76000C01 | - (ZE2016-74) OPS 6-003.a6 |
| 76000C02 | - (ZE2016-74) OPS 6-003.a7 |
| 76000C03 | - (ZE2016-74) OPS 6-003.a8 |
| 76000C04 | - (ZE2016-74) OPS 6-003.a9 |
| 76000C05 | - (ZE2016-74) OPS 6-003.aa |
| 76000C06 | - (ZE2016-74) OPS 6-003.ab |
| 76000C07 | - (ZE2016-74) OPS 6-003.ac |
| 76000C08 | - (ZE2016-74) OPS 6-003.ad |
| 76000C09 | - (ZE2016-74) OPS 6-003.ae |
| ZE2016-75 | Gabe von Sorafenib, oral |
| 76090750 | - (ZE2016-75) OPS 6-003.b* |
| 76000C10 | - (ZE2016-75) OPS 6-003.b0 |
| 76000C11 | - (ZE2016-75) OPS 6-003.b1 |
| 76000C12 | - (ZE2016-75) OPS 6-003.b2 |
| 76000C13 | - (ZE2016-75) OPS 6-003.b3 |
| 76000C14 | - (ZE2016-75) OPS 6-003.b4 |
| 76000C15 | - (ZE2016-75) OPS 6-003.b5 |
| 76000C16 | - (ZE2016-75) OPS 6-003.b6 |
| 76000C17 | - (ZE2016-75) OPS 6-003.b7 |
| 76000C18 | - (ZE2016-75) OPS 6-003.b8 |
| 76000C19 | - (ZE2016-75) OPS 6-003.b9 |
| 76000C20 | - (ZE2016-75) OPS 6-003.ba |
| 76000C21 | - (ZE2016-75) OPS 6-003.bb |
| 76000C22 | - (ZE2016-75) OPS 6-003.bc |
| 76000C23 | - (ZE2016-75) OPS 6-003.bd |
| 76000C24 | - (ZE2016-75) OPS 6-003.be |
| 76000C25 | - (ZE2016-75) OPS 6-003.bf |
| 76000C26 | - (ZE2016-75) OPS 6-003.bg |
| 76000C27 | - (ZE2016-75) OPS 6-003.bh |
| ZE2016-77 | Gabe von Lenalidomid, oral |
| 76090770 | - (ZE2016-77) OPS 6-003.g* |
| 76000C41 | - (ZE2016-77) OPS 6-003.g0 |
| 76000C42 | - (ZE2016-77) OPS 6-003.g1 |
| 76000C43 | - (ZE2016-77) OPS 6-003.g2 |

| | |
|----------|--|
| 76000C44 | - (ZE2016-77) OPS 6-003.g3 |
| 76000C45 | - (ZE2016-77) OPS 6-003.g4 |
| 76000C46 | - (ZE2016-77) OPS 6-003.g5 |
| 76000C47 | - (ZE2016-77) OPS 6-003.g6 |
| 76000C48 | - (ZE2016-77) OPS 6-003.g7 |
| 76000C49 | - (ZE2016-77) OPS 6-003.g8 |
| 76000C50 | - (ZE2016-77) OPS 6-003.g9 |
| 76000C51 | - (ZE2016-77) OPS 6-003.ga |
| 76000C52 | - (ZE2016-77) OPS 6-003.gb |
| 76000C53 | - (ZE2016-77) OPS 6-003.gc |
| 76000C54 | - (ZE2016-77) OPS 6-003.gd |
| 76000C55 | - (ZE2016-77) OPS 6-003.ge |
| 76000C56 | - (ZE2016-77) OPS 6-003.gf |
| 76000C57 | - (ZE2016-77) OPS 6-003.gg |
| 76000C58 | - (ZE2016-77) OPS 6-003.gh |
| 76000C59 | - (ZE2016-77) OPS 6-003.gj |
| 76000C60 | - (ZE2016-77) OPS 6-003.gk |
| 76097401 | - (ZE2016-77) je mg, bei Verwendung einer 20 mg-Tablette; OPS 6-003.g* |
| 76097405 | - (ZE2016-77) Schachtel 21 x 20 mg, pro 1 mg |

ZE2016-79 Gabe von Nelarabin, parenteral

| | |
|----------|----------------------------|
| 76090790 | - (ZE2016-79) OPS 6-003.e* |
| 76090C90 | - (ZE2016-79) OPS 6-003.e0 |
| 76090C91 | - (ZE2016-79) OPS 6-003.e1 |
| 76090C92 | - (ZE2016-79) OPS 6-003.e2 |
| 76090C93 | - (ZE2016-79) OPS 6-003.e3 |
| 76090C94 | - (ZE2016-79) OPS 6-003.e4 |
| 76090C95 | - (ZE2016-79) OPS 6-003.e5 |
| 76090C96 | - (ZE2016-79) OPS 6-003.e6 |
| 76090C97 | - (ZE2016-79) OPS 6-003.e7 |
| 76090C98 | - (ZE2016-79) OPS 6-003.e8 |
| 76090C99 | - (ZE2016-79) OPS 6-003.e9 |
| 76090D00 | - (ZE2016-79) OPS 6-003.ea |
| 76090D01 | - (ZE2016-79) OPS 6-003.eb |
| 76090D02 | - (ZE2016-79) OPS 6-003.ec |
| 76090D03 | - (ZE2016-79) OPS 6-003.ed |
| 76090D04 | - (ZE2016-79) OPS 6-003.ee |
| 76090D05 | - (ZE2016-79) OPS 6-003.ef |
| 76090D06 | - (ZE2016-79) OPS 6-003.eg |
| 76090D07 | - (ZE2016-79) OPS 6-003.eh |
| 76090D08 | - (ZE2016-79) OPS 6-003.ej |
| 76090D09 | - (ZE2016-79) OPS 6-003.ek |
| 76090D10 | - (ZE2016-79) OPS 6-003.em |
| 76090D11 | - (ZE2016-79) OPS 6-003.en |
| 76090D12 | - (ZE2016-79) OPS 6-003.ep |
| 76090D13 | - (ZE2016-79) OPS 6-003.eq |

ZE2016-80 Gabe von Amphotericin-B-Lipidkomplex, parenteral

| | |
|----------|----------------------------|
| 76090800 | - (ZE2016-80) OPS 6-003.1* |
| 76000D14 | - (ZE2016-80) OPS 6-003.10 |
| 76000D15 | - (ZE2016-80) OPS 6-003.11 |
| 76000D16 | - (ZE2016-80) OPS 6-003.12 |
| 76000D17 | - (ZE2016-80) OPS 6-003.13 |
| 76000D18 | - (ZE2016-80) OPS 6-003.14 |
| 76000D19 | - (ZE2016-80) OPS 6-003.15 |
| 76000D20 | - (ZE2016-80) OPS 6-003.16 |

| | |
|-----------|---|
| 76000D21 | - (ZE2016-80) OPS 6-003.17 |
| 76000D22 | - (ZE2016-80) OPS 6-003.18 |
| 76000D23 | - (ZE2016-80) OPS 6-003.19 |
| 76000D24 | - (ZE2016-80) OPS 6-003.1a |
| 76000D25 | - (ZE2016-80) OPS 6-003.1b |
| 76000D26 | - (ZE2016-80) OPS 6-003.1c |
| 76000D27 | - (ZE2016-80) OPS 6-003.1d |
| 76000D28 | - (ZE2016-80) OPS 6-003.1e |
| 76000D29 | - (ZE2016-80) OPS 6-003.1f |
| 76000D30 | - (ZE2016-80) OPS 6-003.1g |
| 76000D31 | - (ZE2016-80) OPS 6-003.1h |
| 76000D32 | - (ZE2016-80) OPS 6-003.1j |
| 76000D33 | - (ZE2016-80) OPS 6-003.1k |
| 76000D34 | - (ZE2016-80) OPS 6-003.1m |
| 76000D35 | - (ZE2016-80) OPS 6-003.1n |
| 76000D36 | - (ZE2016-80) OPS 6-003.1p |
| 76000D37 | - (ZE2016-80) OPS 6-003.1q |
| 76000D38 | - (ZE2016-80) OPS 6-003.1r |
| 76000D39 | - (ZE2016-80) OPS 6-003.1s |
| 76000D40 | - (ZE2016-80) OPS 6-003.1t |
| ZE2016-82 | Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD) |
| 76090820 | - (ZE2016-82) OPS 8-857.2* |
| 76000D47 | - (ZE2016-82) OPS 8-857.20 |
| 76000D48 | - (ZE2016-82) OPS 8-857.21 |
| 76000D49 | - (ZE2016-82) OPS 8-857.22 |
| 76000D50 | - (ZE2016-82) OPS 8-857.23 |
| 76000D51 | - (ZE2016-82) OPS 8-857.24 |
| 76000D52 | - (ZE2016-82) OPS 8-857.26 |
| 76000D53 | - (ZE2016-82) OPS 8-857.27 |
| 76000D54 | - (ZE2016-82) OPS 8-857.28 |
| 76000D55 | - (ZE2016-82) OPS 8-857.29 |
| 76000D56 | - (ZE2016-82) OPS 8-857.2a |
| 76000D57 | - (ZE2016-82) OPS 8-857.2b |
| 76000D58 | - (ZE2016-82) OPS 8-857.2c |
| ZE2016-84 | Gabe von Ambrisentan, oral |
| 76090840 | - (ZE2016-84) OPS 6-004.2* |
| 76000E40 | - (ZE2016-84) OPS 6-004.20 |
| 76000E41 | - (ZE2016-84) OPS 6-004.21 |
| 76000E42 | - (ZE2016-84) OPS 6-004.22 |
| 76000E43 | - (ZE2016-84) OPS 6-004.23 |
| 76000E44 | - (ZE2016-84) OPS 6-004.24 |
| 76000E45 | - (ZE2016-84) OPS 6-004.25 |
| 76000E46 | - (ZE2016-84) OPS 6-004.26 |
| 76000E47 | - (ZE2016-84) OPS 6-004.27 |
| 76000E48 | - (ZE2016-84) OPS 6-004.28 |
| 76000E49 | - (ZE2016-84) OPS 6-004.29 |
| 76000E50 | - (ZE2016-84) OPS 6-004.2a |
| 76000E51 | - (ZE2016-84) OPS 6-004.2b |
| 76000E52 | - (ZE2016-84) OPS 6-004.2c |
| 76000E53 | - (ZE2016-84) OPS 6-004.2d |
| 76000E54 | - (ZE2016-84) OPS 6-004.2e |
| 76000E55 | - (ZE2016-84) OPS 6-004.2f |
| 76000E56 | - (ZE2016-84) OPS 6-004.2g |

| | |
|-----------|--|
| ZE2016-85 | Gabe von Temsirolimus, parenteral |
| 76090850 | - (ZE2016-85) OPS 6-004.e* |
| 76000E57 | - (ZE2016-85) OPS 6-004.e0 |
| 76000E58 | - (ZE2016-85) OPS 6-004.e1 |
| 76000E59 | - (ZE2016-85) OPS 6-004.e2 |
| 76000E60 | - (ZE2016-85) OPS 6-004.e3 |
| 76000E61 | - (ZE2016-85) OPS 6-004.e4 |
| 76000E62 | - (ZE2016-85) OPS 6-004.e5 |
| 76000E63 | - (ZE2016-85) OPS 6-004.e6 |
| 76000E64 | - (ZE2016-85) OPS 6-004.e7 |
| 76000E65 | - (ZE2016-85) OPS 6-004.e8 |
| 76000E66 | - (ZE2016-85) OPS 6-004.e9 |
| 76000E67 | - (ZE2016-85) OPS 6-004.ea |
| 76000E68 | - (ZE2016-85) OPS 6-004.eb |
| 76000E69 | - (ZE2016-85) OPS 6-004.ec |
| ZE2016-86 | Andere Neurostimulatoren und Neuroprothesen |
| 76090860 | - (ZE2016-86) OPS 5-029.4, 5-039.g, .h, .p, 5-059.5*, .c4, .c5, .c6, .d4, .d5 oder .d6 |
| 7609086A | - (ZE2016-86) OPS 5-029.4 |
| 7609086B | - (ZE2016-86) OPS 5-039.g |
| 7609086C | - (ZE2016-86) OPS 5-039.h |
| 7609086L | - (ZE2016-86) OPS 5-039.p |
| 7609086K | - (ZE2016-86) OPS 5-059.5* |
| 76090DGK | - (ZE2016-86) OPS 5-059.50 |
| 76090DGL | - (ZE2016-86) OPS 5-059.5x |
| 7609086E | - (ZE2016-86) OPS 5-059.c4 |
| 7609086F | - (ZE2016-86) OPS 5-059.c5 |
| 7609086G | - (ZE2016-86) OPS 5-059.c6 |
| 7609086H | - (ZE2016-86) OPS 5-059.d4 |
| 7609086I | - (ZE2016-86) OPS 5-059.d5 |
| 7609086J | - (ZE2016-86) OPS 5-059.d6 |
| ZE2016-88 | Komplexe neuropädiatrische Diagnostik mit weiteren Maßnahmen |
| 76090880 | - (ZE2016-88) OPS 1-942.1, .2 oder .3 |
| 7609088A | - (ZE2016-88) OPS 1-942.1 |
| 7609088B | - (ZE2016-88) OPS 1-942.2 |
| 7609088C | - (ZE2016-88) OPS 1-942.3 |
| ZE2016-91 | Gabe von Dasatinib, oral |
| 76090910 | - (ZE2016-91) OPS 6-004.3* |
| 76000E86 | - (ZE2016-91) OPS 6-004.30 |
| 76000E87 | - (ZE2016-91) OPS 6-004.31 |
| 76000E88 | - (ZE2016-91) OPS 6-004.32 |
| 76000E89 | - (ZE2016-91) OPS 6-004.33 |
| 76000E8A | - (ZE2016-91) OPS 6-004.34 |
| 76000E8B | - (ZE2016-91) OPS 6-004.35 |
| 76000E8C | - (ZE2016-91) OPS 6-004.36 |
| 76000E8D | - (ZE2016-91) OPS 6-004.37 |
| 76000E8E | - (ZE2016-91) OPS 6-004.38 |
| 76000E8F | - (ZE2016-91) OPS 6-004.39 |
| 76000E8G | - (ZE2016-91) OPS 6-004.3a |
| 76000E8H | - (ZE2016-91) OPS 6-004.3b |
| 76000E8I | - (ZE2016-91) OPS 6-004.3c |
| 76000E8J | - (ZE2016-91) OPS 6-004.3d |
| 76000E8K | - (ZE2016-91) OPS 6-004.3e |
| 76000E8L | - (ZE2016-91) OPS 6-004.3f |
| 76000E8M | - (ZE2016-91) OPS 6-004.3g |

| | |
|-----------|---|
| 76000E8N | - (ZE2016-91) OPS 6-004.3h |
| ZE2016-92 | Gabe von Catumaxomab, parenteral |
| 76090920 | - (ZE2016-92) OPS 6-005.1* |
| 76000E8O | - (ZE2016-92) OPS 6-005.10 |
| 76000E8P | - (ZE2016-92) OPS 6-005.11 |
| 76000E8Q | - (ZE2016-92) OPS 6-005.12 |
| 76000E8R | - (ZE2016-92) OPS 6-005.13 |
| 76000E8S | - (ZE2016-92) OPS 6-005.14 |
| 76000E8T | - (ZE2016-92) OPS 6-005.15 |
| 76000E8U | - (ZE2016-92) OPS 6-005.16 |
| 76000E8V | - (ZE2016-92) OPS 6-005.17 |
| 76000E8W | - (ZE2016-92) OPS 6-005.18 |
| 76000E8X | - (ZE2016-92) OPS 6-005.19 |
| 76000E8Y | - (ZE2016-92) OPS 6-005.1a |
| 76000E8Z | - (ZE2016-92) OPS 6-005.1b |
| 76000E90 | - (ZE2016-92) OPS 6-005.1c |
| 76000E91 | - (ZE2016-92) OPS 6-005.1d |
| 76000E92 | - (ZE2016-92) OPS 6-005.1e |
| 76000E93 | - (ZE2016-92) OPS 6-005.1f |
| 76000E94 | - (ZE2016-92) OPS 6-005.1g |
| 76000E95 | - (ZE2016-92) OPS 6-005.1h |
| ZE2016-97 | Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren (siehe auch Anlage 7 FPV 2016) |
| 76090970 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.6*, .7*, .8*, .9*, .a*, .b*, .c*, .d*, .e*, .j*, 8-812.5* oder .9* |
| 7609097A | - (ZE2016-97) OPS 8-810.6* |
| 76090D14 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.63 |
| 76090D15 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.64 |
| 76090D16 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.65 |
| 76090D17 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.66 |
| 76090D18 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.67 |
| 76090D19 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.68 |
| 76090D1A | - (ZE2016-97) OPS 8-810.69 |
| 76090D1B | - (ZE2016-97) OPS 8-810.6a |
| 76090D1C | - (ZE2016-97) OPS 8-810.6b |
| 76090D1D | - (ZE2016-97) OPS 8-810.6c |
| 76090D1E | - (ZE2016-97) OPS 8-810.6d |
| 76090D1F | - (ZE2016-97) OPS 8-810.6e |
| 76090D1G | - (ZE2016-97) OPS 8-810.6f |
| 76090D1H | - (ZE2016-97) OPS 8-810.6g |
| 76090D1I | - (ZE2016-97) OPS 8-810.6h |
| 76090D1J | - (ZE2016-97) OPS 8-810.6j |
| 76090D1K | - (ZE2016-97) OPS 8-810.6k |
| 76090D1L | - (ZE2016-97) OPS 8-810.6m |
| 76090D1M | - (ZE2016-97) OPS 8-810.6n |
| 76090D1N | - (ZE2016-97) OPS 8-810.6p |
| 76090D1O | - (ZE2016-97) OPS 8-810.6q |
| 76090D1P | - (ZE2016-97) OPS 8-810.6r |
| 76090D1Q | - (ZE2016-97) OPS 8-810.6s |
| 76090DJA | - (ZE2016-97) OPS 8-810.6u |
| 76090DJB | - (ZE2016-97) OPS 8-810.6v |
| 76090DJC | - (ZE2016-97) OPS 8-810.6w |
| 76090DJD | - (ZE2016-97) OPS 8-810.6z |
| 7609097B | - (ZE2016-97) OPS 8-810.7* |
| 76090D1S | - (ZE2016-97) OPS 8-810.73 |

| | |
|----------|----------------------------|
| 76090D1T | - (ZE2016-97) OPS 8-810.74 |
| 76090D1U | - (ZE2016-97) OPS 8-810.75 |
| 76090D1V | - (ZE2016-97) OPS 8-810.76 |
| 76090D1W | - (ZE2016-97) OPS 8-810.77 |
| 76090D1X | - (ZE2016-97) OPS 8-810.78 |
| 76090D1Y | - (ZE2016-97) OPS 8-810.79 |
| 76090D1Z | - (ZE2016-97) OPS 8-810.7a |
| 76090D20 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.7b |
| 76090D21 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.7c |
| 76090D22 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.7d |
| 76090D23 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.7e |
| 76090D24 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.7f |
| 76090D25 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.7g |
| 76090D26 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.7h |
| 76090D27 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.7j |
| 76090D28 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.7k |
| 76090DJE | - (ZE2016-97) OPS 8-810.7n |
| 76090DJF | - (ZE2016-97) OPS 8-810.7p |
| 76090DJG | - (ZE2016-97) OPS 8-810.7q |
| 76090DJH | - (ZE2016-97) OPS 8-810.7r |
| 7609097C | - (ZE2016-97) OPS 8-810.8* |
| 76090D2A | - (ZE2016-97) OPS 8-810.83 |
| 76090D2B | - (ZE2016-97) OPS 8-810.84 |
| 76090D2C | - (ZE2016-97) OPS 8-810.85 |
| 76090D2D | - (ZE2016-97) OPS 8-810.86 |
| 76090D2E | - (ZE2016-97) OPS 8-810.87 |
| 76090D2F | - (ZE2016-97) OPS 8-810.88 |
| 76090D2G | - (ZE2016-97) OPS 8-810.89 |
| 76090D2H | - (ZE2016-97) OPS 8-810.8a |
| 76090D2I | - (ZE2016-97) OPS 8-810.8b |
| 76090D2J | - (ZE2016-97) OPS 8-810.8c |
| 76090D2K | - (ZE2016-97) OPS 8-810.8d |
| 76090D2L | - (ZE2016-97) OPS 8-810.8e |
| 76090D2M | - (ZE2016-97) OPS 8-810.8f |
| 76090D2N | - (ZE2016-97) OPS 8-810.8g |
| 76090D2O | - (ZE2016-97) OPS 8-810.8h |
| 76090D2P | - (ZE2016-97) OPS 8-810.8j |
| 76090D2Q | - (ZE2016-97) OPS 8-810.8k |
| 76090D2R | - (ZE2016-97) OPS 8-810.8m |
| 76090D2S | - (ZE2016-97) OPS 8-810.8n |
| 76090D2T | - (ZE2016-97) OPS 8-810.8p |
| 76090DJI | - (ZE2016-97) OPS 8-810.8r |
| 76090DJJ | - (ZE2016-97) OPS 8-810.8s |
| 76090DJK | - (ZE2016-97) OPS 8-810.8t |
| 76090DJL | - (ZE2016-97) OPS 8-810.8u |
| 76090DJM | - (ZE2016-97) OPS 8-810.8v |
| 76090DJN | - (ZE2016-97) OPS 8-810.8w |
| 76090DJO | - (ZE2016-97) OPS 8-810.8z |
| 7609097D | - (ZE2016-97) OPS 8-810.9* |
| 76090D2V | - (ZE2016-97) OPS 8-810.93 |
| 76090D2W | - (ZE2016-97) OPS 8-810.94 |
| 76090D2X | - (ZE2016-97) OPS 8-810.95 |
| 76090D2Y | - (ZE2016-97) OPS 8-810.96 |
| 76090D2Z | - (ZE2016-97) OPS 8-810.97 |
| 76090D30 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.98 |

| | |
|----------|----------------------------|
| 76090D31 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.99 |
| 76090D32 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.9a |
| 76090D33 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.9b |
| 76090D34 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.9c |
| 76090D35 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.9d |
| 76090D36 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.9e |
| 76090D37 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.9f |
| 76090D38 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.9g |
| 76090D39 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.9h |
| 76090D3A | - (ZE2016-97) OPS 8-810.9j |
| 76090D3B | - (ZE2016-97) OPS 8-810.9k |
| 76090D3C | - (ZE2016-97) OPS 8-810.9m |
| 76090D3D | - (ZE2016-97) OPS 8-810.9n |
| 76090D3E | - (ZE2016-97) OPS 8-810.9p |
| 76090DJP | - (ZE2016-97) OPS 8-810.9r |
| 76090DJQ | - (ZE2016-97) OPS 8-810.9s |
| 76090DJR | - (ZE2016-97) OPS 8-810.9t |
| 76090DJS | - (ZE2016-97) OPS 8-810.9u |
| 76090DJT | - (ZE2016-97) OPS 8-810.9v |
| 76090DJU | - (ZE2016-97) OPS 8-810.9w |
| 76090DJV | - (ZE2016-97) OPS 8-810.9z |
| 7609097E | - (ZE2016-97) OPS 8-810.a* |
| 76090D3G | - (ZE2016-97) OPS 8-810.a3 |
| 76090D3H | - (ZE2016-97) OPS 8-810.a4 |
| 76090D3I | - (ZE2016-97) OPS 8-810.a5 |
| 76090D3J | - (ZE2016-97) OPS 8-810.a6 |
| 76090D3K | - (ZE2016-97) OPS 8-810.a7 |
| 76090D3L | - (ZE2016-97) OPS 8-810.a8 |
| 76090D3M | - (ZE2016-97) OPS 8-810.a9 |
| 76090D3N | - (ZE2016-97) OPS 8-810.aa |
| 76090D3O | - (ZE2016-97) OPS 8-810.ab |
| 76090D3P | - (ZE2016-97) OPS 8-810.ac |
| 76090D3Q | - (ZE2016-97) OPS 8-810.ad |
| 76090D3R | - (ZE2016-97) OPS 8-810.ae |
| 76090D3S | - (ZE2016-97) OPS 8-810.af |
| 76090D3T | - (ZE2016-97) OPS 8-810.ag |
| 76090D3U | - (ZE2016-97) OPS 8-810.ah |
| 76090D3V | - (ZE2016-97) OPS 8-810.aj |
| 76090D3W | - (ZE2016-97) OPS 8-810.ak |
| 76090D3X | - (ZE2016-97) OPS 8-810.am |
| 76090D3Y | - (ZE2016-97) OPS 8-810.an |
| 76090D3Z | - (ZE2016-97) OPS 8-810.ap |
| 76090DJW | - (ZE2016-97) OPS 8-810.ar |
| 76090DJX | - (ZE2016-97) OPS 8-810.as |
| 76090DJY | - (ZE2016-97) OPS 8-810.at |
| 76090DJZ | - (ZE2016-97) OPS 8-810.au |
| 76090DK0 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.av |
| 76090DK1 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.aw |
| 76090DK2 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.az |
| 7609097F | - (ZE2016-97) OPS 8-810.b* |
| 76090D41 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.b3 |
| 76090D42 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.b4 |
| 76090D43 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.b5 |
| 76090D44 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.b6 |
| 76090D45 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.b7 |

| | |
|----------|----------------------------|
| 76090D46 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.b8 |
| 76090D47 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.b9 |
| 76090D48 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.ba |
| 76090D49 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.bb |
| 76090D4A | - (ZE2016-97) OPS 8-810.bc |
| 76090D4B | - (ZE2016-97) OPS 8-810.bd |
| 76090D4C | - (ZE2016-97) OPS 8-810.be |
| 76090D4D | - (ZE2016-97) OPS 8-810.bf |
| 76090D4E | - (ZE2016-97) OPS 8-810.bg |
| 76090D4F | - (ZE2016-97) OPS 8-810.bh |
| 76090D4G | - (ZE2016-97) OPS 8-810.bj |
| 76090D4H | - (ZE2016-97) OPS 8-810.bk |
| 76090D4I | - (ZE2016-97) OPS 8-810.bm |
| 76090D4J | - (ZE2016-97) OPS 8-810.bn |
| 76090D4K | - (ZE2016-97) OPS 8-810.bp |
| 76090DK3 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.br |
| 76090DK4 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.bs |
| 76090DK5 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.bt |
| 76090DK6 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.bu |
| 76090DK7 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.bv |
| 76090DK8 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.bw |
| 76090DK9 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.bz |
| 7609097G | - (ZE2016-97) OPS 8-810.c* |
| 76090D4M | - (ZE2016-97) OPS 8-810.c3 |
| 76090D4N | - (ZE2016-97) OPS 8-810.c4 |
| 76090D4O | - (ZE2016-97) OPS 8-810.c5 |
| 76090D4P | - (ZE2016-97) OPS 8-810.c6 |
| 76090D4Q | - (ZE2016-97) OPS 8-810.c7 |
| 76090D4R | - (ZE2016-97) OPS 8-810.c8 |
| 76090D4S | - (ZE2016-97) OPS 8-810.c9 |
| 76090D4T | - (ZE2016-97) OPS 8-810.ca |
| 76090D4U | - (ZE2016-97) OPS 8-810.cb |
| 76090D4V | - (ZE2016-97) OPS 8-810.cc |
| 76090D4W | - (ZE2016-97) OPS 8-810.cd |
| 76090D4X | - (ZE2016-97) OPS 8-810.ce |
| 76090D4Y | - (ZE2016-97) OPS 8-810.cf |
| 76090D4Z | - (ZE2016-97) OPS 8-810.cg |
| 76090D50 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.ch |
| 76090D51 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.cj |
| 76090D52 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.ck |
| 76090D53 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.cm |
| 76090D54 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.cn |
| 76090D55 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.cp |
| 76090DKA | - (ZE2016-97) OPS 8-810.cr |
| 76090DKB | - (ZE2016-97) OPS 8-810.cs |
| 76090DKC | - (ZE2016-97) OPS 8-810.ct |
| 76090DKD | - (ZE2016-97) OPS 8-810.cu |
| 76090DKE | - (ZE2016-97) OPS 8-810.cv |
| 76090DKF | - (ZE2016-97) OPS 8-810.cw |
| 76090DKG | - (ZE2016-97) OPS 8-810.cz |
| 7609097H | - (ZE2016-97) OPS 8-810.d* |
| 76090D57 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.d3 |
| 76090D58 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.d4 |
| 76090D59 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.d5 |
| 76090D5A | - (ZE2016-97) OPS 8-810.d6 |

| | |
|----------|----------------------------|
| 76090D5B | - (ZE2016-97) OPS 8-810.d7 |
| 76090D5C | - (ZE2016-97) OPS 8-810.d8 |
| 76090D5D | - (ZE2016-97) OPS 8-810.d9 |
| 76090D5E | - (ZE2016-97) OPS 8-810.da |
| 76090D5F | - (ZE2016-97) OPS 8-810.db |
| 76090D5G | - (ZE2016-97) OPS 8-810.dc |
| 76090D5H | - (ZE2016-97) OPS 8-810.dd |
| 76090D5I | - (ZE2016-97) OPS 8-810.de |
| 76090D5J | - (ZE2016-97) OPS 8-810.df |
| 76090D5K | - (ZE2016-97) OPS 8-810.dg |
| 76090D5L | - (ZE2016-97) OPS 8-810.dh |
| 76090D5M | - (ZE2016-97) OPS 8-810.dj |
| 76090D5N | - (ZE2016-97) OPS 8-810.dk |
| 76090D5O | - (ZE2016-97) OPS 8-810.dm |
| 76090D5P | - (ZE2016-97) OPS 8-810.dn |
| 76090D5Q | - (ZE2016-97) OPS 8-810.dp |
| 76090DKH | - (ZE2016-97) OPS 8-810.dr |
| 76090DKI | - (ZE2016-97) OPS 8-810.ds |
| 76090DKJ | - (ZE2016-97) OPS 8-810.dt |
| 76090DKK | - (ZE2016-97) OPS 8-810.du |
| 76090DKL | - (ZE2016-97) OPS 8-810.dv |
| 76090DKM | - (ZE2016-97) OPS 8-810.dw |
| 76090DKN | - (ZE2016-97) OPS 8-810.dz |
| 7609097I | - (ZE2016-97) OPS 8-810.e* |
| 76090D5S | - (ZE2016-97) OPS 8-810.e5 |
| 76090D5T | - (ZE2016-97) OPS 8-810.e6 |
| 76090D5U | - (ZE2016-97) OPS 8-810.e7 |
| 76090D5V | - (ZE2016-97) OPS 8-810.e8 |
| 76090D5W | - (ZE2016-97) OPS 8-810.e9 |
| 76090D5X | - (ZE2016-97) OPS 8-810.ea |
| 76090D5Y | - (ZE2016-97) OPS 8-810.eb |
| 76090D5Z | - (ZE2016-97) OPS 8-810.ec |
| 76090D60 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.ed |
| 76090D61 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.ee |
| 76090D62 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.ef |
| 76090D63 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.eg |
| 76090D64 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.eh |
| 76090D65 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.ej |
| 76090D66 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.ek |
| 76090D67 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.em |
| 76090D68 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.en |
| 76090D69 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.ep |
| 76090D6A | - (ZE2016-97) OPS 8-810.eq |
| 76090D6B | - (ZE2016-97) OPS 8-810.er |
| 76090D6C | - (ZE2016-97) OPS 8-810.es |
| 76090DKO | - (ZE2016-97) OPS 8-810.eu |
| 76090DKP | - (ZE2016-97) OPS 8-810.ev |
| 76090DKQ | - (ZE2016-97) OPS 8-810.ew |
| 76090DKR | - (ZE2016-97) OPS 8-810.ez |
| 7609097J | - (ZE2016-97) OPS 8-810.j* |
| 76090D6E | - (ZE2016-97) OPS 8-810.j3 |
| 76090D6F | - (ZE2016-97) OPS 8-810.j4 |
| 76090D6G | - (ZE2016-97) OPS 8-810.j5 |
| 76090D6H | - (ZE2016-97) OPS 8-810.j6 |
| 76090D6I | - (ZE2016-97) OPS 8-810.j7 |

| | |
|----------|----------------------------|
| 76090D6J | - (ZE2016-97) OPS 8-810.j8 |
| 76090D6K | - (ZE2016-97) OPS 8-810.j9 |
| 76090D6L | - (ZE2016-97) OPS 8-810.ja |
| 76090D6M | - (ZE2016-97) OPS 8-810.jb |
| 76090D6N | - (ZE2016-97) OPS 8-810.jc |
| 76090D6O | - (ZE2016-97) OPS 8-810.jd |
| 76090D6P | - (ZE2016-97) OPS 8-810.je |
| 76090D6Q | - (ZE2016-97) OPS 8-810.jf |
| 76090D6R | - (ZE2016-97) OPS 8-810.jg |
| 76090D6S | - (ZE2016-97) OPS 8-810.jh |
| 76090D6T | - (ZE2016-97) OPS 8-810.jj |
| 76090D6U | - (ZE2016-97) OPS 8-810.jk |
| 76090D6V | - (ZE2016-97) OPS 8-810.jm |
| 76090D6W | - (ZE2016-97) OPS 8-810.jn |
| 76090D6X | - (ZE2016-97) OPS 8-810.jp |
| 76090D6Y | - (ZE2016-97) OPS 8-810.jq |
| 76090D6Z | - (ZE2016-97) OPS 8-810.jr |
| 76090D70 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.js |
| 76090D71 | - (ZE2016-97) OPS 8-810.jt |
| 76090DKS | - (ZE2016-97) OPS 8-810.jv |
| 76090DKT | - (ZE2016-97) OPS 8-810.jw |
| 76090DKU | - (ZE2016-97) OPS 8-810.jz |
| 7609097K | - (ZE2016-97) OPS 8-812.5* |
| 76000EC7 | - (ZE2016-97) OPS 8-812.50 |
| 76000EC8 | - (ZE2016-97) OPS 8-812.51 |
| 76000EC9 | - (ZE2016-97) OPS 8-812.52 |
| 76000ECA | - (ZE2016-97) OPS 8-812.53 |
| 76000ECB | - (ZE2016-97) OPS 8-812.54 |
| 76000ECC | - (ZE2016-97) OPS 8-812.55 |
| 76000ECD | - (ZE2016-97) OPS 8-812.56 |
| 76000ECE | - (ZE2016-97) OPS 8-812.57 |
| 76000ECF | - (ZE2016-97) OPS 8-812.58 |
| 76000ECG | - (ZE2016-97) OPS 8-812.59 |
| 76000ECH | - (ZE2016-97) OPS 8-812.5a |
| 76000ECI | - (ZE2016-97) OPS 8-812.5b |
| 76000ECJ | - (ZE2016-97) OPS 8-812.5c |
| 76000ECK | - (ZE2016-97) OPS 8-812.5d |
| 76000DKV | - (ZE2016-97) OPS 8-812.5f |
| 76000DKW | - (ZE2016-97) OPS 8-812.5g |
| 76000DKX | - (ZE2016-97) OPS 8-812.5h |
| 76000DKY | - (ZE2016-97) OPS 8-812.5j |
| 76000DKZ | - (ZE2016-97) OPS 8-812.5k |
| 76000DL0 | - (ZE2016-97) OPS 8-812.5m |
| 76000DL1 | - (ZE2016-97) OPS 8-812.5n |
| 76000DL2 | - (ZE2016-97) OPS 8-812.5p |
| 76000DL3 | - (ZE2016-97) OPS 8-812.5q |
| 76000DL4 | - (ZE2016-97) OPS 8-812.5r |
| 7609097M | - (ZE2016-97) OPS 8-812.9* |
| 76090D73 | - (ZE2016-97) OPS 8-812.90 |
| 76090D74 | - (ZE2016-97) OPS 8-812.91 |
| 76090D75 | - (ZE2016-97) OPS 8-812.92 |
| 76090D76 | - (ZE2016-97) OPS 8-812.93 |
| 76090D77 | - (ZE2016-97) OPS 8-812.94 |
| 76090D78 | - (ZE2016-97) OPS 8-812.95 |
| 76090D79 | - (ZE2016-97) OPS 8-812.96 |

| | |
|--|---|
| 76090D7A | - (ZE2016-97) OPS 8-812.97 |
| 76090D7B | - (ZE2016-97) OPS 8-812.98 |
| 76090DL5 | - (ZE2016-97) OPS 8-812.9a |
| 76090DL6 | - (ZE2016-97) OPS 8-812.9b |
| 76090DL7 | - (ZE2016-97) OPS 8-812.9c |
| 76090DL8 | - (ZE2016-97) OPS 8-812.9d |
| 76090DL9 | - (ZE2016-97) OPS 8-812.9e |
| 76097369 | - (ZE2016-97) Prothrombinkomplex, Beriplex, je 500 IE; OPS 8-812.5* |
| 76097370 | - (ZE2016-97) Prothrombinkomplex, Beriplex, je 1.000 IE; OPS 8-812.5* |
| 76097376 | - (ZE2016-97) Plasmatischer Faktor VIII, Wilate, je 900 Einheiten; OPS 8-810.9* |
| 76097378 | - (ZE2016-97) Rekombinanter Faktor VIII, Avate, je 2000 Einheiten; OPS 8-810.8* |
| 76097379 | - (ZE2016-97) Rekombinanter Faktor VIII, Optivate, je 250 Einheiten; OPS 8-810.9* |
| 76097380 | - (ZE2016-97) Rekombinanter Faktor VIII, Optivate, je 500 Einheiten; OPS 8-810.9* |
| 76097381 | - (ZE2016-97) Rekombinanter Faktor VIII, Optivate, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.9* |
| 76097383 | - (ZE2016-97) Rekombinanter Faktor VIII i.V.m. Von-Willebrand-Faktor, Voncento, je 10 Einheiten; OPS 8-810.9* i.V.m. OPS 8-810.d* |
| 76097390 | - (ZE2016-97) Rekombinanter Faktor VIII, Porciner Faktor, Obizur, je 500 Einheiten |
| 76097397 | - (ZE2016-97) Plasmatischer Faktor VIII oder Von-Willebrand-Faktor; OPS 8-810.9* oder .d* |
| 76097402 | - (ZE2016-97) Rekombinanter Faktor VIII, Porciner Faktor, Obizur, je Einheit; OPS 8-810.8* |
| ZE2016-98 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren (s. Anlage 7 FPV 2016) | |
| 76090980 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.6*, .7*, .8*, .9*, .a*, .b*, .c*, .d*, .e*, .j* oder 8-812.9* |
| 7609098A | - (ZE2016-98) OPS 8-810.6* |
| 76090D7D | - (ZE2016-98) OPS 8-810.63 |
| 76090D7E | - (ZE2016-98) OPS 8-810.64 |
| 76090D7F | - (ZE2016-98) OPS 8-810.65 |
| 76090D7G | - (ZE2016-98) OPS 8-810.66 |
| 76090D7H | - (ZE2016-98) OPS 8-810.67 |
| 76090D7I | - (ZE2016-98) OPS 8-810.68 |
| 76090D7J | - (ZE2016-98) OPS 8-810.69 |
| 76090D7K | - (ZE2016-98) OPS 8-810.6a |
| 76090D7L | - (ZE2016-98) OPS 8-810.6b |
| 76090D7M | - (ZE2016-98) OPS 8-810.6c |
| 76090D7N | - (ZE2016-98) OPS 8-810.6d |
| 76090D7O | - (ZE2016-98) OPS 8-810.6e |
| 76090D7P | - (ZE2016-98) OPS 8-810.6f |
| 76090D7Q | - (ZE2016-98) OPS 8-810.6g |
| 76090D7R | - (ZE2016-98) OPS 8-810.6h |
| 76090D7S | - (ZE2016-98) OPS 8-810.6j |
| 76090D7T | - (ZE2016-98) OPS 8-810.6k |
| 76090D7U | - (ZE2016-98) OPS 8-810.6m |
| 76090D7V | - (ZE2016-98) OPS 8-810.6n |
| 76090D7W | - (ZE2016-98) OPS 8-810.6p |
| 76090D7X | - (ZE2016-98) OPS 8-810.6q |
| 76090D7Y | - (ZE2016-98) OPS 8-810.6r |
| 76090D7Z | - (ZE2016-98) OPS 8-810.6s |
| 76090DLA | - (ZE2016-98) OPS 8-810.6u |
| 76090DLB | - (ZE2016-98) OPS 8-810.6v |
| 76090DLC | - (ZE2016-98) OPS 8-810.6w |
| 76090DLD | - (ZE2016-98) OPS 8-810.6z |
| 7609098B | - (ZE2016-98) OPS 8-810.7* |
| 76090D81 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.73 |
| 76090D82 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.74 |
| 76090D83 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.75 |

| | |
|----------|----------------------------|
| 76090D84 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.76 |
| 76090D85 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.77 |
| 76090D86 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.78 |
| 76090D87 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.79 |
| 76090D88 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.7a |
| 76090D89 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.7b |
| 76090D8A | - (ZE2016-98) OPS 8-810.7c |
| 76090D8B | - (ZE2016-98) OPS 8-810.7d |
| 76090D8C | - (ZE2016-98) OPS 8-810.7e |
| 76090D8D | - (ZE2016-98) OPS 8-810.7f |
| 76090D8E | - (ZE2016-98) OPS 8-810.7g |
| 76090D8F | - (ZE2016-98) OPS 8-810.7h |
| 76090D8G | - (ZE2016-98) OPS 8-810.7j |
| 76090D8H | - (ZE2016-98) OPS 8-810.7k |
| 76090DLE | - (ZE2016-98) OPS 8-810.7n |
| 76090DLF | - (ZE2016-98) OPS 8-810.7p |
| 76090DLG | - (ZE2016-98) OPS 8-810.7q |
| 76090DLH | - (ZE2016-98) OPS 8-810.7r |
| 7609098C | - (ZE2016-98) OPS 8-810.8* |
| 76090D8J | - (ZE2016-98) OPS 8-810.83 |
| 76090D8K | - (ZE2016-98) OPS 8-810.84 |
| 76090D8L | - (ZE2016-98) OPS 8-810.85 |
| 76090D8M | - (ZE2016-98) OPS 8-810.86 |
| 76090D8N | - (ZE2016-98) OPS 8-810.87 |
| 76090D8O | - (ZE2016-98) OPS 8-810.88 |
| 76090D8P | - (ZE2016-98) OPS 8-810.89 |
| 76090D8Q | - (ZE2016-98) OPS 8-810.8a |
| 76090D8R | - (ZE2016-98) OPS 8-810.8b |
| 76090D8S | - (ZE2016-98) OPS 8-810.8c |
| 76090D8T | - (ZE2016-98) OPS 8-810.8d |
| 76090D8U | - (ZE2016-98) OPS 8-810.8e |
| 76090D8V | - (ZE2016-98) OPS 8-810.8f |
| 76090D8W | - (ZE2016-98) OPS 8-810.8g |
| 76090D8X | - (ZE2016-98) OPS 8-810.8h |
| 76090D8Y | - (ZE2016-98) OPS 8-810.8j |
| 76090D8Z | - (ZE2016-98) OPS 8-810.8k |
| 76090D90 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.8m |
| 76090D91 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.8n |
| 76090D92 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.8p |
| 76090DLI | - (ZE2016-98) OPS 8-810.8r |
| 76090DLJ | - (ZE2016-98) OPS 8-810.8s |
| 76090DLK | - (ZE2016-98) OPS 8-810.8t |
| 76090DLL | - (ZE2016-98) OPS 8-810.8u |
| 76090DLM | - (ZE2016-98) OPS 8-810.8v |
| 76090DLN | - (ZE2016-98) OPS 8-810.8w |
| 76090DLO | - (ZE2016-98) OPS 8-810.8z |
| 7609098D | - (ZE2016-98) OPS 8-810.9* |
| 76090D94 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.93 |
| 76090D95 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.94 |
| 76090D96 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.95 |
| 76090D97 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.96 |
| 76090D98 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.97 |
| 76090D99 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.98 |
| 76090D9A | - (ZE2016-98) OPS 8-810.99 |
| 76090D9B | - (ZE2016-98) OPS 8-810.9a |

| | |
|----------|----------------------------|
| 76090D9C | - (ZE2016-98) OPS 8-810.9b |
| 76090D9D | - (ZE2016-98) OPS 8-810.9c |
| 76090D9E | - (ZE2016-98) OPS 8-810.9d |
| 76090D9F | - (ZE2016-98) OPS 8-810.9e |
| 76090D9G | - (ZE2016-98) OPS 8-810.9f |
| 76090D9H | - (ZE2016-98) OPS 8-810.9g |
| 76090D9I | - (ZE2016-98) OPS 8-810.9h |
| 76090D9J | - (ZE2016-98) OPS 8-810.9j |
| 76090D9K | - (ZE2016-98) OPS 8-810.9k |
| 76090D9L | - (ZE2016-98) OPS 8-810.9m |
| 76090D9M | - (ZE2016-98) OPS 8-810.9n |
| 76090D9N | - (ZE2016-98) OPS 8-810.9p |
| 76090DLP | - (ZE2016-98) OPS 8-810.9r |
| 76090DLQ | - (ZE2016-98) OPS 8-810.9s |
| 76090DLR | - (ZE2016-98) OPS 8-810.9t |
| 76090DLS | - (ZE2016-98) OPS 8-810.9u |
| 76090DLT | - (ZE2016-98) OPS 8-810.9v |
| 76090DLU | - (ZE2016-98) OPS 8-810.9w |
| 76090DLV | - (ZE2016-98) OPS 8-810.9z |
| 7609098E | - (ZE2016-98) OPS 8-810.a* |
| 76090D9P | - (ZE2016-98) OPS 8-810.a3 |
| 76090D9Q | - (ZE2016-98) OPS 8-810.a4 |
| 76090D9R | - (ZE2016-98) OPS 8-810.a5 |
| 76090D9S | - (ZE2016-98) OPS 8-810.a6 |
| 76090D9T | - (ZE2016-98) OPS 8-810.a7 |
| 76090D9U | - (ZE2016-98) OPS 8-810.a8 |
| 76090D9V | - (ZE2016-98) OPS 8-810.a9 |
| 76090D9W | - (ZE2016-98) OPS 8-810.aa |
| 76090D9X | - (ZE2016-98) OPS 8-810.ab |
| 76090D9Y | - (ZE2016-98) OPS 8-810.ac |
| 76090D9Z | - (ZE2016-98) OPS 8-810.ad |
| 76090DA0 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.ae |
| 76090DA1 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.af |
| 76090DA2 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.ag |
| 76090DA3 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.ah |
| 76090DA4 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.aj |
| 76090DA5 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.ak |
| 76090DA6 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.am |
| 76090DA7 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.an |
| 76090DA8 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.ap |
| 76090DLW | - (ZE2016-98) OPS 8-810.ar |
| 76090DLX | - (ZE2016-98) OPS 8-810.as |
| 76090DLY | - (ZE2016-98) OPS 8-810.at |
| 76090DLZ | - (ZE2016-98) OPS 8-810.au |
| 76090DM0 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.av |
| 76090DM1 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.aw |
| 76090DM2 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.az |
| 7609098F | - (ZE2016-98) OPS 8-810.b* |
| 76090DAA | - (ZE2016-98) OPS 8-810.b3 |
| 76090DAB | - (ZE2016-98) OPS 8-810.b4 |
| 76090DAC | - (ZE2016-98) OPS 8-810.b5 |
| 76090DAD | - (ZE2016-98) OPS 8-810.b6 |
| 76090DAE | - (ZE2016-98) OPS 8-810.b7 |
| 76090DAF | - (ZE2016-98) OPS 8-810.b8 |
| 76090DAG | - (ZE2016-98) OPS 8-810.b9 |

| | |
|----------|----------------------------|
| 76090DAH | - (ZE2016-98) OPS 8-810.ba |
| 76090DAI | - (ZE2016-98) OPS 8-810.bb |
| 76090DAJ | - (ZE2016-98) OPS 8-810.bc |
| 76090DAK | - (ZE2016-98) OPS 8-810.bd |
| 76090DAL | - (ZE2016-98) OPS 8-810.be |
| 76090DAM | - (ZE2016-98) OPS 8-810.bf |
| 76090DAN | - (ZE2016-98) OPS 8-810.bg |
| 76090DAO | - (ZE2016-98) OPS 8-810.bh |
| 76090DAP | - (ZE2016-98) OPS 8-810.bj |
| 76090DAQ | - (ZE2016-98) OPS 8-810.bk |
| 76090DAR | - (ZE2016-98) OPS 8-810.bm |
| 76090DAS | - (ZE2016-98) OPS 8-810.bn |
| 76090DAT | - (ZE2016-98) OPS 8-810.bp |
| 76090DM3 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.br |
| 76090DM4 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.bs |
| 76090DM5 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.bz |
| 76090DM6 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.bu |
| 76090DM7 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.bv |
| 76090DM8 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.bw |
| 76090DM9 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.bz |
| 7609098G | - (ZE2016-98) OPS 8-810.c* |
| 76090DAV | - (ZE2016-98) OPS 8-810.c3 |
| 76090DAW | - (ZE2016-98) OPS 8-810.c4 |
| 76090DAX | - (ZE2016-98) OPS 8-810.c5 |
| 76090DAY | - (ZE2016-98) OPS 8-810.c6 |
| 76090DAZ | - (ZE2016-98) OPS 8-810.c7 |
| 76090DB0 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.c8 |
| 76090DB1 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.c9 |
| 76090DB2 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.ca |
| 76090DB3 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.cb |
| 76090DB4 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.cc |
| 76090DB5 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.cd |
| 76090DB6 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.ce |
| 76090DB7 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.cf |
| 76090DB8 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.cg |
| 76090DB9 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.ch |
| 76090DBA | - (ZE2016-98) OPS 8-810.cj |
| 76090DBB | - (ZE2016-98) OPS 8-810.ck |
| 76090DBC | - (ZE2016-98) OPS 8-810.cm |
| 76090DBD | - (ZE2016-98) OPS 8-810.cn |
| 76090DBE | - (ZE2016-98) OPS 8-810.cp |
| 76090DMA | - (ZE2016-98) OPS 8-810.cr |
| 76090DMB | - (ZE2016-98) OPS 8-810.cs |
| 76090DMC | - (ZE2016-98) OPS 8-810.ct |
| 76090DMD | - (ZE2016-98) OPS 8-810.cu |
| 76090DME | - (ZE2016-98) OPS 8-810.cv |
| 76090DMF | - (ZE2016-98) OPS 8-810.cw |
| 76090DMG | - (ZE2016-98) OPS 8-810.cz |
| 7609098H | - (ZE2016-98) OPS 8-810.d* |
| 76090DBG | - (ZE2016-98) OPS 8-810.d3 |
| 76090DBH | - (ZE2016-98) OPS 8-810.d4 |
| 76090DBI | - (ZE2016-98) OPS 8-810.d5 |
| 76090DBJ | - (ZE2016-98) OPS 8-810.d6 |
| 76090DBK | - (ZE2016-98) OPS 8-810.d7 |
| 76090DBL | - (ZE2016-98) OPS 8-810.d8 |

| | |
|----------|----------------------------|
| 76090DBM | - (ZE2016-98) OPS 8-810.d9 |
| 76090DBN | - (ZE2016-98) OPS 8-810.da |
| 76090DBO | - (ZE2016-98) OPS 8-810.db |
| 76090DBP | - (ZE2016-98) OPS 8-810.dc |
| 76090DBQ | - (ZE2016-98) OPS 8-810.dd |
| 76090DBR | - (ZE2016-98) OPS 8-810.de |
| 76090DBS | - (ZE2016-98) OPS 8-810.df |
| 76090DBT | - (ZE2016-98) OPS 8-810.dg |
| 76090DBU | - (ZE2016-98) OPS 8-810.dh |
| 76090DBV | - (ZE2016-98) OPS 8-810.dj |
| 76090DBW | - (ZE2016-98) OPS 8-810.dk |
| 76090DBX | - (ZE2016-98) OPS 8-810.dm |
| 76090DBY | - (ZE2016-98) OPS 8-810.dn |
| 76090DBZ | - (ZE2016-98) OPS 8-810.dp |
| 76090DMH | - (ZE2016-98) OPS 8-810.dr |
| 76090DMI | - (ZE2016-98) OPS 8-810.ds |
| 76090DMJ | - (ZE2016-98) OPS 8-810.dt |
| 76090DMK | - (ZE2016-98) OPS 8-810.du |
| 76090DML | - (ZE2016-98) OPS 8-810.dv |
| 76090DMM | - (ZE2016-98) OPS 8-810.dw |
| 76090DMN | - (ZE2016-98) OPS 8-810.dz |
| 7609098I | - (ZE2016-98) OPS 8-810.e* |
| 76090DC1 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.e5 |
| 76090DC2 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.e6 |
| 76090DC3 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.e7 |
| 76090DC4 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.e8 |
| 76090DC5 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.e9 |
| 76090DC6 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.ea |
| 76090DC7 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.eb |
| 76090DC8 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.ec |
| 76090DC9 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.ed |
| 76090DCA | - (ZE2016-98) OPS 8-810.ee |
| 76090DCB | - (ZE2016-98) OPS 8-810.ef |
| 76090DCC | - (ZE2016-98) OPS 8-810.eg |
| 76090DCD | - (ZE2016-98) OPS 8-810.eh |
| 76090DCE | - (ZE2016-98) OPS 8-810.ej |
| 76090DCF | - (ZE2016-98) OPS 8-810.ek |
| 76090DCG | - (ZE2016-98) OPS 8-810.em |
| 76090DCH | - (ZE2016-98) OPS 8-810.en |
| 76090DCI | - (ZE2016-98) OPS 8-810.ep |
| 76090DCJ | - (ZE2016-98) OPS 8-810.eq |
| 76090DCK | - (ZE2016-98) OPS 8-810.er |
| 76090DCL | - (ZE2016-98) OPS 8-810.es |
| 76090DMO | - (ZE2016-98) OPS 8-810.eu |
| 76090DMP | - (ZE2016-98) OPS 8-810.ev |
| 76090DMQ | - (ZE2016-98) OPS 8-810.ew |
| 76090DMR | - (ZE2016-98) OPS 8-810.ez |
| 7609098J | - (ZE2016-98) OPS 8-810.j* |
| 76090DCN | - (ZE2016-98) OPS 8-810.j3 |
| 76090DCO | - (ZE2016-98) OPS 8-810.j4 |
| 76090DCP | - (ZE2016-98) OPS 8-810.j5 |
| 76090DCQ | - (ZE2016-98) OPS 8-810.j6 |
| 76090DCR | - (ZE2016-98) OPS 8-810.j7 |
| 76090DCS | - (ZE2016-98) OPS 8-810.j8 |
| 76090DCT | - (ZE2016-98) OPS 8-810.j9 |

| | |
|------------|---|
| 76090DCU | - (ZE2016-98) OPS 8-810.ja |
| 76090DCV | - (ZE2016-98) OPS 8-810.jb |
| 76090DCW | - (ZE2016-98) OPS 8-810.jc |
| 76090DCX | - (ZE2016-98) OPS 8-810.jd |
| 76090DCY | - (ZE2016-98) OPS 8-810.je |
| 76090DCZ | - (ZE2016-98) OPS 8-810.jf |
| 76090DD0 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.jg |
| 76090DD1 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.jh |
| 76090DD2 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.jj |
| 76090DD3 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.jk |
| 76090DD4 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.jm |
| 76090DD5 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.jn |
| 76090DD6 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.jp |
| 76090DD7 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.jq |
| 76090DD8 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.jr |
| 76090DD9 | - (ZE2016-98) OPS 8-810.js |
| 76090DDA | - (ZE2016-98) OPS 8-810.jt |
| 76090DMS | - (ZE2016-98) OPS 8-810.jv |
| 76090DMT | - (ZE2016-98) OPS 8-810.jw |
| 76090DMU | - (ZE2016-98) OPS 8-810.jz |
| 7609098L | - (ZE2016-98) OPS 8-812.9* |
| 76090DDC | - (ZE2016-98) OPS 8-812.90 |
| 76090DDD | - (ZE2016-98) OPS 8-812.91 |
| 76090DDE | - (ZE2016-98) OPS 8-812.92 |
| 76090DDF | - (ZE2016-98) OPS 8-812.93 |
| 76090DDG | - (ZE2016-98) OPS 8-812.94 |
| 76090DDH | - (ZE2016-98) OPS 8-812.95 |
| 76090DDI | - (ZE2016-98) OPS 8-812.96 |
| 76090DDJ | - (ZE2016-98) OPS 8-812.97 |
| 76090DDK | - (ZE2016-98) OPS 8-812.98 |
| 76090DMV | - (ZE2016-98) OPS 8-812.9a |
| 76090DMW | - (ZE2016-98) OPS 8-812.9b |
| 76090DMX | - (ZE2016-98) OPS 8-812.9c |
| 76090DMY | - (ZE2016-98) OPS 8-812.9d |
| 76090DMZ | - (ZE2016-98) OPS 8-812.9e |
| 76097377 | - (ZE2016-98) Plasmatischer Faktor VIII, Wilate, je 900 Einheiten; OPS 8-810.9* |
| 76097384 | - (ZE2016-98) Rekombinanter Faktor VIII i.V.m. Von-Willebrand-Faktor, Voncento, je 10 Einheiten; OPS 8-810.9* i.V.m. OPS 8-810.d* |
| 76097386 | - (ZE2016-98) Rekombinanter aktivierter Faktor VII, Novoseven, je 100 IE; OPS 8-810.6* |
| 76097391 | - (ZE2016-98) Rekombinanter Faktor VIII, Porciner Faktor, Obizur, je 500 Einheiten |
| 76097398 | - (ZE2016-98) Plasmatischer Faktor VIII oder Von-Willebrand-Faktor; OPS 8-810.9* oder .d* |
| 76097403 | - (ZE2016-98) Rekombinanter Faktor VIII, Porciner Faktor, Obizur, je Einheit; OPS 8-810.8* |
| ZE2016-99 | Fremdbezug von Donor-Lymphozyten |
| 76090990 | - (ZE2016-99) Fremdbezug von Donor-Lymphozyten über Spenderdateien bei nicht-verwandten Spendern oder Bezug von Donor-Lymphozyten von außerhalb Deutschlands bei Familienspendern |
| ZE2016-101 | Gabe von Mifamurtid, parenteral |
| 76091010 | - (ZE2016-101) OPS 6-005.g* |
| 76090DE3 | - (ZE2016-101) 1,0 mg bis unter 1,5 mg; OPS 6-005.g0 |
| 76090DE4 | - (ZE2016-101) 1,5 mg bis unter 2,0 mg; OPS 6-005.g1 |
| 76090DE5 | - (ZE2016-101) 2,0 mg bis unter 2,5 mg; OPS 6-005.g2 |
| 76090DE6 | - (ZE2016-101) 2,5 mg bis unter 3,0 mg; OPS 6-005.g3 |

| | |
|----------|--|
| 76090DE7 | - (ZE2016-101) 3,0 mg bis unter 4,0 mg; OPS 6-005.g4 |
| 76090DE8 | - (ZE2016-101) 4,0 mg bis unter 5,0 mg; OPS 6-005.g5 |
| 76090DE9 | - (ZE2016-101) 5,0 mg bis unter 6,0 mg; OPS 6-005.g6 |
| 76090DEA | - (ZE2016-101) 6,0 mg bis unter 8,0 mg; OPS 6-005.g7 |
| 76090DEB | - (ZE2016-101) 8,0 mg bis unter 12,0 mg; OPS 6-005.g8 |
| 76090DEC | - (ZE2016-101) 12,0 mg bis unter 16,0 mg; OPS 6-005.g9 |
| 76090DED | - (ZE2016-101) 16,0 mg bis unter 20,0 mg; OPS 6-005.ga |
| 76090DEE | - (ZE2016-101) 20,0 mg bis unter 24,0 mg; OPS 6-005.gb |
| 76090DEF | - (ZE2016-101) 24,0 mg bis unter 28,0 mg; OPS 6-005.gc |
| 76090DEG | - (ZE2016-101) 28,0 mg bis unter 32,0 mg; OPS 6-005.gd |
| 76090DEH | - (ZE2016-101) 32,0 mg bis unter 36,0 mg; OPS 6-005.ge |
| 76090DEI | - (ZE2016-101) 36,0 mg bis unter 40,0 mg; OPS 6-005.gf |
| 76090DEJ | - (ZE2016-101) 40,0 mg bis unter 44,0 mg; OPS 6-005.gg |
| 76090DEK | - (ZE2016-101) 44,0 mg bis unter 48,0 mg; OPS 6-005.gh |
| 76090DEL | - (ZE2016-101) 48,0 mg und mehr; OPS 6-005.gj |

ZE2016-103 Gabe von Rituximab, subkutan

| | |
|----------|--|
| 76091030 | - (ZE2016-103) OPS 6-001.j* |
| 76090DF3 | - (ZE2016-103) 1.400 mg bis unter 2.800 mg; OPS 6-001.j0 |
| 76090DF4 | - (ZE2016-103) 2.800 mg bis unter 4.200 mg; OPS 6-001.j1 |
| 76090DF5 | - (ZE2016-103) 4.200 mg bis unter 5.600 mg; OPS 6-001.j2 |
| 76090DF6 | - (ZE2016-103) 5.600 mg bis unter 7.000 mg; OPS 6-001.j3 |
| 76090DF7 | - (ZE2016-103) 7.000 mg bis unter 8.400 mg; OPS 6-001.j4 |
| 76090DF8 | - (ZE2016-103) 8.400 mg und mehr; OPS 6-001.j5 |

ZE2016-104 Gabe von Trastuzumab, subkutan

| | |
|----------|--|
| 76091040 | - (ZE2016-104) OPS 6-001.m* |
| 76090DF9 | - (ZE2016-104) 600 mg bis unter 1.200 mg; OPS 6-001.m0 |
| 76090DFA | - (ZE2016-104) 1.200 mg bis unter 1.800 mg; OPS 6-001.m1 |
| 76090DFB | - (ZE2016-104) 1.800 mg bis unter 2.400 mg; OPS 6-001.m2 |
| 76090DFC | - (ZE2016-104) 2.400 mg bis unter 3.000 mg; OPS 6-001.m3 |
| 76090DFD | - (ZE2016-104) 3.000 mg bis unter 3.600 mg; OPS 6-001.m4 |
| 76090DFE | - (ZE2016-104) 3.600 mg und mehr; OPS 6-001.m5 |
| 76097388 | - (ZE2016-104) je 150 mg Durchstechflasche; OPS 6-001.m* |

ZE2016-105 Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten

| | |
|----------|--|
| 76091050 | - (ZE2016-105) OPS 6-007.1* |
| 76090DFE | - (ZE2016-105) 1.500 mg bis unter 2.100 mg; OPS 6-007.10 |
| 76090DFG | - (ZE2016-105) 2.100 mg bis unter 2.700 mg; OPS 6-007.11 |
| 76090DFH | - (ZE2016-105) 2.700 mg bis unter 3.300 mg; OPS 6-007.12 |
| 76090DFI | - (ZE2016-105) 3.300 mg bis unter 3.900 mg; OPS 6-007.13 |
| 76090DFJ | - (ZE2016-105) 3.900 mg bis unter 4.500 mg; OPS 6-007.14 |
| 76090DFK | - (ZE2016-105) 4.500 mg bis unter 5.700 mg; OPS 6-007.15 |
| 76090DFL | - (ZE2016-105) 5.700 mg bis unter 6.900 mg; OPS 6-007.16 |
| 76090DFM | - (ZE2016-105) 6.900 mg bis unter 8.100 mg; OPS 6-007.17 |
| 76090DFN | - (ZE2016-105) 8.100 mg bis unter 9.300 mg; OPS 6-007.18 |
| 76090DFO | - (ZE2016-105) 9.300 mg bis unter 10.500 mg; OPS 6-007.19 |
| 76090DFP | - (ZE2016-105) 10.500 mg bis unter 12.900 mg; OPS 6-007.1a |
| 76090DFQ | - (ZE2016-105) 12.900 mg bis unter 15.300 mg; OPS 6-007.1b |
| 76090DFR | - (ZE2016-105) 15.300 mg bis unter 17.700 mg; OPS 6-007.1c |
| 76090DFS | - (ZE2016-105) 17.700 mg bis unter 20.100 mg; OPS 6-007.1d |
| 76090DFT | - (ZE2016-105) 20.100 mg bis unter 22.500 mg; OPS 6-007.1e |
| 76090DFU | - (ZE2016-105) 22.500 mg bis unter 27.300 mg; OPS 6-007.1f |
| 76090DFV | - (ZE2016-105) 27.300 mg bis unter 32.100 mg; OPS 6-007.1g |
| 76090DFW | - (ZE2016-105) 32.100 mg und mehr; OPS 6-007.1h |
| 76097413 | - (ZE2016-105) je 1 mg; OPS 6-007.1* |

ZE2016-106 Gabe von Abatacept, subkutan

- 76091060 - (ZE2016-106) OPS 6-003.t*
- 76090DFX - (ZE2016-106) 250 mg bis unter 375 mg; OPS 6-003.t0
- 76090DFY - (ZE2016-106) 375 mg bis unter 500 mg; OPS 6-003.t1
- 76090DFZ - (ZE2016-106) 500 mg bis unter 625 mg; OPS 6-003.t2
- 76090DGO - (ZE2016-106) 625 mg bis unter 750 mg; OPS 6-003.t3
- 76090DG1 - (ZE2016-106) 750 mg bis unter 875 mg; OPS 6-003.t4
- 76090DG2 - (ZE2016-106) 875 mg bis unter 1.000 mg; OPS 6-003.t5
- 76090DG3 - (ZE2016-106) 1.000 mg bis unter 1.125 mg; OPS 6-003.t6
- 76090DG4 - (ZE2016-106) 1.125 mg bis unter 1.250 mg; OPS 6-003.t7
- 76090DG5 - (ZE2016-106) 1.250 mg bis unter 1.375 mg; OPS 6-003.t8
- 76090DG6 - (ZE2016-106) 1.375 mg bis unter 1.500 mg; OPS 6-003.t9
- 76090DG7 - (ZE2016-106) 1.500 mg und mehr; OPS 6-003.ta
- 76097389 - (ZE2016-106) je 250 mg Durchstechflasche; OPS 6-003.t*

ZE2016-107 Medikamente-freisetzende bioresorbierbare Koronarstents

- 76091070 - (ZE2016-107) OPS 8-83d.0*
- 76090DG8 - (ZE2016-107) Ein bioresorbierbarer Stent in eine Koronararterie; OPS 8-83d.00
- 76090DG9 - (ZE2016-107) 2 bioresorbierbare Stents in eine Koronararterie; OPS 8-83d.01
- 76090DGA - (ZE2016-107) 2 bioresorbierbare Stents in mehrere Koronararterien; OPS 8-83d.02
- 76090DGB - (ZE2016-107) 3 bioresorbierbare Stents in eine Koronararterie; OPS 8-83d.03
- 76090DGC - (ZE2016-107) 3 bioresorbierbare Stents in mehrere Koronararterien; OPS 8-83d.04
- 76090DGD - (ZE2016-107) 4 bioresorbierbare Stents in eine Koronararterie; OPS 8-83d.05
- 76090DGE - (ZE2016-107) 4 bioresorbierbare Stents in mehrere Koronararterien; OPS 8-83d.06
- 76090DGF - (ZE2016-107) 5 bioresorbierbare Stents in eine Koronararterie; OPS 8-83d.07
- 76090DGG - (ZE2016-107) 5 bioresorbierbare Stents in mehrere Koronararterien; OPS 8-83d.08
- 76090DGH - (ZE2016-107) Mindestens 6 bioresorbierbare Stents in eine Koronararterie; OPS 8-83d.09
- 76090DGI - (ZE2016-107) Mindestens 6 bioresorb. Stents in mehrere Koronararterien; OPS 8-83d.0a
- 76090DGJ - (ZE2016-107) Sonstige; OPS 8-83d.0x
- 76097414 - (ZE2016-107) je 1 mg; OPS 6-007.1*
- 76097415 - (ZE2016-107) ohne Magnesium-Beschichtung; OPS 8-83d.0*

ZE2016-108 Implantation einer Irisprothese

- 76091080 - (ZE2016-108) OPS 5-137.6

ZE2016-109 Dialyse mit High-Cut-off-Dialysemembran

- 76091090 - (ZE2016-109) OPS 8-854.8

ZE2016-110 Gabe von Tocilizumab, subkutan

- 76091100 - (ZE2016-110) OPS 6-005.n*
- 76090DGM - (ZE2016-110) OPS 6-005.n0
- 76090DGN - (ZE2016-110) OPS 6-005.n1
- 76090DGO - (ZE2016-110) OPS 6-005.n2
- 76090DGP - (ZE2016-110) OPS 6-005.n3
- 76090DGQ - (ZE2016-110) OPS 6-005.n4
- 76090DGR - (ZE2016-110) OPS 6-005.n5
- 76090DGS - (ZE2016-110) OPS 6-005.n6
- 76090DGT - (ZE2016-110) OPS 6-005.n7
- 76090DGU - (ZE2016-110) OPS 6-005.n8
- 76090DGV - (ZE2016-110) OPS 6-005.n9
- 76090DGW - (ZE2016-110) OPS 6-005.na
- 76090DGX - (ZE2016-110) OPS 6-005.nb
- 76090DGY - (ZE2016-110) OPS 6-005.nc
- 76090DGZ - (ZE2016-110) OPS 6-005.nd
- 76097392 - (ZE2016-110) je Fertigspritze 162 mg; OPS 6-005.n*

ZE2016-111 Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral

- 76091110 - (ZE2016-111) OPS 6-005.d*

| | |
|----------|--|
| 76090DH0 | - (ZE2016-111) OPS 6-005.d0 |
| 76090DH1 | - (ZE2016-111) OPS 6-005.d1 |
| 76090DH2 | - (ZE2016-111) OPS 6-005.d2 |
| 76090DH3 | - (ZE2016-111) OPS 6-005.d3 |
| 76090DH4 | - (ZE2016-111) OPS 6-005.d4 |
| 76090DH5 | - (ZE2016-111) OPS 6-005.d5 |
| 76090DH6 | - (ZE2016-111) OPS 6-005.d6 |
| 76090DH7 | - (ZE2016-111) OPS 6-005.d7 |
| 76090DH8 | - (ZE2016-111) OPS 6-005.d8 |
| 76090DH9 | - (ZE2016-111) OPS 6-005.d9 |
| 76090DHA | - (ZE2016-111) OPS 6-005.da |
| 76090DHB | - (ZE2016-111) OPS 6-005.db |
| 76090DHC | - (ZE2016-111) OPS 6-005.dc |
| 76090DHD | - (ZE2016-111) OPS 6-005.dd |
| 76090DHE | - (ZE2016-111) OPS 6-005.de |
| 76090DHF | - (ZE2016-111) OPS 6-005.df |
| 76090DHG | - (ZE2016-111) OPS 6-005.dg |
| 76090DHH | - (ZE2016-111) OPS 6-005.dh |
| 76090DHI | - (ZE2016-111) OPS 6-005.dj |
| 76090DHJ | - (ZE2016-111) OPS 6-005.dk |
| 76097362 | - (ZE2016-111) je 100 mg; OPS 6-005.d* |
| 76097399 | - (ZE2016-111) je mg; OPS 6-005.d* |

ZE2016-112 Gabe von Abirateronacetat, oral

| | |
|----------|--|
| 76091120 | - (ZE2016-112) OPS 6-006.2* |
| 76090DHK | - (ZE2016-112) OPS 6-006.20 |
| 76090DHL | - (ZE2016-112) OPS 6-006.21 |
| 76090DHM | - (ZE2016-112) OPS 6-006.22 |
| 76090DHN | - (ZE2016-112) OPS 6-006.23 |
| 76090DHO | - (ZE2016-112) OPS 6-006.24 |
| 76090DHP | - (ZE2016-112) OPS 6-006.25 |
| 76090DHQ | - (ZE2016-112) OPS 6-006.26 |
| 76090DHR | - (ZE2016-112) OPS 6-006.27 |
| 76090DHS | - (ZE2016-112) OPS 6-006.28 |
| 76090DHT | - (ZE2016-112) OPS 6-006.29 |
| 76090DHU | - (ZE2016-112) OPS 6-006.2a |
| 76090DHV | - (ZE2016-112) OPS 6-006.2b |
| 76090DHW | - (ZE2016-112) OPS 6-006.2c |
| 76090DHX | - (ZE2016-112) OPS 6-006.2d |
| 76090DHY | - (ZE2016-112) OPS 6-006.2e |
| 76090DHZ | - (ZE2016-112) OPS 6-006.2f |
| 76090DI0 | - (ZE2016-112) OPS 6-006.2g |
| 76097363 | - (ZE2016-112) je 100 mg; OPS 6-006.2* |
| 76097385 | - (ZE2016-112) je 250 mg; OPS 6-006.2* |
| 76097400 | - (ZE2016-112) je mg; OPS 6-006.2* |

ZE2016-113 Gabe von Cabacitaxel, parenteral

| | |
|----------|-----------------------------|
| 76091130 | - (ZE2016-113) OPS 6-006.1* |
| 76090DI1 | - (ZE2016-113) OPS 6-006.10 |
| 76090DI2 | - (ZE2016-113) OPS 6-006.11 |
| 76090DI3 | - (ZE2016-113) OPS 6-006.12 |
| 76090DI4 | - (ZE2016-113) OPS 6-006.13 |
| 76090DI5 | - (ZE2016-113) OPS 6-006.14 |
| 76090DI6 | - (ZE2016-113) OPS 6-006.15 |
| 76090DI7 | - (ZE2016-113) OPS 6-006.16 |
| 76090DI8 | - (ZE2016-113) OPS 6-006.17 |

76090DI9 - (ZE2016-113) OPS 6-006.18
 76090DIA - (ZE2016-113) OPS 6-006.19
 76090DIB - (ZE2016-113) OPS 6-006.1a
 76090DIC - (ZE2016-113) OPS 6-006.1b
 76090DID - (ZE2016-113) OPS 6-006.1c
 76090DIE - (ZE2016-113) OPS 6-006.1d
 76090DIF - (ZE2016-113) OPS 6-006.1e
 76090DIG - (ZE2016-113) OPS 6-006.1f
 76090DIH - (ZE2016-113) OPS 6-006.1g
 76090DII - (ZE2016-113) OPS 6-006.1h
 76090DIJ - (ZE2016-113) OPS 6-006.1j
 76090DIK - (ZE2016-113) OPS 6-006.1k
 76097375 - (ZE2016-113) je mg; OPS 6-6006.1*
 76097382 - (ZE2016-113) je 60 mg; OPS 6-006.1*

ZE2016-114 Gabe von Ipilimumab, parenteral

76091140 - (ZE2016-114) OPS 6-006.3*
 76090DIL - (ZE2016-114) OPS 6-006.30
 76090DIM - (ZE2016-114) OPS 6-006.31
 76090DIN - (ZE2016-114) OPS 6-006.32
 76090DIO - (ZE2016-114) OPS 6-006.33
 76090DIP - (ZE2016-114) OPS 6-006.34
 76090DIQ - (ZE2016-114) OPS 6-006.35
 76090DIR - (ZE2016-114) OPS 6-006.36
 76090DIS - (ZE2016-114) OPS 6-006.37
 76090DIT - (ZE2016-114) OPS 6-006.38
 76090DIU - (ZE2016-114) OPS 6-006.39
 76090DIV - (ZE2016-114) OPS 6-006.3a
 76090DIW - (ZE2016-114) OPS 6-006.3b
 76090DIX - (ZE2016-114) OPS 6-006.3c
 76090DIY - (ZE2016-114) OPS 6-006.3d
 76090DIZ - (ZE2016-114) OPS 6-006.3e
 76090DJ0 - (ZE2016-114) OPS 6-006.3f
 76090DJ1 - (ZE2016-114) OPS 6-006.3g
 76090DJ2 - (ZE2016-114) OPS 6-006.3h
 76090DJ3 - (ZE2016-114) OPS 6-006.3j
 76090DJ4 - (ZE2016-114) OPS 6-006.3k
 76090DJ5 - (ZE2016-114) OPS 6-006.3m
 76090DJ6 - (ZE2016-114) OPS 6-006.3n
 76090DJ7 - (ZE2016-114) OPS 6-006.3p
 76090DJ8 - (ZE2016-114) OPS 6-006.3q
 76090DJ9 - (ZE2016-114) OPS 6-006.3r
 76096750 - (ZE2016-114) je 1 mg; OPS 6-006.3*
 76097404 - (ZE2016-114) je 50 mg; OPS 6-006.3*
 76097412 - (ZE2016-114) je 200 mg

ZE2016-115 Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: Molekulargenetische Identifikation und Herstellung von patientenspezifischen Markern

76091150 - (ZE2016-115) OPS 1-991.0

ZE2016-116 Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: Patientenspezifische molekulargenetische Quantifizierung

76091160 - (ZE2016-116) OPS 1-991.1

ZE2016-117 Chemosaturations-Therapie mittels perkutaner Leberperfusion

76091170 - (ZE2016-117) OPS 8-549.0

ZE2016-118 Neurostimulatoren zur Hirnstimulation, Einkanalssystem

76091180 - (ZE2016-118) OPS 5-028.90, .a0 oder .c0

7609118A - (ZE2016-118) OPS 5-028.90

7609118B - (ZE2016-118) OPS 5-028.a0

7609118C - (ZE2016-118) OPS 5-028.c0

ZE2016-119 Distraktionsmarknagel, nicht motorisiert

76091190 - (ZE2016-119) OPS 5-786.j0

Zusatzentgelte nach Katalog 2015

- ZE2015-01 Beckenimplantate
76097322 - (ZE2015-01) Implantation von alloplastischem Knochenersatz, Keramischer Knochenersatz, resorbierbar, Becken, Injekt je 2,5 ccm; OPS 5-785.3d
- ZE2015-02 Links- und rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“)
76097271 - (ZE2015-02) OPS 5-376.20 i.V.m. OPS 8-83a.13
76097272 - (ZE2015-02) OPS 5-376.20 i.V.m. OPS 8-83a.14
76097273 - (ZE2015-02) OPS 5-376.20 i.V.m. OPS 8-83a.15
76097274 - (ZE2015-02) OPS 5-376.20 i.V.m. OPS 8-83a.16
76097275 - (ZE2015-02) OPS 5-376.20 i.V.m. OPS 8-83a.17
76097276 - (ZE2015-02) OPS 5-376.20 i.V.m. OPS 8-83a.18
76097277 - (ZE2015-02) OPS 5-376.20 i.V.m. OPS 8-83a.19
76097278 - (ZE2015-02) OPS 5-376.20 i.V.m. OPS 8-83a.1a
76097279 - (ZE2015-02) OPS 5-376.30 i.V.m. OPS 8-83a.23
76097280 - (ZE2015-02) OPS 5-376.30 i.V.m. OPS 8-83a.24
76097281 - (ZE2015-02) OPS 5-376.30 i.V.m. OPS 8-83a.25
76097282 - (ZE2015-02) OPS 5-376.30 i.V.m. OPS 8-83a.26
76097283 - (ZE2015-02) OPS 5-376.30 i.V.m. OPS 8-83a.27
76097284 - (ZE2015-02) OPS 5-376.30 i.V.m. OPS 8-83a.28
76097285 - (ZE2015-02) OPS 5-376.30 i.V.m. OPS 8-83a.29
76097286 - (ZE2015-02) OPS 5-376.30 i.V.m. OPS 8-83a.2a
76097317 - (ZE2015-02) Implantation incl. Take-Home-Set; OPS 5-376.40
76097326 - (ZE2015-402) Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch, Extrakorporale Pumpe, biventrikulär, Implantation; OPS 5-376.30 i.V.m. OPS 8-83a.2*
- ZE2015-04 Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich
76097247 - (ZE2015-04) nur Rekonstruktion; OPS 5-774.72 i.V.m. OPS 5-775.72
76097265 - (ZE2015-04) Rekonstruktion und implantologische Versorgung; OPS 5-774.72 i.V.m. OPS 5-775.72
- ZE2015-09 Hämoperfusion
76097323 - (ZE2015-09) i.V.m. A40*, A41*, R65* oder R57.2; OPS 8-856
- ZE2015-15 Zellapherese
76097262 - (ZE2015-15) bei Patienten mit Leukämie, massiver Hyperleukozytose und Zirkulationsstörungen; OPS 8-823 i.V.m. OPS 8-825.*
- ZE2015-22 IABP
76000220 - (ZE2015-22) OPS 5-376.00 oder 8-839.0
7600022B - (ZE2015-22) OPS 5-376.00
7600022A - (ZE2015-22) OPS 8-839.
- ZE2015-25 Modulare Endoprothesen
76097248 - (ZE2015-25) titanbeschichtet, Knie; OPS 5-829.m
76097367 - (ZE2015-25) Reimplantation Arthrodesennagel Knie; OPS 5-829.k
- ZE2015-34 Gabe von Granulozytenkonzentraten
76097242 - (ZE2015-34) Kinder, OPS 8-802.6*
- ZE2015-36 Versorgung von Schwerstbehinderten
76097261 - (ZE2015-36) GdB=100%, Kennzeichen G+H
- ZE2015-41 Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems
76097303 - (ZE2015-41) i.V.m. DRG I68C und I68D; OPS 8-977
- ZE2015-44 Stammzellboost nach erfolgter Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen, nach In-vitro-Aufbereitung
76097315 - (ZE2015-44) Kinder <= 17 Jahre; OPS 8-805.62

- ZE2015-46 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral
 76097268 - (ZE2015-46) Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen, je 1.000 mg; OPS 8-812.4
 76097269 - (ZE2015-46) Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen, je 1.000 mg; OPS 8-812.3
 76097288 - (ZE2015-46) ATG 250; OPS 8-812.4
 76097318 - (ZE2015-46) vom Kaninchen, je 200 mg Flasche; OPS 8-812.3
 76097321 - (ZE2015-46) vom Pferd, je mg; OPS 8-812.4
- ZE2015-53 Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm
 76097302 - (ZE2015-53) OPS 5-38a.13, .1f, .1g, .1h, .1j, .1k, .1m, .1n, .1p, .1t, .1u, .1v, .72, .73, .74, .75, .76, .77, .78, .79, .7a, .81, .82, .83, .84, .85, .86, .97, .88, .89, .8a oder .8b
 76097316 - (ZE2015-53) OPS 5-38a.16, .17, .18, .19, .1a, .1b, .1c, .1d, .1q, .1r oder .1s
- ZE2015-56 Gabe von Bosentan, oral
 76097356 - (ZE2015-56) je Tablette zu 32 mg; OPS 6-002.f*
- ZE2015-61 Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, wiederaufladbar
 76097312 - (ZE2015-61) Wechsel wiederaufladbar zu wiederaufladbar; OPS 5-028.a2
 76097313 - (ZE2015-61) Wechsel nicht wiederaufladbar zu wiederaufladbar; OPS 5-028.a2
 76097364 - (ZE2015-61) OPS 5-039.f2 i.V.m. OPS 5-039.3
- ZE2015-62 Mikroaxial-Blutpumpe
 76097287 - (ZE2015-62) mit variabler Flussrate; OPS 8-839.42
- ZE2015-66 Enzymersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten
 76097289 - (ZE2015-66) Elosulfase alfa, je 1000 mg; OPS 6-003.7
 76097297 - (ZE2015-66) teilstationärer Fall Kind; OPS 6-003.7
 76097298 - (ZE2015-66) vollstationärer Fall; OPS 6-003.7
 76097299 - (ZE2015-66) teilstationärer Fall Erwachsener; OPS 6-003.7
- ZE2015-69 Gabe von Hämin, parenteral
 76097257 - (ZE2015-69) je 100 mg; OPS 6-004.1*
- ZE2015-74 Gabe von Sunitinib, oral
 76097357 - (ZE2015-74) je 25 mg; OPS 6-003.a*
- ZE2015-77 Gabe von Lenalidomid, oral
 76097350 - (ZE2015-77) je 2,5 mg Kapsel; OPS 6-003.g*
 76097351 - (ZE2015-77) je 7,5 mg Tablette; OPS 6-003.g*
 76097352 - (ZE2015-77) je 20 mg Tablette; OPS 6-003.g*
- ZE2015-84 Gabe von Ambrisentan, oral
 76097361 - (ZE2015-84) je 1.000 mg; OPS 6-004.2*
- ZE2015-85 Gabe von Temsirolimus, parenteral
 76097259 - (ZE2015-85) je 30 mg; OPS 6-004.e*
- ZE2015-86 Andere Neurostimulatoren und Neuroprothesen
 76097348 - (ZE2015-86) Barorezeptortherapie; OPS 5-059.c6 oder .d6
- ZE2015-91 Gabe von Dasatinib, oral
 76097358 - (ZE2015-91) je 80 mg; OPS 6-004.3*
- ZE2015-93 Gabe von Eculizumab, parenteral
 76097258 - (ZE2015-93) je 100 mg; OPS 6-003.h*
- ZE2015-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren (siehe auch Anlage 7 FPV 2015)
 76097263 - (ZE2015-97) Rekombinanter Faktor VIII, Nuwiq, je 250 Einheiten; OPS 8-810.8*
 76097266 - (ZE2015-97) Rekombinanter Faktor IX, Rixubis, je 250 Einheiten; OPS 8-810.a*
 76097270 - (ZE2015-97) Rekombinanter Faktor VII, Novoseven, je 10 kIE; OPS 8-810.6*
 76097300 - (ZE2015-97) Voncento, je 500 IE; OPS 8-810.d* i.V.m. OPS 8-810.9*

- 76097308 - (ZE2015-97) Rekombinanter Faktor VIII; Sonstige, je Einheit; OPS 8-810.8*
- 76097309 - (ZE2015-97) Plasmatischer Faktor VIII; Sonstige, je Einheit; OPS 8-810.9*
- 76097310 - (ZE2015-97) Plasmatischer Faktor IX; Sonstige, je Einheit; OPS 8-810.b*
- 76097311 - (ZE2015-97) Von-Willebrand-Faktor; Sonstige, je Einheit; OPS 8-810.d*
- 76097324 - (ZE2015-97) Rekombinanter aktivierter Faktor VII, Novoseven, je 100 IE; OPS 8-810.6*
- 76097325 - (ZE2015-97) Plasmatischer Faktor VIII, Haemate P, je 500 Einheiten; OPS 8-810.9*
- 76097328 - (ZE2015-97) Rekombinanter Faktor VIII, Nuwiq, je Einheit; OPS 8-810.8*
- 76097330 - (ZE2015-97) Plasmatischer Faktor VIII, Haemate P, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.9*
- 76097331 - (ZE2015-97) Plasmatischer Faktor VIII, Fanhdi, je 500 Einheiten; OPS 8-810.9*
- 76097332 - (ZE2015-97) Plasmatischer Faktor VIII, Beriate, je 2000 Einheiten; OPS 8-810.9*
- 76097333 - (ZE2015-97) Plasmatischer Faktor VIII, Von-Willebrand-Faktor, Wilate, je 250 Einheiten; OPS 8-810.9*
- 76097349 - (ZE2015-97) Prothrombinkomplex, Prothromplex, je 600 IE; OPS 8-812.5*
- 76097353 - (ZE2015-97) Plasmatischer Faktor VIII, Fanhdi, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.9*
- 76097354 - (ZE2015-97) Plasmatischer Faktor VIII, Willate, je 500 Einheiten; OPS 8-810.9*
- 76097355 - (ZE2015-97) Plasmatischer Faktor VIII, Willate, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.9*
- 76097359 - (ZE2015-97) Plasmatischer Faktor VIII, Fanhdi, je Einheit; OPS 8-810.9*
- ZE2015-98 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren (s. Anlage 7 FPV 2015)
- 76097264 - (ZE2015-98) Rekombinanter Faktor VIII, Nuwiq, je 250 Einheiten; OPS 8-810.8*
- 76097267 - (ZE2015-98) Rekombinanter Faktor IX, Rixubis, je 250 Einheiten; OPS 8-810.a*
- 76097301 - (ZE2015-98) Voncento, je 500 IE; OPS 8-810.d* i.V.m. OPS 8-810.9*
- 76097304 - (ZE2015-98) Rekombinanter Faktor VIII; Sonstige, je Einheit; OPS 8-810.8*
- 76097305 - (ZE2015-98) Plasmatischer Faktor VIII; Sonstige, je Einheit; OPS 8-810.9*
- 76097306 - (ZE2015-98) Plasmatischer Faktor IX; Sonstige, je Einheit; OPS 8-810.b*
- 76097307 - (ZE2015-98) Von-Willebrand-Faktor; Sonstige, je Einheit; OPS 8-810.d*
- 76097329 - (ZE2015-98) Rekombinanter Faktor VIII, Nuwiq, je Einheit; OPS 8-810.8*
- 76097334 - (ZE2015-98) Plasmatischer Faktor VIII, Beriate, je 2000 Einheiten; OPS 8-810.9*
- 76097335 - (ZE2015-98) Plasmatischer Faktor VIII, Von Willebrand-Faktor, Fanhdi, je 500 Einheiten; OPS 8-810.9*
- 76097336 - (ZE2015-98) Plasmatischer Faktor VIII, Von Willebrand-Faktor, Fanhdi, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.9*
- 76097337 - (ZE2015-98) Plasmatischer Faktor VIII, Haemate P, je 500 Einheiten; OPS 8-810.9*
- 76097338 - (ZE2015-98) Plasmatischer Faktor VIII, Haemate P, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.9*
- 76097339 - (ZE2015-98) Plasmatischer Faktor IX, Immunine, je 200 Einheiten; OPS 8-810.b*
- 76097340 - (ZE2015-98) Plasmatischer Faktor IX, Immunine, je 1200 Einheiten; OPS 8-810.b*
- 76097341 - (ZE2015-98) Plasmatischer Faktor VIII, Kogenate, je 500 Einheiten; OPS 8-810.8*
- 76097342 - (ZE2015-98) Plasmatischer Faktor VIII, Kogenate, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.8*
- 76097343 - (ZE2015-98) Plasmatischer Faktor VIII, Kogenate, je 2000 Einheiten; OPS 8-810.8*
- 76097344 - (ZE2015-98) Plasmatischer Faktor VIII, Kogenate, je 3000 Einheiten; OPS 8-810.8*
- 76097345 - (ZE2015-98) Plasmatischer Faktor VIII, Von-Willebrand-Faktor, Wilate, je 250 Einheiten; OPS 8-810.9*
- 76097346 - (ZE2015-98) Plasmatischer Faktor VIII, Von-Willebrand-Faktor, Wilate, je 500 Einheiten; OPS 8-810.9*
- 76097347 - (ZE2015-98) Plasmatischer Faktor VIII, Von-Willebrand-Faktor, Wilate, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.9*
- 76097360 - (ZE2015-97) Plasmatischer Faktor VIII, Fanhdi, je Einheit; OPS 8-810.9*
- ZE2015-101 Gabe von Mifamurtid, parenteral
- 76097290 - (ZE2015-101) je mg; OPS 6-005.g*
- 76097319 - (ZE2015-101) je 4 mg Flasche; OPS 6-005.g*
- ZE2015-103 Gabe von Rituximab, subkutan
- 76097292 - (ZE2015-103) 1.400 mg Fertigspritze; OPS 6-001.j*
- 76097320 - (ZE2015-103) je 100 mg; OPS 6-001.j*
- 76097365 - (ZE2015-103) je mg; OPS 6-001.j*
- 76097368 - (ZE2015-103) je 500 mg; OPS 6-001.j*

ZE2015-104 Gabe von Trastuzumab, subkutan

76097293 - (ZE2015-104) je 600 mg Fertigspritze; OPS 6-001.m*

76097366 - (ZE2015-104) je mg; OPS 6-001.m*

ZE2015-105 Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten

76097294 - (ZE2015-105) je 100 mg; OPS 6-007.1*

ZE2015-106 Gabe von Abatacept, subkutan

76097295 - (ZE2015-106) je 125 mg Fertigspritze; OPS 6-003.t*

76097327 - (ZE2015-106) je mg; OPS 6-003.t*

ZE2015-107 Medikamente-freisetzende bioresorbierbare Koronarstents

76097296 - (ZE2015-107) je Stent; OPS 8-83d.0* i.V.m. OPS 8-83b.0c

76097314 - (ZE2015-107) ab dem 2. Stent, je Stent; OPS 8-83d.0*

Zusatzentgelte nach Katalog 2014

- ZE2014-01 Beckenimplantate
76097221 - (ZE2014-01) Injekt je 5 ccm; OPS 5-785.3d
76097233 - (ZE2014-01) Zylinder 8 x 10 cm; OPS 5-785.3d
76097234 - (ZE2014-01) Zylinder 6 x 20 cm; OPS 5-785.3d
- ZE2014-02 Links- und rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“)
76097122 - (ZE2014-02) Behandlung von Kindern; OPS 5-376.70
76097123 - (ZE2014-02) Behandlung von Kindern; OPS 5-376.80
76097124 - (ZE2014-02) Behandlung von Kindern; OPS 5-376.72
76097125 - (ZE2014-02) Behandlung von Kindern; OPS 5-376.82
- ZE2014-03 ECMO und PECLA
76097200 - (ZE2014-03) bei Kindern < 1 Jahr; OPS 8-852.30
76097201 - (ZE2014-03) bei Kindern < 1 Jahr; OPS 8-852.31
76097204 - (ZE2014-03) bei Kindern < 1 Jahr; OPS 8-852.33
76097206 - (ZE2014-03) bei Kindern < 1 Jahr; OPS 8-852.34
76097208 - (ZE2014-03) bei Kindern < 1 Jahr; OPS 8-852.35
76097209 - (ZE2014-03) bei Kindern < 1 Jahr; OPS 8-852.36
76097211 - (ZE2014-03) bei Kindern < 1 Jahr; OPS 8-852.37
76097212 - (ZE2014-03) bei Kindern < 1 Jahr; OPS 8-852.38
76097214 - (ZE2014-03) bei Kindern < 1 Jahr; OPS 8-852.39
76097215 - (ZE2014-03) bei Kindern < 1 Jahr; OPS 8-852.3a
76097225 - (ZE2014-03) bei Kindern; OPS 8-852.30
76097226 - (ZE2014-03) bei Kindern; OPS 8-852.31
76097249 - (ZE2014-03) bei Kindern; OPS 8-852.33
76097250 - (ZE2014-03) bei Kindern; OPS 8-852.34
76097251 - (ZE2014-03) bei Kindern; OPS 8-852.35
76097252 - (ZE2014-03) bei Kindern; OPS 8-852.36
76097253 - (ZE2014-03) bei Kindern; OPS 8-852.37
76097254 - (ZE2014-03) bei Kindern; OPS 8-852.38
76097255 - (ZE2014-03) bei Kindern; OPS 8-852.39
76097256 - (ZE2014-03) bei Kindern; OPS 8-852.3a
- ZE2014-36 Versorgung von Schwerstbehinderten
76097189 - (ZE2014-36) Kinder und Jugendliche bis 21 Jahre
- ZE2014-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt
76097243 - (ZE2014-54) Pankreasgang, je Prothese; OPS 5-526.e0, .f0, 5-529.g*, .j*, .n4 oder .p2
76097244 - (ZE2014-54) Ösophagus, je Prothese; OPS 5-429.j0, .j1, .j3, .j4, .j9, .ja, .jb, .jc, .jd, .je, .jf oder .jg
- ZE2014-61 Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, wiederaufladbar
76097092 - (ZE2014-61) 1 Elektrode (8 polig); OPS 5-039.e2
76097093 - (ZE2014-61) 2 Elektroden (16 polig); OPS 5-039.e2
76097217 - (ZE2014-61) 1 Elektrode (8 polig); OPS 5-059.c2
76097218 - (ZE2014-61) 2 Elektroden (16 polig); OPS 5-059.c2
- ZE2014-62 Mikroaxial-Blutpumpe
76097114 - (ZE2014-62) Fördermenge 4,0 l; OPS 8-839.42 oder .43
- ZE2014-66 Enzymersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten
76097110 - (ZE2014-66) Agalsidase alfa, je mg; OPS 6-003.7
76097111 - (ZE2014-66) Galsulfase, je mg; OPS 6-003.7
76097115 - (ZE2014-66) Imiglucerase, je mg; OPS 6-003.7
76097183 - (ZE2014-66) Imiglucerase, je 1000 mg; OPS 6-003.7
76097185 - (ZE2014-66) Laronidase, je mg; OPS 6-003.7

| | |
|-----------|---|
| 76097186 | - (ZE2014-66) Laronidase, je 1000 mg; OPS 6-003.7 |
| 76097187 | - (ZE2014-66) Velaglucerase alfa, je mg; OPS 6-003.7 |
| 76097188 | - (ZE2014-66) Velaglucerase alfa, je 1000 mg; OPS 6-003.7 |
| 76097190 | - (ZE2014-66) Elosulfase alfa, je mg; OPS 8-839.43 |
| 76097227 | - (ZE2014-66) Imiglucerase, je 1000 Einheiten; OPS 6-003.7 |
| 76097228 | - (ZE2014-66) Laronidase, je 1000 Einheiten; OPS 6-003.7 |
| 76097229 | - (ZE2014-66) Velaglucerase alfa, je Einheit; OPS 6-003.7 |
| 76097230 | - (ZE2014-66) Velaglucerase alfa, je 1000 Einheiten; OPS 6-003.7 |
| ZE2014-67 | Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal |
| 76097181 | - (ZE2014-67) thorakal; OPS 8-849.14 oder 8-84a.14 |
| ZE2014-82 | Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD) |
| 76097235 | - (ZE2014-82) Kinder, bis 24 Stunden; OPS 8-857.20 |
| 76097236 | - (ZE2014-82) Kinder, mehr als 24 bis 72 Stunden; OPS 8-857.21 |
| 76097237 | - (ZE2014-82) Kinder, mehr als 72 bis 144 Stunden; OPS 8-857.22 |
| 76097238 | - (ZE2014-82) Kinder, mehr als 144 bis 264 Stunden; OPS 8-857.23 |
| 76097239 | - (ZE2014-82) Kinder, mehr als 264 bis 432 Stunden; OPS 8-857.24 |
| 76097240 | - (ZE2014-82) Kinder, mehr als 432 bis 600 Stunden; OPS 8-857.26 |
| 76097241 | - (ZE2014-82) Kinder, mehr als 600 bis 900 Stunden; OPS 8-857.27 |
| ZE2014-84 | Gabe von Ambrisentan, oral |
| 76097231 | - (ZE2014-84) je Tablette (5 mg) |
| 76097232 | - (ZE2014-84) je Tablette (10 mg) |
| ZE2014-91 | Gabe von Dasatinib, oral |
| 76097119 | - (ZE2014-91) je 140 mg Tablette; OPS 6-004.3* |
| ZE2014-93 | Gabe von Eculizumab, parenteral |
| 76097109 | - (ZE2014-93) je 10 mg; OPS 6-003.h* |
| ZE2014-97 | Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren |
| 76097059 | - (ZE2014-97) Prothrombinkomplex, 300 IE; OPS 8-812.5* |
| 76097074 | - (ZE2014-97) Prothrombinkomplex Cofact, 500 IE; OPS 8-812.5* |
| 76097075 | - (ZE2014-97) Rekombinanter Faktor VIII, NovoEight, je 250 Einheiten; OPS 8-810.8* |
| 76097079 | - (ZE2014-97) Prothrombinkomplex Octaplex, 500 IE; OPS 8-812.5* |
| 76097082 | - (ZE2014-97) Plasmatischer Faktor VII, je 50 Einheiten; OPS 8-810.7* |
| 76097083 | - (ZE2014-97) Plasmatischer Faktor IX, je 100 Einheiten; OPS 8-810.b* |
| 76097085 | - (ZE2014-97) Rekombinanter Faktor IX, je 50 Einheiten; OPS 8-810.a* |
| 76097095 | - (ZE2014-97) Plasmatischer Faktor VIII, je 100 Einheiten; OPS 8-810.9* |
| 76097098 | - (ZE2014-97) Plasmatischer Faktor VIII, Immunate, je 250 Einheiten; OPS 8-810.9* |
| 76097100 | - (ZE2014-97) Von-Willebrand-Faktor, Wilate, je 500 Einheiten; OPS 8-810.d* |
| 76097103 | - (ZE2014-97) Von-Willebrand-Faktor, je 100 Einheiten; OPS 8-810.d* |
| 76097105 | - (ZE2014-97) Rekombinanter Faktor VIII, je 100 Einheiten; OPS 8-810.8* |
| 76097107 | - (ZE2014-97) Plasmatischer Faktor VII, je 100 Einheiten; OPS 8-810.7* |
| 76097108 | - (ZE2014-97) Plasmatischer Faktor VIII, NovoEight, je Einheit; OPS 8-810.8 |
| 76097113 | - (ZE2014-97) Rekombinanter Faktor IX, je 100 Einheiten; OPS 8-810.a* |
| 76097117 | - (ZE2014-97) Feiba-Prothrombinkomplex mit Faktor-VIII-Inhibitor-Bypass-Aktivität, je 100 Einheiten; OPS 8-810.c* |
| 76097120 | - (ZE2014-97) Plasmatischer Faktor IX, je 1.000 Einheiten; OPS 8-810.b* |
| 76097121 | - (ZE2014-97) Prothrombinkomplex, je 100 IE; OPS 8-812.5* |
| 76097129 | - (ZE2014-97) Humanes Protein C, parenteral, Ceprotin, je 10 IE; OPS 8-812.9* |
| 76097130 | - (ZE2014-97) Plasmatischer Faktor VII, Immuseven, je 10 Einheiten; OPS 8-810.7* |
| 76097131 | - (ZE2014-97) Rekombinanter Faktor VIII, Advate, je 10 Einheiten; OPS 8-810.8* |
| 76097132 | - (ZE2014-97) Rekombinanter Faktor VIII, Helixate NexGen, je 10 Einheiten; OPS 8-810.8** |
| 76097133 | - (ZE2014-97) Rekombinanter Faktor VIII, Kogenate, je 10 Einheiten; OPS 8-810.8* |
| 76097134 | - (ZE2014-97) Rekombinanter Faktor VIII, Recombinate, je 10 Einheiten; OPS 8-810.8* |

- 76097135 - (ZE2014-97) Rekombinanter Faktor VIII, ReFacto, je 10 Einheiten; OPS 8-810.8*
- 76097136 - (ZE2014-97) Plasmatischer Faktor VIII, Beriate P, je 10 Einheiten; OPS 8-810.9*
- 76097137 - (ZE2014-97) Plasmatischer Faktor VIII, SDH Intersero, je 10 Einheiten; OPS 8-810.9*
- 76097138 - (ZE2014-97) Plasmatischer Faktor VIII, Haemoctin SDH, je 10 Einheiten; OPS 8-810.9*
- 76097139 - (ZE2014-97) Plasmatischer Faktor VIII, Octanate, je 10 Einheiten; OPS 8-810.9*
- 76097140 - (ZE2014-97) Plasmatischer Faktor VIII in Verbindung mit Von-Willebrand-Faktor, Fanhdi, je 10 Einheiten; OPS 8-810.9*
- 76097141 - (ZE2014-97) Rekombinanter Faktor IX, BeneFIX, je 10 Einheiten; OPS 8-810.a*
- 76097142 - (ZE2014-97) Plasmatischer Faktor IX, AlphaNine, je 10 Einheiten; OPS 8-810.b*
- 76097143 - (ZE2014-97) Plasmatischer Faktor IX, Berinin P, je 10 Einheiten; OPS 8-810.b*
- 76097144 - (ZE2014-97) Plasmatischer Faktor IX, Betafact, je 10 Einheiten; OPS 8-810.b*
- 76097145 - (ZE2014-97) Plasmatischer Faktor IX, Haemonine, je 10 Einheiten; OPS 8-810.b*
- 76097146 - (ZE2014-97) Plasmatischer Faktor IX, Immunine, je 10 Einheiten; OPS 8-810.b*
- 76097147 - (ZE2014-97) Plasmatischer Faktor IX, Mononine, je 10 Einheiten; OPS 8-810.b*
- 76097148 - (ZE2014-97) Plasmatischer Faktor IX, Octanine F, je 10 Einheiten; OPS 8-810.b*
- 76097149 - (ZE2014-97) Feiba - Prothrombinkomplex mit Faktor-VIII-Inhibitor-Bypass-Aktivität, Feiba NF, je 10 Einheiten; OPS 8-810.c*
- 76097150 - (ZE2014-97) Von-Willebrand-Faktor, Haemate P, je 10 Einheiten; OPS 8-810.d*
- 76097151 - (ZE2014-97) Von-Willebrand-Faktor, Immunate STIM plus, je 10 Einheiten; OPS 8-810.d*
- 76097152 - (ZE2014-97) Von-Willebrand-Faktor, Wilate, je 10 Einheiten; OPS 8-810.d*
- 76097153 - (ZE2014-97) Von-Willebrand-Faktor, Willfact, je 10 Einheiten; OPS 8-810.d*
- 76097154 - (ZE2014-97) Faktor XIII, Fibrogammin, je 10 Einheiten; OPS 8-810.e*
- 76097184 - (ZE2014-97) Prothrombinkomplex, Prothrombinkomplex, je IE; OPS 8-812.5*
- 76097191 - (ZE2014-97) Humanes Protein C, parenteral, Ceprotin, je 500 IE; OPS 8-812.9*
- 76097192 - (ZE2014-97) Rekombinanter Faktor VIII, je Einheit; OPS 8-810.8*
- 76097193 - (ZE2014-97) Plasmatischer Faktor VIII, je Einheit; OPS 8-810.9*
- 76097195 - (ZE2014-97) Plasmatischer Faktor IX, je Einheit; OPS 8-810.b*
- 76097196 - (ZE2014-97) Von-Willebrand-Faktor in Verbindung mit Plasmatischer Faktor VIII (Faktor VIII-Konzentrat), Voncento, je Einheit; OPS 8-810.d* in Verbindung mit OPS 8-810.9*
- 76097198 - (ZE2014-97) Von-Willebrand-Faktor, je Einheit; OPS 8-810.d*
- 76097199 - (ZE2014-97) Prothrombinkomplex, je Einheit; OPS 8-812.5*
- 76097213 - (ZE2014-97) Plasmatischer Faktor IX, je 600 Einheiten; OPS 8-810.d*
- 76097216 - (ZE2014-97) Prothrombinkomplex, je 250 IE; OPS 8-812.5*
- 76097222 - (ZE2014-97) Prothrombinkomplex, Cofact, je 250 IE; OPS 8-812.5*
- 76097223 - (ZE2014-97) Plasmatischer Faktor IX, Octanine F, je 250 Einheiten; OPS 8-810.b*
- 76097245 - (ZE2014-97) Plasmatischer Faktor IX, Berinin P, je 250 Einheiten; OPS 8-810.b*
- ZE2014-98 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren
- 76097081 - (ZE2014-98) Rekombinanter Faktor VIII, NovoEight, je 250 Einheiten; OPS 8-810.8*
- 76097086 - (ZE2014-98) Plasmatischer Faktor VII, je 50 Einheiten; OPS 8-810.7*
- 76097087 - (ZE2014-98) Plasmatischer Faktor IX, je 100 Einheiten; OPS 8-810.b*
- 76097088 - (ZE2014-98) Feiba - Prothrombinkomplex mit Faktor-VIII-Inhibitor-Bypass-Aktivität, je 250 Einheiten; OPS 8-810.c*
- 76097089 - (ZE2014-98) Rekombinanter Faktor IX, je 50 Einheiten; OPS 8-810.a*
- 76097094 - (ZE2014-98) Plasmatischer Faktor VIII, je 100 Einheiten; OPS 8-810.9*
- 76097097 - (ZE2014-98) Plasmatischer Faktor VIII, Haemate P, je 250 Einheiten; OPS 8-810.9*
- 76097099 - (ZE2014-98) Plasmatischer Faktor VIII, Immunate, je 250 Einheiten; OPS 8-810.9*
- 76097101 - (ZE2014-98) Von-Willebrand-Faktor, Wilate, je 500 Einheiten; OPS 8-810.d*
- 76097102 - (ZE2014-98) Von-Willebrand-Faktor, je 100 Einheiten; OPS 8-810.d*
- 76097104 - (ZE2014-98) Rekombinanter Faktor VIII, je 100 Einheiten; OPS 8-810.8*
- 76097106 - (ZE2014-98) Plasmatischer Faktor VII, je 100 Einheiten; OPS 8-810.7*
- 76097112 - (ZE2014-98) Rekombinanter Faktor IX, je 100 Einheiten; OPS 8-810.a*
- 76097116 - (ZE2014-98) Feiba-Prothrombinkomplex mit Faktor-VIII-Inhibitor-Bypass-Aktivität, je 100 Einheiten; OPS 8-810.c*
- 76097118 - (ZE2014-98) Plasmatischer Faktor IX, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.b*

| | |
|------------|---|
| 76097155 | - (ZE2014-98) Plasmatischer Faktor VII, Immuseven, je 10 Einheiten; OPS 8-810.7* |
| 76097156 | - (ZE2014-98) Rekombinanter Faktor VIII, Advate, 10 je Einheiten; OPS 8-810.8* |
| 76097157 | - (ZE2014-98) Rekombinanter Faktor VIII, Helixate NexGen, je 10 Einheiten; OPS 8-810.8* |
| 76097158 | - (ZE2014-98) Rekombinanter Faktor VIII, Kogenate, je 10 Einheiten; OPS 8-810.8* |
| 76097159 | - (ZE2014-98) Rekombinanter Faktor VIII, Recombinate, je 10 Einheiten; OPS 8-810.8* |
| 76097160 | - (ZE2014-98) Rekombinanter Faktor VIII, Re Facto, je 10 Einheiten; OPS 8-810.8* |
| 76097161 | - (ZE2014-98) Plasmatischer Faktor VIII, Beriate P, je 10 Einheiten; OPS 8-810.9* |
| 76097162 | - (ZE2014-98) Plasmatischer Faktor VIII, Faktor VIII SDH Intersero, je 10 Einheiten; OPS 8-810.9* |
| 76097163 | - (ZE2014-98) Plasmatischer Faktor VIII, Haemoctin SDH, je 10 Einheiten; OPS 8-810.9* |
| 76097164 | - (ZE2014-98) Plasmatischer Faktor VIII, Octanate, je 10 Einheiten; OPS 8-810.9* |
| 76097165 | - (ZE2014-98) Plasmatischer Faktor VIII in Verbindung mit Von-Willebrand-Faktor, Fanhdi, je 10 Einheiten; OPS 8-810.9* |
| 76097166 | - (ZE2014-98) Rekombinanter Faktor IX, BeneFIX, je 10 Einheiten; OPS 8-810.a* |
| 76097167 | - (ZE2014-98) Plasmatischer Faktor IX, AlphaNine, je 10 Einheiten; OPS 8-810.b* |
| 76097168 | - (ZE2014-98) Plasmatischer Faktor IX, Berinin P, je 10 Einheiten; OPS 8-810.b* |
| 76097169 | - (ZE2014-98) Plasmatischer Faktor IX, Betafact, je 10 Einheiten; OPS 8-810.b* |
| 76097170 | - (ZE2014-98) Plasmatischer Faktor IX, Haemonine, je 10 Einheiten; OPS 8-810.b* |
| 76097171 | - (ZE2014-98) Plasmatischer Faktor IX, Immunine, je 10 Einheiten; OPS 8-810.b* |
| 76097172 | - (ZE2014-98) Plasmatischer Faktor IX, Mononine, je 10 Einheiten; OPS 8-810.b* |
| 76097173 | - (ZE2014-98) Plasmatischer Faktor IX, Octanine F, je 10 Einheiten; OPS 8-810.b* |
| 76097174 | - (ZE2014-98) Feiba - Prothrombinkomplex mit Faktor-VIII-Inhibitor-Bypass-Aktivität, Feiba NF, je 10 Einheiten; OPS 8-810.c* |
| 76097175 | - (ZE2014-98) Von-Willebrand-Faktor, Haemate P, je 10 Einheiten; OPS 8-810.d* |
| 76097176 | - (ZE2014-98) Von-Willebrand-Faktor, Immunate STIM plus, je 10 Einheiten; OPS 8-810.d* |
| 76097177 | - (ZE2014-98) Von-Willebrand-Faktor, Wilate, je 10 Einheiten; OPS 8-810.d* |
| 76097178 | - (ZE2014-98) Von-Willebrand-Faktor, Willfact, je 10 Einheiten; OPS 8-810.d* |
| 76097179 | - (ZE2014-98) Faktor XIII, Fibrogammin, je 10 Einheiten; OPS 8-810.e* |
| 76097180 | - (ZE2014-98) Humanes Protein C, parenteral, Ceprotin, je 10 IE; OPS 8-812.9* |
| 76097182 | - (ZE2014-98) Plasmatischer Faktor VIII, NovoEight, je Einheit; OPS 8-810.8 |
| 76097194 | - (ZE2014-98) Humanes Protein C, parenteral, Ceprotin, je 500 IE; OPS 8-812.9* |
| 76097197 | - (ZE2014-98) Von-Willebrand-Faktor in Verbindung mit Plasmatischer Faktor VIII (Faktor VIII-Konzentrat), Voncento, je Einheit; OPS 8-810.d* in Verbindung mit OPS 8-810.9* |
| 76097202 | - (ZE2014-98) Rekombinanter Faktor VIII, je Einheit; OPS 8-810.8* |
| 76097203 | - (ZE2014-98) Plasmatischer Faktor VIII, je Einheit; OPS 8-810.9* |
| 76097205 | - (ZE2014-98) Plasmatischer Faktor IX, je Einheit; OPS 8-810.b* |
| 76097207 | - (ZE2014-98) Von-Willebrand-Faktor, je Einheit; OPS 8-810.d* |
| 76097219 | - (ZE2014-98) Plasmatischer Faktor IX, je 600 Einheiten; OPS 8-810.d* |
| 76097224 | - (ZE2014-98) Plasmatischer Faktor IX, Octanine F, je 250 Einheiten; OPS 8-810.b* |
| 76097246 | - (ZE2014-98) Plasmatischer Faktor IX, Berinin P, je 250 Einheiten; OPS 8-810.b* |
| ZE2014-99 | Fremdbezug von Donor-Lymphozyten |
| 76097126 | - (ZE2014-99) außereuropäisches Ausland |
| 76097127 | - (ZE2014-99) europäisches Ausland |
| 76097128 | - (ZE2014-99) Deutschland |
| 76097210 | - (ZE2014-99) innerhalb Europas |
| 76097225 | - (ZE2014-99) innerhalb Deutschlands (Inland) |
| 76097226 | - (ZE2014-99) außerhalb Europas |
| ZE2014-100 | Gabe von Ofatumumab, parenteral |
| 76097080 | - (ZE2014-100) je 100 mg; OPS 6-006.4* |
| 76097220 | - (ZE2014-100) je Durchstechflasche mit 1.000 mg; OPS 6-006.4* |

Zusatzentgelte nach Katalog 2013

- ZE2013-01 Beckenimplantate
76096937 - (ZE2013-01), 1; OPS 5-785.3d in Verbindung mit OPS 5-829.1
76096996 - (ZE2013-01) OPS 5-785.3d in Verbindung mit OPS 5-829.h
- ZE2013-02 Links- und rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“)
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
76096942 - (ZE2013-02) Zugang über vor- und nachgelagerte Gefäße; OPS 5-376.40
76096943 - (ZE2013-02) Zugang über Herzspitze (Aortenklappe überbrückt); OPS 5-376.40
- ZE2013-03 ECMO und PECLA
76096955 - (ZE2013-03) bei Kindern jünger 29 Tage; OPS 8-852.30
76096956 - (ZE2013-03) bei Kindern jünger 29 Tage; OPS 8-852.31
76096957 - (ZE2013-03) bei Kindern jünger 29 Tage; OPS 8-852.33
76096958 - (ZE2013-03) bei Kindern jünger 29 Tage; OPS 8-852.34
76096959 - (ZE2013-03) bei Kindern jünger 29 Tage; OPS 8-852.35
76096960 - (ZE2013-03) bei Kindern jünger 29 Tage; OPS 8-852.36
76096961 - (ZE2013-03) bei Kindern jünger 29 Tage; OPS 8-852.37
76096962 - (ZE2013-03) bei Kindern jünger 29 Tage; OPS 8-852.38
76096963 - (ZE2013-03) bei Kindern jünger 29 Tage; OPS 8-852.39
76096964 - (ZE2013-03) bei Kindern jünger 29 Tage; OPS 8-852.3a
76097036 - (ZE2013-03) bei Kindern jünger 1 Jahr; OPS 8-852.03, .04, .05, .06, .07, .08, .09 oder .0a
76097061 - (ZE2013-03) Behandlungsdauer 576 bis unter 960 Stunden; OPS 8-852.3a
76097063 - (ZE2013-03) Behandlungsdauer 960 Stunden und mehr; OPS 8-852.3a
- ZE2013-16 Isolierte Extremitätenperfusion
76096862 - (ZE2013-16) Beromun, je Leistung; OPS 8-859
- ZE2013-25 Modulare Endoprothesen
76096876 - (ZE2013-25) Schulter; OPS 5-829.k
76096910 - (ZE2013-25) Schulter-Sonderprothese; OPS 5-829.m
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
76096974 - (ZE2013-25) OPS 5-829.k in Verbindung mit OPS 5-820.* oder 5-821.* in Verbindung mit OPS 5-822.* oder 5-823.*
76096986 - (ZE2013-25) in Verbindung von Hüft- und Kniegelenk; OPS 5-829.k oder 5-829.m
76097005 - (ZE2013-25) Knie-Endoprothese mit Femurtotalsersatz; OPS 5-829.k
76097006 - (ZE2013-25) OPS 5-829.m in Verbindung mit OPS 5-820.* oder 5-821.* in Verbindung mit OPS 5-822.* oder 5-823.*
76097090 - (ZE2013-25) Ellenbogen; OPS 5-829.k oder 5-829.m
- ZE2013-36 Versorgung von Schwerstbehinderten
76096926 - (ZE2013-36) Verweildauer 1 bis 5 Tage, je vollstationärem Fall

| | |
|-----------|--|
| 76096927 | - (ZE2013-36) Verweildauer ab dem 6. Tag, je vollstationärem Fall |
| 76097066 | - (ZE2013-36) je Tag |
| 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 |
| 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 |
| ZE2013-53 | Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm |
| 76096966 | - (ZE2013-53) OPS 5-38a.* |
| 76096997 | - (ZE2013-53) abdominal mit 1-4 Fenestrierungen und/oder 1-2 Seitenarmen; OPS 5-38a.16, .17, .18, .19, .1a, .1b, .1f, .1g, .1h, .1j, .1k oder .1m |
| 76096999 | - (ZE2013-53) abdominal mit mehr als 2 Seitenarmen oder Kombinationen oder thorako-abdominal; OPS 5-38a.1c, .1d, .1n, .1p, .1q, .1r, .1s, .1t, .1u, .1v, .81, .82, .83, .84, .85, .86, .87, .88, .89, .8a oder .8b |
| 76097004 | - (ZE2013-53) OPS 5-38a.13, .1b, .1c, .1d, .1j, .1k, .1m, .1n, .1q, .1r, .1s, .1t, .1u, .1v, .72, .73, .74, .75, .76, .77, .78, .79, .7a, .82, .83, .84, .85, .86, .87, .89, .8a oder .8b |
| 76097027 | - (ZE2013-53) OPS 5-38a.13, .16, .17, .18, .19, .1a, .1b, .1c, .1d, .1f, .1g, .1h, .1j, .1k, .1m, .1n, .1p, .1q, .1r, .1s, .1t, .1u oder 5-38a.1v |
| 76097034 | - (ZE2013-53) OPS 5-38a.72, .73, .74, .75, .76, .77, .78, .79 oder .7a |
| 76097035 | - (ZE2013-53) OPS 5-38a.81, .82, .83, .84, .85, .86, .87, .88, .89, .8a oder .8b |
| ZE2013-54 | Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt |
| 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 |
| 76097000 | - (ZE2013-54) Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, Magen, Darm und/oder Rektum, je Prothese; OPS 5-449.h* oder 5-469.k* oder 5-489.g0 |
| 76097076 | - (ZE2013-54) Gallengänge, je Prothese; OPS 5-513.m0, .m1, .m2, .n0, .n1, .n2, 5-517.0*, .1*, .2*, .3*, .4*, .5*, .6* oder .7* |
| ZE2013-57 | Gabe von Jod-131-MIBG (Metajodobenzylguanidin), parenteral |
| 76097077 | - (ZE2013-57) je 3,7 GBq; OPS 6-002.g* |
| ZE2013-60 | Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral |
| 76097020 | - (ZE2013-60) je 30 Mio. IE; OPS 8-812.2* |
| 76097064 | - (ZE2013-60) je 1,5 Mio IE; OPS 8-812.2* |
| ZE2013-62 | Mikroaxial-Blutpumpe |
| 76097023 | - (ZE2013-62) Fördermenge bis 2,5 l; OPS 8-839.43 |
| 76097024 | - (ZE2013-62) Fördermenge über 2,5 l; 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 |
| ZE2013-66 | Enzymersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten |
| 76097065 | - (ZE2013-66) Agalsidase, je mg; OPS 6-003.7 |
| ZE2013-71 | Radiorezeptortherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga |
| 76096934 | - (ZE2013-71) Lu-177; OPS 8-530.a0 |
| 76096935 | - (ZE2013-71) Yttrium-90; OPS 8-530.a0 |
| ZE2013-74 | Gabe von Sunitinib, oral |
| 76096813 | - (ZE2013-74) je mg; OPS 6-003.a* |
| ZE2013-80 | Gabe von Amphotericin-B-Lipidkomplex, parenteral |
| 76097078 | - (ZE2013-80) je angefangene Durchstechflasche à 50mg; OPS 6-003.1* |
| ZE2013-84 | Gabe von Ambrisentan, oral |
| 76096819 | - (ZE2013-84) oral, je mg; OPS 6-004.2* |
| 76096984 | - (ZE2013-84) bei Verabreichung einer 5 mg Tablette, je mg; OPS 6-004.2* |
| 76096985 | - (ZE2013-84) bei Verabreichung einer 10 mg Tablette, je mg; OPS 6-004.2* |

| | |
|-----------|---|
| ZE2013-91 | Gabe von Dasatinib, oral |
| 76096954 | - (ZE2013-91) je 10 mg; OPS 6-004.3* |
| ZE2013-93 | Gabe von Eculizumab, parenteral |
| 76096924 | - (ZE2013-93) je mg; OPS 6-003.h* |
| 76096936 | - (ZE2013-93) je angebrochene Flasche, je 300 mg; OPS 6-003.h* |
| ZE2013-94 | Gabe von Plerixafor, parenteral |
| 76096938 | - (ZE2013-94) je Ampulle, je 24 mg; OPS 6-005.e* |
| 76097003 | - (ZE2013-94) je mg; OPS 6-005.e* (berechenbar für 2013) |
| ZE2013-95 | Gabe von Romiplostim, parenteral |
| 76096925 | - (ZE2013-95) je µg; OPS 6-005.9* |
| 76096939 | - (ZE2013-95) je angebrochene Flasche, je 250 µg; OPS 6-005.9* |
| 76096953 | - (ZE2013-95) je angebrochene Flasche, je 500 µg; OPS 6-005.9* |
| ZE2013-96 | Gabe von Topotecan, parenteral |
| 76096822 | - (ZE2013-96) 1 mg; OPS 6-002.4* |
| ZE2013-97 | Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren (siehe auch Anlage 7 FPV 2013) |
| 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* |
| 76096940 | - (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor VIII, Wilate, je 450 Einheiten; OPS 8-810.9* |
| 76096941 | - (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor VIII, Haemate HS, je 250 Einheiten; OPS 8-810.9* |
| 76096944 | - (ZE2013-97) Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Prothrombinkomplex, je 50 IE; OPS 8-812.5* |
| 76096945 | - (ZE2013-97) Rekombinanter Faktor VIII, Recombinate, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.8* |
| 76096947 | - (ZE2013-97) Rekombinanter Faktor VIII, Refacto, je 500 Einheiten; OPS 8-810.8* |
| 76096949 | - (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor IX, Berinin, je 300 Einheiten; OPS 8-810.b* |
| 76096967 | - (ZE2013-97) Feiba-Prothrombinkomplex mit Faktor-VIII-Inhibitor-Bypass-Aktivität, plasmatisch, je 250 Einheiten; OPS 8-810.c* |
| 76096968 | - (ZE2013-97) Faktor VIII, mit hohem Willebrand-Anteil, Haemate (Human), je 100 Einheiten; OPS 8-810.d* |
| 76096972 | - (ZE2013-97) Faktor XIII, Fibrogammin, je 100 Einheiten; OPS 8-810.e* |
| 76096980 | - (ZE2013-97) Rekombinanter aktivierter Faktor VII, Novoseven, je KIE; OPS 8-810.6* |
| 76096989 | - (ZE2013-97) Rekombinanter Faktor VIII, Advate, je 500 Einheiten; OPS 8-810.8* |
| 76096990 | - (ZE2013-97) Rekombinanter Faktor VIII, Advate, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.8* |
| 76096991 | - (ZE2013-97) Rekombinanter Faktor VIII, Advate, je 1500 Einheiten; OPS 8-810.8* |
| 76096992 | - (ZE2013-97) Rekombinanter Faktor VIII, Advate, je 3000 Einheiten; OPS 8-810.8* |
| 76096993 | - (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor VIII, Beriate, je 500 Einheiten; OPS 8-810.9* |
| 76096994 | - (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor VIII, Beriate, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.9* |
| 76096995 | - (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor IX, Berinin P, je 1200 Einheiten; OPS 8-810.b* |
| 76096998 | - (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor VII, Immuseven, je 600 Einheiten; OPS 8-810.7* |
| 76097001 | - (ZE2013-97) Faktor XIII, Fibrogammin, je 250 Einheiten; OPS 8-810.e* |
| 76097002 | - (ZE2013-97) Faktor XIII, Fibrogammin, je 1250 Einheiten; OPS 8-810.e* |
| 76097007 | - (ZE2013-97) Fibrinogenkonzentrat, Haemocomplettan, je 2 g; OPS 8-810.j* |
| 76097008 | - (ZE2013-97) Rekombinanter Faktor VIII, Helixate NexGen, je 500 Einheiten; OPS 8-810.8* |
| 76097009 | - (ZE2013-97) Rekombinanter Faktor VIII, Helixate NexGen, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.8* |
| 76097010 | - (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor IX, Immunine, je 200 Einheiten; OPS 8-810.b* |
| 76097011 | - (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor IX, Immunine, je 1200 Einheiten; OPS 8-810.b* |

| | |
|-----------|--|
| 76097012 | - (ZE2013-97) Rekombinanter Faktor VIII, Kogenate, je 500 Einheiten; OPS 8-810.8* |
| 76097013 | - (ZE2013-97) Rekombinanter Faktor VIII, Kogenate, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.8* |
| 76097014 | - (ZE2013-97) Rekombinanter Faktor VIII, Kogenate, je 2000 Einheiten; OPS 8-810.8* |
| 76097015 | - (ZE2013-97) Rekombinanter Faktor VIII, Kogenate, je 3000 Einheiten; OPS 8-810.8* |
| 76097016 | - (ZE2013-97) Rekombinanter aktivierter Faktor VII, Novoseven, je 50 KIE; OPS 8-810.6* |
| 76097017 | - (ZE2013-97) Rekombinanter aktivierter Faktor VII, Novoseven, je 100 KIE; OPS 8-810.6* |
| 76097018 | - (ZE2013-97) Rekombinanter aktivierter Faktor VII, Novoseven, je 250 KIE; OPS 8-810.6* |
| 76097019 | - (ZE2013-97) Rekombinanter aktivierter Faktor VII, Novoseven, je 400 KIE; OPS 8-810.6* |
| 76097021 | - (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor VIII, Octanate, je 500 Einheiten; OPS 8-810.9* |
| 76097022 | - (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor VIII, Octanate, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.9* |
| 76097025 | - (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor VII in Verbindung mit Plasmatischer Faktor IX, Beriplex, je 250 Einheiten; OPS 8-810.7* in Verbindung mit OPS 8-810.b0 |
| 76097026 | - (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor VII in Verbindung mit Plasmatischer Faktor IX, Beriplex, je 500 Einheiten; OPS 8-810.7* in Verbindung mit OPS 8-810.b0 |
| 76097028 | - (ZE2013-97) Rekombinanter Faktor VIII, ReFacto, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.8* |
| 76097029 | - (ZE2013-97) Rekombinanter Faktor VIII, ReFacto, je 2000 Einheiten; OPS 8-810.8* |
| 76097030 | - (ZE2013-97) Feiba - Prothrombinkomplex mit Faktor-VIII-Inhibitor-Bypass-Aktivität, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.c* |
| 76097031 | - (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor IX, Mononine, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.b* |
| 76097032 | - (ZE2013-97) Von Willebrand-Faktor, Willfact, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.d* |
| 76097033 | - (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor VIII in Verbindung mit Von-Willebrand-Faktor, Fanhdi, je 500 Einheiten; OPS 8-810.9* in Verbindung mit OPS 8-810.d0 |
| 76097038 | - (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor VIII, Octanate, je Einheit; OPS 8-810.9* |
| 76097039 | - (ZE2013-97) Rekombinanter Faktor IX, Benefix, je 250 Einheiten; OPS 8-810.a* |
| 76097041 | - (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor VIII, Fanhdi (Kombination aus von-Willebrand-Faktor und Faktor VIII), je Einheit; OPS 8-810.9* |
| 76097042 | - (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor IX, Alphanine, je Einheit; OPS 8-810.b* |
| 76097043 | - (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor IX, Haemonine, je 500 Einheiten; OPS 8-810.b* |
| 76097045 | - (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor IX, Betafact; je Einheit; OPS 8-810.b* |
| 76097046 | - (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor IX, Mononine, je Einheit; OPS 8-810.b* |
| 76097047 | - (ZE2013-97) Prothrombinkomplex, Beriplex, je 250 IE; OPS 8-812.5* |
| 76097048 | - (ZE2013-97) Von-Willebrand-Faktor, Immunate STIM plus, je Einheit; OPS 8-810.d* |
| 76097049 | - (ZE2013-97) Von-Willebrand-Faktor, Willfact, je Einheit; OPS 8-810.d* |
| 76097050 | - (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor VIII in Verbindung mit Von-Willebrand-Faktor, Fanhdi, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.9* in Verbindung mit OPS 8-810.d0 |
| 76097051 | - (ZE2013-97) Humanes Protein C, parenteral, Ceprotin, je IE; OPS 8-812.9 |
| 76097062 | - (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor VIII in Verbindung mit Von Willebrand-Faktor, Haemate P, je 500 Einheiten; OPS 8-810.9* in Verbindung mit OPS 8-810.d0 |
| 76097067 | - (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor VIII in Verbindung mit Von Willebrand-Faktor, Haemate P, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.9* in Verbindung mit OPS 8-810.d0 |
| 76097068 | - (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor VII in Verbindung mit Plasmatischer Faktor IX, Octaplex, je 500 Einheiten; OPS 8-810.7* in Verbindung mit OPS 8-810.b0 |
| 76097069 | - (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor VII in Verbindung mit Plasmatischer Faktor IX, PPSB-Konzentrat/Cofact, je 500 Einheiten; OPS 8-810.7* in Verbindung mit OPS 8-810.b0 |
| 76097070 | - (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor VIII in Verbindung mit Von Willebrand-Faktor, Wilate, je 900 Einheiten; OPS 8-810.9* in Verbindung mit OPS 8-810.d0 |
| 76097071 | - (ZE2013-97) Plasmatischer Faktor VIII in Verbindung mit Von Willebrand-Faktor, Wilate, je 500 Einheiten; OPS 8-810.9* in Verbindung mit OPS 8-810.d0 |
| 76097072 | - (ZE2013-97) Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Plasmatischer Faktor VIII in Verbindung mit Von Willebrand-Faktor, Wilate, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.9* in Verbindung mit OPS 8-810.d0 |
| 76097073 | - (ZE2013-97) Prothrombinkomplex, Octaplex, je IE; OPS 8-812.5* |
| ZE2013-98 | Gabe von Blutgerinnungsfaktoren (s. Anlage 7 FPV 2013) |
| 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 |
| 76096946 | - (ZE2013-98) Rekombinanter Faktor VIII, Recombinate, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.8* |
| 76096948 | - (ZE2013-98) Rekombinanter Faktor VIII, Refacto, je 500 Einheiten; OPS 8-810.8* |
| 76096950 | - (ZE2013-98) Plasmatischer Faktor IX, Berinin, je 300 Einheiten; OPS 8-810.b* |
| 76096951 | - (ZE2013-98) Plasmatischer Faktor VIII, Beriate, je 500 Einheiten; OPS 8-810.9* |
| 76096952 | - (ZE2013-98) Plasmatischer Faktor VIII, Beriate, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.9* |
| 76096965 | - (ZE2013-98) Plasmatischer Faktor VIII in Verbindung mit Von Willebrand-Faktor, Wilate, je 450 Einheiten; OPS 8-810.9* in Verbindung mit OPS 8-810.d* |
| 76096969 | - (ZE2013-98) Faktor XIII, Fibrogammin, je 250 Einheiten; OPS 8-810.e* |
| 76096970 | - (ZE2013-98) Faktor XIII, Fibrogammin, je 1250 Einheiten; OPS 8-810.e* |
| 76096971 | - (ZE2013-98) Faktor VIII, mit hohem Willebrand-Anteil, Haemate (Human), je 100 Einheiten; OPS 8-810.d* |
| 76096973 | - (ZE2013-98) Faktor XIII, Fibrogammin, je 100 Einheiten; OPS 8-810.e* |
| 76096975 | - (ZE2013-98) Fibrinogenkonzentrat, Haemocomplettan, je 2 g; OPS 8-810.j* |
| 76096976 | - (ZE2013-98) Rekombinanter aktivierter Faktor VII, Novoseven, je 50 KIE; OPS 8-810.6* |
| 76096977 | - (ZE2013-98) Rekombinanter aktivierter Faktor VII, Novoseven, je 100 KIE; OPS 8-810.6* |
| 76096978 | - (ZE2013-98) Rekombinanter aktivierter Faktor VII, Novoseven, je 250 KIE; OPS 8-810.6* |
| 76096979 | - (ZE2013-98) Rekombinanter aktivierter Faktor VII, Novoseven, je 400 KIE; OPS 8-810.6* |
| 76096981 | - (ZE2013-98) Plasmatischer Faktor VIII, Octanate, je 500 Einheiten; OPS 8-810.9* |
| 76096982 | - (ZE2013-98) Plasmatischer Faktor VIII, Octanate, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.9* |
| 76096983 | - (ZE2013-98) Rekombinanter aktivierter Faktor VII, Novoseven, je KIE; OPS 8-810.6* |
| 76096987 | - (ZE2013-98) Feiba - Prothrombinkomplex mit Faktor-VIII-Inhibitor-Bypass-Aktivität, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.c* |
| 76096988 | - (ZE2013-98) Von Willebrand-Faktor, Willfact, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.d* |
| 76097037 | - (ZE2013-98) Plasmatischer Faktor VII, Immuseven, je 600 Einheiten; OPS 8-810.7* |
| 76097040 | - (ZE2013-98) Rekombinanter Faktor IX, Benefix, je 250 Einheiten; OPS 8-810.a* |
| 76097044 | - (ZE2013-98) Plasmatischer Faktor IX, Haemonine, je 500 Einheiten; OPS 8-810.b* |
| 76097052 | - (ZE2013-98) Plasmatischer Faktor VIII, Octanate, je Einheit; OPS 8-810.9* |
| 76097053 | - (ZE2013-98) Plasmatischer Faktor VIII, Fanhdi (Kombination aus von-Willebrand-Faktor und Faktor VIII), je Einheit; OPS 8-810.9* |
| 76097054 | - (ZE2013-98) Plasmatischer Faktor IX, Alphanine, je Einheit; OPS 8-810.b* |
| 76097055 | - (ZE2013-98) Plasmatischer Faktor IX, Betafact, je Einheit; OPS 8-810.b* |
| 76097056 | - (ZE2013-98) Plasmatischer Faktor IX, Mononine, je Einheit; OPS 8-810.b* |
| 76097057 | - (ZE2013-98) Von-Willebrand-Faktor, Immunate STIM plus, je Einheit; OPS 8-810.d* |
| 76097058 | - (ZE2013-98) Von-Willebrand-Faktor, Willfact, je Einheit; OPS 8-810.d* |
| 76097060 | - (ZE2013-98) Humanes Protein C, parenteral, Ceprotin, je IE; OPS 8-812.9 |

Zusatzentgelte nach Katalog 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) ECMO, Alter < 16 Jahre; OPS 8-852.03 |
| 76096778 | - (ZE2012-03) ECMO, Alter < 16 Jahre; OPS 8-852.04 |
| 76096779 | - (ZE2012-03), ECMO, Alter < 16 Jahre; OPS 8-852.05 |
| 76096780 | - (ZE2012-03), ECMO, Alter < 16 Jahre; OPS 8-852.06 |
| 76096781 | - (ZE2012-03), ECMO, Alter < 16 Jahre; OPS 8-852.07 |
| 76096782 | - (ZE2012-03), ECMO, Alter < 16 Jahre; OPS 8-852.08 |
| 76096783 | - (ZE2012-03), ECMO, Alter < 16 Jahre; OPS 8-852.09 |
| 76096784 | - (ZE2012-03), ECMO, Alter < 16 Jahre; OPS 8-852.0a |
| 76096785 | - (ZE2012-03), ECMO, Alter > 15 Jahre; OPS 8-852.03 |
| 76096786 | - (ZE2012-03), ECMO, Alter > 15 Jahre; OPS 8-852.04 |
| 76096787 | - (ZE2012-03), ECMO, Alter > 15 Jahre; OPS 8-852.05 |
| 76096788 | - (ZE2012-03), ECMO, Alter > 15 Jahre; OPS 8-852.06 |
| 76096789 | - (ZE2012-03), ECMO, Alter > 15 Jahre; OPS 8-852.07 |
| 76096790 | - (ZE2012-03), ECMO, Alter > 15 Jahre; OPS 8-852.08 |
| 76096791 | - (ZE2012-03), ECMO, Alter > 15 Jahre; OPS 8-852.09 |
| 76096792 | - (ZE2012-03), 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...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 „Osigrift“; nur i.R. der Indikation ICD M84.16, 6,6 bis unter 9,9 mg; OPS 6-003.54 |
| 76096754 | - (ZE2012-64) Präparat „Osigrift“; nur i.R. der Indikation ICD M84.16, 3,3 bis 6,6 mg; OPS 6-003.53 |
| 76096755 | - (ZE2012-64) Präparat „Osigrift“; 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 50 µg |
| 76096761 | - (ZE2012-92) je 1 µg; OPS 6-005.1* |

Zusatzentgelt nach § 6 Abs. 2 KHEntgG

NUB-Liste 2016

NUB-Status 1

| | |
|----------|--|
| NUB 01 | Idarucizumab |
| 76198228 | - je 2,5 g oder 50 ml Infusionslösung [ab 2016] |
| 76198246 | - je 5 mg |
| 76198247 | - je mg |
| 76198261 | - je 5 g |
| 76198425 | - je Spritze |
| 76198445 | - je 1000 mg |
| 76198462 | - je Gramm |
| 76198470 | - je 50 mg |
| NUB 02 | Enzalutamid |
| 76197793 | - je 40 mg Tablette [ab 2014] |
| 76197844 | - je mg |
| 76198000 | - je 1000 mg |
| NUB 03 | Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße |
| 76196533 | - (6 mm x 50 mm) [ab 2008] |
| 76196534 | - (6 mm x 100 mm) |
| 76196588 | - pro Implantat |
| 76196663 | - |
| 76196676 | - 1 Stent in 1 Koronararterie; OPS 8-837.m0 i.V.m. 8-83b.07 |
| 76196708 | - 100 mm |
| 76196709 | - 200 mm |
| 76196733 | - 120 mm |
| 76196750 | - 50 mm |
| 76196751 | - 150 mm |
| 76196964 | - 6-7 mm Durchmesser, 50, 100 oder 150 mm Länge, 1 Stent |
| 76196965 | - 6-7 mm Durchmesser, 50, 100 oder 150 mm Länge, 2 Stents |
| 76197010 | - 250 mm |
| 76197019 | - < 100 mm, ein Stent; OPS 8-842.0b oder .0c |
| 76197020 | - < 100 mm, zwei Stents; OPS 8-842.1b oder .1c |
| 76197025 | - >= 100 mm, ein Stent; OPS 8-842.0b oder .0c i.V.m. 8-83b.f0 |
| 76197026 | - >= 100 mm, zwei Stents; OPS 8-842.1b oder .1c i.V.m. 8-83b.f0 |
| 76197027 | - >= 100 mm, drei Stents; OPS 8-842.2b oder .2c i.V.m. 8-83b.f0 |
| 76197031 | - 25 mm; OPS 8-842.0b oder .0c |
| 76197066 | - je Stent, 25 bis unter 100 mm |
| 76197067 | - je Stent, 100 bis unter 150 mm |
| 76197068 | - je Stent, 150 bis unter 250 mm |
| 76197069 | - je Stent, 250 mm und mehr |
| 76197075 | - je Stent, 25 oder 50 mm |
| 76197154 | - ein Stent, 25 bis 50 mm; OPS 8-842.0* i.V.m. 8-83b.e1 |
| 76197155 | - zwei Stents, 25 bis 50 mm; OPS 8-842.1* i.V.m. 8-83b.e1 |
| 76197156 | - drei Stents, 25 bis 50 mm; OPS 8-842.2* i.V.m. 8-83b.e1 |
| 76197157 | - vier Stents, 25 bis 50 mm; OPS 8-842.3* i.V.m. 8-83b.e1 |
| 76197158 | - fünf Stents, 25 bis 50 mm; OPS 8-842.4* i.V.m. 8-83b.e1 |
| 76197159 | - sechs und mehr Stents, 25 bis 50 mm; OPS 8-842.5* i.V.m. 8-83b.e1 |
| 76197160 | - ein Stent, 100 mm; OPS 8-842.0* i.V.m. 8-83b.e1 und 8-83b.f0 |
| 76197166 | - ein Stent, 150 mm; OPS 8-842.0* i.V.m. 8-83b.e1 und 8-83b.f0 |
| 76197169 | - vier Stents, 150 mm; OPS 8-842.3* i.V.m. 8-83b.e1 und 8-83b.f0 |
| 76197268 | - < 100 mm; OPS 8-842.** i.V.m. 8-83b.e1 |
| 76197269 | - >= 100 mm; OPS 8-842.** i.V.m. 8-83b.e1 und 8-83b.f0 |
| 76197275 | - heparinbeschichteter Stentgraft |

| | |
|----------|--|
| 76197332 | - je Stent, 25 bis 50 mm; OPS 8-83b.e1 i.V.m. 8-842.*b oder .*c |
| 76197333 | - je Stent, 100 mm; OPS 8-83b.e1 i.V.m. 8-842.*b oder .*c |
| 76197334 | - je Stent, 150 mm; OPS 8-83b.e1 i.V.m. 8-842.*b oder .*c |
| 76197335 | - je Stent, 250 mm; OPS 8-83b.e1 i.V.m. 8-842.*b oder .*c |
| 76197345 | - OPS 8-842.0* |
| 76197346 | - OPS 8-842.1* |
| 76197347 | - OPS 8-842.2* |
| 76197348 | - OPS 8-842.3* |
| 76197349 | - OPS 8-842.4* |
| 76197350 | - OPS 8-842.5* |
| 76197379 | - 25 oder 50 mm, je Stent; OPS 5-38d.*b oder .*c i.V.m. 5-38a.x |
| 76197380 | - 100 mm, je Stent; OPS 5-38d.*b oder .*c i.V.m. 5-38a.x und 8-83b.f0 |
| 76197381 | - 150 mm, je Stent; OPS 5-38d.*b oder .*c i.V.m. 5-38a.x und 8-83b.f0 |
| 76197382 | - 250 mm, je Stent; OPS 5-38d.*b oder .*c i.V.m. 5-38a.x und 8-83b.f0 |
| 76197435 | - je Stent; OPS 8-842.*b oder 8-842.*c i.V.m. OPS 8-83b.e1 |
| 76197450 | - 250 mm; OPS 8-842.0b i.V.m. OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f0 |
| 76197469 | - 1 Stent, Gefäße Ober- oder Unterschenkel; OPS 8-842.0b oder .0c i.V.m. OPS 8-83b.e1 |
| 76197482 | - OPS 5-38a.x oder 5-38d.0b i.V.m. OPS 8-83b.e1 oder 8-83b.f0 |
| 76197483 | - OPS 5-38a.x oder 5-38d.1b i.V.m. OPS 8-83b.e1 oder 8-83b.f0 |
| 76197484 | - OPS 5-38a.x oder 5-38d.0b i.V.m. OPS 8-83b.e1 |
| 76197485 | - OPS 5-38a.x oder 5-38d.1b i.V.m. OPS 8-83b.e1 |
| 76197532 | - bis unter 50 mm |
| 76197533 | - 100 mm bis unter 150 mm; OPS 8-83b.f1 |
| 76197534 | - 150 mm bis unter 250 mm; OPS 8-83b.f2 oder 8-83b.f3 |
| 76197547 | - 50 bis unter 100 mm |
| 76197561 | - 150 mm bis unter 200 mm, je Stent; OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f2 |
| 76197562 | - 200 mm bis unter 250 mm, je Stent; OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f3 |
| 76197585 | - 2 Stents, Gefäße Ober- oder Unterschenkel; OPS 8-842.1b oder .1c i.V.m. OPS 8-83b.e1 |
| 76197586 | - 3 Stents, Gefäße Ober- oder Unterschenkel; OPS 8-842.2b oder .2c i.V.m. OPS 8-83b.e1 |
| 76197603 | - 1 Stent (250 mm); OPS 8-842.0b oder .0c i.V.m. OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f4 |
| 76197604 | - 2 Stents, >= 100 mm; OPS 8-842.1b oder .1c i.V.m. OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f1, .f2, .f3 oder .f4 |
| 76197605 | - 30 mm bzw. 50 mm; OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 5-38d.0* oder 8-842.0* |
| 76197606 | - 100 mm, 2 und mehr Stents bzw. 4 Stents; OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f1 i.V.m. OPS 5-38d.1* oder 8-842.3* |
| 76197607 | - 100 mm, 2 und mehr Stents bzw. 5 Stents; OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f1 i.V.m. OPS 5-38d.1* oder 8-842.4* |
| 76197608 | - 100 mm, 2 und mehr Stents bzw. 6 und mehr Stents; OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f1 i.V.m. OPS 5-38d.1* oder 8-842.5* |
| 76197609 | - 150 mm, 1 Stent; OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f2 i.V.m. OPS 5-38d.0* oder 8-842.0* |
| 76197610 | - 150 mm, 2 und mehr Stents bzw. 2 Stents; OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f2 i.V.m. OPS 5-38d.1* oder 8-842.1* |
| 76197611 | - 150 mm, 2 und mehr Stents bzw. 3 Stents; OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f2 i.V.m. OPS 5-38d.1* oder 8-842.2* |
| 76197612 | - 150 mm, 2 und mehr Stents bzw. 4 Stents; OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f2 i.V.m. OPS 5-38d.1* oder 8-842.3* |
| 76197613 | - 150 mm, 2 und mehr Stents bzw. 5 Stents; OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f2 i.V.m. OPS 5-38d.1* oder 8-842.4* |
| 76197614 | - 150 mm, 2 und mehr Stents bzw. 6 und mehr Stents; OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f2 i.V.m. OPS 5-38d.1* oder 8-842.5* |
| 76197615 | - 250 mm, 1 Stent; OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f4 i.V.m. OPS 5-38d.0* oder 8-842.0* |
| 76197616 | - 250 mm, 2 und mehr Stents bzw. 2 Stents; OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f4 i.V.m. OPS 5-38d.1* oder 8-842.1* |
| 76197617 | - 250 mm, 2 und mehr Stents bzw. 3 Stents; OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f4 i.V.m. OPS 5-38d.1* oder 8-842.2* |

| | |
|----------|--|
| 76197618 | - 250 mm, 2 und mehr Stents bzw. 4 Stents; OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f4 i.V.m. OPS 5-38d.1* oder 8-842.3* |
| 76197619 | - 250 mm, 2 und mehr Stents bzw. 5 Stents; OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f4 i.V.m. OPS 5-38d.1* oder 8-842.4* |
| 76197620 | - 250 mm, 2 und mehr Stents bzw. 6 und mehr Stents; OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f4 i.V.m. OPS 5-38d.1* oder 8-842.5* |
| 76197621 | - 3 Stents, >= 100 mm; OPS 8-842.2b oder 8-842.2c i.V.m. OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f1, .f2, .f3 oder .f4 |
| 76197622 | - 30 mm bzw. 50 mm, 2 und mehr Stents bzw. 2 Stents; OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-842.1* oder 5-38d.1* |
| 76197623 | - 30 mm bzw. 50 mm, 2 und mehr Stents bzw. 3 Stents; OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-842.2* oder 5-38d.1* |
| 76197624 | - 30 mm bzw. 50 mm, 2 und mehr Stents bzw. 4 Stents; OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-842.3* oder 5-38d.1* |
| 76197625 | - 30 mm bzw. 50 mm, 2 und mehr Stents bzw. 5 Stents; OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-842.4* oder 5-38d.1* |
| 76197626 | - 30 mm bzw. 50 mm, 2 und mehr Stents bzw. 6 und mehr Stents; OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-842.5* oder 5-38d.1* |
| 76197627 | - 100 mm, 1 Stent; OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f1 i.V.m. OPS 8-842.0* oder 5-38d.0* |
| 76197628 | - 100 mm, 2 und mehr Stents bzw. 2 Stents; OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f1 i.V.m. OPS 8-842.1* oder 5-38d.1* |
| 76197629 | - 100 mm, 2 und mehr Stents bzw. 3 Stents; OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f1 i.V.m. OPS 8-842.2* oder 5-38d.1* |
| 76197630 | - 30 mm bzw. 50 mm, 1 Stent; OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 5-38d.0* oder 8-842.0* |
| 76197636 | - heparinbeschichteter Stentgraft, bioaktive Propaten-Oberfläche, je Stent; OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-842.*b oder .c oder 5-38d.*1, .2, .9, .a, .b oder .c |
| 76197638 | - 80mm |
| 76197639 | - Länge 200 mm, je Stent; OPS 8-842.0b oder .0c i.V.m. OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f3 |
| 76197641 | - offen chirurgisch; OPS 5-38a.x oder 5-38d.1 i.V.m. OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f2, .f3 oder .f4 |
| 76197643 | - ein Stent; OPS 8-842.0* i.V.m. OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f1 |
| 76197645 | - ein Stent; OPS 8-842.0* i.V.m. OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f2 |
| 76197646 | - je Stent, unter 100 mm; OPS 5-38d.0b, .0c, .1b oder .1c i.V.m. OPS 8-83b.e1 |
| 76197647 | - je Stent, 100 mm bis unter 150 mm; OPS 5-38d.0b, .0c, .1b oder .1c i.V.m. OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f1 |
| 76197648 | - je Stent, 150 mm bis unter 200 mm; OPS 5-38d.0b, .0c, .1b oder .1c i.V.m. OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f2 |
| 76197649 | - je Stent, 200 mm bis unter 250 mm; OPS 5-38d.0b, .0c, .1b oder .1c i.V.m. OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f3 |
| 76197650 | - je Stent, 250 mm und mehr; OPS 5-38d.0b, .0c, .1b oder .1c i.V.m. OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f4 |
| 76197673 | - 25 bis 50 mm, ein Stent; OPS 5-38d.0b oder .0c i.V.m. OPS 8-83b.e1, 8-842.0b oder .0c i.V.m. OPS 8-83b.e1 |
| 76197674 | - 100 mm, ein Stent; OPS 5-38d.0b oder 5-38d.0c i.V.m. OPS 8-83b.e1, 8-842.0b oder .0c i.V.m. OPS 8-83b.e1 oder .f1 |
| 76197691 | - 100 mm bis unter 150 mm Prothesenlänge; OPS 8-842.0b oder .0c i.V.m. OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f1 |
| 76197692 | - 150 mm bis unter 200 mm Prothesenlänge; OPS 8-842.0b oder .0c i.V.m. OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f2 |
| 76197693 | - 200 mm bis unter 250 mm Prothesenlänge; OPS 8-842.0b oder .0c i.V.m. OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f3 |
| 76197694 | - über 250 mm Prothesenlänge; OPS 8-842.0b oder .0c i.V.m. OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f4 |
| 76197706 | - bis 50 mm, je Stent; OPS 8-842.*9 oder 8-842.*a, .b oder .c i.V.m. OPS 8-83b.e1 |

| | |
|----------|---|
| 76197707 | - 100 mm bis 150 mm, je Stent; OPS 8-842.*9, .*a, .*b oder .*c i.V.m. OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f1 |
| 76197708 | - 150 mm bis 250 mm, je Stent; OPS 8-842.*9, .*a, .*b oder .*c i.V.m. OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f2 oder .f3 |
| 76197709 | - 250 mm und mehr, je Stent; OPS 8-842.*9, .*a, .*b oder .*c i.V.m. OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f4 |
| 76197760 | - 250 mm und mehr Prothesenlänge; OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f4 |
| 76197768 | - 2 und mehr Stents, 100 mm und mehr; OPS 5-38d.1b oder 5-38d.1c i.V.m. OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f1, .f2, .f3 oder .f4 |
| 76197769 | - 2 und mehr Stents, 25 mm und 50 mm; OPS 5-38d.1b oder .1c i.V.m. OPS 8-83b.e1 |
| 76197836 | - < 100 mm; OPS 8-842.*b i.V.m. OPS 8-83b.e1 |
| 76197841 | - 25 bis 50 mm |
| 76197853 | - 100 mm bis unter 150 mm, je Stent; OPS 8-842.*b i.V.m. OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f1 |
| 76197868 | - OPS 8-842.*b in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f3 oder 8-83b.f4 |
| 76197873 | - 150 mm bis unter 200 mm; OPS 8-842.*b i.V.m. OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f2 |
| 76197874 | - 250 mm und mehr; OPS 8-842.*b i.V.m. OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f4 |
| 76197991 | - ein Stent; OPS 5-38d.0b oder .0c i.V.m. OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f1 |
| 76197992 | - ein Stent; OPS 5-38d.0b oder .0c i.V.m. OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f2 |
| 76197993 | - ein Stent; OPS 5-38d.0b oder .0c i.V.m. OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f4 |
| 76197994 | - ein Stent, 25 bis 50 mm; OPS 5-38d.0b oder .0c i.V.m.i.V.m. OPS 8-83b.e1 |
| 76197995 | - 2 Stents, Gefäße Oder- oder Unterschenkel; OPS 5-38d.1b oder .1c i.V.m. OPS 8-83b.e1 |
| 79197996 | - 2 Stents, >= 100 mm; OPS 5-38d.1b oder .1c i.V.m. OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f* |
| 76198014 | - je Stent, unter 100 mm; OPS 5-38d.*d i.V.m. OPS 8-83b.e1 |
| 76198016 | - je Stent, 100 mm bis unter 150 mm; OPS 5-38d.*b i.V.m. OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f1 |
| 76198017 | - je Stent, 150 mm bis unter 200 mm; OPS 5-38d.*b i.V.m. OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f2 |
| 76198018 | - je Stent, 200 mm bis unter 250 mm; OPS 5-38d.*b i.V.m. OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f3 |
| 76198019 | - je Stent, 250 mm und mehr; OPS 5-38d.*b i.V.m. OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f4 |
| 76198025 | - 1 Stent; OPS 8-842.0b i.V.m. OPS 8-83b.e1 |
| 76198026 | - 3 Stents; OPS 5-38a.x i.V.m. OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 5-38d.1b |
| 76198027 | - 4 Stents; OPS 5-38a.x i.V.m. OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 5-38d.1b |
| 76198028 | - 4 Stents; OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-842.3b |
| 76198029 | - 5 Stents; OPS 5-38a.x i.V.m. OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 5-38d.1b |
| 76198030 | - 5 Stents; OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-842.4b |
| 76198031 | - 6 Stents; OPS 5-38a.x i.V.m. OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 5-38d.1b |
| 76198032 | - 6 Stents; OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-842.5b |
| 76198039 | - je Stent, 200 mm bis unter 250 mm; OPS 8-842.*b i.V.m. OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f3 |
| 76198202 | - je Stent, 51 bis unter 100 mm; OPS 8-83b.e1 |
| 76198210 | - je Stent, unter 100 mm; OPS 5-38a.* i.V.m. OPS 8-83b.e1 |
| 76198211 | - je Stent, 100 mm bis unter 150 mm; OPS 5-38a.* i.V.m. OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f1 |
| 76198212 | - je Stent, 150 mm bis unter 250 mm; OPS 5-38a.* i.V.m. OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f2 |
| 76198213 | - je Stent, mehr als 250 mm; OPS 5-38a.* i.V.m. OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f4 |
| 76198289 | - 150 mm - 200 mm; OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-842.*b oder .*c |
| 76198379 | - > 200 mm; OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-842.*b oder .*c |
| NUB 04 | Posaconazol, intravenös |
| 76198055 | - je 300 mg [ab 2015] |
| 76198083 | - je 18 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung |
| 76198091 | - je 40 mg |
| 76198098 | - je 1 mg |
| 76198115 | - je 600 mg |
| 76198181 | - je 1000 mg |

| | |
|----------|---|
| 76198272 | je 50 mg; OPS 6-007.k |
| NUB 05 | Ramucirumab |
| 76198045 | - je 500 mg [ab 2015] |
| 76198046 | - je 100 mg |
| 76198096 | - je 1 mg |
| 76198130 | - je 50 mg |
| 76198182 | - je 1000 mg |
| 76198270 | - je 10 mg; OPS 6-007.m |
| 76198474 | - je 600 mg |
| NUB 06 | Everolimus bei Neoplasie |
| 76197147 | - bei fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom, je mg [ab 2010] |
| 76197149 | - bei fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom, 5 mg |
| 76197150 | - bei fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom, 10 mg |
| 76197284 | - bei fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom, pro 1000 mg |
| 76197352 | - bei fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom, 100 mg |
| 76197445 | - bei fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom, je mg bei Gabe der 5 mg Tablette |
| 76197446 | - bei fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom, je mg bei Gabe der 10 mg Tablette |
| 76197521 | - ab 3 Jahre, je 2,5 mg; OPS 6-005.8 |
| 76197525 | - je 10 mg; OPS 6-005.8 |
| 76197526 | - ab 3 Jahre bei subependyalem Riesenzellastrozytom, je 2,5 mg; OPS 6-005.8 |
| 76197548 | - je 5 mg; OPS 6-005.8 |
| 76197550 | - je mg; OPS 6-005.8 |
| 76197589 | - je mg bei Gabe der 5 mg Tablette |
| 76197594 | - je mg bei Gabe der 10 mg Tablette |
| 76197742 | - je mg, Gabe der 2,5 mg oder 5 mg Tablette |
| 76197806 | - je 2,5 mg; OPS 6-005.8 |
| 76198087 | - je mg bei Gabe einer 2,5 mg-Tablette; OPS 6-005.8 |
| 76198110 | - je 3 mg; OPS 6-005.8 |
| 76198122 | - je mg bei Gabe der 2,5 mg oder 3 mg oder 5 mg Tablette |
| 76198177 | - Pädiatrie, je mg für Tablettengröße bis einschließlich 5 mg |
| 76198178 | - Pädiatrie, für Tablettengröße bis einschließlich 5 mg, je 1000 mg |
| 76198179 | - Pädiatrie, je mg für Tablettengröße über 5 mg |
| 76198180 | - Pädiatrie, für Tablettengröße über 5 mg, je 1000 mg |
| 76198214 | - je 2 mg; OPS 6-005.8 |
| 76198382 | - bei fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom oder Neoplasie, je mg; OPS 6-005.8 |
| 76198415 | - bei Kindern, je mg; OPS 6-005.8 |
| NUB 07 | Lipegfilgrastim |
| 76197785 | - je 6 mg Fertigspritze [ab 2014] |
| 76197846 | - je mg |
| 76197863 | - 1 mg bis unter 3 mg |
| 76197905 | - 3 mg bis unter 6 mg |
| 76197907 | - 6 mg bis unter 12 mg |
| 76197908 | - 12 mg bis unter 18 mg |
| 76197915 | - 18 mg bis unter 24 mg |
| 76197916 | - 24 mg bis unter 30 mg |
| 76197917 | - 30 mg und mehr |
| 76198312 | - 6 mg bis unter 12 mg; OPS 6-007.7 |
| 76198313 | - 12 mg bis unter 18 mg; OPS 6-007.7 |
| 76198314 | - 18 mg bis unter 24 mg; OPS 6-007.7 |
| 76198315 | - 24 mg bis unter 30 mg; OPS 6-007.7 |
| 76198316 | - 30 mg und mehr; OPS 6-007.7 |
| NUB 08 | Pertuzumab |
| 76197796 | - je 420 mg Konzentrat [ab 2014] |

| | |
|----------|---|
| 76197815 | - je 10 mg |
| 76197845 | - je mg |
| 76197999 | - je 1000mg |
| NUB 09 | Aflibercept, intravenös |
| 76197787 | - je 100 mg Infusionslösung [ab 2014] |
| 76197800 | - je 200 mg Infusionslösung |
| 76197807 | - je 10 mg |
| 76197843 | - je mg |
| 76198001 | - je 1000 mg |
| 76198104 | - je 100 mg; OPS 6-007.3 |
| 76198105 | - je 50 mg; OPS 6-007.3 |
| 76198475 | - je 300 mg; OPS 6-007.3 |
| NUB 10 | Pazopanib |
| 76196563 | - 200 mg; OPS 6-005.a [ab 2011] |
| 76197145 | - je mg [ab 2010] |
| 76197210 | - 800 mg |
| 76197235 | - 200 mg |
| 76197285 | - je 1000 mg |
| 76197367 | - 400 mg |
| 76197644 | - je 25 mg; OPS 6-005.a |
| NUB 11 | Eribulin |
| 76197507 | - je mg [ab 2012] |
| 76197520 | - je 2 ml Durchstechflasche |
| 76197574 | - je µg |
| 76197582 | - je 0,88 mg |
| 76197690 | - je 1 ml (0,44 mg); OPS 6-006.5 |
| 76197755 | - je 0,1 mg; OPS 6-006.5 |
| 76198275 | - je 3 ml (1,32 mg); OPS 6-006.5 |
| NUB 12 | Nivolumab |
| 76198235 | - je 100 mg [2016] |
| 76198238 | - je mg |
| 76198279 | - je 20 mg |
| 76198282 | - je 4 ml |
| 76198333 | - je 40 mg |
| 76198331 | - je 10 mg |
| 76198363 | - 10 ml |
| 76198446 | - je 1000 mg |
| NUB 13 | Crizotinib |
| 76197658 | - je mg [ab 2013] |
| 76197666 | - je 250 mg |
| 76197670 | - je 500 mg |
| 76197676 | - je 200 mg |
| 76197790 | - oral, je Kapsel (200 mg oder 250 mg) |
| 76197809 | - je 50 mg; OPS 6-006.c |
| 76197827 | - je 1000 mg |
| NUB 14 | Trastuzumab-Emtansin |
| 76197795 | - je 100 mg Trockensubstanz; OPS 6-001.7* [ab 2014] |
| 76197802 | - je 160 mg Trockensubstanz |
| 76197816 | - je 10 mg |
| 76197832 | - je mg |
| 76197997 | - je 1000 mg |
| 76198070 | - 100 mg; OPS 6-007.d |

| | |
|----------|--|
| NUB 15 | Golimumab |
| 76196861 | - je mg [ab 2009] |
| 76197070 | - je 50 mg |
| 76197278 | - je 1000 mg |
| 76197362 | - je 50 mg; OPS 6-005.2 |
| 76197804 | - je 100 mg Fertigspritze; OPS 6-005.2 |
| 76197861 | - subkutane Gabe, je mg bei Verwendung einer 50 mg Fertigspritze; OPS 6-005.2 |
| 76197862 | - subkutane Gabe, je mg bei Verwendung einer 100 mg Fertigspritze; OPS 6-005.2 |
| 76198441 | - subkutan, je 1000 mg bei Verwendung von 50 mg Fertigspritzen |
| 76198442 | - subkutan, je 1000 mg bei Verwendung von 100 mg Fertigspritzen |
| NUB 16 | Isavuconazol, intravenös |
| 76198229 | - je 200 mg Flasche [ab 2016] |
| 76198274 | - je 100 mg |
| 76198286 | - je mg |
| 76198447 | - je 1000 mg |
| NUB 17 | Ibrutinib |
| 76198038 | - je 140 mg [ab 2015] |
| 76198113 | - je mg |
| 76198183 | - je 1000 mg |
| 76198411 | - je 40 mg; OPS 6-007.e |
| NUB 18 | Isavuconazol, oral |
| 76198230 | - je 100 mg Kapsel [ab 2016] |
| 76198319 | - je mg |
| 76198448 | - je 1000 mg |
| NUB 19 | Regorafenib |
| 76197794 | - je 40 mg Tablette [ab 2014] |
| 76197847 | - je mg |
| 79197998 | - je 1000 mg |
| NUB 20 | Nilotinib |
| 76196537 | - je 800 mg [ab 2008] |
| 76196556 | - Kps. |
| 76196596 | - 1 mg |
| 76196597 | - 1000 mg |
| 76196669 | - je applizierte volle 200 mg |
| 76196674 | - |
| 76196929 | - 200 mg bis unter 400 mg |
| 76196931 | - 600 mg bis unter 800 mg |
| 76196937 | - 1800 mg bis unter 2000 mg |
| 76196940 | - 2400 mg bis unter 2600 mg |
| 76196941 | - 2600 mg bis unter 2800 mg |
| 76196943 | - 3000 mg bis unter 3200 mg |
| 76196945 | - 3400 mg bis unter 3600 mg |
| 76196947 | - 3800 mg bis unter 4000 mg |
| 76196948 | - 4000 mg bis unter 4200 mg |
| 76196953 | - 5000 mg und mehr |
| 76197092 | - je Tablette zu 200 mg; OPS 6-004.6 |
| 76197447 | - je 150 mg; OPS 6-004.6 |
| 76197591 | - je 100 mg |
| 76197663 | - je 50 mg; OPS 6-004.6 |
| 76198004 | - Erstlinientherapie, neu diagnostiziert, je mg; OPS 6-004.6 |
| 76198005 | - Zweitlinientherapie, chronische Phase nach Vorbehandlung, je mg; OPS 6-004.6 |

| | |
|----------|---|
| NUB 21 | Obinutuzumab |
| 76198056 | - je 1000 mg [ab 2015] |
| 76198099 | - je 1 mg |
| 76198132 | - je 100 mg |
| NUB 22 | Vemurafenib |
| 76197587 | - je 240 mg Tablette (malignes Melanom) [ab 2012] |
| 76197634 | - je mg |
| 76197677 | - je Packung zu 56 Tabletten (a 240 mg) |
| 76197825 | - je 1000 mg |
| NUB 23 | Axitinib |
| 76197652 | - je 5 mg [ab 2013] |
| 76197656 | - je mg |
| 76197770 | - je 10 mg |
| 76198033 | - je 7 mg |
| 76198221 | - je 1 mg bei Gabe der 5 mg Tablette; OPS 6-006.g |
| 76198222 | - je 1 mg bei Gabe der 7 mg Tablette; OPS 6-006.g |
| 76198234 | - je 1 mg bei Gabe der 1 bzw. 5 mg Tablette; OPS 6-006.g |
| NUB 24 | Brentuximabvedotin |
| 76197593 | - je 50 mg [ab 2012] |
| 76197657 | - je mg |
| 76197668 | - je 50 mg; OPS 8-547.1 |
| 76197740 | - je 50 mg |
| 76197789 | - parenteral, je 10 mg |
| 76197826 | - je 1000 mg |
| NUB 25 | Alemtuzumab |
| 76197797 | - je 12 mg; OPS 6-001.0* [ab 2014] |
| 76197799 | - Gabe von 12 mg (Tagesdosis); OPS 6-001.0* in Verbindung mit OPS 8-547.0 |
| 76197814 | - bei Multipler Sklerose, je 1 mg; OPS 6-001.0* |
| 76197900 | - nur in Verbindung mit der Diagnose G35.1, 12 mg; OPS 6-001.0* |
| 76198015 | - je mg; OPS 6-001.0* |
| NUB 26 | Pomalidomid |
| 76197786 | - je 4 mg Hartkapsel [ab 2014] |
| 76197805 | - je 1 mg Hartkapsel |
| 76197808 | - je 2 mg Hartkapsel |
| 76197817 | - je 3 mg Hartkapsel |
| 76197958 | - bei Gabe der 2 mg Kapsel, je mg |
| 76197959 | - bei Gabe der 3 mg Kapsel, je mg |
| 76197960 | - bei Gabe der 4 mg Kapsel, je mg |
| 76198120 | - je Hartkapsel |
| 76198271 | - je 0,75 mg Tablette; OPS 6-007.a |
| NUB 27 | Pembrolizumab |
| 76198204 | - 1 mg [ab 2015] |
| 76198233 | - je 50 mg als Infusionslösung |
| 76198364 | - je 10 mg |
| 76198449 | - je 1000 mg |
| NUB 28 | Idelalisib |
| 76198043 | - je 150 mg [ab 2015] |
| 76198086 | - je mg |
| 76198100 | - je Tablette zu 100 mg oder 150 mg |
| 76198103 | - je 100 mg |
| 76198116 | - je mg bei Gabe der 100 mg-Tablette |
| 76198117 | - je mg bei Gabe der 150 mg-Tablette |

| | |
|----------|--|
| 76198133 | - je 50 mg |
| NUB 29 | Eltrombopag |
| 76197238 | - 50 mg [an 2010] |
| 76197315 | - je mg |
| 76197377 | - 25 mg |
| 76197442 | - je 1000 mg |
| 76197564 | - OPS 6-006.0 |
| 76198061 | - oral, je 75 mg; OPS 6-006.0 |
| 76198173 | - oral, je 25 mg; OPS 6-006.0 |
| 76198174 | - oral, je 50 mg; OPS 6-006.6 |
| NUB 30 | Carfilzomib |
| 76198125 | - je 60 mg [ab 2015] |
| 76198280 | - je 1 mg |
| 76198298 | - je 10 mg |
| 76198450 | - je 1000 mg |
| NUB 31 | Pixantron |
| 76197654 | - je 29 mg Ampulle [ab 2013] |
| 76197664 | - je mg |
| 76197669 | - je 50 mg |
| 76197791 | - parenteral, je 10 mg |
| 76197828 | - je 1000 mg |
| NUB 32 | Temozolomid, intravenös |
| 76197148 | - je mg [ab 2010] |
| 76197153 | - 100 mg |
| 76197251 | - 50 mg |
| 76197283 | - je 1000 mg |
| 76197421 | - je 100 mg; OPS 6-005.c |
| 76197468 | - je 2,5mg; OPS 6-005.c |
| NUB 33 | Arsentrioxid |
| 76196865 | - je mg [ab 2009] |
| 76197073 | - intravenös, je 10 mg/ml |
| 76197261 | - 100 mg; OPS 6-005.5 |
| 76197276 | - je 1000 mg |
| 76197363 | - 10 mg; OPS 6-005.5 |
| 76198412 | - je 0,15 mg |
| NUB 34 | Dabrafenib |
| 76197780 | - je 75 mg [ab 2014] |
| 76197818 | - je 50 mg Kapsel |
| 76197848 | - je mg |
| 76198131 | - 25 mg, OPS 6-007.5 |
| 76198184 | - je 1000 mg |
| NUB 35 | Lungenvolumenreduktion durch Einlage von Coils |
| 76197425 | - [ab 2011] |
| 76197432 | - je Coil |
| 76197452 | - Einführungsbesteck und erstes Coil |
| 76197519 | - je Nitinolspirale; OPS 5-339.8* |
| 76197535 | - 1 bis 2 Nitinolspiralen; OPS 5-339.80 |
| 76197536 | - 3 bis 4 Nitinolspiralen; OPS 5-339.81 |
| 76197537 | - 5 bis 6 Nitinolspiralen; OPS 5-339.82 |
| 76197538 | - 7 bis 8 Nitinolspiralen; OPS 5-339.83 |
| 76197539 | - 9 bis 10 Nitinolspiralen; OPS 5-339.84 |
| 76197540 | - 11 bis 12 Nitinolspiralen; OPS 5-339.85 |

| | |
|----------|--|
| 76197541 | - 13 bis 14 Nitinolspiralen; OPS 5-339.86 |
| 76197542 | - 15 bis 16 Nitinolspiralen; OPS 5-339.87 |
| 76197543 | - 17 oder mehr Nitinolspiralen; OPS 5-339.88 |
| 76197672 | - je Set 5 Coils; OPS 5-339.8* |
| NUB 36 | Macitentan |
| 76198050 | - je 10 mg [ab 2015] |
| 76198073 | - je mg |
| 76198185 | - je 1000 mg |
| NUB 37 | Bosutinib |
| 76197783 | - je 500 mg Tablette [ab 2014] |
| 76197819 | - je 100 mg Tablette |
| 76197849 | - je mg |
| 76197946 | - bei Verwendung einer 500 mg Tablette, je mg |
| 76197987 | - je 1000 mg |
| 76198044 | - bei Verwendung einer 100 mg Tablette, je mg |
| NUB 38 | Ruxolitinib |
| 76198243 | - je 50 mg Tablette [ab 2016] |
| 76198248 | - je 10 mg |
| 76198249 | - je 15 mg |
| 76198250 | - je 20 mg |
| 76198264 | - je mg |
| 76198278 | - je 10, 15 oder 20 mg Tablette |
| 76198304 | - je mg bei Gabe der 10 mg Tablette |
| 76198305 | - je mg bei Gabe der 15 mg Tablette |
| 76198306 | - je mg bei Gabe der 20 mg Tablette |
| 76198307 | - je mg bei Gabe der 5 mg Tablette |
| 76198451 | - je 1000 mg bei Gabe der 5 mg Tabletten |
| 76198452 | - je 1000 mg bei Gabe der 10 mg Tabletten |
| 76198453 | - je 1000 mg bei Gabe der 15 mg Tabletten |
| 76198454 | - je 1000 mg bei Gabe der 20 mg Tabletten |
| NUB 39 | Vedolizumab |
| 76198053 | - je 400 mg [ab 2015] |
| 76198069 | - je 300 mg |
| 76198143 | - je mg |
| 76198186 | - je 1000 mg |
| NUB 40 | Ponatinib |
| 76197792 | - je 15 mg [ab 2014] |
| 76197801 | - je 45 mg |
| 76197850 | - je mg |
| 76197947 | - bei Verwendung einer 15 mg Tablette, je mg |
| 76197948 | - bei Verwendung einer 45 mg Tablette, je mg |
| 76197986 | - je 1000 mg |
| 76198012 | - je 30 oder 45 mg Tablette |
| 76198443 | - bei Verwendung der 45 mg Tabletten, je 1000 mg |
| 76198444 | - bei Verwendung der 15 mg Tabletten, je 1000 mg |
| NUB 41 | Certolizumab |
| 76197050 | - je mg [ab 2009] |
| 76197230 | - je 200 mg |
| 76197277 | - je 1000 mg |
| 76197328 | - je 400 mg; OPS 6-005.7 |
| 76197418 | - je 200 mg; OPS 6-005.7 |

| | |
|----------|--|
| NUB 42 | Ledipasvir-Sofosbuvir |
| 76198051 | - je 490 mg [ab 2015] |
| 76198141 | - je mg |
| 76198208 | - je 400 mg |
| 76198384 | - je 90 mg |
| NUB 43 | Sofosbuvir |
| 76198052 | - je 400 mg [ab 2015] |
| 76198142 | - je mg |
| 76198187 | - je 1000 mg |
| NUB 44 | Aszitesbehandlung mittels einer vollimplantierbaren Pumpe |
| 76197516 | - [ab 2012] |
| 76197738 | - OPS 5-549.6 |
| NUB 45 | Belimumab |
| 76197492 | - je 100 mg [ab 2012] |
| 76197502 | - je mg; OPS 8-547.1 |
| 76197504 | - je 120 mg |
| 76197505 | - je 400 mg |
| 76197515 | - je 200 mg |
| 76197552 | - je mg |
| 76197598 | - je 1000 mg |
| 76197662 | - je 20 mg; OPS 6-006.6 |
| 76197765 | - je 10 mg; OPS 6-006.6 |
| 76197788 | - parenteral, je 50 mg; OPS 6-006.6 |
| NUB 46 | Gecoverte Endoprothesen mit bioaktiver Oberfläche zur Dialyse-Shunt-Revision |
| 76198071 | - OPS 8-842.03 oder .0e i.V.m. OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f1 [ab 2015] |
| 76198080 | - 2,5 bis 5 cm |
| 76198081 | - 10 cm |
| 76198082 | - 15 cm |
| 76198107 | - OPS 8-842.03 oder .0e oder 5-392.3 i.V.m. OPS 8-83b.e1 |
| 76198108 | - OPS 8-842.03 oder .0e oder 5-392.3 i.V.m. OPS 8-83b.f1 |
| 76198134 | - 25 cm |
| 76198199 | - 20 cm |
| 76198215 | - je Stent, unter 100 mm; OPS 8-842.03 oder .0e i.V.m. OPS 8-83b.e1 |
| 76198217 | - je Stent, 150 mm bis unter 200 mm; OPS 8-842.03 oder .0e i.V.m. OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f2 |
| 76198218 | - je Stent, mehr als 250 mm; OPS 8-842.03 oder .0e i.V.m. OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f4 |
| 76198355 | - bis 50 mm; OPS 8-83b.e1 |
| 76198356 | - 100 mm - 150 mm; OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f1 |
| 76198357 | - 150 mm - 250 mm; OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f2 oder .f3 |
| 76198358 | - 250 mm und mehr; OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f4 |
| 76198377 | - 100 mm - 150 mm; OPS 8-842.02 oder .03 oder .0e i.V.m. OPS 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f1 |
| 76198480 | - je Endoprothese |
| NUB 47 | Ustekinumab |
| 76197196 | - 45 mg [ab 2010] |
| 76197330 | - je Gabe von 45 oder 90 mg |
| 76197416 | - je Fertigspritze; OPS 6-005.j |
| 76197517 | - je mg |
| 76197766 | - je Fertigspritze, je 45 mg; OPS 6-005.j |
| 76197767 | - je Fertigspritze, je 90 mg; OPS 6-005.j |
| 76197951 | - bei Gabe der 45 mg Fertigspritze, je mg |
| 76197952 | - bei Gabe der 90 mg Fertigspritze, je mg |

| | |
|----------|---|
| NUB 48 | Trametinib |
| 76198216 | - je mg [ab 2016] |
| 76198237 | - je 0,5 mg |
| 76198251 | - je 2 mg |
| 76198476 | - bei Gabe der 0,5 mg Tabletten, je mg |
| 76198477 | - bei Gabe der 2 mg Tablette, je mg |
| NUB 49 | Ceritinib |
| 76198252 | - je 150 mg [ab 2016] |
| 76198322 | - je mg |
| 76198455 | - je 1000 mg |
| NUB 50 | Panobinostat |
| 76198253 | - je 10 mg bzw. 20 mg [ab 2016] |
| 76198276 | - je 10 mg, 15 mg oder 20 mg |
| 76198294 | - je 10 mg |
| 76198295 | - je 15 mg |
| 76198296 | - je 20 mg |
| 76198308 | - je mg bei Gabe der 10 mg Hartkapsel |
| 76198309 | - je mg bei Gabe der 15 mg Hartkapsel |
| 76198310 | - je mg bei Gabe der 20 mg Hartkapsel |
| 76198365 | - je 1 mg |
| 76198426 | - je Kapsel |
| NUB 51 | Simeprevir |
| 76198049 | - je 150 mg [ab 2015] |
| 76198112 | - je mg |
| 76198189 | - je 1000 mg |
| NUB 52 | Olaparib |
| 76198254 | - je 50 mg [ab 2016] |
| 76198311 | - je mg |
| 76198456 | - je 1000 mg |
| NUB 53 | Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen |
| 76197007 | - [ab 2009] |
| 76197008 | - OPS 8-836.d0 oder .e0 |
| 76197253 | - Flow Diverter in der zerebralen Aneurysmathherapie; OPS 8-844.00 |
| 76197254 | - Flow Diverter in der zerebralen Aneurysmathherapie; OPS 8-844.10 |
| 76197255 | - Flow Diverter in der zerebralen Aneurysmathherapie; OPS 8-844.20 |
| 76197256 | - Flow Diverter in der zerebralen Aneurysmathherapie; OPS 8-844.30 |
| 76197257 | - Flow Diverter in der zerebralen Aneurysmathherapie; OPS 8-844.40 |
| 76197258 | - Flow Diverter in der zerebralen Aneurysmathherapie; OPS 8-844.50 |
| 76197338 | - OPS 8-842.00 |
| 76197413 | - OPS 8-84b.00 |
| 76197414 | - OPS 8-84b.10 |
| 76197480 | - Flow Diverter in der zerebralen Aneurysmathherapie, Intraaneurysmaler Flussteiler; OPS 8-84b.00 |
| 76197527 | - 2 Stents; OPS 8-84b.20 |
| 76197528 | - 3 Stents; OPS 8-84b.30 |
| 76197529 | - 4 Stents; OPS 8-84b.40 |
| 76197530 | - 5 Stents; OPS 8-84b.50 |
| 76197531 | - 6 Stents und mehr; OPS 8-84b.60 |
| 76197671 | - Flow Diverter in der zerebralen Aneurysmathherapie; OPS 8-83c.8 |
| 76197737 | - je Stent; OPS 8-84b.*0 |

| | |
|----------|---|
| NUB 54 | Icatibant |
| 76196866 | - je mg [ab 2009] |
| 76196974 | - 30 mg |
| 76197057 | - je Fertigspritze |
| 76197441 | - je 1000 mg |
| 76197583 | - je Fall; OPS 6-005.4 |
| NUB 55 | Endobarriere zur Behandlung adipöser Typ-2-Diabetiker |
| 76197983 | - OPS 5-469.n3 [ab 2014] |
| 76198013 | - OPS 5-469.q3 |
| 76198092 | - |
| NUB 56 | Vandetanib |
| 76198245 | - je 100 mg Tablette [ab 2016] |
| 76198255 | - je 300 mg |
| 76198232 | - je mg bei Gabe der 100 mg Tablette |
| 76198303 | - je mg bei Gabe der 300 mg Tablette |
| 76198332 | - je mg |
| 76198457 | - je 1000 mg bei Gabe der 100 mg Tabletten |
| 76198458 | - je 1000 mg bei Gabe der 300 mg Tabletten |
| NUB 57 | Siltuximab |
| 76198047 | - je 100 mg [ab 2015] |
| 76198048 | - je 400 mg |
| 76198059 | - je 10 mg |
| 76198097 | - je 1 mg |
| 76198188 | - je 1000 mg |
| 76198193 | - je mg bei Gabe einer 100 mg Infusion |
| 76198194 | - je mg bei Gabe einer 400 mg Infusion |
| NUB 58 | Blinatumomab |
| 76198239 | - je µg [ab 2016] |
| 76198265 | - je 38,5 µg Ampulle |
| 76198269 | - je 35 µg Durchstechflasche |
| 76198281 | - je 10 µg |
| 76198459 | - je 1000 µg |
| NUB 59 | Riociguat |
| 76198054 | - je 0,5 mg [ab 2015] |
| 76198058 | - je 1,5 mg |
| 76198072 | - je 2,5 mg |
| 76198077 | - je Tablette, je 0,5 bis 2,5 mg |
| 76198111 | - je Tablette, je 0,5 mg oder 1,0 mg |
| 76198127 | - je mg |
| 76198158 | - je mg bei Verwendung einer 0,5 mg-Tablette |
| 76198159 | - je mg bei Verwendung einer 1 mg-Tablette |
| 76198160 | - je mg bei Verwendung einer 1,5 mg-Tablette |
| 76198161 | - je mg bei Verwendung einer 2 mg-Tablette |
| 76198162 | - je mg bei Verwendung einer 2,5 mg-Tablette |
| 76198378 | - je 2,0 mg |
| NUB 60 | Denileukin Diftitox |
| 76197053 | - je µg [ab 2009] |
| 76197496 | - je 300 µg; OPS 6-005.6 |
| 76198198 | - je angefangene 200 µg; OPS 6-005.6 |
| 76198293 | - je mg |
| NUB 61 | Canakinumab |
| 76197314 | - je mg [ab 2010] |

| | |
|----------|--|
| 76197478 | - je 150 mg |
| 76197599 | - je 1000 mg |
| NUB 62 | Ombitasvir-Paritaprevir-Ritonavir |
| 76198242 | - je 12,5/75/50 mg Tablette [ab 2016] |
| 76198366 | - je 1 mg |
| NUB 63 | Lenvatinib |
| 76198241 | - je 4 mg Kapsel [ab 2016] |
| 76198256 | - je 10 mg |
| 76198262 | - je 4 mg bzw. 10 mg Tablette |
| 76198317 | - je mg bei Gabe der 4 mg Hartkapsel |
| 76198318 | - je mg bei Gabe der 10 mg Hartkapsel |
| 76198367 | - je 1 mg |
| 76198483 | - je angefangene 24 mg |
| NUB 64 | Perkutane Mitralklappenanulographie mit Spange |
| 76197498 | - Carillon-Spange [ab 2012] |
| 76197523 | - OPS 5-35a.2 |
| NUB 65 | Defibrotide |
| 76197317 | - je mg [ab 2010] |
| 76197455 | - je 200 mg |
| 76197901 | - bei ICD K76.5, je 200 mg; OPS 6-005.k |
| 76197984 | - je 1000 mg |
| 76198467 | - je 10 mg |
| NUB 66 | Cobimetinib |
| 76198240 | - je 20 mg Tablette [ab 2016] |
| 76198321 | - je mg |
| 76198460 | - je 1000 mg |
| NUB 67 | Intraaneurysmales hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen |
| 76197551 | - je Implantat [ab 2012] |
| 76197710 | - (Flow Diverter); OPS 8-83c.8 i.V.m. OPS 8-84b.00 |
| 76197711 | - (Flow Diverter); OPS 8-83c.8 i.V.m. OPS 8-84b.20 |
| 76197712 | - (Flow Diverter); OPS 8-83c.8 i.V.m. OPS 8-84b.30 |
| 76197713 | - (Flow Diverter); OPS 8-83c.8 i.V.m. OPS 8-84b.40 |
| 76197714 | - (Flow Diverter); OPS 8-83c.8 i.V.m. OPS 8-84b.50 |
| 76197715 | - (Flow Diverter); OPS 8-83c.8 i.V.m. OPS 8-84b.60 |
| 76198284 | - Flow Diverter; OPS 8-83c.8 |
| NUB 68 | Daclatasvir |
| 76198021 | - je 60 mg [ab 2015] |
| 76198094 | - je 30 mg |
| 76198144 | - je 1 mg |
| 76198155 | - je mg bei Verwendung einer 30 mg-Kapsel |
| 76198156 | - je mg bei Verwendung einer 60 mg-Kapsel |
| 76198169 | - je Tablette zu 30 mg oder 60 mg |
| NUB 69 | Teduglutid |
| 76198060 | - je 5 mg [ab 2015] |
| 76198114 | - je mg |
| 76198461 | - je 1000 mg |
| NUB 70 | Secukinumab |
| 76198236 | - je 150 mg [ab 2016] |
| 76198325 | - je mg |

| | |
|----------|---|
| NUB 71 | Elektrostimulationssystem zur Behandlung der gastroösophagealen Refluxkrankheit |
| 76197754 | - [ab 2013] |
| 76198089 | - unterer ösophagealer Schließmuskel, Wechsel; OPS 5-429.s0 oder .s1 oder .s2 |
| 76198170 | - OPS 5-429.r oder .s0 |
| 76198171 | - OPS 5-429.s1 |
| 76198172 | - OPS 5-429.s2 |
| 76198371 | - OPS 5-429.r |
| 76198372 | - OPS 5-429.s0 |
| NUB 72 | Endovaskuläre Anlage eines inneren AV-Shunts mittels magnetgeführter Hochfrequenzenergie |
| 76198244 | - OPS 5-986.x i.V.m. OPS 5-392.3 [ab 2016] |
| 76198283 | - OPS 5-392.* |
| 76198361 | - |
| NUB 73 | Transapikale Mitralklappenrekonstruktion durch Implantation von Neochordae (PTFE) |
| 76197655 | - OPS 5-35a.x [ab 2013] |
| 76198206 | - je Leistung |
| NUB 74 | Übertragung von virusspezifischen Spender-Immunzellen nach allogener Stammzelltransplantation |
| 76198063 | - OPS 8-802.41 [ab 2015] |
| 76198101 | - Verwandte Spender; OPS 8-802.41 |
| 76198102 | - Dateispender; OPS 8-802.41 |
| 76198192 | - je Leistung |
| 76198203 | - Streptamer Verfahren, GMP-Labor, Klinik |
| 76198224 | - virusspezifisch; OPS 8-802.42 |
| 76198225 | - pilzspezifisch; OPS 8-802.43 |
| 76198226 | - tumorspezifisch; OPS 8-802.44 |
| 76198227 | - sonstige In-vitro-Aufbereitung; OPS 8-802.4x |
| 76198385 | - Cytokine-CaptureAssay Verfahren; OPS 8-802.4x |
| 76198413 | - Streptamer Verfahren |
| NUB 75 | Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung |
| 76198078 | - (LVAD) mit transseptaler, links atrialer Kanüle; OPS 8-839.a0 [ab 2015] |
| 76198079 | - (RVAD) mit 2 Kanülen; OPS 8-839.a1 |
| 76198088 | - rechter Ventrikel (RVAD) mit doppellumiger Kanüle; OPS 8-839.a1 i.V.m. 8-839.a5 |
| 76198090 | - OPS 8-839.a* |
| 76198207 | - je Leistung; OPS 8-839.a0, .a1 oder .a2 |
| 76198257 | - LVAD mit doppellumiger Kanüle; OPS 8-839.a0 i.V.m. OPS 8-839.a5 |
| 76198258 | - RVAD mit zwei Kanülen, Zugang femorale Venen; OPS 8-839.a1 |
| 76198259 | - RVAD mit doppellumiger Kanüle, Zugang Jugular-Vene; OPS 8-839.a1 i.V.m. 8-839.a5 |
| 76198267 | - LVAD mit doppellumiger Kanüle, Zugang Jugular-Vene; OPS 8-839.a0 i.V.m. 8-839.a5 |
| 76198268 | - LVAD mit doppellumiger Kanüle und zweiter PA-Kanüle; OPS 8-839.a0 i.V.m. 8-839.a5 |
| 76198285 | - RVAD mit doppellumiger Kanüle und zweiter PA-Kanüle; OPS 8-839.a1 i.V.m. 8-839.a5 |
| 76198300 | - LVAD, zwei Kanülen |
| 76198301 | - RVAD |
| 76198302 | - LVAD |
| 76198380 | - RVAD mit 2 Kanülen, bis unter 48 Stunden; OPS 8-839.a1 i.V.m. OPS 8-83a.10 |
| 76198381 | - RVAD mit 2 Kanülen, 48 bis unter 96 Stunden; OPS 8-839.a1 i.V.m. OPS 8-83a.11 |
| 76198386 | - RVAD mit 2 Kanülen, 96 bis unter 144 Stunden; OPS 8-839.a1 i.V.m. OPS 8-83a.13 |
| 76198388 | - RVAD mit 2 Kanülen, 144 bis unter 192 Stunden; OPS 8-839.a1 i.V.m. OPS 8-83a.14 |
| 76198389 | - RVAD mit 2 Kanülen, 192 bis unter 240 Stunden; OPS 8-839.a1 i.V.m. OPS 8-83a.15 |
| 76198390 | - RVAD mit 2 Kanülen, 240 bis unter 288 Stunden; OPS 8-839.a1 i.V.m. OPS 8-83a.16 |
| 76198391 | - RVAD mit 2 Kanülen, 288 bis unter 384 Stunden; OPS 8-839.a1 i.V.m. OPS 8-83a.17 |
| 76198392 | - RVAD mit 2 Kanülen, 384 bis unter 480 Stunden; OPS 8-839.a1 i.V.m. OPS 8-83a.18 |
| 76198393 | - RVAD mit 2 Kanülen, 480 bis unter 576 Stunden; OPS 8-839.a1 i.V.m. OPS 8-83a.19 |

| | |
|----------|--|
| 76198394 | - RVAD mit 2 Kanülen, 576 und mehr Stunden; OPS 8-839.a1 i.V.m. OPS 8-83a.1a |
| 76198414 | - (LVAD) mit transeptaler, links atrialer Kanüle; OPS 8-839.a* |
| 76198433 | - LVAD mit einer doppellumigen Kanüle, Zugang via Jugular-Vene, je Stück |
| 76198434 | - LVAD mit links-atrialer u. femoraler Kanüle, linker Ventrikel, je Stück |
| 76198435 | - RVAD mit doppellumiger Kanüle u. zweiter PA Kanüle, je Stück |
| 76198436 | - RVAD doppellumige Kanüle, Zugang via Jugular-Vene, je Stück |
| 76198437 | - RVAD mit zwei Kanülen, Zugang via femorale Venen, je Stück |
| NUB 76 | Implantation eines Magenschrittmachers |
| 76196745 | - [ab 2008] |
| 76196984 | - mit laparoskopischer Implantation der Sonden; OPS 5-449.n1 |
| 76197331 | - Implantierbarer Magenpulsgenerator (IPG); OPS 5-449.n* |
| 76197436 | - OPS 5-449.n0 |
| NUB 77 | Ivacaftor |
| 76197651 | - je Tablette, 150 mg [ab 2013] |
| 76197741 | - je mg |
| 76197829 | - je 1000 mg |
| 76198468 | - 50 mg Granulatbeutel; OPS 6-006.d |
| 76198469 | - 75 mg Granulatbeutel; OPS 6-006.d |
| NUB 78 | Ranibizumab, intravitreal |
| 76197086 | - 1 Fertigspritze a 0,5 mg; OPS 6-003.c |
| 76197087 | - 1 Fertigspritze a 0,5 mg; OPS 5-156.9 in Kombination mit 6-003.c |
| 76197093 | - Ranibizumab; OPS 6-003.c |
| 76197311 | - je 2,3 mg; OPS 6-003.c |
| 76197590 | - OPS 6-003.c in Verbindung mit OPS 8-525.4 |
| 76197811 | - je 0,1 mg; OPS 6-003.c |
| 76197932 | - je mg; OPS 5-156.9 in Verbindung mit OPS 6.003.c |
| 76198128 | - je 1,65 mg; OPS 6-003.c |
| 76198139 | - je 10 mg; OPS 6-003.c |
| 76198157 | - je mg; OPS 6-003.c |
| NUB 79 | Katheterbasiertes Implantat zur Behandlung linksventrikulärer kardialer Motilitätsstörungen |
| 76198074 | - katheterbasiertes (perkutanes) ventrikuläres Partitionierungsimplantat, zur Behandlung von (chronischer) Herzinsuffizienz aufgrund ischämischer Herzkrankheiten; OPS 5-37a.0 [ab 2015] |
| 76198205 | - je Leistung |
| 76198438 | - Parachute-System, je Implantat |
| NUB 80 | Lungenvolumenreduktion mittels bronchoskopischer Applikation von Polymerschäum |
| 76197426 | - [ab 2011] |
| 76197518 | - je Segment; OPS 5-339.7 |
| 76197678 | - zwei Subsegmente; OPS 5-339.71 |
| 76197763 | - OPS 5-339.72 |
| 76197764 | - OPS 5-339.73 |
| NUB 81 | Endovaskuläre Mitralklappenanuloplastik mit Anuloplastie-Band |
| 76198260 | - OPS 5-35a.2 [ab 2016] |
| 76198347 | - |
| NUB 82 | Intraaortale Ballonokklusion mit extrakorporaler Zirkulation |
| 76197012 | - OPS 5-379.x [ab 2009] |
| 76197063 | - |
| 76197419 | - OPS 8-851.01, .11, .31, .41 oder .51 |
| NUB 83 | Kiefergelenkendoprothese (Totalersatz) |
| 76196116 | - Lorenz-Prothese; OPS 5-773.a, 5-775.72, 5-779.2 [ab 2007] |
| 76196117 | - TMJ-Concepts-Prothese; OPS 773.a, 5-775.72, 5-779.2 |

| | |
|----------|---|
| 76196635 | - OPS 5-773.a0, .a1, 5-779.20 oder .21 |
| 76196636 | Kiefergelenksendoprothese Gelenkkopfprothese; OPS 5-773.a2 oder 5-779.22 |
| 76197060 | - vorgefertigt; OPS 5-773.a0 |
| 76197061 | - CAD-CAM-gefertigt; OPS 5-773.a1 |
| 76197438 | - CAD/CAM, je Gelenk |
| 76197439 | - vorgefertigt, je Gelenk |
| 76197750 | - OPS 5-779.20 |
| 76197752 | - OPS 5-779.21 |
| 76197889 | - mittels individueller konturidentischer Titanimplantate; OPS 5-775.72 i.V.m. OPS 5-931 |
| 76197955 | - Standardprothese; OPS 5-773.a0 oder 5-779.20 |
| 76197956 | - Patientenindividuelle Prothese; OPS 5-773.a1 oder 5-779.21 |
| NUB 84 | Telaprevir |
| 76198266 | - je 375 mg Tablette [ab 2016] |
| 76198326 | - je mg |
| NUB 85 | Treprostinil |
| 76196641 | - 20 mg (Flasche) [ab 2008] |
| 76196642 | - 50 mg (Flasche) |
| 76196643 | - 100 mg (Flasche) |
| 76196644 | - 200 mg (Flasche) |
| 76197078 | - je mg |
| 76197408 | - je 1 mg je 20 mg Konzentration; OPS 6-004.b |
| 76197409 | - je 1 mg je 50 mg Konzentration; OPS 6-004.b |
| 76197410 | - je 1 mg je 100 mg Konzentration; OPS 6-004.b |
| 76197411 | - je 1 mg je 200 mg Konzentration; OPS 6-004.b |
| 76197601 | - je 1000 mg |
| 76198376 | - je µg |
| NUB 86 | Radionuklidtherapie mit Lutetium-177-markiertem prostataspezifischem Membranantigen (PSMA) bei Prostatakarzinom |
| 76198123 | - je Therapie mit 4 GBq; OPS 8-530.6x [ab 2015] |
| 76198124 | - je Therapie mit 6 GBq; OPS 8-530.6x |
| 76198297 | - OPS 8-530.d0 |
| 76198299 | - je Therapie; OPS 8-530.6x |
| 76198353 | - 4 GBq |
| 76198354 | - 6 GBq |
| 76198374 | - Basis incl. 1 GBq |
| 76198375 | - Dosis ab 2. GBq (je GBq) |
| 76198396 | - 8 GBq; OPS 8-530.d0 |
| 76198397 | - 6 GBq; OPS 8-530.d0 |
| 76198422 | - je GBq, je Leistung; OPS 8-530.d0 |
| 76198423 | - je angefangene GBq |
| 76198424 | - je Fall |
| 76198484 | - je Behandlung |
| 76198485 | je appliziertem GBq |
| NUB 87 | Lumacaftor-Ivacaftor |
| 76198231 | - je 200 mg/125 mg Filmtablette [ab 2016] |
| 76198368 | - je 1 mg |
| NUB 88 | Hypoglossusnerv-Stimulationssystem zur Behandlung des obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms (OSAS) |
| 76197772 | - [ab 2013] |
| NUB 89 | Ocriplasmin, intravitreal |
| 76197914 | - je 0,5 mg [ab 2014] |
| 76198190 | - je 125 µg |

| | |
|----------|---|
| 76198191 | - je 1 mg |
| 76198209 | - je µg |
| NUB 90 | Miglustat |
| 76197544 | - je 100 mg [ab 2012] |
| 76197736 | - je mg; OPS 6-006.8 |
| 76197830 | - je 1000 mg; OPS 6-600.8 |
| NUB 91 | Implantat zur direkten akustischen Stimulierung der Cochlea (DACI) |
| 76197859 | - [ab 2014] |
| NUB 92 | Apikoaortales, klappentragendes Konduit |
| 76197497 | - [ab 2012] |
| 76197573 | - OPS 5-354.09 |
| 76197675 | - OPS 5-358.05 |
| 76197722 | - OPS 5-379.a |
| NUB 93 | Therapie der Skoliose mittels magnetisch-kontrollierter Stangen |
| 76197567 | - Growing Rod; OPS 5-838.x [ab 2012] |
| 76197571 | - 1 Stange; OPS 5-838.x |
| 76197572 | - 2 Stangen; OPS 5-838.x |
| 76197699 | - OPS 5-838.e0 |
| 76197700 | - OPS 5-838.e1 |
| 76197701 | - OPS 5-838.e2 |
| 76197702 | - OPS 5-838.e3 |
| 76198034 | - mitwachsendes Schrauben-Stab-System, je Eingriff (bis 7 Wirbelkörper) |
| 76198035 | - mitwachsendes Schrauben-Stab-System, je Eingriff (ab 7 Wirbelkörper) |
| 76198176 | - je Behandlung |
| NUB 94 | Vorhofohrverschluss durch transperikardiale Ligatur |
| 76198138 | - OPS 5-379.1 i.V.m. OPS 8-837.s i.V.m. OPS 8-837.x [ab 2015] |
| 76198175 | - |
| 76198395 | - OPS 8-837.s1 |
| NUB 95 | Radium-223-Dichlorid |
| 76197824 | - [ab 2014] |
| NUB 96 | Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere und andere Gefäße |
| 76198219 | - 50 mm |
| 76198220 | - 100 mm |
| 76198223 | - 150 mm |
| NUB 97 | Intrakavitäre Radiotherapie mit Jod-125 |
| 76196187 | - je durchgeführter Therapie [ab 2007] |
| 76196364 | - Hirntumor/Intrakranielle Metastasen |
| 76196662 | - |
| 76196741 | - eine Ampulle |
| 76196742 | - zwei Ampullen |
| 76196743 | - drei Ampullen |
| 76197695 | - bei Rezidiv |
| NUB 98 | Aflibercept, intravitreal |
| 76197988 | - je angefangene Ampulle mit 40 mg Wirkstoff [ab 2014] |
| 76198109 | - je 4 mg; OPS 6-007.2 |
| 76198201 | - je mg; OPS 6-007.2 |
| NUB 99 | Endovaskuläre Mitralklappenanuloplastik |
| 76196582 | - Endovaskuläre Implantation einer Herzklappenprothese/Mitralklappenanuloplastie; OPS 5-35a.2 [ab 2008] |

- 76197079 - Endovaskuläre Implantation einer Herzklappenprothese/Mitralklappenanuloplastie;
OPS 5-35a.*
- 76197307 - und ventrikuläre Mitralklappenrekonstruktion/Clipping; OPS 5-35a.4
- NUB 100 Epiretinale Netzhautprothese
76197437 - [ab 2011]
- NUB 101 Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für intraabdominale, kraniale
oder periphere Gefäße
76197725 - 25 - 50 mm
76197728 - 100 mm
76197729 - 150 mm
76197730 - 250 mm
76197734 - periphere Gefäße, mit Bifurkation, 100 mm bis unter 150 mm; OPS 8-842.*b, .*c oder .*9
oder 8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f1
76197745 - periphere Gefäße, mit Bifurkation, bis 50 mm; OPS 8-842.*b, .*c, .*9 oder 8-83b.e1
76197746 - periphere Gefäße, mit Bifurkation, 150 mm bis unter 250 mm; OPS 8-842.*b, .*c, .*9 oder
8-83b.e1 i.V.m. OPS 8-83b.f2 oder .f3
76197747 - periphere Gefäße, mit Bifurkation, 250 mm und mehr; OPS 8-842.*b, .*c, .*9 oder 8-83b.e1
i.V.m. OPS 8-83b.f4
- NUB 102 Fetoskopische Drainagetherapie
76197220 - der Harnblase [ab 2010]
76197697 - OPS 5-755.6 oder 5-754.10 oder 5-754.3
- NUB 103 Implantation mitwachsender Herzklappen
76197559 - je Implantat [ab 2012]
76198288 - dezellularisierte humane Aorten- bzw. Pulmonalklappe; OPS 5-351.37, .0x, 5.352.28 oder
.0x
- NUB 104 Fetoskopischer Tracheal-Ballonverschluss bei Zwerchfellhernie und bei vorzeitigem Blasensprung
76197071 - [ab 2009]
76197224 - Ballon pprom
76197475 - Fetoskopischer temporärer Verschluss der Luftröhre durch Latexballons; OPS 5-755.0
76197477 - Fetoskopische Entfernung eines Latexballons; OPS 5-755.1
- NUB 105 Pulmonalarterieller Banding, telemetrisch adjustierbar
76197748 - OPS 5-390.7 oder 5-390.8 [ab 2013]
76198042 - OPS 5-390.71
- NUB 106 Künstlicher Kehlkopf nach totaler Laryngektomie
76198095 - [ab 2015]
- NUB 107 Verschluss von Nabelschnur- und intrafetalen Gefäßen mittels perkutaner ultraschallgesteuerter
Radiofrequenzablation oder fetoskopischer Laserablation
76197225 Perkutane ultraschallgesteuerte Radiofrequenzablation zum Verschluss von Nabelschnur- und
intrafetalen Gefäßen bei Zwillingschwangerschaft und Steißbeinteratom [ab 2010]
76197595 - OPS 5-754.4
- NUB 108 Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für viszerale und supraaortale
Gefäße
76197749 - OPS 8-839.88 [ab 2013]
76197756 - 50 mm Länge, je Stent
76197757 - 100 mm Länge, je Stent
76197758 - 150 mm Länge, je Stent
76197759 - 250 mm Länge, je Stent
76197798 - OPS 8-83b.e1
76197822 - 25 bis 50 mm

| | |
|---|--|
| NUB 109 76197580 | Keratoprothese, biologisch beschichtet - OPS 5-125.41 [ab 2012] |
| NUB 110 76197570 76197761 76198020 76198421 | Tafamidis - je 20 mg [ab 2012] - Meglumin, je mg - je angebrochene 30 mg - Meglumin, je 1000 mg |
| NUB 111 76197696 | Therapie der Skoliose mittels mitwachsendem Schrauben-Stab-System - je Eingriff [ab 2013] |
| NUB 112 76196500 76198290 | Auditorisches Hirnstammimplantat - [ab 2007] - [ab 2016] |
| NUB 113 76197852 | Subretinales aktives Implantat - [ab 2014] |
| NUB 114 76197569 76197778 76197779 | Allogene Hepatozytentransplantation - Leberzelltherapie, je Behandlung [ab 2012] - Neugeborenes; OPS 8-862.0 - Kinder; OPS 8-862.0 |
| NUB 115 76197221 | Fetoskopische Eröffnung von verengten Semilunarklappen und des Foramen ovale - [ab 2010] |
| NUB 116 76198327 76198328 76198329 76198330 76198478 | Asfotase alfa - je 18 mg [ab 2016] - je 28 mg - je 40 mg - je 80 mg - je mg |
| NUB 117 76196756 76197704 76197705 | Endo-Exo-Prothese - OPS 5-785.4g [ab 2007] - OPS 5-828.0 - OPS 5-869.3 |
| NUB 118 76197084 76197581 | Pegaptanib, intravitreal - 1 Fertigspritze a 0,3 mg; OPS 6-003.d [ab 2010] - je mg |
| NUB 119 76197222 | Fetoskopische Therapie von fetaler supraventrikulärer Tachykardie und Kehlkopf- bzw. Luftröhrenverschluss - [ab 2010] |
| NUB 120 76198360 | Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Holmium-166-markierten Mikrosphären zur Radioembolisation - bei Lebertumoren [ab 2016] |
| NUB 121 76197223 | Fetoskopischer Patchverschluss bei Spina bifida aperta - [ab 2010] |
| NUB 122 76197142 76197143 76197698 76198369 | Wachstumsendoprothesen - non-invasiv, ohne Motor [ab 2009] - non-invasiv, mit Motor - OPS 5-820.20, .21, .22, 5.822.90, .91 oder .92 - OPS 5-822.9* i.V.m. OPS 5-829.c |
| NUB 123 76196980 | Okklusionsschirm für Aortendissektionsmembranen - je Stück [ab 2009] |

| | |
|---|--|
| NUB 124 76197074 | Uterus-Schirmchenverschluss nach fetoskopischen Eingriffen - [ab 2010] |
| NUB 125 76198482 | Cabozantinib - je angefangene 140 mg [ab 2016] |
| NUB 126 76198320 | Dasabuvir in Kombination mit Ombitasvir-Paritaprevir-Ritonavir - je mg [ab 2016] |
| NUB 128 76198373 | Behandlung der letalen Epidermolysis bullosa junctionalis (M. Herlitz) durch Transplantation von haploidentischem Knochenmark und Haut desselben Spenders - [2016] |
| NUB 129 76196767 | Radioimmuntherapie mit Anti-CD19-, Anti-CD45- und Anti-CD66-Antikörper - Myeloablative Radioimmuntherapie [ab 2008] |
| NUB 132 76197592 | Kontinuierliche Amnioninfusion mittels subkutan implantiertem Portsystem - [ab 2012] |
| NUB 133 76196456 76197546 76197575 | Wachstumslenkende Epiphyseodese an der Wirbelsäule durch Klammern aus einer Form- Gedächtnis-Legierung Wachstumslenkende Epiphyseodese [ab 2007] Wachstumslenkende Epiphyseodese; OPS 5-828.10, .11 oder .1x Wachstumslenkende Epiphyseodese; OPS 5-789.1h i.V.m. OPS 5-789.1k |
| NUB 135 76198479 | Radionuklidtherapie mit Jod-131-Azetidinylamid bei metastasiertem Nebennierenrindenzarzinom - je Leistung [ab 2016] |
| NUB 136 76198473 | Akustikusneurinomoperation mit gleichzeitiger Cochlea-Implantation - je Operation [ab 2016] |
| NUB 137 76198472 | Cholsäure zur Behandlung eines 3-beta-Hydroxy-delta-5-C27-Steroid-Oxidoreduktase- oder eines delta-4-3-Oxosteroid-5-beta-Reduktase-Mangels - je angefangener 50 mg Wirkstoff [ab 2016] |
| NUB 138 76198471 | Lutetium-177-Pentixafor-Therapie - je Intervention [ab 2016] |
| NUB 139 76197051 | Radionuklidtherapie mit Jod-131-Metomidat - [ab 2009] |

NUB-Status 1 [bzw. 2] entsprechend Fußnoten/Hinweisen des InEK

- NUB 140 Ereignisrekorder, implantierbar, gemeinsam mit Ablation
 76196726 Ereignisrekorder, implantierbar, bei Vorhofflimmern; OPS 5-377.8
 76197218 - [ab 2008]
 76197324 - bei Vorhofflimmern, offen chirurgisch
 76197325 - bei kardiologischer Ablation des Vorhofflimmerns
 76197371 - OPS 5-377.8 in Kombination mit 5-371.4*
 76197384 - bei Vorhofflimmern bei DRG F12F oder F12H; OPS 5-377.8
 76197472 - OPS 5-377.8 i.V.m. OPS 5-371
 76197473 - OPS 5-377.8 i.V.m. OPS 8-835
 76197568 - offen chirurgisch; OPS 5-377.8 i.V.m. OPS 5-371.4* oder 5-371.3*
 76197579 - bei DRG F50A; OPS 5-377.8
 76197637 - bei Vorhofflimmern, offen chirurgisch; OPS 5-377.8 i.V.m. OPS 5-371.* oder 8-835.8*
 76197743 - je Leistung (außer bei Herzmonitor); OPS 5-377.8
 76197744 - je Leistung (bei Herzmonitor); OPS 5-377.8
 76197869 - Ablation und Implantation in einem Krankenhausaufenthalt; OPS 5-377.8 i.V.m. OPS 8-835.33 oder .35 i.V.m. OPS 1-265.*
 76197870 - OPS 5-377.8 i.V.m. OPS 8-835.a3 oder .a5 i.V.m. OPS 1-265.e
 76197953 - Ablation und Implantation in einem Krankenhausaufenthalt; OPS 5-377.8 i.V.m. OPS 1-265.* i.V.m. OPS 8-835.*
 76198003 - bei kardiologischer Ablation des Vorhofflimmerns; OPS 5-377.8 i.V.m. OPS 1-265.e i.V.m. OPS 8-835.*
 76198006 - injizierbar; OPS 5-377.8 i.V.m. OPS 8-835.**
 76198126 - OPS 5-377.8 i.V.m. OPS 5-377.d i.V.m. OPS 8-835.*
 76198432 - Ereignisrekorder besonders klein; OPS 5-377.8
- NUB 141 Implantation einer Gefäßprothese mit integriertem Stent im Rahmen von arteriovenöser Shunt- und Bypasschirurgie
 76197653 - arteriovenöse Shuntchirurgie, Hybrid-Gefäßprothese, Dialyse [ab 2013]
 76197659 - für arteriovenöse Shuntchirurgie, integrierter Stent, Länge 50 mm
 76197660 - für arteriovenöse Shuntchirurgie, integrierter Stent, Länge 100 mm
 76197720 - für arteriovenöse Shuntchirurgie, 5-986.x i.V.m. Diagnose Z99.2; OPS 5-392.6 i.V.m. OPS 5-986.x
 76197731 - arteriovenöse Shuntchirurgie, 50 mm, je Prothese
 76197732 - arteriovenöse Shuntchirurgie, 100 mm, je Prothese
 76197762 - für arteriovenöse Shuntchirurgie, integrierter Stent, Länge > 100 mm (PIII-Konfiguration)
 76197820 - arteriovenös, 150 mm, je Prothese, OPS 5-399.h
 76197821 - arteriovenös, 250 mm, je Prothese, OPS 5-399.h
 76197906 - arteriovenöse Shuntchirurgie in der MDC11, i.V.m. Diagnose N18.5; OPS 5-392.3 i.V.m. OPS 5-399.h
 76197949 - arteriovenöse Shuntchirurgie in der MDC11, 50 mm; OPS 5-392.3 i.V.m. OPS 5-399.h
 76197950 - arteriovenöse Shuntchirurgie in der MDC11, 100 mm; OPS 5-392.3 i.V.m. OPS 5-399.h
 76197957 - OPS 5-393.52 oder 5-393.53 oder 5-393.54 i.V.m. OPS 5-986.x
 76198022 - ICD N18.5 oder Z99.2; OPS 5-392.3 i.V.m. OPS 5-399.h
 76198064 - 100 mm; OPS 5-393.52 oder .53 oder .54 i.V.m. OPS 5-986.x
 76198065 - 150 mm; OPS 5-393.52 oder .53 oder .54 i.V.m. OPS 5-986.x
 76198066 - 250 mm; OPS 5-393.52 oder .53 oder .54 i.V.m. OPS 5-986.x
 76198067 - 50 mm; OPS 5-393.52 oder .53 oder .54 i.V.m. OPS 5-986.x
 76198168 - arteriovenöse Shuntchirurgie; OPS 5-392.3
 76198287 - arteriovenöse Shuntchirurgie; OPS 5-392.30, .31 oder .3x
 76198323 - Hybrid-Gefäßprothese zur Dialyseshuntanlage, besonders schwer zugängliche Anatomien, arteriovenös, 5 cm; OPS 5-392.3* i.V.m. OPS 5-399.h
 76198324 - Hybrid-Gefäßprothese zur Dialyseshuntanlage, besonders schwer zugängliche Anatomien, arteriovenös, 10 cm; OPS 5-392.3* i.V.m. OPS 5-399.h
 76198348 - arteriovenös; OPS 5-392.30 oder .3x i.V.m. OPS 5-399.h

- 76198349 - mehrteiliger alloplastischer AV-Shunt mit Abstrom in rechten Vorhof, arteriovenös;
OPS 5-392.31 i.V.m. OPS 5-399.h
- NUB 142 Endovaskuläre Implantation/Reparatur einer Stent-Prothese mittels eines Endo-Staplers
76197522 -
76197723 - OPS 5-98c.4
76197990 - je System
76198075 - nur Implantation
76198076 - nur Reparatur
76198383 - je Leistung
- NUB 143 Koronarstent, selbstexpandierend
76197495 - Nitinol-Bifurkationsstent, je Stent [ab 2012]
76197503 - selbstanlagernder medikamentefreisetzender Nitinolkoronarstent, bei akutem
Myokardinfarkt
76197635 - Einlegen eines medikamentefreisetzenden Bifurkationsstents, je Stent; OPS 8-837.v
76197716 - medikamente-freisetzende Bifurkationsstents; OPS 8-837.v i.V.m. OPS 8-83b.0*
76197739 - medikamente-freisetzender Bifurkationsstent; OPS 8-837.v i.V.m. OPS 8-83b.04
76197810 - Implantation von 2 und mehr selbstexpandierenden Koronarstents, je Stent; OPS 8-83d.2*
76197823 - medikamente-freisetzend, Nitinol-Bifurkationsstent, 2 und mehr Stents; OPS 8-837.v
i.V.m. OPS 8-83b.0x
76197831 - medikamente-freisetzend, Nitinolkoronarstent, bei akutem Myokardinfarkt, 2 Stents;
OPS 8-83d.21 oder .22 i.V.m. OPS 8-83b.0x
76197838 - medikamente-freisetzend, Nitinolkoronarstent, bei akutem Myokardinfarkt, 3 Stents,
OPS 8-83d.23 oder .24 i.V.m. OPS 8-83b.0x
76197839 - medikamente-freisetzend, Nitinolkoronarstent, bei akutem Myokardinfarkt, 4 Stents,
OPS 8-83d.25 oder .26 i.V.m. OPS 8-83b.0x
76197840 - medikamente-freisetzend, Nitinolkoronarstent, bei akutem Myokardinfarkt, 5 Stents,
OPS 8-83d.27 oder .28 i.V.m. OPS 8-83b.0x
76197851 - medikamente-freisetzend, Nitinolkoronarstent, bei akutem Myokardinfarkt, 6 Stents,
OPS 8-83d.29 oder .2a i.V.m. OPS 8-83b.0x
76197856 - nicht medikamente-freisetzend, Nitinolkoronarstent, bei akutem Myokardinfarkt, 2 und
mehr Stents
76197860 - medikamente-freisetzend, Bifurkationsstent, 2 und mehr Stents; OPS 8-837.v i.V.m.
OPS 8-83b.01 oder .08
76197864 - medikamentefreisetzend, Nitinolkoronarstent, für komplexe Läsionen, 2 Stents,
ab dem 2. Stent; OPS 8-83d.21
76197865 - nicht medikamente-freisetzend, Nitinolkoronarstent, für komplexe Läsionen, 2 Stents,
ab dem 2. Stent; OPS 8-83d.1*
76197867 - 2 Stents; OPS 8-83d.11 oder 8-83d.21 in Verbindung mit OPS 8-83b.0*
76197881 - zwei Stents; OPS 8-83d.11
76197882 - zwei Stents; OPS 8-83d.12
76197883 - drei Stents; OPS 8-83d.13
76197884 - drei Stents; OPS 8-83d.14
76197885 - vier Stents; OPS 8-83d.15
76197886 - vier Stents; OPS 8-83d.16
76197887 - fünf Stents; OPS 8-83d.17
76197888 - fünf Stents; OPS 8-83d.18
76197890 - sechs Stents; OPS 8-83d.19
76197898 - sechs Stents; OPS 8-83d.1a
76197909 - 2 Stents; OPS 8-83d.21 oder .22 i.V.m. OPS 8-83b.0*
76197910 - 3 Stents; OPS 8-83d.23 oder .24 i.V.m. OPS 8-83b.0*
76197911 - 4 Stents; OPS 8-83d.25 oder .26 i.V.m. OPS 8-83b.0*
76197912 - 5 Stents; OPS 8-83d.27 oder .28 i.V.m. OPS 8-83b.0*
76197913 - mindestens 6 Stents; OPS 8-83d.29 oder .2a i.V.m. OPS 8-83b.0*
76197919 - medikamentenfreisetzende Bifurkationsstents, 2 Stents, OPS 8-837.v i.V.m. OPS 8-83b.01

| | |
|----------|--|
| 76197920 | - medikamentenfreisetzende Bifurkationsstents, 3 Stents, OPS 8-837.v i.V.m. OPS 8.83b.01 |
| 76197921 | - medikamentenfreisetzende Bifurkationsstents, 4 Stents, OPS 8-837.v i.V.m. OPS 8.83b.01 |
| 76197922 | - medikamentenfreisetzende Bifurkationsstents, 5 Stents, OPS 8-837.v i.V.m. OPS 8.83b.01 |
| 76197923 | - Implantation als zweiten merkmalsgleichen selbstexpandierenden Koronarstent, zwei und mehr Stents; OPS 8-83d.1* |
| 76197924 | - Implantation als zweiten merkmalsgleichen medikamentenfreisetzenden, selbstexpandierenden Koronarstent, zwei und mehr Stents; OPS 8-83d.2* i.V.m. OPS 8-83b.0* |
| 76197961 | - 2 Stents; OPS 8-83d.11 oder .12 |
| 76197962 | - 3 Stents; OPS 8-83d.13 oder .14 |
| 76197963 | - 4 Stents; OPS 8-83d.15 oder .16 |
| 76197964 | - 5 Stents; OPS 8-83d.17 oder .18 |
| 76197965 | - mind. 6 Stents; OPS 8-83d.19 oder .1a |
| 76197981 | - medikamentenfreisetzend, Nitinol-Bifurkationstent, für komplexe Läsionen, 2 und mehr Stents, ab dem 2. Stent; OPS 8-837.v i.V.m. OPS 8-83b.0* |
| 76197982 | - medikamentenfreisetzende Bifurkationsstents, 6 Stents; OPS 8-837.v i.V.m. OPS 8-83b.01 |
| 79198011 | - lumenvariabel, nicht-medikamentenfreisetzend, für komplexe Läsionen, 2 und mehr Stents, ab dem 2. Stent |
| 76198023 | - lumenvariabel, medikamentefreisetzend, für komplexe Läsionen, 2 und mehr Stents, ab dem 2. Stent |
| 76198024 | - für die Implantation von 2 und mehr selbstexpandierenden Koronarstents, je Stent |
| 76198062 | - Drug-Eluting-Nitinol-Bifurkationsstent; OPS 8-83d.21 oder .22 i.V.m. 8-83b.06 |
| 76198106 | - medikamente-freisetzend, Nitinol-Bifurkationsstent, 4 Stents; OPS 8-837.v i.V.m. OPS 8-83b.03 |
| 76198118 | - medikamente-freisetzend, Nitinol-Bifurkationsstent, fünf Stents; OPS 8-837.v i.V.m. OPS 8-83b.03 |
| 76198119 | - medikamente-freisetzend, Nitinol-Bifurkationsstent, 6 und mehr Stents; OPS 8-837.v i.V.m. OPS 8-83b.03 |
| 76198129 | - Drug-Eluting-Nitinol-Bifurkationsstent; OPS 8-83d.23 oder .24 i.V.m. 8-83b.06 |
| 76198135 | - Drug-Eluting-Nitinol-Bifurkationsstent; OPS 8-83d.25 oder .26 i.V.m. 8-83b.06 |
| 76198136 | - Drug-Eluting-Nitinol-Bifurkationsstent; OPS 8-83d.27 oder .28 i.V.m. 8-83b.06 |
| 76198137 | - Drug-Eluting-Nitinol-Bifurkationsstent; OPS 8-83d.29 oder .2a i.V.m. 8-83b.06 |
| 76198195 | - medikamente-freisetzend, Nitinol-Bifurkationsstent, 2 Stents; OPS 8-837.v i.V.m. OPS 8-83b.03 |
| 76198196 | - medikamente-freisetzend, Nitinol-Bifurkationsstent, 3 Stents; OPS 8-837.v i.V.m. OPS 8-83b.03 |
| NUB 144 | Ausschaltung von Aortenaneurysmen mit der Chimney-Technik |
| 76198263 | - zwei und mehr Stents [ab 2016] |
| 76198350 | - zwei Stents |
| 76198351 | - drei Stents |
| 76198352 | - vier Stents |
| 76198362 | - für zwei und mehr Stents, je Stent |
| 76198439 | - 2. Stent |
| 76198440 | - jeder weitere Stent |
| 76198463 | - drei Stents und mehr, je Stent |
| 76198464 | - Ergänzende Festlegungen, für zwei Stents |
| 76198486 | - Stent 20 mm, zwei und mehr Stents |
| 76198487 | - Stent 30 mm, zwei und mehr Stents |
| 76198488 | - Stent 40 mm, zwei und mehr Stents |
| 76198489 | - Stent 60 mm, zwei und mehr Stents |
| 76198490 | - Stent 80 mm, zwei und mehr Stents |
| 76198491 | - Stent 100 mm, zwei und mehr Stents |
| 76198492 | - Stent 120 mm, zwei und mehr Stents |
| 76198493 | - 2 Stents; OPS 5-38a.12, .14, .1e, .40, .70 oder .80 |
| 76198494 | - 3 Stents; OPS 5-38a.12, .14, .1e, .40, .70 oder .80 |
| 76198495 | - 4 Stents; OPS 5-38a.12, .14, .1e, .40, .70 oder .80 |

- 76198496 - 5Stents; OPS 5-38a.12, .14, .1e, .40, .70 oder .80
- NUB 145 Antikörperbeschichteter, medikamentefreisetzender Koronarstent
- 76197871 - OPS 8-837.w1 i.V.m. OPS 8-83b.e0 [ab 2014]
- 76197872 - OPS 8-837.w2 i.V.m. OPS 8-83b.e0
- 76197875 - zwei Stents; OPS 8-837.m1 oder .m2 i.V.m. OPS 8-83b.0x
- 76197876 - drei Stents; OPS 8-837.m3 oder .m4 i.V.m. OPS 8-83b.0x
- 76197877 - vier Stents; OPS 8-837.m5 oder .m6 i.V.m. OPS 8-83b.0x
- 76197878 - OPS 8-837.w3 i.V.m. OPS 8-83b.e0
- 76197879 - fünf Stents; OPS 8-837.m7 oder .m8 i.V.m. OPS 8-83b.0x
- 76197880 - sechs Stents; OPS 8-837.m9 oder .ma i.V.m. OPS 8-83b.0x
- 76197891 - OPS 8-837.w4 i.V.m. OPS 8-83b.e0
- 76197892 - OPS 8-837.w5 i.V.m. OPS 8-83b.e0
- 76197893 - OPS 8-837.w6 i.V.m. OPS 8-83b.e0
- 76197894 - OPS 8-837.w7 i.V.m. OPS 8-83b.e0
- 76197895 - OPS 8-837.w8 i.V.m. OPS 8-83b.e0
- 76197896 - OPS 8-837.w9 i.V.m. OPS 8-83b.e0
- 76197897 - OPS 8-837.wa i.V.m. OPS 8-83b.e0
- 76197903 - zwei und mehr Stents; OPS 8-837.m* i.V.m. OPS 8-837.w* i.V.m. OPS 8-83b.e0
- 76197930 - OPS 8-837.m1 oder .m2 i.V.m. OPS 8-83b.e0
- 76197931 - OPS 8-837.m3 oder .m4 i.V.m. OPS 8-83b.e0
- 76197933 - OPS 8-837.m5 oder .m6 i.V.m. OPS 8-83b.e0
- 76197934 - OPS 8-837.m7 oder .m8 i.V.m. OPS 8-83b.e0
- 76197935 - OPS 8-837.m9 oder .ma i.V.m. OPS 8-83b.e0
- 76197945 - ab 2. Stent
- 76198093 - 2 und mehr Stents; OPS 8-837.m* i.V.m. OPS 8-83b.0*
- 76198145 - 2 Stents in eine Koronararterie; OPS 8-837.w1 i.V.m. 8-83b.e2
- 76198146 - 2 Stents in mehrere Koronararterien; OPS 8-837.w2 i.V.m. 8-83b.e2
- 76198147 - 3 Stents in eine Koronararterie; OPS 8-837.w3 i.V.m. 8-83b.e2
- 76198148 - 3 Stents in mehrere Koronararterien; OPS 8-837.w4 i.V.m. 8-83b.e2
- 76198149 - 4 Stents in eine Koronararterie; OPS 8-837.w5 i.V.m. 8-83b.e2
- 76198150 - 4 Stents in mehrere Koronararterien; OPS 8-837.w6 i.V.m. 8-83b.e2
- 76198151 - 5 Stents in eine Koronararterie; OPS 8-837.w7 i.V.m. 8-83b.e2
- 76198152 - 5 Stents in mehrere Koronararterien; OPS 8-837.w8 i.V.m. 8-83b.e2
- 76198153 - 6 Stents in eine Koronararterie; OPS 8-837.w9 i.V.m. 8-83b.e2
- 76198154 - 6 Stents in mehrere Koronararterien; OPS 8-837.wa i.V.m. 8-83b.e2
- 76198420 - zwei und mehr Stents; OPS 8-837.m* i.V.m. OPS 8-837.w* i.V.m. OPS 8-83b.e2
- NUB 146 Excimer-Laser-Extraktion von Schrittmacher- und Defibrillatorelektroden
- 76196245 - [ab 2008]
- 76196971 - OPS 5-378.a0
- NUB 147 Antikörperbeschichteter Koronarstent
- 76196110 - [ab 2007]
- 76196241 - je Stent; OPS 8-837.x
- 76196584 - pro Implantat
- 76196612 - OPS 8-837.w0
- 76196613 - OPS 8-837.w1
- 76196614 - OPS 8-837.w2
- 76196615 - OPS 8-837.w3
- 76196616 - OPS 8-837.w4
- 76196617 - OPS 8-837.w5
- 76196618 - OPS 8-837.w6
- 76196619 - OPS 8-837.w7
- 76196620 - OPS 8-837.w8
- 76196621 - OPS 8-837.w9
- 76196622 - OPS 8-837.wa

| | |
|----------|--|
| 76197034 | - je Stent |
| 76197296 | - 2 Stents; OPS 8-837.w1 oder .w2 |
| 76197297 | - 3 Stents; OPS 8-837.w3 oder .w4 |
| 76197298 | - 4 Stents; OPS 8-837.w5 oder .w6 |
| 76197299 | - 5 Stents; OPS 8-837.w7 oder .w8 |
| 76197300 | - mindestens 6 Stents; OPS 8-837.w9 oder .wa |
| 76197327 | - OPS 8-837.w* i.V.m. 8-83b.e0 |
| 76197456 | - OPS 8-837.w0 i.V.m. OPS 8-83b.e0 |
| 76197458 | - OPS 8-837.w1 i.V.m. OPS 8-83b.e0 |
| 76197459 | - OPS 8-837.w2 i.V.m. OPS 8-83b.e0 |
| 76197460 | - OPS 8-837.w3 i.V.m. OPS 8-83b.e0 |
| 76197461 | - OPS 8-837.w4 i.V.m. OPS 8-83b.e0 |
| 76197462 | - OPS 8-837.w5 i.V.m. OPS 8-83b.e0 |
| 76197463 | - OPS 8-837.w6 i.V.m. OPS 8-83b.e0 |
| 76197464 | - OPS 8-837.w7 i.V.m. OPS 8-83b.e0 |
| 76197465 | - OPS 8-837.w8 i.V.m. OPS 8-83b.e0 |
| 76197466 | - OPS 8-837.w9 i.V.m. OPS 8-83b.e0 |
| 76197467 | - OPS 8-837.wa i.V.m. OPS 8-83b.e0 |
| 76197925 | - OPS 8-837.w1 oder .w2 i.V.m. OPS 8-83b.e0 |
| 76197926 | - OPS 8-837.w3 oder .w4 i.V.m. OPS 8-83b.e0 |
| 76197927 | - OPS 8-837.w5 oder .w6 i.V.m. OPS 8-83b.e0 |
| 76197928 | - OPS 8-837.w7 oder .w8 i.V.m. OPS 8-83b.e0 |
| 76197929 | - OPS 8-837.w9 oder .wa i.V.m. OPS 8-83b.e0 |
| 76197944 | - ab 2. Stent |
| NUB 148 | Koronare Bifurkationsstents |
| 76196495 | - OPS 8-837.u [ab 2007] |
| 76197271 | - OPS 8-837.v |
| 76197665 | - medikamentenfreisetzend, Sirolimus; OPS 8-837.v i.V.m. OPS 8-83b.08 |
| 76197717 | - medikamente-freisetzend; OPS 8-837.v i.V.m. OPS 8-83b.0* |
| 76197774 | - medikamentefreisetzend, ohne OPD-Systeme, 3 Stents; OPS 8-837.v ii.V.m. OPS 8-83b.03, .04, .05 oder .06 i.V.m. OPS 8-837.m3 oder .m4 |
| 76197775 | - medikamentefreisetzend, ohne OPD-Systeme, 4 Stents; OPS 8-837.v i.V.m. OPS 8-83b.03, .04, .05 oder .06 i.V.m. OPS 8-837.m5 oder .m6 |
| 76197776 | - medikamentefreisetzend, ohne OPD-Systeme, 5 Stents; OPS 8-837.v i.V.m. OPS 8-83b.03, .04, .05 oder .06 i.V.m. OPS 8-837.m7 oder .m8 |
| 76197777 | - medikamentefreisetzend, ohne OPD-Systeme, 6 und mehr Stents; OPS 8-837.v i.V.m. OPS 8-83b.03, .04, .05 oder .06 i.V.m. OPS 8-837.m9 oder .ma |
| 76197833 | - medikamentefreisetzend, zwei Stents; OPS 8-837.v i.V.m. OPS 8-83b.03 |
| 76197834 | - medikamentefreisetzend, drei Stents; OPS 8-837.v i.V.m. OPS 8-83b.03 |
| 76197966 | - medikamentefreisetzend, 2 Stents; OPS 8-837.v i.V.m. OPS 8-83b.08 |
| 76197967 | - medikamentefreisetzend, 3 Stents; OPS 8-837.v i.V.m. OPS 8-83b.08 |
| 76197968 | - medikamentefreisetzend, 4 Stents; OPS 8-837.v i.V.m. OPS 8-83b.08 |
| 76197969 | - medikamentefreisetzend, 5 Stents; OPS 8-837.v i.V.m. OPS 8-83b.08 |
| 76197970 | - medikamentefreisetzend, 6 Stents; OPS 8-837.v i.V.m. OPS 8-83b.08 |
| 76197971 | - medikamentefreisetzend, 2 Stents; OPS 8-837.v i.V.m. OPS 8-83b.04 |
| 76197972 | - medikamentefreisetzend, 3 Stents; OPS 8-837.v i.V.m. OPS 8-83b.04 |
| 76197973 | - medikamentefreisetzend, 4 Stents; OPS 8-837.v i.V.m. OPS 8-83b.04 |
| 76197974 | - medikamentefreisetzend, 5 Stents; OPS 8-837.v i.V.m. OPS 8-83b.04 |
| 76197975 | - medikamentefreisetzend, 6 Stents; OPS 8-837.v i.V.m. OPS 8-83b.04 |
| 76198007 | - 3 Stents; OPS 8-837.v |
| 76198008 | - 4 Stents; OPS 8-837.v |
| 76198009 | - 5 Stents; OPS 8-837.v |
| 76198010 | - 6 Stents; OPS 8-837.v |
| 76198200 | - 2 Stents; OPS 8-837.v i.V.m. OPS 8-83b.01 |

- NUB 149 Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe mit Membranoxygenierung
- 76198291 - mit direktem pulmonalen Auswurf (RA-PA ECMO), doppelumige jugulare sowie femorale Kanüle und aktive Rechtsherzentlastung; OPS 8-839.a5 [ab 2016]
- 76198292 - direktem pulmonalen Auswurf (RA-PA ECMO), mobil, singuläre doppelumige Kanüle und aktive Rechtsherzentlastung; OPS 8-839.a5
- 76198427 - singuläre doppelumige Kanüle
- 76198428 - doppelumige, jugulare sowie femorale Kanüle
- 76198465 - je Stück
- 76198466 - tragbar, je Stück
- 76198481 - je Leistung
- 76198497 - mit direktem pulmonalen Auswurf (RA-PA ECMO), singulärer doppelumiger Kanüle und aktiver Rechtsherzentlastung; OPS 8-839.a*
- 76198498 - mit direktem pulmonalen Auswurf (RA-PA ECMO), doppelumiger jugularer sowie femoraler Kanüle und aktiver Rechtsherzentlastung; OPS 8-839.a*
- NUB 150 Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung peripherer Aneurysmen
- 76197202 - [ab 2010]
- 76197453 - pro Stent; OPS 8-84b.**
- 76198085 - Multilayer-Stent für andere periphere Lokalisationen außer Aorta; OPS 8-84b.**
- NUB 151 Selbstexpandierendes, bioresorbierbares, Mometansulfurat freisetzendes Nasennebenhöhlenimplantat
- 76198277 - beidseitiger Eingriff [ab 2016]
- NUB 152 AB0-inkompatible Organtransplantation
- 76196087 - [ab 2007]
- 76196366 - je Absorptionssäule
- NUB 153 Multiviszeraltransplantation
- 76196749 - [ab 2008]
- 76198057 - OPS 5-467.6 i.V.m. OPS 5-504.* i.V.m. OPS 5-555.* oder 5-528.* oder 5-469.x0 oder 5-449.x0

NUB-Status 1 [bzw. 4] entsprechend Fußnoten/Hinweisen des InEK

NUB 155 Bioaktive Coils

- 76196091 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 1 Coil [ab 2007]
- 76196092 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 2 Coils
- 76196093 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 3 Coils
- 76196094 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, mehr als 3 Coils
- 76196096 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie
- 76196191 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 4 Coils
- 76196192 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 5 Coils
- 76196193 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 6 Coils
- 76196194 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 7 Coils
- 76196195 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 8 Coils
- 76196196 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 9 Coils
- 76196197 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 10 Coils
- 76196198 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 11 Coils
- 76196199 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 12 Coils
- 76196200 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 13 Coils
- 76196201 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 14 Coils
- 76196202 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 15 Coils
- 76196203 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 16 Coils
- 76196204 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 17 Coils
- 76196205 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 18 Coils
- 76196206 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 19 Coils
- 76196207 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 20 Coils
- 76196208 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, mehr als 20 Coils
- 76196457 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, je Coil
- 76196646 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie; OPS 8-83b.31
- 76196666 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie; OPS 8-83b.30, .31 oder .32
- 76196855 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, je Coil; OPS 8-83b.31 oder .32 i.V.m. 8-836.m0
- 76196970 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, je Spirale; OPS 8-83b.32
- 76197486 - Selektive Embolisation mit Metallspiralen, Hydrogel-beschichtet, normallang, je Coil; OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-836.n* i.V.m. OPS 8-83b.30
- 76197487 - Selektive Embolisation mit Metallspiralen, sonstige bioaktive Metallspiralen, normallang, je Coil; OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-83b.31
- 76197488 - Selektive Embolisation mit Metallspiralen, bioaktive Metallspiralen, überlang, je Coil; OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-83b.32
- 76197588 - zur Aneurysmatherapie, Selektive Embolisation mit Metallspiralen, je Coil; OPS 8-836.m* i.V.m. OPS 8-83b.30, .31 oder .32
- 76197718 - intrakraniell, je Metallspirale; OPS 8-838.9* i.V.m. OPS 8-83b.31 oder .32 i.V.m. OPS 8-836.n*
- 76197727 - Aneurysma-Therapie; OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-83b.30, .31 oder .32 i.V.m. OPS 8-836.n*
- 76197918 - Coil induzierter Vascular Plug, je Coil
- 76197985 - reine Hydrogel-Coils, peripher, ablösbar
- 76198037 - reine Hydrogel-Coils, peripher, nicht ablösbar
- 76198140 - Intrakranielle Aneurysmatherapie, 1,5/2/2,5/3/4 mm x 2/3/4/6/8 cm; OPS 8-83b.30, .31 oder .32
- 76198163 - Intrakranielle Aneurysmatherapie, 3/4/5/7/9 mm x 6/8/10/15/20/25 cm; OPS 8-83b.30, .31 oder .32
- 76198164 - Intrakranielle Aneurysmatherapie, 4/5/6/8/10 mm x 11/17/26/29 cm; OPS 8-83b.30, .31 oder .32
- 76198197 - Implantation von Mikrospiralen aus Hydrogel; OPS 8-83b.39
- 76198416 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, erster Coil; OPS 8-83b.31 i.V.m. OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-836.n1

- 76198417 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, ab 2. Coil, je Coil; OPS 8-83b.31 i.V.m. OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-836.n*
- 76198430 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, je Coil; OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-83b.30, .31 oder .39 i.V.m. OPS 8-836.n*
- NUB 156 Überlange Coils
- 76196111 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie [ab 2007]
- 76196343 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 1 Metallspirale
- 76196346 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 4 Metallspiralen
- 76196645 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie; OPS 8-83b.32 oder .33
- 76196856 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, je Coil; OPS 8-83b.33 i.V.m. 8-836.m0
- 76197015 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, je Coil
- 76197062 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie; OPS 8-83b.32 oder .33 i.V.m. 8-836.m0
- 76197175 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 1 Metallspirale; OPS 8-83b.33 i.V.m. 8-836.n1
- 76197176 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 2 Metallspiralen; OPS 8-83b.33 i.V.m. 8-836.n2
- 76197177 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 3 Metallspiralen; OPS 8-83b.33 i.V.m. 8-836.n3
- 76197178 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 4 Metallspiralen; OPS 8-83b.33 i.V.m. 8-836.n4
- 76197179 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 5 Metallspiralen; OPS 8-83b.33 i.V.m. 8-836.n5
- 76197180 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 6 Metallspiralen; OPS 8-83b.33 i.V.m. 8-836.n6
- 76197181 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 7 Metallspiralen; OPS 8-83b.33 i.V.m. 8-836.n7
- 76197182 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 8 Metallspiralen; OPS 8-83b.33 i.V.m. 8-836.n8
- 76197183 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 9 Metallspiralen; OPS 8-83b.33 i.V.m. 8-836.n9
- 76197184 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 10 Metallspiralen; OPS 8-83b.33 i.V.m. 8-836.na
- 76197185 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 11 Metallspiralen; OPS 8-83b.33 i.V.m. 8-836.nb
- 76197186 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 12 Metallspiralen; OPS 8-83b.33 i.V.m. 8-836.nc
- 76197187 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 13 Metallspiralen; OPS 8-83b.33 i.V.m. 8-836.nd
- 76197188 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 14 Metallspiralen; OPS 8-83b.33 i.V.m. 8-836.ne
- 76197189 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 15 Metallspiralen; OPS 8-83b.33 i.V.m. 8-836.nf
- 76197190 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 16 Metallspiralen; OPS 8-83b.33 i.V.m. 8-836.ng
- 76197191 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 17 Metallspiralen; OPS 8-83b.33 i.V.m. 8-836.nh
- 76197192 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 18 Metallspiralen; OPS 8-83b.33 i.V.m. 8-836.nj
- 76197193 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 19 Metallspiralen; OPS 8-83b.33 i.V.m. 8-836.nk
- 76197194 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 20 Metallspiralen; OPS 8-83b.33 i.V.m. 8-836.nm
- 76197195 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, mehr als 20 Metallspiralen; OPS 8-83b.33 i.V.m. OPS 8-836.nn
- 76197247 - intrakraniell, 30 cm
- 76197248 - intrakraniell, 40 cm
- 76197249 - intrakraniell, 50 cm
- 76197262 - je Coil; OPS 8-836.32 oder .33
- 76197326 - OPS 8-836.m* in Kombination mit 8-83b.33 und 8-836.n*
- 76197719 - intrakraniell; OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-83b.33 oder .35 i.V.m. OPS 8-836.n*
- 76197753 - intrakranielle Lokalisation
- 76197936 - 21 Metallspiralen; OPS 8-83b.33 i.V.m. OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-836.np
- 76197937 - 22 Metallspiralen; OPS 8-83b.33 i.V.m. OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-836.nq
- 76197938 - 23 Metallspiralen; OPS 8-83b.33 i.V.m. OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-836.nr
- 76197939 - 24 Metallspiralen; OPS 8-83b.33 i.V.m. OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-836.ns
- 76197940 - 25 Metallspiralen; OPS 8-83b.33 i.V.m. OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-836.nt
- 76197941 - 26 Metallspiralen; OPS 8-83b.33 i.V.m. OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-836.nu
- 76197942 - 27 Metallspiralen; OPS 8-83b.33 i.V.m. OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-836.nv
- 76197943 - 28 Metallspiralen und mehr; OPS 8-83b.33 i.V.m. OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-836.nw
- 76198165 - intrakranielle Aneurysmatherapie, 30 cm bis 39 cm; OPS 8-83b.33 i.V.m. OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-836.n*
- 76198166 - intrakranielle Aneurysmatherapie, 40 cm bis 49 cm; OPS 8-83b.33 i.V.m. OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-836.n*
- 76198167 - intrakranielle Aneurysmatherapie, ab 50 cm; OPS 8-83b.33 i.V.m. OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-836.n*

- 76198429 - intrakranielle Aneurysmatherapie, je Cpoli; OPS 8-83b.32 i.V.m. OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-836.n*
- NUB 157 Volumencoils zur Aneurysmatherapie
- 76197378 - intrakraniell [ab 2011]
- 76197427 - je Coil
- 76197566 - je Coil; OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-83b.35
- 76198334 - intrakraniell, 2 Coils; OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-83b.35 i.V.m. OPS 8-836.n2
- 76198335 - intrakraniell, 3 Coils; OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-83b.35 i.V.m. OPS 8-836.n3
- 76198336 - intrakraniell, 4 Coils; OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-83b.35 i.V.m. OPS 8-836.n4
- 76198337 - intrakraniell, 6 Coils; OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-83b.35 i.V.m. OPS 8-836.n6
- 76198338 - intrakraniell, 7 Coils; OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-83b.35 i.V.m. OPS 8-836.n7
- 76198339 - intrakraniell, 8 Coils; OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-83b.35 i.V.m. OPS 8-836.n8
- 76198340 - intrakraniell, 9 Coils; OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-83b.35 i.V.m. OPS 8-836.n9
- 76198341 - intrakraniell, 10 Coils; OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-83b.35 i.V.m. OPS 8-836.na
- 76198342 - intrakraniell, 11 Coils; OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-83b.35 i.V.m. OPS 8-836.nb
- 76198343 - intrakraniell, 12 Coils; OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-83b.35 i.V.m. OPS 8-836.nc
- 76198344 - intrakraniell, 13 Coils; OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-83b.35 i.V.m. OPS 8-836.nd
- 76198345 - intrakraniell, 14 Coils; OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-83b.35 i.V.m. OPS 8-836.ne
- 76198346 - intrakraniell, 15 Coils; OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-83b.35 i.V.m. OPS 8-836.nf
- 76198370 - intrakraniell, 1 Metallspirale; OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-83b.35 i.V.m. OPS 8-836.n1
- 76198387 - intrakraniell, 5 Metallspiralen; OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-83b.35 i.V.m. OPS 8-836.n5
- 76198398 - intrakraniell, 16 Metallspiralen; OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-83b.35 i.V.m. OPS 8-836.ng
- 76198399 - intrakraniell, 17 Metallspiralen; OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-83b.35 i.V.m. OPS 8-836.nh
- 76198400 - intrakraniell, 18 Metallspiralen; OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-83b.35 i.V.m. OPS 8-836.nj
- 76198401 - intrakraniell, 19 Metallspiralen; OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-83b.35 i.V.m. OPS 8-836.nk
- 76198402 - intrakraniell, 20 Metallspiralen; OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-83b.35 i.V.m. OPS 8-836.nm
- 76198403 - intrakraniell, 21 Metallspiralen; OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-83b.35 i.V.m. OPS 8-836.np
- 76198404 - intrakraniell, 22 Metallspiralen; OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-83b.35 i.V.m. OPS 8-836.nq
- 76198405 - intrakraniell, 23 Metallspiralen; OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-83b.35 i.V.m. OPS 8-836.nr
- 76198406 - intrakraniell, 24 Metallspiralen; OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-83b.35 i.V.m. OPS 8-836.ns
- 76198407 - intrakraniell, 25 Metallspiralen; OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-83b.35 i.V.m. OPS 8-836.nt
- 76198408 - intrakraniell, 26 Metallspiralen; OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-83b.35 i.V.m. OPS 8-836.nu
- 76198409 - intrakraniell, 27 Metallspiralen; OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-83b.35 i.V.m. OPS 8-836.nv
- 76198410 - intrakraniell, 28 Metallspiralen; OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-83b.35 i.V.m. OPS 8-836.nw
- 76197419 - ab 2. Coil, je Coil; OPS 8-83b.35 i.V.m. OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-836.n*
- 76198359 - intrakraniell, 21 und mehr Coils; OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-83b.35 i.V.m. OPS 8-836.np, .nq, .nr, .ns, .nt, .nu, .nv oder .nw
- NUB 158 Hybridcoils zur intrakraniellen Aneurysmabehandlung
- 76198273 - intrakraniell, pro Coil [ab 2016]
- NUB 159 Gefäßtransplantatersatz mittels Gefäßhomograft
- 76196095 - OPS 5-394.3 i.V.m. OPS 5-930.20 oder .21 [ab 2011]
- 76197392 - Arterien abdominal und pelvin; OPS 5-383.5*
- 76197393 - Arterien Oberschenkel; OPS 5-383.7*
- 76197394 - Arterien Unterschenkel und Fuß; OPS 5-383.8*
- 76197470 -
- 76197812 - aorto iliacal, je Transplantat
- 76197813 - femoral-popliteal, je Transplantat
- 76197902 - bei Diagnose T82.7; OPS 5-930.20 oder .21 i.V.m. OPS 5-383.*, 5-384.* oder 5-394.*
- NUB 160 Epiretinale beta-Bestrahlung mit Gabe von Ranibizumab, Pegaptanib oder Aflibercept
- 76196994 - OPS 5-158.16, 5-155.80, 6-003.c [ab 2009]

NUB-Status [2 bzw.] 4 entsprechend Fußnoten/Hinweisen des InEK

NUB 669 Bioresorbierbarer vaskulärer Stent
 76197781 - Pulmonalarterie [ab 2013]
 76197782 - Aortenisthmus; OPS 8-843.*5

NUB 684 Daratumumab
 76198431 - je mg [ab 2016]

NUB-Status 4

NUB 682 Implantation gentechnisch charakterisierter Chondrozyten
 76197064 - [ab 2009]

NUB 683 Donor-Lymphozyten mit in-vitro-Aufbereitung bei schweren Infektionen nach
 Stammzelltransplantation
 76197954 - [ab 2014]

NUB 685 Stammzelltherapie bei pAVK und diabetischem Fußsyndrom
 76198121 - je Leistung [ab 2015]

NUB 688 Adoptiver T-Zelltransfer zur Therapie viraler Infektionen nach allogener
 Stammzelltransplantation
 76197454 - [ab 2011]
 76198084 - Gabe von separierten Antigen-spezifischen CD4+ und CD8+ T-Zellen

NUB 693 Perkutane cavale Klappenstentimplantation
 76197773 - [ab 2013]

NUB 698 Adoptive Immuntherapie mit CD8-depletierten Spenderlymphozyten
 76197329 - Gabe von separierten antigenspezifischen CD4+ und CD8+ T-Zellen bei viraler Infektion
 nach allogener Stammzelltransplantation, virusspezifische T-Zellen [ab 2010]

NUB 702 Adoptiver T-Zelltransfer von autologen EBV-spezifischen zytotoxischen T-Zellen
 76197444 - [ab 2011]

NUB 703 Individueller Pharynxstent
 76197784 - [ab 2013]

Zusatzentgelt nach § 6 Abs. 2a KHEntgG

| | |
|----------|--|
| 76296003 | Isolierstation, isoliert |
| 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 Spondylodiszitis; 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.* |

- 76296041 Orthopädische Behandlung von infizierten Totalendoprothesen mit Problemkeimen, 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 Sehnentransplantat; OPS 5-813.g oder 5-813.h oder 5-815.23 oder 5-815.33
- 76296051 Kreuzband-OP mit 2 allogenen Sehnentransplantaten; OPS 5-813.g oder 5-813.h oder 5-815.23 oder 5-815.33
- 76296052 Blasenektrophie
- 76296053 NanoTherm Therapie
- 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
- 76296066 Medikation Baclofen, je Infusionslösung
- 76296067 Medikation Baclofen, je Auffüllset
- 76296068 Gabe von Thrombozytenkonzentraten im Rahmen eines Bridgings unter Antikoagulantien, mit hohem Blutungsrisiko und bestehender OP-Indikation, Abrechnung ab der ersten Thrombozytenkonzentraten-Gabe, für Erwachsene, ab OPS 8-800.b3 findet die Anlage der FPV Anwendung; OPS 8-800.b0 oder 8-800.b1 oder 8-800.b2
- 76296069 Stabilisierung der Brustwand mittels stabiler Osteosynthese; OPS 5-346.a* in Verbindung mit OPS 5-786.k
- 76296070 Supportive onkologische Komplexbehandlung
- 76296071 Elektrophysiologie, Kinder, unter 13 Jahren
- 76296072 Embolisationstherapie bei angeborenen Gefäßerkrankungen, Patient 35 Jahre und jünger, ICD Q87.2, Q28.8*, Q28.2*, Q28.0, bei Patient älter 35 Jahre nach Einzelfallentscheidung; OPS 8-836.9d i.V.m. OPS 8-83b.21, .22 oder .23
- 76296073 Hyperbare Sauerstofftherapie über 280 Minuten ohne Intensivüberwachung; OPS 8-721.x
- 76296074 Zusatzentgelt bei Epilepsiediagnostik, fallbezogen; OPS 1-210
- 76296075 Hyperinsulinismus, DRG 901A
- 76296076 Hyperinsulinismus, DRG 901B
- 76296077 Hyperinsulinismus, DRG A36A

| | |
|----------|-----------------------------|
| 76296078 | Hyperinsulinismus, DRG A36B |
| 76296079 | Hyperinsulinismus, DRG K09A |
| 76296080 | Hyperinsulinismus, DRG K09B |
| 76296081 | Hyperinsulinismus, DRG K33Z |

Bremen

76204001 Kinderelektrophysiologie und Elektrophysiologie bei angeborenem Herzfehler

Nordrhein-Westfalen

76205001 Regionale Tiefenhyperthermie, OPS 8-600.1 oder 8-601

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)

76209008 Behandlung mit MR-Open, bei intraoperativer Anwendung, OPS 3-800

76209009 Pränatale stationäre Betreuung

76209010 Ohrmuschelrekonstruktion

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

Teilstationäre Leistung nach § 6 Abs. 2 FPV

78999999 teilstationäre Behandlung innerhalb des Zeitraumes bis einschließlich drei Tage nach Überschreiten der abgerundeten mittleren Verweildauer nach § 6 Abs. 2 FPV (0,00 EUR)

Hinweise zu den Entgeltschlüsseln bei Weitergeltung von Zusatzentgelten nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2016

1. Für die in Anlage 4 bzw. Anlage 6 der FPV 2016 mit Fußnote 4 gekennzeichneten Zusatzentgelte ist nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2016 die bisher krankenhausesindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.

Für die Abrechnung dieser Zusatzentgelte sind weiter geltende Entgeltschlüssel zu verwenden, sofern das Zusatzentgelt für 2015 nicht mit krankenhausesindividuellen Leistungsbeschränkungen oder Spezifikationen vereinbart wurde.

Dies betrifft folgende Zusatzentgelte:

ZE2016-01 bis 05, 07 bis 10, 15 bis 18, 22, 25 bis 26, 33 bis 36, 40, 41, 44 bis 46, 49, 50, 53, 54, 56 bis 60, 62 bis 67, 69 bis 72, 74, 75, 77, 79, 80, 82, 84, 85, 88, 91, 92, 97 bis 99, 101, 103 bis 109

Besonderheiten bei für 2016 ergänzten OPS-Kodes:

ZE2016-13: für den gestrichenen OPS-Kode 8-821.** ist der neue OPS-Kode 8-821.0, 8-821.10 oder 8-821.11 anzuwenden.

ZE2016-24: für die gestrichenen OPS-Kodes 5-649,70 und 5-649.7x sind die neuen OPS-Kodes 5-649.a0, 5-649.ax, 5-649.b0, 5-649.b2, 5-649.b3, 5-649.b4 oder 5-649.bx anzuwenden.

ZE2016-61: für den OPS-Kode 5-028.a2 wurde der OPS-Kode 5-028.c2 ergänzt, für den OPS-Kode 5-039.f2 der OPS-Kode 5-039.n2 und für den OPS-Kode 5-059.d2 der OPS-Kode 5-059.g2.

ZE2016-86: für den OPS-Kode 5-039.h wurde der OPS-Kode 5-039.p ergänzt.

- 2a. Zusatzentgelte aus der Anlage 2 bzw. 5 der FPV 2015, die in die Anlage 4 bzw. 6 der FPV 2016 überführt sind, werden gemäß Fußnoten 8, 10 und 11 in Anlage 4 bzw. Fußnoten 9, 11 und 12 in Anlage 6 mit dem weiter geltenden Entgeltschlüssel und der Entgelthöhe aus 2015 abgerechnet. Der weiter geltende Entgeltschlüssel aus 2015 verliert mit dem Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung seine Geltung und kann ab diesem Zeitpunkt nicht mehr verwendet werden.

Dies betrifft folgende Zusatzentgelte:

ZE86 Entgeltschlüssel aus 2015 Neurostimulatoren zur Hirnstimulation, Einkanalssystem [ZE2016-118]

ZE99 Entgeltschlüssel aus 2015 Distraktionsmarknagel, nicht motorisiert [ZE2016-119]

ZE129 Entgeltschlüssel aus 2015 Gabe von Tocilizumab, parenteral [ZE2016-110]

- 2b. Zusatzentgelte aus der Anlage 2 bzw. 5 der FPV 2015 bzw. krankenhausesindividuelle NUB-Entgelte, die in die Anlage 4 bzw. 6 der FPV 2016 überführt sind, werden gemäß Fußnote 8, 10 und 11 in Anlage 4 bzw. Fußnote 9, 11 und 12 in Anlage 6 mit dem weiter geltenden Entgeltschlüssel und der Entgelthöhe aus 2015 abgerechnet. Der weiter geltende Entgeltschlüssel aus 2015 verliert mit dem Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung seine Geltung und kann ab diesem Zeitpunkt nicht mehr verwendet werden.

Dies betrifft folgende NUB-Entgelte aus 2015 bzw. Zusatzentgelte 2015:

NUB2015-121 sowie ZE129 aus 2015 Gabe von Tocilizumab, subkutan/parenteral für ZE2016-110 (Gabe von Tocilizumab, subkutan)

3. Für die Abrechnung von NUB-Leistungen, die in die Anlage 4 bzw. 6 der FPV 2016 aufgenommen sind, werden gemäß Fußnote 9 der Anlage 4 bzw. Fußnote 10 der Anlage 6 mit dem weiter geltenden Entgeltschlüssel und der Entgelthöhe aus 2015 abgerechnet und sind bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung aus 2015 zu verwenden:

Dies betrifft folgende NUB-Entgelte aus 2015:

NUB2015-01 Gabe von Nab-Paclitaxel für ZE2016-111 (Gabe von Cabazitaxel, parenteral)

NUB2015-04 Gabe von Cabazitaxel für ZE2016-113 (Gabe von Decitabine, parenteral)

NUB2015-05 Abirateronacetat für ZE2016-112 (Gabe von Abirateronacetat, oral)

NUB2015-14 Gabe von Ipilimumab für ZE2016-114 (Gabe von Ipilimumab, parenteral)

NUB2015-33 Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD] für ZE2016-115 (Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: Molekulargenetische Identifikation und Herstellung von patientenspezifischen Markern)

NUB2015-33 Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD] für ZE2016-116 (Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: Patientenspezifische molekulargenetische Quantifizierung)

NUB2015-35 Chemosaturations-Therapie mittels perkutaner Leberperfusion für ZE2016-117 (Chemosaturations-Therapie mittels perkutaner Leberperfusion)

nachrichtlich: von der Weitergeltung betroffene Entgeltschlüssel:

| | |
|----------|--|
| ZE86 | Neurostimulatoren zur Hirnstimulation, Einkanalssystem |
| 76ZE8600 | - (ZE86) OPS 5-028.90 oder .a0 |
| ZE99 | Distractionsmarknagel, nicht motorisiert |
| 76ZE9900 | - (ZE99) OPS 5-786.j0 |
| 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 |
| NUB 121 | Tocilizumab, subkutan |
| 76198068 | - für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von über 15 Jahren, je 162 mg Fertigspritze |
| NUB 01 | Nab-Paclitaxel |
| 76197200 | - je 1 mg |
| 76197203 | - je 100 mg |
| 76197236 | - 5 mg |
| 76197252 | - je 40 mg |
| 76197266 | - je 500 mg |
| 76197272 | - je 300 mg; OPS 8-542 in Kombination mit 8-020.y |
| 76197280 | - je 1000 mg |
| 76197366 | - je 10 mg |
| 76197396 | - je Fall |
| 76197420 | - je 100 mg; OPS 6-005.d |
| 76197494 | - je 50 mg; OPS 6-005.d |
| 76197854 | - je 125 mg; OPS 6-005.d |
| NUB 04 | Cabazitaxel |
| 76197493 | - je 5 mg |
| 76197506 | - je 60 mg |
| 76197509 | - je mg |
| 76197596 | - je 1.000 mg |
| NUB 05 | Abirateronacetat |
| 76197499 | - je mg |
| 76197501 | - je 250 mg, Tablette |
| 76197597 | - je 1.000 mg |

| | |
|----------|--|
| NUB 14 | Ipilimumab |
| 76197479 | - je 50 mg |
| 76197490 | - je 200 mg; OPS 8-547.0 |
| 76197508 | - je mg |
| 76197512 | - je 50 mg; OPS 8-547.0 |
| 76197600 | - je 1.000 mg |
| 76197642 | - je 5 mg |
| 76197703 | - je 10 mg; OPS 6-006.3 |
| 76197735 | - je 200 mg; OPS 6-006.3 |
| 76197899 | - in Verbindung mit ICD C43, je 50 mg; OPS 6-006.3 |
| NUB 33 | Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD) |
| 76196253 | - Folgeuntersuchung nach 16. Woche; OPS 1-991.1 |
| 76196531 | - bei der ALL (Erstuntersuchung) |
| 76196532 | - bei der ALL (Folgeuntersuchung) |
| 76196539 | - bei der ALL |
| 76196554 | - Identifikation von patientenspezifischen MRD-Markern; OPS 1-991.0 |
| 76196555 | - patientenspezifische molekulargenetische Quantifizierung der Resttumorlast (MRD Monitoring); OPS 1-991.1 |
| 76196585 | - |
| 76196651 | - bei ALL, Identifikation; OPS 1-991.0 |
| 76196652 | - bei ALL, Quantifizierung; OPS 1-991.1 |
| 76196660 | - Erstuntersuchung pro Fall |
| 76196661 | - Folgeuntersuchung pro Fall |
| 76196752 | - bei der ALL, bei Erstaufenthalt; OPS 1-991.0 |
| 76196753 | - bei der ALL, ab dem zweiten und jeden weiteren Aufenthalt; OPS 1-991.1 |
| 76196776 | - erfolgreiche Markeridentifikation, Erstuntersuchung |
| 76196777 | - erfolgreiche Markeridentifikation, Tumorlastbestimmung Folgeuntersuchung |
| 76196778 | - erfolglose Markeridentifikation, Erstuntersuchung |
| 76196779 | - erfolglose Markeridentifikation, Tumorlastbestimmung Folgeuntersuchung |
| 76196959 | - bei der ALL bei Erwachsenen (Alter > 17 Jahre) |
| 76197090 | - Folgeuntersuchung, je Leistung; OPS 1-991.* |
| 76197273 | - bei der ALL bei Erwachsenen (Alter > 17), Erstaufenthalt |
| 76197274 | - bei der ALL bei Erwachsenen (Alter > 17), Folgeaufenthalte |
| 76197308 | - Folgetest (2 Marker), Erwachsene; OPS 1-991.1 |
| 76197336 | - bei der ALL, Alter >= 18 Jahre; OPS 1-991.0 |
| 76197337 | - bei der ALL, Alter >= 18 Jahre; OPS 1-991.1 |
| 76197726 | - Folgetest (1 Marker), Erwachsene |
| NUB 635 | Chemosaturations-Therapie mittels perkutaner Leberperfusion |
| 76197837 | - OPS 8-549.0 |

Tagesbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Nr. 5 KHEntgG

bundesweit für Aufnahmen in 2016

Anlage 3a (vollstationär) DRG-Entgeltkatalog 2016 (tagesbezogen)

| | |
|----------|---|
| 8500A04A | Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, allogene, mit zweiter Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion im selben Aufenthalt |
| 8500A15A | Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, autogene, mit zweiter Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion im selben Aufenthalt |
| 8500A16A | Transplantation von Darm oder Pankreas |
| 8500A16B | Injektion von Pankreasgewebe |
| 8500A22Z | Korrekturereingriff 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 aktiven mechanischen Hörimplantates |
| 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 |
| 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 bei schweren Verbrennungen oder Beatmung > 95 Stunden bei Verbrennungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176/1104/1104 Aufwandspunkte bei Verbrennungen |

| | |
|----------|--------------------------------------|
| 8500Y61Z | Schwere Verbrennungen |
| 8500Z02Z | Leberspende (Lebendspende) |
| 8500Z04Z | Lungenspende (Lebendspende) |
| 8500Z41Z | Knochenmarkentnahme bei Eigenspender |
| 8500Z42Z | Stammzellentnahme bei Fremdspender |
| 8500Z43Z | Knochenmarkentnahme bei Fremdspender |

Anlage 3b (teilstationär) DRG-Entgeltkatalog 2016 (tagesbezogen)

| | |
|----------|--|
| 8500A90A | Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, umfassende Behandlung |
| 8500A90B | Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, Basisbehandlung |
| 8500L90A | Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter < 15 Jahre |

Bundesweit (teilstationär, tagesbezogen)

| | |
|----------|---|
| 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 Tumortherapie, Frauenheilkunde, Staging |
| 85000011 | Teilstationäre Tumortherapie, Frauenheilkunde, Chemotherapie |
| 85000012 | Teilstationäre Tumortherapie, Innere Medizin, Staging |
| 85000013 | Teilstationäre Tumortherapie, Innere Medizin, Chemotherapie |
| 85000014 | Teilstationäre Tumortherapie, 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 Tumortherapie, Chemotherapie |
| 85000028 | Teilstationäre Tumortherapie, 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 |
| 85000053 | Teilstationäre Einzel- oder Gruppenschulung diabetischer 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 Tumortherapie 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 |
| 85000068 | Tagesklinik für Pädiatrie und pädiatrische Psychosomatik/Psychotherapie besondere Einrichtungen tagesbezogen (vollstationär) |
| 85000069 | Tagesklinik Rheumatologie |
| 85000070 | Teilstationär Tagesklinik HNO, Erwachsene, Cochlear-Nachsorge |
| 85000071 | Teilstationär Tagesklinik HNO, Kinder, Cochlear-Nachsorge |
| 85000072 | Teilstationär Tagesklinik Pflegesatz, ärztliche Nachbetreuung bei Herz-Assistenz-Systemen |
| 85000073 | Teilstationär Tagesklinik Zellapherese; OPS 8-823 |
| 85000074 | Teilstationär Tagesklinik Zellapherese; OPS 8-825.0 |
| 85000075 | Teilstationär Tagesklinik Zellapherese; OPS 8-825.1 |
| 85000076 | Teilstationär Tagesklinik Immunglobulintherapie (1 bis 2 Berechnungstage) |
| 85000077 | Teilstationär Tagesklinik Immunglobulintherapie (3 bis 5 Berechnungstage) |
| 85000078 | Teilstationär Tagesklinik Innere Medizin/Gastroenterologie |
| 85000079 | Teilstationär Tagesklinik bildgebende Verfahren |

Schleswig-Holstein

| | |
|----------|---|
| 85010001 | Tagesklinik Geriatrie |
| 85010002 | Tagesklinik Frührehabilitation |
| 85010003 | Tagesklinik Kinderklinik |
| 85010004 | Tagesklinik Onkologie |
| 85010007 | Teilstationäre Dermatologie |
| 85010008 | Teilstationäre Chemotherapie - Frauenheilkunde |
| 85010010 | Teilstationäre Chemotherapie - Innere Medizin |
| 85010013 | Teilstationäre Chemotherapie - sonstige Fachabteilungen |
| 85010015 | Teilstationäre Tinnitus-Behandlung |

Hamburg

| | |
|----------|-------------------------------------|
| 85020001 | Teilstationäre Geriatrie |
| 85020002 | Teilstationäre Pädiatrie |
| 85020003 | Tagesklinik Hämatologie |
| 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 |
| 85020015 | Tagesklinik HELP |
| 85020017 | Teilstationäre Augenheilkunde |
| 85020018 | Teilstationäre Neurologie |

Niedersachsen

| | |
|----------|---|
| 85030001 | Teilstationäre Dermatologie |
| 85030003 | Teilstationäre Innere Medizin – Schwerpunkt Onkologie |
| 85030004 | Teilstationäre Pädiatrie |
| 85030005 | Teilstationäre Kinderchirurgie |
| 85030007 | Teilstationäre Onkologie |
| 85030008 | Teilstationäre H.E.L.P. (LDL-Apherese) |
| 85030009 | Tagesklinik Gastroenterologie |

Bremen

| | |
|----------|--|
| 85040001 | Tagesklinik Geriatrie |
| 85040002 | Tagesklinik Dermatologie |
| 85040003 | Tagesklinik Innere Medizin – Schwerpunkt Gastroenterologie |
| 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 |
| 85040014 | Tagesklinik Frauenheilkunde – Schwerpunkt Onkologie |
| 85040015 | Tagesklinik Hämatologie und Onkologie |

Nordrhein-Westfalen

| | |
|----------|--------------------------|
| 85050001 | Geriatrie Tagesklinik |
| 85050002 | Teilstationäre Dialyse |
| 85050004 | Tagesklinik Dermatologie |
| 85050005 | Tagesklinik HIV |

| | |
|----------|---|
| 85050006 | Tagesklinik Erwachsenenonkologie |
| 85050007 | Tagesklinik Kinderonkologie |
| 85050009 | Tagesklinik Rheumatologie |
| 85050010 | CAPD teilstationär |
| 85050011 | Tagesklinik HNO - Tinnitus |
| 85050013 | Tagesklinik Orthopädische Schmerzlinik |
| 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 |
| 85050024 | Tagesklinik Pulmologie (Schlaflabor) |
| 85050025 | Teilstationäre pädiatrische Hämatologie und Onkologie |
| 85050026 | Teilstationäres Schlaflabor |
| 85050027 | Tagesklinik Neurologie |
| 85050028 | Teilstationäre LDL-Apherese |
| 85050029 | Tagesklinik Schmerzlinik |
| 85050030 | Teilstationäre Peritonealdialyse: intermittierend, maschinell unterstützt (IPD) |
| 85050031 | Teilstationäre Kontinenzpauschale |

Hessen

| | |
|----------|--|
| 85060001 | Teilstationäre Geriatrie |
| 85060004 | Teilstationäre Onkologie |
| 85060005 | Tagesklinik Rheumatologie |
| 85060006 | Tagesklinik Pädiatrie |
| 85060007 | Tagesklinik Dermatologie |
| 85060009 | Tagesklinik Pädiatrische Kardiologie/Hämatologie |
| 85060010 | Teilstationäre Diabetikerbetreuung |
| 85060011 | Teilstationäre LDL-Apherese |
| 85060012 | Tagesklinische Behandlung Onkologie, Kinder |
| 85060014 | Teilstationäre pädiatrische Diagnostik |

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 |

Baden-Württemberg

| | |
|----------|---|
| 85080001 | Spezielle orthopädische Schmerz-Tagesklinik |
| 85080002 | Entgelt für teilstationäre Diabetikerschulung |
| 85080003 | Tagesklinik Dermatologie |
| 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 |
| 85080021 | Tagesgleicher Pflegesatz teilstationär, Dermatologie |
| 85080023 | Tagesklinik Rheumatologie |
| 85080024 | Teilstationäre stereotaktische Bestrahlung |
| 85080025 | Neurochirurgische Tagesklinik (Belegarzt) |
| 85080026 | Tagesklinik Onkologie (Erwachsene) |
| 85080030 | Tagesklinik Neurologie |
| 85080031 | Tagesklinik Neurologisches Schmerzzentrum |
| 85080033 | Teilstationäre Radioonkologie mit lokaler Hyperthermie und regionale Tiefenhyperthermie |

Bayern

| | |
|----------|--|
| 85090001 | Tagesklinik Geriatrie |
| 85090002 | Tagesklinik Pädiatrie |
| 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 |
| 85090017 | Tagesklinik Allgemeine Chirurgie |
| 85090018 | Tagesklinik Frauenklinik |
| 85090019 | Tagesklinik Nuklearmedizin |
| 85090020 | Tagesklinik Strahlenheilkunde |
| 85090021 | Tagesklinik Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde |
| 85090022 | Tagesklinik Rheuma |
| 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 |
| 85090035 | Tagesklinik Frauenklinik (Onkologie) |
| 85090036 | Tagesklinik Strahlenheilkunde (Onkologie) |
| 85090037 | Teilstationäre Innere Medizin |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| Saarland | |
| 85100001 | Teilstationäre Onkologie |
| 85100003 | Tagesklinik Innere Medizin |
| 85100004 | Teilstationäre LDL-Apherese |
| 85100006 | Tagesklinik Nachbetreuung von Patienten mit Cochlea-Implantat |
| 85100007 | Tagesklinik Shunt-Chirurgie |
| Berlin | |
| 85110001 | Teilstationäre Chemotherapie, Kinder |
| 85110002 | Teilstationäre HIV-Tagesklinik, Erwachsene |
| 85110003 | Teilstationäre HIV-Tagesklinik, Kinder |
| 85110004 | Teilstationäre LDL-Apherese |
| 85110005 | Teilstationäre Tagesklinik Stoffwechselerkrankungen |
| 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 |

Brandenburg

| | |
|----------|--|
| 85120001 | Tagesklinik Geriatrie |
| 85120002 | Tagesklinik Rheumatologie |
| 85120003 | Teilstationäre Dialyse |
| 85120005 | Tagesklinik Orthopädie |
| 85120007 | Tagesklinik Hämatologie |
| 85120008 | Tagesklinik Pädiatrie |
| 85120010 | Teilstationäre Chemotherapie/Infusion |
| 85120011 | Teilstationäre Neurologie |
| 85120012 | Teilstationäre Endokrinologie |
| 85120013 | Teilstationäre Angiologie |
| 85120014 | Teilstationäre Schlaflabor |
| 85120015 | Teilstationäre Gastroskopien bei Kindern |

Mecklenburg-Vorpommern

| | |
|----------|---|
| 85130001 | Geriatric (Tagesklinik) |
| 85130002 | Schmerztherapie (für Aufnahmen in 2003) |
| 85130004 | Onkologie (Tagesklinik) |
| 85130005 | Rheumatologie (Tagesklinik) |
| 85130007 | Kinderneurologie (Tagesklinik) |
| 85130008 | Nuklearmedizin (Tagesklinik) |
| 85130009 | Teilstationäre Chemotherapie |
| 85130010 | Pädiatrie (Tagesklinik) |
| 85130011 | Pneumologie (Tagesklinik) |
| 85130012 | Gynäkologie (Tagesklinik) |

Sachsen

| | |
|----------|--|
| 85140001 | Belegentgelt Kardiologie (für Aufnahmen in 2003) |
| 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 |

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 |
| 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, teilstationär (tagesbezogen)

- 85003001 Besondere Einrichtung neuropädiatrische Tagesklinik
- 85003002 Besondere Einrichtung für Tagesklinik bildgebende Verfahren
- 85003005 Palliativmedizin
- 85003006 Besondere Einrichtung für Tagesklinik Rheuma, Basis-Pflegesatz

Bayern

- 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

Besondere Einrichtungen, vollstationär (tagesbezogen)

| | |
|----------|--|
| 85004001 | Besondere Einrichtung Neurologie – Behandlung von Morbus Parkinson |
| 85004002 | Besondere Einrichtung für Multiresistente Mykobakterien |
| 85004003 | Besondere Einrichtung für Umweltmedizin |
| 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 |
| 85004013 | Besondere Einrichtung für Kinder- und Jugendschmerztherapie |
| 85004014 | Besondere Einrichtung Palliativmedizin |
| 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 |
| 85004021 | Besondere Einrichtung für stationäre Langzeittherapie bei Versorgung schwerstbehinderter Kinder und Jugendlicher |
| 85004022 | Besondere Einrichtung für Neurologie (ohne Beatmung) |
| 85004023 | Besondere Einrichtung für Neurologie (mit Beatmung) |
| 85004024 | Besondere Einrichtung für E76A, MDR |
| 85004025 | Besondere Einrichtung für E76A, XDR |
| 85004026 | Besondere Einrichtung für hochkontagiöse Patienten, Kontaktperson |
| 85004027 | Besondere Einrichtung für hochkontagiöse Patienten Level III |
| 85004028 | Besondere Einrichtung für hochkontagiöse Patienten Level IV |
| 85004029 | Besondere Einrichtung für Pflegesatz Isolierstation, Kategorie I |
| 85004030 | Besondere Einrichtung für Pflegesatz Isolierstation, Kategorie II |
| 85004031 | Besondere Einrichtung für Pflegesatz Isolierstation, Kontaktperson |

Schleswig-Holstein

- 85014001 Besondere Einrichtung für Palliativmedizin
- 85014003 Besondere Einrichtung für Pädiatrie

Hamburg

- 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

Nordrhein-Westfalen

- 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

- 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
- 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

- 85074003 Besondere Einrichtung zur Behandlung Schwerst-Schädel-Hirn-Verletzter
- 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

- 85084001 Besondere Einrichtung für neurologische Frührehabilitation, Phase B, und Behandlung von Schwerst-Schädel-Hirn-Verletzten
- 85084002 Besondere Einrichtung für Epileptologie
- 85084004 Besondere Einrichtung für Palliativmedizin
- 85084005 Besondere Einrichtung für Neurologie

| | |
|------------------------|--|
| 85084006 | Besondere Einrichtung Schwerbrandverletzte |
| 85084007 | Besondere Einrichtung Neuropädiatrie |
| Bayern | |
| 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 |
| 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 |
| 85094017 | Besondere Einrichtung Hyperthermie |
| 85094020 | Besondere Einrichtung Kinderherzchirurgie und -kardiologie |
| 85094021 | Besondere Einrichtung Mukoviszidose |
| 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 |
| 85094037 | Besondere Einrichtung Kinderheilkunde |
| 85094039 | Besondere Einrichtung Kinderonkologie |
| 85094040 | Besondere Einrichtung Epilepsie-Zentrum |
| 85094041 | Besondere Einrichtung Akutneurologie mit Schwerpunkt Parkinson und Multiple Sklerose |
| Berlin | |
| 84114001 | Besondere Einrichtung für Palliativmedizin |
| Brandenburg | |
| 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) |
| Mecklenburg-Vorpommern | |
| 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

- 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

Thüringen

- 85164001 Besondere Einrichtung für neurologische Frührehabilitation, Phase B, Kinder
- 85164002 Besondere Einrichtung für dermatologische Spezialbehandlung

Fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Nr. 5 KHEntgG

bundesweit für Aufnahmen in 2016

Anlage 3a (vollstationär) DRG-Entgeltkatalog 2016 (fallbezogen)

| | |
|----------|---|
| 8600A04A | Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, allogene, mit zweiter Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion im selben Aufenthalt |
| 8600A15A | Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, autogene, mit zweiter Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion im selben Aufenthalt |
| 8600A16A | Transplantation von Darm oder Pankreas |
| 8600A16B | Injektion von Pankreasgewebe |
| 8600A22Z | Korrekturereingriff bei Doppelfehlbildung |
| 8600A43Z | Frührehabilitation bei Wachkoma und Locked-in-Syndrom |
| 8600B11Z | Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur |
| 8600B13Z | Epilepsiechirurgie mit invasivem präoperativem 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 aktiven mechanischen Hörimplantates |
| 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 |
| 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 bei schweren Verbrennungen oder Beatmung > 95 Stunden bei Verbrennungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176/1104/1104 Aufwandspunkte bei Verbrennungen |

| | |
|----------|--------------------------------------|
| 8600Y61Z | Schwere Verbrennungen |
| 8600Z02Z | Leberspende (Lebendspende) |
| 8600Z04Z | Lungenspende (Lebendspende) |
| 8600Z41Z | Knochenmarkentnahme bei Eigenspender |
| 8600Z42Z | Stammzellentnahme bei Fremdspender |
| 8600Z43Z | Knochenmarkentnahme bei Fremdspender |

Anlage 3b (teilstationär) DRG-Entgeltkatalog 2016 (fallbezogen)

| | |
|----------|--|
| 8600A90A | Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, umfassende Behandlung |
| 8600A90B | Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, Basisbehandlung |
| 8600L90A | Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter < 15 Jahre |

Bundesweit (teilstationär, fallbezogen)

| | |
|----------|--|
| 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 Sauerstoff-titrationsnacht 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- |
| 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- |

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

Hessen

- 86060011 Tagesklinisch-diagnostische Versorgung Erwachsener (1x innerhalb von 12 Monaten ab Aufnahmetag)
- 86060012 Tagesklinisch-therapeutische Behandlung Erwachsener, insbes. in den Bereichen Gastroenterologie, Onkologie, Urologie, Pneumologie usw. (1x innerhalb von 3 Monaten ab Aufnahmetag)
- 86060013 Tagesklinisch-therapeutische Behandlung und Schulung erwachsener Diabetiker (1x innerhalb von 3 Monaten ab Aufnahmetag)
- 86060014 Tagesklinisch-schmerztherapeutische Behandlung Erwachsener (integr. Diagnostik bereits erfolgt) (1x innerhalb von 3 Monaten ab Aufnahmetag)
- 86060015 Tagesklinisch-diagnostische Versorgung von Kindern (1x innerhalb von 3 Monaten ab Aufnahmetag)
- 86060016 Tagesklinisch-therapeutische Behandlung von Kindern (1x innerhalb von 3 Monaten ab Aufnahmetag)
- 86060017 Aus medizinischen Gründen vorzeitig beendete tagesklinische Behandlung

Bayern

- 86090005 Regionale Tiefenhyperthermie, teilstationär
- 86090006 Teilstationäre Behandlung mit Linearbeschleuniger
- 86090007 Teilstationäre Kopfstereotaxie
- 86090008 Teilstationäre Körperstereotaxie
- 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

Mecklenburg-Vorpommern

- 86130008 Tagesklinik Rheumatologie

Sachsen-Anhalt

- 86150001 Teilstationäre Onkologie

Besondere Einrichtungen, vollstationär (fallbezogen)

- 86004002 Besondere Einrichtung für endovakulären Pulmonalklappenersatz (System Melody Transcatheter Valve)
- 86004003 Invasive Diagnostik mit Tiefenelektroden/Stereo-EEG, Stereotaktische Roboter-Assistierte (ROSA) Implantationstechnik
- 86004004 FP Besondere Einrichtung für Palliativmedizin

Schleswig-Holstein

- 86014001 Besondere Einrichtung für die Behandlung von Parkinsonerkrankten

Bremen

- 86044003 Besondere Einrichtung für invasive ablativ Maßnahmen am Herzen

Bayern

- 86094003 Besondere Einrichtung Epilepsiechirurgie, Monitoring
- 86094004 Besondere Einrichtung Epilepsiechirurgie, Oberflächenmonitoring
- 86094005 Besondere Einrichtung Epilepsiechirurgie, epilepsiechirurgischer Eingriff ohne Monitoring

Mecklenburg-Vorpommern

- 86134001 Besondere Einrichtung Paraplegiologischer Check
- 86134002 Besondere Einrichtung zur Botox-Behandlung

Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD für fallbezogene Entgelte nach § 7Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG

bundesweit für Aufnahmen in 2016

Anlage 3a (vollstationär) DRG-Entgeltkatalog 2016

| | |
|----------|---|
| 8700A04A | Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, allogene, mit zweiter Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion im selben Aufenthalt |
| 8700A15A | Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, autogen, mit zweiter Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion im selben Aufenthalt |
| 8700A16A | Transplantation von Darm oder Pankreas |
| 8700A16B | Injektion von Pankreasgewebe |
| 8700A22Z | Korrektureingriff 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 |
| 8700D23Z | Implantation eines aktiven mechanischen Hörimplantates |
| 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 |
| 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 bei schweren Verbrennungen oder Beatmung > 95 Stunden bei Verbrennungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176/1104/1104 Aufwandspunkte bei Verbrennungen |
| 8700Y61Z | Schwere Verbrennungen |
| 8700Z02Z | Leberspende (Lebendspende) |
| 8700Z04Z | Lungenspende (Lebendspende) |
| 8700Z41Z | Knochenmarkentnahme bei Eigenspender |
| 8700Z42Z | Stammzellentnahme bei Fremdspender |
| 8700Z43Z | Knochenmarkentnahme bei Fremdspender |

Anlage 3b (teilstationär) DRG-Entgeltkatalog 2016

| | |
|----------|--|
| 8700A90A | Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, umfassende Behandlung |
| 8700A90B | Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, Basisbehandlung |
| 8700L90A | Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter < 15 Jahre |

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 |
| 87004004 | Zuschlag OGVD Besondere Einrichtung für Palliativmedizin |

Abschlag bei Verlegung für fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG

bundesweit für Aufnahmen in 2016

Anlage 3a (vollstationär) DRG-Entgeltkatalog 2016

| | |
|----------|---|
| 8800A04A | Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, allogene, mit zweiter Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion im selben Aufenthalt |
| 8800A15A | Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, autogene, mit zweiter Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion im selben Aufenthalt |
| 8800A16A | Transplantation von Darm oder Pankreas |
| 8800A16B | Injektion von Pankreasgewebe |
| 8800A22Z | Korrekturereingriff 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 aktiven mechanischen Hörimplantates |
| 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 |
| 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 bei schweren Verbrennungen oder Beatmung > 95 Stunden bei Verbrennungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176/1104/1104 Aufwandspunkte bei Verbrennungen |

| | |
|----------|--------------------------------------|
| 8800Y61Z | Schwere Verbrennungen |
| 8800Z02Z | Leberspende (Lebendspende) |
| 8800Z04Z | Lungenspende (Lebendspende) |
| 8800Z41Z | Knochenmarkentnahme bei Eigenspender |
| 8800Z42Z | Stammzellentnahme bei Fremdspender |
| 8800Z43Z | Knochenmarkentnahme bei Fremdspender |

Anlage 3b (teilstationär) DRG-Entgeltkatalog 2016

| | |
|----------|--|
| 8800A90A | Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, umfassende Behandlung |
| 8800A90B | Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, Basisbehandlung |
| 8800L90A | Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter < 15 Jahre |

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 Augnlides -teilstationäre Behandlung- |

Besondere Einrichtungen, vollstationär

| | |
|----------|--|
| 88004003 | Invasive Diagnostik mit Tiefenelektroden/Stereo-EEG, Stereotaktische Roboter-Assistierte (ROSA) Implantationstechnik |
| 88004004 | Abschlag Verlegung Besondere Einrichtung für Palliativmedizin |

Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD für fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG

bundesweit für Aufnahmen in 2016

Anlage 3a (vollstationär) DRG-Entgeltkatalog 2016

| | |
|----------|---|
| 8900A04A | Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, allogene, mit zweiter Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion im selben Aufenthalt |
| 8900A15A | Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, autogene, mit zweiter Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion im selben Aufenthalt |
| 8900A16A | Transplantation von Darm oder Pankreas |
| 8900A16B | Injektion von Pankreasgewebe |
| 8900A22Z | Korrektureingriff 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 aktiven mechanischen Hörimplantates |
| 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 |
| 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 bei schweren Verbrennungen oder Beatmung > 95 Stunden bei Verbrennungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176/1104/1104 Aufwandspunkte bei Verbrennungen |
| 8900Y61Z | Schwere Verbrennungen |
| 8900Z02Z | Leberspende (Lebendspende) |
| 8900Z04Z | Lungenspende (Lebendspende) |
| 8900Z41Z | Knochenmarkentnahme bei Eigenspender |
| 8900Z42Z | Stammzellentnahme bei Fremdspender |
| 8900Z43Z | Knochenmarkentnahme bei Fremdspender |
| Anlage 3b (teilstationär) DRG-Entgeltkatalog 2016 | |
| 8900A90A | Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, umfassende Behandlung |
| 8900A90B | Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, Basisbehandlung |
| 8900L90A | Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter < 15 Jahre |
| 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 |
| 89004004 | Abschlag UGVD Besondere Einrichtung für Palliativmedizin |

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 | 1xxxx (s. Anlage 4) | KH |
| Teilstationärer Pflegesatz | 01 | 0 | 3xxxx (s. Anlage 4) | KH |
| Belegpflegesatz | 01 | 0 | 4xxxx (s. Anlage 4) | KH |
| Teilstationärer Belegpflegesatz | 01 | 0 | 50000 (KH), 50100 ff. (FA) | KH |
| Ermäßigter vollstationärer Abteilungspflegesatz | 02 | 0 | 1xxxx (s. Anlage 4) | KH |
| Ermäßigter teilstationärer Abteilungspflegesatz | 02 | 0 | 3xxxx (s. Anlage 4) | KH |
| Ermäßigter Belegpflegesatz | 02 | 0 | 4xxxx (s. Anlage 4) | KH |
| Ermäßigter teilstationärer Belegpflegesatz | 02 | 0 | 5xxxx (s. Anlage 4) | KH |
| Zuschlag nach § 8 Abs. 3 BPfV bzw. § 8 Abs. 3 BPfV (Investitionszuschlag) | 40 | 0 | 00000 | Bund |
| Entgelt für vorstationäre Behandlung | 41 | 0 | 00000 ff. | Bund |
| Entgelt für nachstationäre Behandlung | 42 | 0 | 00000 ff. | Bund |
| Pflegesatz bei Beurlaubung | 43 | 0 | xxxxx | KH |
| Modellvorhaben nach § 24 BPfV oder § 26 BPfV (Altvorhaben) | 44 | 0[1-6] | 01001 ff. | KH |
| Wahlleistung Unterkunft (Knappschaft) | 45 | 0 | 00001 bis 00009 | KH |
| Zuschlag für Qualitätssicherung nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 KHEntG oder § 7 Satz 1 Nr. 3 BPfV | 46 | 0 | [01-35]0[00]02] | Bund/Land |
| Zuschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntG bzw. § 7 Satz 1 Nr. 3 und Satz 2 BPfV und sonstiger Zuschlag | 47 | 1 | 00000 ff. | KH, Bund/Land |
| Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntG bzw. § 7 Satz 1 Nr. 3 und Satz 2 BPfV und sonstiger Abschlag | 47 | 2 | 00000 ff. | KH, Bund/Land |
| DRG-Systemzuschlag, vollstationärer Fall | 48 | 0 | 00001 | Bund |
| DRG-Systemzuschlag, teilstationärer Fall | 48 | 0 | 00002 | Bund |
| Abrechnungsergänzungen | 49 | [1]2] | [1-6]000[1-6] | KH |
| Sonderfall | 60 | 0 | xxxx (s. Anlage 4) | KH |
| Entgelt für integrierte Versorgung (§ 140c SGB V) | 61 | 1-8 | xxxxx krankenkassenindividuelle Vergabe | KH |
| Abschlag bei Entgelten für integrierte Versorgung nach § 140c SGB V | 62 | 1-8 | xxxxx krankenkassenindividuelle Vergabe | KH |
| Entgelt für Modellvorhaben nach § 63 SGB V | 63 | 1-8 | xxxxx krankenkassenindividuelle Vergabe | KH |
| Zusatzentgelt für DMP | 65 | [01-98] | [01-27][01-06] (s. Anlage 4) | KH |

Matrix Entgeltarten

| | 1.-2. Stelle | 3. (-4.) Stelle | 4.-8. Stelle | KH/ Bund/Land |
|---|------------------------------|---------------------------------|--|------------------|
| DRG-Fallpauschale nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG | 70 | 1-8 | 0A01A ff. | Bund |
| Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD nach § 1 Abs. 2 Satz 1 FPV oder tagesbezogene teilstationäre DRG-Fallpauschale ab 2. Tag | 71 | 1-8 | 0A01A ff. | Bund |
| Abschlag bei Verlegungen nach § 1 Abs. 1 Satz 3 FPV | 72 | 1-8 | 0A01A ff. | Bund |
| Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD nach § 1 Abs. 3 Satz 1 FPV | 73 | 1-8 | 0A01A ff. | Bund |
| Zuschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG | 75 | 1 | 00001 ff. | Bund/KH |
| Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 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 xxxy 00xx[0]A, ...] [01-16]001 ff. [01-16]001 ff. [01-16]001 ff. | KH Bund |
| Teilstationärer Pflegesatz nach § 6 Abs. 2 FPV | 78 | 03 | 78999999 | 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 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG | 85 | 00 01- 16 30 | A01Z ff. (Anlage 3 FPV) 0001 ff. (teilstationär) | KH |
| Fallbezogenes Entgelt nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG - Fallbezogenes Entgelt - Entgelt bei Überschreiten der oberen GVD - Abschlag bei Verlegung - Abschlag bei Nichterreichen der unteren GVD | 86 87 88 89 | 00 01-16 30 | A01Z ff. (Anlage 3 FPV) 0001 ff. (teilstationär) | KH |

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) |
| 21000330 | Folgekontakt |
| 21000350 | erweiterte Laboruntersuchungen |
| 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 Neuroimmunologie |
| 21038490 | Fachbereich Kinderheilkunde Kardiologie, erhöhte Pauschale |

| | |
|----------|--|
| 21038500 | Fachbereich Kinderheilkunde Onkologie, erhöhte Pauschale |
| 21038510 | Fachbereich Kinderchirurgie, erhöhte Pauschale |
| 21038520 | Fachbereich Kinderorthopädie, erhöhte Pauschale |
| 21038530 | Fachbereich Stimm- und Sprachambulanz Kinder, erhöhte Pauschale |
| 21038540 | Fachbereich Diagnostische/Interventionelle Neuroradiologie |
| 21040000 | Erwachsene |
| 21050000 | Kinder und Jugendliche |
| 21050110 | Kinder und Jugendliche, Gruppentherapie |
| 21050131 | Kinder und Jugendliche, Neuropädiatrie, ärztliche Leistung |
| 21050141 | Kinder und Jugendliche, Neonatologie, ärztliche Leistung |
| 21050151 | Kinder und Jugendliche, Pulmologie/Allergologie, ärztliche Leistung |
| 21050161 | Kinder und Jugendliche, Adipositas, ärztliche Leistung |
| 21050171 | Kinder und Jugendliche, Funktionsdiagnostik, ärztliche Leistung |
| 21050181 | Kinder und Jugendliche, Kryo- und Laserchirurgie, ärztliche Leistung |
| 21050191 | Kinder und Jugendliche, Schmerzprechstunde, ärztliche Leistung |
| 21050201 | Kinder und Jugendliche, Viszeralchirurgie, ärztliche Leistung |
| 21050211 | Kinder und Jugendliche, allgemeine HNO, ärztliche Leistung |
| 21050221 | Kinder und Jugendliche, Phoniatrie/Pädaudiologie, ärztliche Leistung |
| 21050231 | Kinder und Jugendliche, Kinderradiologie, ärztliche Leistung |
| 21050241 | Kinder und Jugendliche, Infektiologie, ärztliche Leistung |
| 21050251 | Kinder und Jugendliche, Sonografie, ärztliche Leistung |
| 21050261 | Kinder und Jugendliche, Immunologie, ärztliche Leistung |
| 21050271 | Kinder und Jugendliche, Stoffwechselambulanz, ärztliche Leistung |
| 21050281 | Kinder und Jugendliche, Kinderorthopädie, ärztliche Leistung |
| 21050291 | Kinder und Jugendliche, Pädiatrie, Zusatzpauschale, ärztliche Leistung |
| 21050301 | Kinder und Jugendliche, Kinderneurochirurgie, ärztliche Leistung |
| 21050311 | Kinder und Jugendliche, Kinderthoraxchirurgie, ärztliche Leistung |
| 21100160 | Einmalkontakt, Mukoviszidosebehandlung, Erstkontakt |

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 |
| 22000370 | Mamma-Biopsien rechts |
| 22000380 | Mamma-Biopsien links |
| 22000390 | Ambulante Hochvoltstrahlentherapie |
| 22000400 | Botoxinjektion Harnblase |
| 22000410 | Stereotaktische Prostatabiopsie |
| 22000420 | Diagnostik vor Schmerztherapie, Orthopädie |
| 22000430 | Neurographie |
| 22000440 | Einlage/Wechsel eines thermoexpansiblen Titan-Nickel-Stent, bei Frauen |
| 22000450 | Einlage/Wechsel eines thermoexpansiblen Titan-Nickel-Stent, bei M.,nnern |
| 22000460 | angeborene Immundefekte, Folgekontakt |
| 22000470 | angeborene Immundefekte, Kontakt bei Infekten |
| 22000480 | Autoinflammationssyndrom, Erstkontakt |
| 22000490 | Gicht, Erstkontakt |
| 22000500 | Rheumatoide Arthritis, Erstkontakt |
| 22000510 | Rheumatoide Arthritis, Folgekontakt |
| 22000520 | Multiple Sklerose, Erstkontakt |
| 22000540 | Intravitreale Medikamenteneingabe, inkl. postoperativer Nachsorge |
| 22000550 | Intravitreale Medikamenteneingabe, ohne postoperative Nachsorge |
| 22000560 | Nachsorge Lebertransplantation, bei Kindern |
| 22000570 | Nachsorge Nierentransplantation, bei Kindern |
| 22000580 | Nachsorge intravitreale Augeninjektion bei Überweisung durch einen Operateur |
| 22000590 | Nachsorge intravitreale Augeninjektion bei Erbringung durch den Operateur |
| 22000610 | Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung) |
| 22000620 | Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung) |
| 22000630 | Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, große Gruppe) |
| 22000640 | Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, große Gruppe) |
| 22000650 | Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Kurzzeittherapie, kleine Gruppe) |
| 22000660 | Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Langzeittherapie, kleine Gruppe) |
| 22000670 | Analytische Psychotherapie (Einzelbehandlung) |
| 22000680 | Analytische Psychotherapie (große Gruppe) |
| 22000690 | Analytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (kleine Gruppe) |
| 22000700 | Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung) |
| 22000710 | Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung) |
| 22000720 | Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, kleine Gruppe) |
| 22000730 | Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, kleine Gruppe) |
| 22000740 | Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, große Gruppe) |
| 22000750 | Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, große Gruppe) |
| 22000760 | Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung), Einbeziehung Bezugspersonen |
| 22000770 | Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung), Einbeziehung Bezugspersonen |
| 22000780 | Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, große Gruppe), Einbeziehung Bezugspersonen |
| 22000790 | Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, große Gruppe), Einbeziehung Bezugspersonen |
| 22000800 | Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Kurzzeittherapie, kleine Gruppe), Einbeziehung Bezugspersonen |
| 22000810 | Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Langzeittherapie, kleine Gruppe), Einbeziehung Bezugspersonen |
| 22000820 | Analytische Psychotherapie (Einzelbehandlung), Einbeziehung Bezugspersonen |

| | |
|---------------|--|
| 22000830 | Analytische Psychotherapie (große Gruppe), Einbeziehung Bezugspersonen |
| 22000840 | Analytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (kleine Gruppe), Einbeziehung Bezugspersonen |
| 22000850 | Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung), Einbeziehung Bezugspersonen |
| 22000860 | Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung), Einbeziehung Bezugspersonen |
| 22000870 | Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, kleine Gruppe), Einbeziehung Bezugspersonen |
| 22000880 | Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, kleine Gruppe), Einbeziehung Bezugspersonen |
| 22000890 | Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, große Gruppe), Einbeziehung Bezugspersonen |
| 22000900 | Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, große Gruppe), Einbeziehung Bezugspersonen |
| 220[0100ff.]0 | Fachabteilungen (siehe Anlage 2, Schlüssel 6) |
| 22040010 | Erwachsene, Molekulare Karyotypisierung (Eltern) |
| 22040020 | Neueinstellung eines Sprachprozessors, Erwachsene |
| 22040030 | Erwachsene, angeborene Immundefekte, Erstkontakt |
| 22050010 | Kinder und Jugendliche, Molekulare Karyotypisierung (Kind) |
| 22050020 | Neueinstellung eines Sprachprozessors, Kinder und Jugendliche |
| 22050030 | Kinder und Jugendliche, angeborene Immundefekte, Erstkontakt |
| 22100330 | Einmalkontakt, Stereotaxie (Einmalpauschale) |

Tagespauschale

| | |
|----------|--|
| 23000040 | Onkologisch-hämatologische Leistungen |
| 23000050 | Strahlentherapeutische Leistungen |
| 23000060 | LDL-Apherese |
| 23000070 | Laboratoriumsmedizin |
| 23000080 | Sachmittelabgabe, je Peritonealdialysetag (CAPD, CCPD) |
| 23000090 | Autoinflammationssyndrom, Kontakt bei Schüben |
| 23000100 | Gicht, Folgekontakt |
| 23000110 | Multiple Sklerose, Kontakt bei Schüben |
| 23000120 | intravenöse Gabe von Infusionen |
| 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 |
| 23050040 | Intestinale Reha, Kinder und Jugendliche |

Pauschale je Behandlungseinheit

| | |
|----------|---|
| 24100000 | je Stunde |
| 24101001 | je Stunde, gruppentherapeutische Leistungen |
| 24302004 | je Behandlungseinheit, Ambulante Hochvoltstrahlentherapie, Fraktionspauschale |

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 Neugeborenencreening |
| 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, Familienspender |
| 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, Knochenmarkssystem-erkrankungen 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 Sprachstörung 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 |
| 25101204 | HER2-Status Test, Mamma-CA |
| 25101205 | HER2-Status Test, ohne Mamma-CA |
| 25101206 | KRAS-Testverfahren, Biomarker |
| 25101207 | BRAF-Testverfahren, Melanom |
| 25101208 | Bestimmung c-kit Mutationsstatus |
| 25101209 | Bestimmung PDGFR Mutationsstatus |

| | |
|----------|---|
| 25101210 | Bestimmung EGF-Rezeptoren |
| 25101211 | Nachweis EML4-ALK Fusionsonkogen |
| 25101212 | Immunzytochemischer p16 Nachweis |
| 25101213 | Bestimmung ERCC1 Antikörper |
| 25101214 | Bestimmung MGMT Status |
| 25101215 | 1q/19p Test, Molekularpathologie |
| 25101216 | Bestimmung IDH1/2 Status |
| 25101217 | Hormonrezeptorstatus, ER/PR, HER2 |
| 25101218 | Zusatzleistung Spiroergometrie |
| 25101219 | Einsendungspauschale Stoffwechsellabor, Kinderklinik |
| 25101220 | Ambulanz für Risikoverhalten/Selbstschädigung, Psychiatrische Klinik |
| 25101221 | Multispektrale diagnostische Durchflusszytometrie, Immunologie |
| 25101222 | Erstindikation interdisziplinäre Adipositasambulanz, interdisziplinär |
| 25101223 | Nachsorge nach Adipositaschirurgie, Innere Medizin |
| 25101224 | Fachabteilungspauschale (Kinder-)Chirurgie IV, Notfall |
| 25101225 | Fachabteilungspauschale Kinderheilkunde II, Pädiatrie, Kardiologie, Notfall |
| 25101226 | Fachabteilungspauschale Kinderheilkunde III, Pädiatrie, Onkologie, Notfall |
| 25101227 | Betreuung einer Hochrisikoschwangerschaft |
| 25101228 | Einsendungen Pathologie |
| 25101229 | APC Mutationsanalyse; mittels PCR/Sequenzierung |
| 25101230 | BCL2 FISH-Test, z.B. bei Lymphom |
| 25101231 | BCR-ABL FISH-Test |
| 25101232 | Bestimmung BRD4-NUT Onkogen, mittels PCR |
| 25101233 | Bestimmung Mutation Januskinase (JAK2) |
| 25101234 | Bestimmung BCR-ABL Gen |
| 25101235 | Bestimmung FIP1L1-PDGFRa Fusionstranskript |
| 25101236 | Bestimmung PML-RARa Fusionstranskript, bei akuter Promyelozytenleukämie (APL) |
| 25101237 | Bestimmung EBV-RNA, mittels in-situ-Hybridisierung |
| 25101238 | Bestimmung GNAQ, bei malignem Melanom |
| 25101239 | Bestimmung HFE, bei Hämochromatose |
| 25101240 | Bestimmung MSI (Mikrosatelliteninstabilität) |
| 25101241 | Bestimmung MTB und MOT (PCR, Hybridisierung) |
| 25101242 | CCND1 FISH-Test, z.B. bei Lymphom |
| 25101243 | c-Myc/CEN8 FISH-Test (Angio), z.B. bei Sarkom |
| 25101244 | c-Myc FISH-Test, z.B. bei Lymphom |
| 25101245 | COL1A1/PDGFRb FISH-Test, bei Sarkom |
| 25101246 | CTNNB1 Mutationsanalyse, mittels PCR/Sequenzierung |
| 25101247 | DNA Reparaturproteine/MSI-Analytik |
| 25101248 | EHZ2, Exon 2 bis 20, komplette Diagnostik, u.a. mittels PCR/Sequenzierung |
| 25101249 | EWSR1 FISH-Test, bei Sarkomen |
| 25101250 | FGFR3 Mutationsanalyse, mittels PCR/Sequenzierung |
| 25101251 | FUS FISH-Test (LGFMS), bei Sarkomen |
| 25101252 | GNAS Mutationsanalyse, mittels PCR/Sequenzierung |
| 25101253 | HER2 Testverfahren, Biomarker |
| 25101254 | HPV Nachweis, mittels PCR/Sequenzierung |
| 25101255 | HPV-Subtypisierung, mittels PCR |
| 25101256 | MALT1 FISH-Test, z.B. bei Lymphom |
| 25101257 | MDM2 FISH-Test, z.B. bei Sarkom |
| 25101258 | MET Mutationsanalyse, mittels PCR/Sequenzierung |
| 25101259 | MET FISH-Test, mittels Fluoreszenz-in-Situ-Hybridisierung |
| 25101260 | Nachweis Klonalität B-Zellen |
| 25101261 | Nachweis Klonalität T-Zellen |
| 25101262 | NPM1 Mutationsanalyse, mittels PCR/Sequenzierung |
| 25101263 | NRAS Testverfahren, Biomarker |
| 25101264 | NRAS Testverfahren, bei Kolorectalem Karzinom |

| | |
|----------|---|
| 25101265 | NRAS Testverfahren, bei malignem Melanom |
| 25101266 | PCR Analyse, FIP1L1-PDGFRa (RT-PCR) |
| 25101267 | PI3KCA Testverfahren, Biomarker |
| 25101268 | PIC3CA Mutationsanalyse, mittels PCR/Sequenzierung |
| 25101269 | RAS Untersuchung, Biomarker |
| 25101270 | SYT1 FISH-Test, Synovial, bei Sarkom |
| 25101271 | TFE3 FISH-Test, z.B. bei Sarkom |
| 25101272 | Zytogenetische Untersuchung, bei hämatologischen Neoplasien |
| 25101273 | NGS-Panelsequenzierung auf BRCA1/2-Mutationen bei fortgeschrittenem seriösen Eierstockkrebs |
| 25101274 | Stereotaktische, robotergestützte Bestrahlung mit einer Fraktion |
| 25101275 | Stereotaktische, robotergestützte Bestrahlung mit zwei und mehr Fraktionen |
| 25101276 | VAD (Ventricular Assist Device)-Nachsorge, 1 Monat im Kalendervierteljahr |
| 25101277 | VAD (Ventricular Assist Device)-Nachsorge, 2 Monate im Kalendervierteljahr |
| 25101278 | VAD (Ventricular Assist Device)-Nachsorge, 3 Monate im Kalendervierteljahr |
| 25101279 | Chronische Immundefizienz |
| 25101280 | Erregernachweis |
| 25101281 | Rezeptorproteinnachweis |
| 25101282 | Einzelmutation per PCR |
| 25101283 | Erweiterte TCR-Klonalität 1 |
| 25101284 | Erweiterte TCR-Klonalität 2 |
| 25101285 | Radium-223Dichlorid-Therapie |
| 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 |
| 26001119 | Impfpauschale, Einfachimpfung, Rotaviren, erste Dosis |
| 26001120 | Impfpauschale, Einfachimpfung, Rotaviren, weitere Dosis |
| 26001121 | Impfpauschale, Einfachimpfung, Rotaviren, 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 | Lebendnierenspende |
| 28000002 | Mamma-Biopsie |
| 28000003 | postoperative Nachuntersuchung (2x) Intravitale Injektion |
| 28000004 | Familienpendertypisierung im Rahmen der Blutstammzell-/Knochenmarkstransplantation |
| 28000005 | Wiedervorstellung |
| 28000007 | allgemeiner Zuschlag, Wegepauschale bis 2 km, am Tag |
| 28000016 | allgemeiner Zuschlag, Behandlungsfälle der Spezialambulanz, Kinder- und Jugendmedizin |
| 28000017 | allgemeiner Zuschlag, Wegepauschale, Randbereich 2 km bis 5 km, am Tag |
| 28000018 | allgemeiner Zuschlag, Wegepauschale, bei mehr als 5 km Radius, am Tag |
| 28000019 | allgemeiner Zuschlag, Onkologiepauschale |
| 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 |
| 28045004 | Verbrauchsmaterial, Endoskopie-Untersuchungskapsel |
| 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 |
| 31000310 | ambulante psychiatrische Akutbehandlung zu Hause (Beginn), bei Quartalsüberliegern |
| 31000320 | ambulante psychiatrische Akutbehandlung zu Hause (Ende), bei Quartalsüberliegern |
| 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 |
| 34210004 | je Behandlungstag, Erwachsene, Serie Kurzkontakt |
| 34210005 | je Behandlungstag, Erwachsene, AAB-Case-Management-Pauschale |
| 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 |
| 34312005 | je Behandlungseinheit, Erwachsene, Einzeltherapie, Leistungsdauer bis 20 Minuten |
| 34312006 | je Behandlungseinheit, Erwachsene, Einzeltherapie, Leistungsdauer > 20 Minuten und <= 60 Minuten |
| 34312007 | je Behandlungseinheit, Erwachsene, Einzeltherapie, > 60 Minuten |
| 34312009 | je Behandlungseinheit, Erwachsene, Gruppentherapie mit bis zu 4 Teilnehmern |
| 34312010 | je Behandlungseinheit, Erwachsene, Gruppentherapie mit mehr als 4 Teilnehmern |
| 34312011 | je Behandlungseinheit, Erwachsene, Fallbesprechung ohne Patient, ohne Umfeld |
| 34312012 | je Behandlungseinheit, Erwachsene, Visite mit Patient und/oder Umfeld |
| 34312013 | je Behandlungseinheit, Erwachsene, Sachkosten Alltagskompetenztraining |
| 34312014 | je Behandlungseinheit, Erwachsene, Wegezeit für Hin- und Rückweg der Mitarbeiter zum Patienten |

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 einzelspsychologische 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 |

Pauschale nach Katalog (Landeskatalog, Erwachsene)

35210101 Erhebung und Dokumentation der ambulanten medizinischen Basisdaten nach den Vorgaben der „AmBADO“-Bögen (Stammblatt, 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.

Ärztliche Leistungen

35210110 - bis 10 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. amb. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung, Psychodiagnostik

35210111 - bis 20 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. amb. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung, Psychodiagnostik

35210112 - bis 40 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. amb. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung, Psychodiagnostik

35210113 - bis 60 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. amb. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung, Psychodiagnostik

35210114 - bis 90 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. amb. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung, Psychodiagnostik

35210115 - bis 120 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. amb. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung, Psychodiagnostik

35210116 - bis 180 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. amb. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung, Psychodiagnostik

35210143 - bis 60 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Kleingruppe (bis zu fünf Patienten)

35210144 - bis 90 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Kleingruppe (bis zu fünf Patienten)

35210145 - bis 120 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Kleingruppe (bis zu fünf Patienten)

35210153 - bis 60 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Großgruppe (mehr als fünf Patienten, höchstens 12 Patienten)

35210154 - bis 90 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Großgruppe (mehr als fünf Patienten, höchstens 12 Patienten)

35210155 - bis 120 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Großgruppe (mehr als fünf Patienten, höchstens 12 Patienten)

Fahrzeit dazu

35210160 - bis 10 Minuten

35210161 - bis 20 Minuten

35210162 - bis 40 Minuten

35210163 - bis 60 Minuten

35210164 - bis 90 Minuten

35210165 - bis 120 Minuten

35210166 - 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 (Stammblatt, 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.
- Leistungen von Psychologen*
- 35210210 - bis 10 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. amb. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung, Psychodiagnostik
- 35210211 - bis 20 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung, Psychodiagnostik
- 35210212 - bis 40 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung, Psychodiagnostik
- 35210213 - bis 60 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung, Psychodiagnostik
- 35210214 - bis 90 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung, Psychodiagnostik
- 35210215 - bis 120 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung, Psychodiagnostik
- 35210216 - bis 180 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung, Psychodiagnostik
- 35210243 - bis 60 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Kleingruppe (bis zu fünf Patienten)
- 35210244 - bis 90 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Kleingruppe (bis zu fünf Patienten)
- 35210245 - bis 120 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Kleingruppe (bis zu fünf Patienten)
- 35210253 - bis 60 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Großgruppe (mehr als fünf Patienten, höchstens 12 Patienten)
- 35210254 - bis 90 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Großgruppe (mehr als fünf Patienten, höchstens 12 Patienten)
- 35210255 - bis 120 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Großgruppe (mehr als fünf Patienten, höchstens 12 Patienten)
- Fahrzeit dazu*
- 35210260 - bis 10 Minuten
- 35210261 - bis 20 Minuten
- 35210262 - bis 40 Minuten
- 35210263 - bis 60 Minuten
- 35210264 - bis 90 Minuten
- 35210265 - bis 120 Minuten
- 35210266 - bis 180 Minuten
- Leistungen von Pflegepersonal*
- 35210310 - bis 10 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung
- 35210311 - bis 20 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung
- 35210312 - bis 40 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung
- 35210313 - bis 60 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung

- 35210314 - bis 90 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung
- 35210315 - bis 120 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung
- 35210316 - bis 180 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung
- 35210317 - bis 240 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung
- 35210343 - bis 60 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Kleingruppe (bis zu fünf Patienten)
- 35210344 - bis 90 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Kleingruppe (bis zu fünf Patienten)
- 35210345 - bis 120 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Kleingruppe (bis zu fünf Patienten)
- 35210346 - bis 180 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Kleingruppe (bis zu fünf Patienten)
- 35210353 - bis 60 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Großgruppe (mehr als fünf Patienten, höchstens 12 Patienten)
- 35210354 - bis 90 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Großgruppe (mehr als fünf Patienten, höchstens 12 Patienten)
- 35210355 - bis 120 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Großgruppe (mehr als fünf Patienten, höchstens 12 Patienten)
- 35210356 - bis 180 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Großgruppe (mehr als fünf Patienten, höchstens 12 Patienten)

Fahrzeit dazu

- 35210360 - bis 10 Minuten
- 35210361 - bis 20 Minuten
- 35210362 - bis 40 Minuten
- 35210363 - bis 60 Minuten
- 35210364 - bis 90 Minuten
- 35210365 - bis 120 Minuten
- 35210366 - bis 180 Minuten

Leistungen von Sozialpädagogen

- 35210410 - bis 10 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung
- 35210411 - bis 20 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung
- 35210412 - bis 40 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung
- 35210413 - bis 60 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung
- 35210414 - bis 90 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung
- 35210415 - bis 120 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung
- 35210416 - bis 180 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung
- 35210417 - bis 240 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Krisenintervention einschl. Notfallbehandlung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung
- 35210443 - bis zu 60 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Kleingruppe (bis zu fünf Patienten)
- 35210444 - bis zu 90 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Kleingruppe (bis zu fünf Patienten)
- 35210445 - bis zu 120 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Kleingruppe (bis zu fünf Patienten)

- 35210446 - bis zu 180 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Kleingruppe (bis zu fünf Patienten)
- 35210453 - bis zu 60 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Großgruppe (mehr als fünf Patienten, höchstens 12 Patienten)
- 35210454 - bis zu 90 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Großgruppe (mehr als fünf Patienten, höchstens 12 Patienten)
- 35210455 - bis zu 120 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Großgruppe (mehr als fünf Patienten, höchstens 12 Patienten)
- 35210456 - bis zu 180 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Großgruppe (mehr als fünf, höchstens 12 Patienten)
- Fahrzeit dazu*
- 35210460 - bis 10 Minuten
- 35210461 - bis 20 Minuten
- 35210462 - bis 40 Minuten
- 35210463 - bis 60 Minuten
- 35210464 - bis 90 Minuten
- 35210465 - bis 120 Minuten
- 35210466 - bis 180 Minuten
- Leistungen von Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten*
- 35210510 - bis 10 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung
- 35210511 - bis 20 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung
- 35210512 - bis 40 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung
- 35210513 - bis 60 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung
- 35210514 - bis 90 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung
- 35210515 - bis 120 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung
- 35210516 - bis 180 Minuten für Leistungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, spezifische Einzelbehandlung/Betreuung
- 35210543 - bis zu 60 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Kleingruppe (bis zu fünf Patienten)
- 35210544 - bis zu 90 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Kleingruppe (bis zu fünf Patienten)
- 35210545 - bis zu 120 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Kleingruppe (bis zu fünf Patienten)
- 35210546 - bis zu 180 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Kleingruppe (bis zu fünf Patienten)
- 35210553 - bis zu 60 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Großgruppe (mehr als fünf Patienten, höchstens 12 Patienten)
- 35210554 - bis zu 90 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Großgruppe (mehr als fünf Patienten, höchstens 12 Patienten)
- 35210555 - bis zu 120 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Großgruppe (mehr als fünf Patienten, höchstens 12 Patienten)
- 35210556 - bis zu 180 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Großgruppe (mehr als fünf Patienten, höchstens 12 Patienten)
- 35210557 - bis zu 240 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Großgruppe (mehr als fünf Patienten, höchstens 12 Patienten)
- 35210558 - bis zu 300 Minuten für eine spezifische Behandlung/Betreuung in der Großgruppe (mehr als fünf Patienten, höchstens 12 Patienten)
- Fahrzeit dazu*
- 35210560 - bis 10 Minuten

- 35210561 - bis 20 Minuten
 35210562 - bis 40 Minuten
 35210563 - bis 60 Minuten
 35210564 - bis 90 Minuten
 35210565 - bis 120 Minuten
 35210566 - bis 180 Minuten
- Fallbesprechung*
- 35210600 - 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 - 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.
- Personalaufwand bei apparativer Diagnostik und Therapie*
- 35210770 - bis 10 Minuten für apparative Diagnostik und Therapie
 35210771 - bis 20 Minuten für apparative Diagnostik und Therapie
 35210772 - bis 40 Minuten für apparative Diagnostik und Therapie
 35210773 - bis 60 Minuten für apparative Diagnostik und Therapie
- Leistungen von Psychotherapeuten*
- 35210810 - Zeitdauer bis 10 Minuten spezifische Diagnostik, Einzeltherapie
 35210811 - Zeitdauer bis 20 Minuten spezifische Diagnostik, Einzeltherapie
 35210812 - Zeitdauer bis 40 Minuten spezifische Diagnostik, Einzeltherapie
 35210813 - Zeitdauer bis 60 Minuten spezifische Diagnostik, Einzeltherapie
 35210814 - Zeitdauer bis 90 Minuten spezifische Diagnostik, Einzeltherapie
 35210815 - Zeitdauer bis 120 Minuten spezifische Diagnostik, Einzeltherapie
 35210816 - Zeitdauer bis 180 Minuten spezifische Diagnostik, Einzeltherapie
 35210843 - Zeitdauer bis 60 Minuten spezifische Behandlung in der Kleingruppe (bis zu 3 Patienten)
 35210844 - Zeitdauer bis 90 Minuten spezifische Behandlung in der Kleingruppe (bis zu 3 Patienten)
 35210845 - Zeitdauer bis 120 Minuten spezifische Behandlung in der Kleingruppe (bis zu 3 Patienten)
 35210853 - Zeitdauer bis 60 Minuten spezifische Behandlung in der Großgruppe (mindestens 4, max. 8 Patienten)
 35210854 - Zeitdauer bis 90 Minuten spezifische Behandlung in der Großgruppe (mindestens 4, max. 8 Patienten)
 35210855 - Zeitdauer bis 120 Minuten spezifische Behandlung in der Großgruppe (mindestens 4, max. 8 Patienten)
- Ärztliche Leistungen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt*
- 35211160 - 1 bis 10 km
 35211161 - 11 bis 20 km
 35211162 - 21 bis 30 km
 35211163 - 31 bis 40 km
 35211164 - 41 bis 50 km
 35211165 - 51 bis 60 km
 35211166 - 61 bis 70 km
 35211167 - 71 bis 80 km
 35211168 - 81 bis 90 km
- Leistungen von Psychologen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt*
- 35211260 - 1 bis 10 km
 35211261 - 11 bis 20 km
 35211262 - 21 bis 30 km
 35211263 - 31 bis 40 km
 35211264 - 41 bis 50 km
 35211265 - 51 bis 60 km
 35211266 - 61 bis 70 km

| | |
|----------|--|
| 35211267 | - 71 bis 80 km |
| 35211268 | - 81 bis 90 km |
| | <i>Leistungen von Pflegepersonal, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt</i> |
| 35211360 | - 1 bis 10 km |
| 35211361 | - 11 bis 20 km |
| 35211362 | - 21 bis 30 km |
| 35211363 | - 31 bis 40 km |
| 35211364 | - 41 bis 50 km |
| 35211365 | - 51 bis 60 km |
| 35211366 | - 61 bis 70 km |
| 35211367 | - 71 bis 80 km |
| 35211368 | - 81 bis 90 km |
| | <i>Leistungen von Sozialpädagogen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt</i> |
| 35211460 | - 1 bis 10 km |
| 35211461 | - 11 bis 20 km |
| 35211462 | - 21 bis 30 km |
| 35211463 | - 31 bis 40 km |
| 35211464 | - 41 bis 50 km |
| 35211465 | - 51 bis 60 km |
| 35211466 | - 61 bis 70 km |
| 35211467 | - 71 bis 80 km |
| 35211468 | - 81 bis 90 km |
| | <i>Leistungen von Arbeits-, Beschäftigungs- und Bewegungstherapeuten, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt</i> |
| 35211560 | - 1 bis 10 km |
| 35211561 | - 11 bis 20 km |
| 35211562 | - 21 bis 30 km |
| 35211563 | - 31 bis 40 km |
| 35211564 | - 41 bis 50 km |
| 35211565 | - 51 bis 60 km |
| 35211566 | - 61 bis 70 km |
| 35211567 | - 71 bis 80 km |
| 35211568 | - 81 bis 90 km |
| | <i>Leistungen von Psychotherapeuten, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt</i> |
| 35211860 | - 1 bis 10 km |
| 35211861 | - 11 bis 20 km |
| 35211862 | - 21 bis 30 km |
| 35211863 | - 31 bis 40 km |
| 35211864 | - 41 bis 50 km |
| 35211865 | - 51 bis 60 km |
| 35211866 | - 61 bis 70 km |
| 35211867 | - 71 bis 80 km |
| 35211868 | - 81 bis 90 km |

Pauschale nach Katalog (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.
- Ärztliche Leistungen*
- 35220110 - Zeitdauer bis 10 Minuten Kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung, spezifische Diagnostik, ambulante Notfallbehandlung und Krisenintervention, Einzeltherapie
- 35220111 - Zeitdauer bis 20 Minuten Kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung, spezifische Diagnostik, ambulante Notfallbehandlung und Krisenintervention, Einzeltherapie
- 35220112 - Zeitdauer bis 40 Minuten wie oben
- 35220113 - Zeitdauer bis 60 Minuten wie oben
- 35220114 - Zeitdauer bis 90 Minuten wie oben
- 35220115 - Zeitdauer bis 120 Minuten wie oben
- 35220116 - Zeitdauer bis 180 Minuten wie oben
- 35220117 - Zeitdauer bis 240 Minuten (Abrechnung nur 1x im Krankheitsfall möglich!) wie oben
- 35220120 - Zeitdauer bis 10 Minuten spezifische Behandlung in der Kleingruppe (bis zu 3 Patienten)
- 35220122 - Zeitdauer bis 40 Minuten spezifische Behandlung in der Kleingruppe (bis zu 3 Patienten)
- 35220123 - Zeitdauer bis 60 Minuten wie oben
- 35220124 - Zeitdauer bis 90 Minuten wie oben
- 35220125 - Zeitdauer bis 120 Minuten wie oben
- 35220126 - Zeitdauer bis 180 Minuten wie oben
- 35220130 - Zeitdauer bis 10 Minuten spezifische Behandlung in der Großgruppe (mind. 4, max. 8 Patienten)
- 35220132 - Zeitdauer bis 40 Minuten spezifische Behandlung in der Großgruppe (mind. 4, max. 8 Patienten)
- 35220133 - Zeitdauer bis 60 Minuten wie oben
- 35220134 - Zeitdauer bis 90 Minuten wie oben
- 35220135 - Zeitdauer bis 120 Minuten wie oben
- 35220136 - Zeitdauer bis 180 Minuten wie oben
- Fahrtzeit dazu*
- 35220160 - bis 10 Minuten
- 35220161 - bis 20 Minuten
- 35220162 - bis 40 Minuten
- 35220163 - bis 60 Minuten
- 35220164 - bis 90 Minuten
- 35220165 - bis 120 Minuten
- 35220166 - bis 180 Minuten
- 35220167 - 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.
- Leistungen von Psychologen*
- 35220210 - Zeitdauer bis 10 Minuten Kinder- u. jugendpsychiatrische Abklärung, spezifische Diagnostik, Einzeltherapie
- 35220211 - Zeitdauer bis 20 Minuten Kinder- u. jugendpsychiatrische Abklärung, spezifische Diagnostik, Einzeltherapie
- 35220212 - Zeitdauer bis 40 Minuten wie oben
- 35220213 - Zeitdauer bis 60 Minuten wie oben
- 35220214 - Zeitdauer bis 90 Minuten wie oben
- 35220215 - Zeitdauer bis 120 Minuten wie oben
- 35220216 - Zeitdauer bis 180 Minuten wie oben
- 35220220 - Zeitdauer bis 10 Minuten spezifische Behandlung in der Kleingruppe (bis zu 3 Patienten)
- 35220222 - Zeitdauer bis 40 Minuten spezifische Behandlung in der Kleingruppe (bis zu 3 Patienten)
- 35220223 - Zeitdauer bis 60 Minuten wie oben
- 35220224 - Zeitdauer bis 90 Minuten wie oben
- 35220225 - Zeitdauer bis 120 Minuten wie oben
- 35220226 - Zeitdauer bis 180 Minuten wie oben
- 35220230 - Zeitdauer bis 10 Minuten spezifische Behandlung in der Großgruppe (mind. 4, max. 8 Patienten)
- 35220232 - Zeitdauer bis 40 Minuten spezifische Behandlung in der Großgruppe (mind. 4, max. 8 Patienten)
- 35220233 - Zeitdauer bis 60 Minuten wie oben
- 35220234 - Zeitdauer bis 90 Minuten wie oben
- 35220235 - Zeitdauer bis 120 Minuten wie oben
- 35220236 - Zeitdauer bis 180 Minuten wie oben
- Fahrtzeit dazu*
- 35220260 - bis 10 Minuten
- 35220261 - bis 20 Minuten
- 35220262 - bis 40 Minuten
- 35220263 - bis 60 Minuten
- 35220264 - bis 90 Minuten
- 35220265 - bis 120 Minuten
- 35220266 - bis 180 Minuten
- Leistungen von Bewegungs- und Ergotherapeuten, sowie Pflegekräften*
- 35220310 - Zeitdauer bis 10 Minuten spezifische Diagnostik, Einzeltherapie
- 35220311 - Zeitdauer bis 20 Minuten spezifische Diagnostik, Einzeltherapie
- 35220312 - Zeitdauer bis 40 Minuten wie oben
- 35220313 - Zeitdauer bis 60 Minuten wie oben
- 35220314 - Zeitdauer bis 90 Minuten wie oben
- 35220315 - Zeitdauer bis 120 Minuten wie oben
- 35220316 - Zeitdauer bis 180 Minuten wie oben
- 35220317 - Zeitdauer bis 240 Minuten wie oben
- 35220322 - Zeitdauer bis 40 Minuten spezifische Behandlung in der Kleingruppe (bis zu 3 Patienten)
- 35220323 - Zeitdauer bis 60 Minuten wie oben
- 35220324 - Zeitdauer bis 90 Minuten wie oben
- 35220325 - Zeitdauer bis 120 Minuten wie oben
- 35220326 - Zeitdauer bis 180 Minuten wie oben
- 35220327 - Zeitdauer bis 240 Minuten wie oben
- 35220332 - Zeitdauer bis 40 Minuten spezifische Behandlung in der Großgruppe (mind. 4, max. 8 Patienten)
- 35220333 - Zeitdauer bis 60 Minuten wie oben
- 35220334 - Zeitdauer bis 90 Minuten wie oben
- 35220335 - Zeitdauer bis 120 Minuten wie oben

- 35220336 - Zeitdauer bis 180 Minuten wie oben
 35220337 - Zeitdauer bis 240 Minuten wie oben
Fahrtzeit dazu
- 35220360 - bis 10 Minuten
 35220361 - bis 20 Minuten
 35220362 - bis 40 Minuten
 35220363 - bis 60 Minuten
 35220364 - bis 90 Minuten
 35220365 - bis 120 Minuten
 35220366 - bis 180 Minuten
 35220367 - bis 240 Minuten
- Leistungen von Sprachtherapeuten*
- 35220410 - Zeitdauer bis 10 Minuten spezifische Diagnostik, Einzeltherapie
 35220411 - Zeitdauer bis 20 Minuten spezifische Diagnostik, Einzeltherapie
 35220412 - Zeitdauer bis 40 Minuten wie oben
 35220413 - Zeitdauer bis 60 Minuten wie oben
 35220414 - Zeitdauer bis 90 Minuten wie oben
 35220415 - Zeitdauer bis 120 Minuten wie oben
 35220416 - Zeitdauer bis 180 Minuten wie oben
 35220420 - Zeitdauer bis 10 Minuten spezifische Behandlung in der Kleingruppe (bis zu 3 Patienten)
 35220422 - Zeitdauer bis 40 Minuten spezifische Behandlung in der Kleingruppe (bis zu 3 Patienten)
 35220423 - Zeitdauer bis 60 Minuten wie oben
 35220424 - Zeitdauer bis 90 Minuten wie oben
 35220425 - Zeitdauer bis 120 Minuten wie oben
 35220426 - Zeitdauer bis 180 Minuten wie oben
 35220433 - Zeitdauer bis 60 Minuten in der Großgruppe (mind. 4, max. 8 Patienten)
 35220434 - Zeitdauer bis 90 Minuten wie oben
 35220435 - Zeitdauer bis 120 Minuten wie oben
 35220436 - Zeitdauer bis 180 Minuten wie oben
- Fahrtzeit dazu*
- 35220460 - bis 10 Minuten
 35220461 - bis 20 Minuten
 35220462 - bis 40 Minuten
 35220463 - bis 60 Minuten
 35220464 - bis 90 Minuten
 35220465 - bis 120 Minuten
 35220466 - bis 180 Minuten
- Leistungen von Sozialpädagogen*
- 35220510 - Zeitdauer bis 10 Minuten Kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung, Einzeltherapie
 35220511 - Zeitdauer bis 20 Minuten Kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung, Einzeltherapie
 35220512 - Zeitdauer bis 40 Minuten wie oben
 35220513 - Zeitdauer bis 60 Minuten wie oben
 35220514 - Zeitdauer bis 90 Minuten wie oben
 35220515 - Zeitdauer bis 120 Minuten wie oben
 35220516 - Zeitdauer bis 180 Minuten wie oben
 35220517 - Zeitdauer bis 240 Minuten wie oben
 35220520 - Zeitdauer bis 10 Minuten spezifische Behandlung in der Kleingruppe (bis zu 3 Patienten)
 35220522 - Zeitdauer bis 40 Minuten spezifische Behandlung in der Kleingruppe (bis zu 3 Patienten)
 35220523 - Zeitdauer bis 60 Minuten wie oben
 35220524 - Zeitdauer bis 90 Minuten wie oben
 35220525 - Zeitdauer bis 120 Minuten wie oben
 35220526 - Zeitdauer bis 180 Minuten wie oben
 35220530 - Zeitdauer bis 10 Minuten wie oben spezifische Behandlung in der Großgruppe (mind. 4, max. 8 Patienten)

| | |
|----------|--|
| 35220532 | - Zeitdauer bis 40 Minuten wie oben spezifische Behandlung in der Großgruppe (mind. 4, max. 8 Patienten) |
| 35220533 | - Zeitdauer bis 60 Minuten wie oben |
| 35220534 | - Zeitdauer bis 90 Minuten wie oben |
| 35220535 | - Zeitdauer bis 120 Minuten wie oben |
| 35220536 | - Zeitdauer bis 180 Minuten wie oben |
| | <i>Fahrtzeit dazu</i> |
| 35220560 | - bis 10 Minuten |
| 35220561 | - bis 20 Minuten |
| 35220562 | - bis 40 Minuten |
| 35220563 | - bis 60 Minuten |
| 35220564 | - bis 90 Minuten |
| 35220565 | - bis 120 Minuten |
| 35220566 | - 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. |
| | <i>Leistungen von Psychotherapeuten</i> |
| 35220610 | - Zeitdauer bis 10 Minuten spezifische Diagnostik, Einzeltherapie |
| 35220611 | - Zeitdauer bis 20 Minuten spezifische Diagnostik, Einzeltherapie |
| 35220612 | - Zeitdauer bis 40 Minuten wie oben |
| 35220613 | - Zeitdauer bis 60 Minuten wie oben |
| 35220614 | - Zeitdauer bis 90 Minuten wie oben |
| 35220615 | - Zeitdauer bis 120 Minuten wie oben |
| 35220616 | - Zeitdauer bis 180 Minuten wie oben |
| 35220622 | - Zeitdauer bis 40 Minuten spezifische Behandlung in der Kleingruppe (bis zu 3 Patienten) |
| 35220623 | - Zeitdauer bis 60 Minuten wie oben |
| 35220624 | - Zeitdauer bis 90 Minuten wie oben |
| 35220625 | - Zeitdauer bis 120 Minuten wie oben |
| 35220626 | - Zeitdauer bis 180 Minuten wie oben |
| 35220632 | - Zeitdauer bis 40 Minuten spezifische Behandlung in der Großgruppe (mind. 4, max. 8 Patienten) |
| 35220633 | - Zeitdauer bis 60 Minuten wie oben |
| 35220634 | - Zeitdauer bis 90 Minuten wie oben |
| 35220635 | - Zeitdauer bis 120 Minuten wie oben |
| 35220636 | - Zeitdauer bis 180 Minuten wie oben |
| | <i>Fahrtzeit dazu</i> |
| 35220661 | - bis 20 Minuten |
| 35220662 | - bis 40 Minuten |
| 35220663 | - bis 60 Minuten |
| 35220664 | - bis 90 Minuten |
| 35220665 | - bis 120 Minuten |
| 35220666 | - bis 180 Minuten |
| | <i>Ärztliche Leistungen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt</i> |
| 35221160 | - 1 bis 10 km |
| 35221161 | - 11 bis 20 km |
| 35221162 | - 21 bis 30 km |
| 35221163 | - 31 bis 40 km |
| 35221164 | - 41 bis 50 km |
| 35221165 | - 51 bis 60 km |
| 35221166 | - 61 bis 70 km |
| 35221167 | - 71 bis 80 km |
| 35221168 | - 81 bis 90 km |

Leistungen von Psychologen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt

- 35221260 - gesamt 1 bis 10 km
- 35221261 - gesamt 11 bis 20 km
- 35221262 - gesamt 21 bis 30 km
- 35221263 - gesamt 31 bis 40 km
- 35221264 - gesamt 41 bis 50 km
- 35221265 - gesamt 51 bis 60 km
- 35221266 - gesamt 61 bis 70 km
- 35221267 - gesamt 71 bis 80 km
- 35221268 - gesamt 81 bis 90 km

Leistungen von Bewegungs- und Ergotherapeuten sowie Pflegekräften, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt

- 35221360 - 1 bis 10 km
- 35221361 - 11 bis 20 km
- 35221362 - 21 bis 30 km
- 35221363 - 31 bis 40 km
- 35221364 - 41 bis 50 km
- 35221365 - 51 bis 60 km
- 35221366 - 61 bis 70 km
- 35221367 - 71 bis 80 km
- 35221368 - 81 bis 90 km

Leistungen von Sprachtherapeuten, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt

- 35221460 - 1 bis 10 km
- 35221461 - 11 bis 20 km
- 35221462 - 21 bis 30 km
- 35221463 - 31 bis 40 km
- 35221464 - 41 bis 50 km
- 35221465 - 51 bis 60 km
- 35221466 - 61 bis 70 km
- 35221467 - 71 bis 80 km
- 35221468 - 81 bis 90 km

Leistungen von Sozialpädagogen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt

- 35221560 - 1 bis 10 km
- 35221561 - 11 bis 20 km
- 35221562 - 21 bis 30 km
- 35221563 - 31 bis 40 km
- 35221564 - 41 bis 50 km
- 35221565 - 51 bis 60 km
- 35221566 - 61 bis 70 km
- 35221567 - 71 bis 80 km
- 35221568 - 81 bis 90 km

Leistungen von Psychotherapeuten, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt

- 35221660 - 1 bis 10 km
- 35221661 - 11 bis 20 km
- 35221662 - 21 bis 30 km
- 35221663 - 31 bis 40 km
- 35221664 - 41 bis 50 km
- 35221665 - 51 bis 60 km
- 35221666 - 61 bis 70 km
- 35221667 - 71 bis 80 km
- 35221668 - 81 bis 90 km

sonstige Pauschale

- 36000001 Notfallpauschale
- 36000002 Abklärungsuntersuchung
- 36000005 Einsatzpauschale für Notfälle außerhalb des Krankenhauses
- Allgemeine Psychiatrie*
- 36000007 - 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
- Abhängigkeitskranke*
- 36000008 - Regelbehandlung, Alkohol- und Medikamenten-abhängige, entgiftet, bis zu 1 Stunde pro Termin, auch mehrfach pro Tag, auch bei späterer ungeplanter notfalliger teilstationärer bzw. stationärer Aufnahme am gleichen Tag
- 36000009 - Intensivbehandlung, Alkohol- und Medikamenten-abhängige, 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
- 36000010 - Gruppenbehandlung, Alkohol- und Medikamenten-abhängige, entgiftet, Psychisch Kranke oder mit schweren Neurosen
- 36000011 - Psychotherapie, Alkohol- und Medikamenten-abhängige, entgiftet, bis zu 1 Stunde pro Termin, auch mehrfach pro Woche, auch i. V. m. anderen Leistungen am gleichen Tag
- Gerontopsychiatrie*
- 36000012 - 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
- 36000013 - 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
- 36000014 - 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
- 36000015 - 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
- Abhängigkeitskranke*
- 36000016 - Regelbehandlung, Alkohol- und Medikamenten-abhängige, entgiftet, bis zu 1 Stunde pro Termin, auch mehrfach pro Tag, auch bei späterer ungeplanter notfalliger teilstationärer bzw. stationärer Aufnahme am gleichen Tag
- Allgemeine Psychiatrie*
- 36000017 - Regelbehandlung, bis zu 1 Stunde pro Termin, auch mehrfach pro Tag, auch bei späterer ungeplanter notfalliger teilstationärer bzw. stationärer Aufnahme am gleichen Tag
- 36000018 - Intensivbehandlung, mehr als 1 Stunde pro Termin, auch mehrfach pro Tag, auch bei späterer ungeplanter notfalliger teilstationärer bzw. stationärer Aufnahme am gleichen Tag
- 36000019 - 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

Entgelte für Modellvorhaben § 64b Abs. 1 SGB V

Allgemeine Psychiatrie

- 36010000 - Regelbehandlung, bis zu 1 Stunde pro Termin, auch mehrfach pro Tag, auch bei späterer ungeplanter notfalliger teilstationärer bzw. stationärer Aufnahme am gleichen Tag
- 36010001 - Intensivbehandlung, mehr als 1 Stunde pro Termin, auch mehrfach pro Tag, auch bei späterer ungeplanter notfalliger teilstationärer bzw. stationärer Aufnahme am gleichen Tag
- 36010002 - 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 - 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

Abhängigkeitskranke

- 36010004 - 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 - 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 - 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 - Psychotherapie, Alkohol- und Medikamentenabhängige, entgiftet, bis zu 1 Stunde pro Termin, auch mehrfach pro Woche, auch i. V. m. anderen Leistungen am gleichen Tag

Gerontopsychiatrie

- 36010008 - 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 - 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 - 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 - 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

Ärztlicher Dienst

- 36010012 - Einzeltherapie, 1 Therapieeinheit
- 36010013 - Einzeltherapie, 2 Therapieeinheiten
- 36010014 - Einzeltherapie, 3 Therapieeinheiten
- 36010015 - Einzeltherapie, Kurzkontakt
- 36010016 - Gruppentherapie, bis 6 Patienten, 1 Therapieeinheit
- 36010017 - Gruppentherapie, bis 6 Patienten, 2 Therapieeinheiten
- 36010018 - Gruppentherapie, bis 6 Patienten, 3 Therapieeinheiten
- 36010019 - Gruppentherapie, ab 7 Patienten, 1 Therapieeinheit
- 36010020 - Gruppentherapie ab 7 Patienten, 2 Therapieeinheiten
- 36010021 - Gruppentherapie, ab 7 Patienten, 3 Therapieeinheiten
- 36010022 - Fahrzeit bis 20 Minuten
- 36010023 - Fahrzeit bis 40 Minuten
- 36010024 - Fahrzeit über 40 Minuten

Psychologischer Dienst

- 36010025 - Einzeltherapie, Kurzkontakt
- 36010026 - Einzeltherapie, 1 Therapieeinheit

| | |
|----------|---|
| 36010027 | - Einzeltherapie, 2 Therapieeinheiten |
| 36010028 | - Einzeltherapie, 3 Therapieeinheiten |
| 36010029 | - Gruppentherapie, bis 6 Patienten, 1 Therapieeinheit |
| 36010030 | - Gruppentherapie, bis 6 Patienten, 2 Therapieeinheiten |
| 36010031 | - Gruppentherapie, bis 6 Patienten, 3 Therapieeinheiten |
| 36010032 | - Gruppentherapie, ab 7 Patienten, 1 Therapieeinheit |
| 36010033 | - Gruppentherapie, ab 7 Patienten, 2 Therapieeinheiten |
| 36010034 | - Gruppentherapie, ab 7 Patienten, 3 Therapieeinheiten |
| 36010035 | - Fahrzeit bis 20 Minuten |
| 36010036 | - Fahrzeit bis 40 Minuten |
| 36010037 | - Fahrzeit über 40 Minuten |
| | <i>Pflegedienst</i> |
| 36010038 | - Einzeltherapie, Kurzkontakt |
| 36010039 | - Einzeltherapie, 1 Therapieeinheit |
| 36010040 | - Einzeltherapie, 2 Therapieeinheiten |
| 36010041 | - Einzeltherapie, 3 Therapieeinheiten |
| 36010042 | - Gruppentherapie, bis 6 Patienten, 1 Therapieeinheit |
| 36010043 | - Gruppentherapie, bis 6 Patienten, 2 Therapieeinheiten |
| 36010044 | - Gruppentherapie, bis 6 Patienten, 3 Therapieeinheiten |
| 36010045 | - Gruppentherapie, ab 7 Patienten, 1 Therapieeinheit |
| 36010046 | - Gruppentherapie, ab 7 Patienten, 2 Therapieeinheiten |
| 36010047 | - Gruppentherapie, ab 7 Patienten, 3 Therapieeinheiten |
| 36010048 | - Fahrzeit bis 20 Minuten |
| 36010049 | - Fahrzeit bis 40 Minuten |
| 36010050 | - Fahrzeit über 40 Minuten |
| | <i>Sozialpädagogen</i> |
| 36010051 | - Einzeltherapie, Kurzkontakt |
| 36010052 | - Einzeltherapie, 1 Therapieeinheit |
| 36010053 | - Einzeltherapie, 2 Therapieeinheiten |
| 36010054 | - Einzeltherapie, 3 Therapieeinheiten |
| 36010055 | - Gruppentherapie, bis 6 Patienten, 1 Therapieeinheit |
| 36010056 | - Gruppentherapie, bis 6 Patienten, 2 Therapieeinheiten |
| 36010057 | - Gruppentherapie, bis 6 Patienten, 3 Therapieeinheiten |
| 36010058 | - Gruppentherapie, ab 7 Patienten, 1 Therapieeinheit |
| 36010059 | - Gruppentherapie, ab 7 Patienten, 2 Therapieeinheiten |
| 36010060 | - Gruppentherapie, ab 7 Patienten, 3 Therapieeinheiten |
| 36010061 | - Fahrzeit bis 20 Minuten |
| 36010062 | - Fahrzeit bis 40 Minuten |
| 36010063 | - Fahrzeit über 40 Minuten |
| | <i>Spezialtherapeuten</i> |
| 36010064 | - Einzeltherapie, Kurzkontakt |
| 36010065 | - Einzeltherapie, 1 Therapieeinheit |
| 36010066 | - Einzeltherapie, 2 Therapieeinheiten |
| 36010067 | - Einzeltherapie, 3 Therapieeinheiten |
| 36010068 | - Gruppentherapie, bis 6 Patienten, 1 Therapieeinheit |
| 36010069 | - Gruppentherapie, bis 6 Patienten, 2 Therapieeinheiten |
| 36010070 | - Gruppentherapie, bis 6 Patienten, 3 Therapieeinheiten |
| 36010071 | - Gruppentherapie, ab 7 Patienten, 1 Therapieeinheit |
| 36010072 | - Gruppentherapie, ab 7 Patienten, 2 Therapieeinheiten |
| 36010073 | - Gruppentherapie, ab 7 Patienten, 3 Therapieeinheiten |
| 36010074 | - Fahrzeit bis 20 Minuten |
| 36010075 | - Fahrzeit bis 40 Minuten |
| 36010076 | - Fahrzeit über 40 Minuten |
| 36010077 | Behandlungskonferenz, ohne Patienten |
| 36010078 | Netzwerkgespräch, mit Patienten |

| | |
|----------|---|
| 36010079 | EEG-Ableitung |
| 36010080 | Fahrkostenpauschale |
| 36010081 | Ärztlicher Dienst, Einzeltherapie, bis 30 Minuten Dauer <i>Erwachsene, Ärzte</i> |
| 36010082 | - Grundversorgung/Krisenintervention/Diagnostik, bis 10 Minuten |
| 36010083 | - Grundversorgung/Krisenintervention/Diagnostik, bis 20 Minuten |
| 36010084 | - Grundversorgung/Krisenintervention/Diagnostik, bis 40 Minuten |
| 36010085 | - Grundversorgung/Krisenintervention/Diagnostik, bis 60 Minuten |
| 36010086 | - Grundversorgung/Krisenintervention/Diagnostik, bis 60 Minuten |
| 36010087 | - Kleingruppe, bis 60 Minuten |
| 36010088 | - Kleingruppe, bis 90 Minuten |
| 36010089 | - Kleingruppe, bis 120 Minuten |
| 36010090 | - Großgruppe, bis 60 Minuten |
| 36010091 | - Großgruppe, bis 90 Minuten |
| 36010092 | - Großgruppe, bis 120 Minuten |
| 36010093 | - Fahrtzeit, bis 10 Minuten |
| 36010094 | - Fahrtzeit, bis 20 Minuten |
| 36010095 | - Fahrtzeit, bis 40 Minuten |
| 36010096 | - Fahrtzeit, bis 60 Minuten |
| 36010097 | - Fahrtzeit, bis 90 Minuten |
| 36010098 | - Diagnostik, je Fall, je Quartal (EKG, EEG, Labor) |
| 36010099 | - Medikamentenspiegelung |
| 36010100 | - Qualitative Stäbchentests |
| 36010101 | - (Semi-)Quantitative Bestimmungen |
| 36010102 | - CT-Einzelleistung |
| 36010103 | - NMR-Einzelleistung <i>Erwachsene, Psychologen</i> |
| 36010104 | - Grundversorgung/Krisenintervention/Diagnostik, bis 10 Minuten |
| 36010105 | - Grundversorgung/Krisenintervention/Diagnostik, bis 20 Minuten |
| 36010106 | - Grundversorgung/Krisenintervention/Diagnostik, bis 40 Minuten |
| 36010107 | - Grundversorgung/Krisenintervention/Diagnostik, bis 60 Minuten |
| 36010108 | - Grundversorgung/Krisenintervention/Diagnostik, bis 90 Minuten |
| 36010109 | - Kleingruppe, bis 60 Minuten |
| 36010110 | - Kleingruppe, bis 90 Minuten |
| 36010111 | - Kleingruppe, bis 120 Minuten |
| 36010112 | - Großgruppe, bis 60 Minuten |
| 36010113 | - Großgruppe, bis 90 Minuten |
| 36010114 | - Großgruppe, bis 120 Minuten |
| 36010115 | - Fahrtzeit, bis 10 Minuten |
| 36010116 | - Fahrtzeit, bis 20 Minuten |
| 36010117 | - Fahrtzeit, bis 40 Minuten |
| 36010118 | - Fahrtzeit, bis 60 Minuten |
| 36010119 | - Fahrtzeit, bis 90 Minuten <i>Erwachsene, Pflegepersonal</i> |
| 36010120 | - Grundversorgung/Krisenintervention/Diagnostik, bis 10 Minuten |
| 36010121 | - Grundversorgung/Krisenintervention/Diagnostik, bis 20 Minuten |
| 36010122 | - Grundversorgung/Krisenintervention/Diagnostik, bis 40 Minuten |
| 36010123 | - Grundversorgung/Krisenintervention/Diagnostik, bis 60 Minuten |
| 36010124 | - Grundversorgung/Krisenintervention/Diagnostik, bis 90 Minuten |
| 36010125 | - Grundversorgung/Krisenintervention/Diagnostik, bis 120 Minuten |
| 36010126 | - Grundversorgung/Krisenintervention/Diagnostik, bis 180 Minuten |
| 36010127 | - Kleingruppe, bis 60 Minuten |
| 36010128 | - Kleingruppe, bis 90 Minuten |
| 36010129 | - Kleingruppe, bis 120 Minuten |
| 36010130 | - Kleingruppe, bis 180 Minuten |

| | |
|----------|--|
| 36010131 | - Großgruppe, bis 60 Minuten |
| 36010132 | - Großgruppe, bis 90 Minuten |
| 36010133 | - Großgruppe, bis 120 Minuten |
| 36010134 | - Großgruppe, bis 180 Minuten |
| 36010135 | - Fahrtzeit, bis 10 Minuten |
| 36010136 | - Fahrtzeit, bis 20 Minuten |
| 36010137 | - Fahrtzeit, bis 40 Minuten |
| 36010138 | - Fahrtzeit, bis 60 Minuten |
| 36010139 | - Fahrtzeit, bis 90 Minuten |
| 36010140 | - Fahrtzeit, bis 120 Minuten |
| 36010141 | - Fahrtzeit, bis 180 Minuten |
| | <i>Erwachsene, Sozialpädagogen</i> |
| 36010142 | - Grundversorgung/Krisenintervention/Diagnostik, bis 10 Minuten |
| 36010143 | - Grundversorgung/Krisenintervention/Diagnostik, bis 20 Minuten |
| 36010144 | - Grundversorgung/Krisenintervention/Diagnostik, bis 40 Minuten |
| 36010145 | - Grundversorgung/Krisenintervention/Diagnostik, bis 60 Minuten |
| 36010146 | - Grundversorgung/Krisenintervention/Diagnostik, bis 90 Minuten |
| 36010147 | - Grundversorgung/Krisenintervention/Diagnostik, bis 120 Minuten |
| 36010148 | - Grundversorgung/Krisenintervention/Diagnostik, bis 180 Minuten |
| 36010149 | - Kleingruppe, bis 60 Minuten |
| 36010150 | - Kleingruppe, bis 90 Minuten |
| 36010151 | - Kleingruppe, bis 120 Minuten |
| 36010152 | - Kleingruppe, bis 180 Minuten |
| 36010153 | - Großgruppe, bis 60 Minuten |
| 36010154 | - Großgruppe, bis 90 Minuten |
| 36010155 | - Großgruppe, bis 120 Minuten |
| 36010156 | - Großgruppe, bis 180 Minuten |
| 36010157 | - Fahrtzeit, bis 10 Minuten |
| 36010158 | - Fahrtzeit, bis 20 Minuten |
| 36010159 | - Fahrtzeit, bis 40 Minuten |
| 36010160 | - Fahrtzeit, bis 60 Minuten |
| 36010161 | - Fahrtzeit, bis 90 Minuten |
| 36010162 | - Fahrtzeit, bis 120 Minuten |
| 36010163 | - Fahrtzeit, bis 180 Minuten |
| | <i>Erwachsene, Leistungen von Arbeits-/Beschäftigungstherapeuten</i> |
| 36010316 | - Grundversorgung/Einzelbehandlung, bis 10 Minuten |
| 36010164 | - Grundversorgung/Einzelbehandlung, bis 20 Minuten |
| 36010165 | - Grundversorgung/Einzelbehandlung, bis 40 Minuten |
| 36010166 | - Grundversorgung/Einzelbehandlung, bis 60 Minuten |
| 36010167 | - Grundversorgung/Einzelbehandlung, bis 90 Minuten |
| 36010168 | - Grundversorgung/Einzelbehandlung, bis 120 Minuten |
| 36010169 | - Grundversorgung/Einzelbehandlung, bis 180 Minuten |
| 36010170 | - Kleingruppe, bis 60 Minuten |
| 36010171 | - Kleingruppe, bis 90 Minuten |
| 36010172 | - Kleingruppe, bis 120 Minuten |
| 36010173 | - Kleingruppe, bis 180 Minuten |
| 36010174 | - Großgruppe, bis 60 Minuten |
| 36010175 | - Großgruppe, bis 90 Minuten |
| 36010176 | - Großgruppe, bis 120 Minuten |
| 36010177 | - Großgruppe, bis 180 Minuten |
| 36010178 | - Großgruppe, bis 240 Minuten |
| 36010179 | - Großgruppe, bis 300 Minuten |
| 36010180 | - Fahrtzeit, bis 10 Minuten |
| 36010181 | - Fahrtzeit, bis 20 Minuten |
| 36010182 | - Fahrtzeit, bis 40 Minuten |

| | |
|----------|--|
| 36010183 | - Fahrtzeit, bis 60 Minuten |
| 36010184 | - Fahrtzeit, bis 90 Minuten |
| 36010185 | - Fahrtzeit, bis 120 Minuten |
| 36010186 | - Fahrtzeit, bis 180 Minuten |
| 36010187 | Erwachsene, Behandlungsteam, Fallbesprechung, mind. 10 Minuten |
| 36010188 | Erwachsene, Behandlungsteam, Fallbesprechung, mind. 20 Minuten |
| 36010189 | Kinder, Behandlungsteam, Fallbesprechung, mind. 10 Minuten |
| 36010190 | Kinder, Behandlungsteam, Fallbesprechung, mind. 20 Minuten |
| 36010191 | Kinder, Behandlungsteam, Fallbesprechung, mind. 60 Minuten |
| | <i>Kinder, Ärzte</i> |
| 36010192 | - Abklärung/Diagnostik, bis 10 Minuten |
| 36010193 | - Abklärung/Diagnostik, bis 20 Minuten |
| 36010194 | - Abklärung/Diagnostik, bis 40 Minuten |
| 36010195 | - Abklärung/Diagnostik, bis 60 Minuten |
| 36010196 | - Abklärung/Diagnostik, bis 90 Minuten |
| 36010197 | - Abklärung/Diagnostik, bis 120 Minuten |
| 36010198 | - Abklärung/Diagnostik, bis 180 Minuten |
| 36010199 | - Abklärung/Diagnostik, bis 240 Minuten |
| 36010200 | - Kleingruppe, bis 10 Minuten |
| 36010317 | - Kleingruppe, bis 20 Minuten |
| 36010201 | - Kleingruppe, bis 40 Minuten |
| 36010202 | - Kleingruppe, bis 60 Minuten |
| 36010203 | - Kleingruppe, bis 90 Minuten |
| 36010204 | - Kleingruppe, bis 120 Minuten |
| 36010205 | - Großgruppe, bis 10 Minuten |
| 36010318 | - Großgruppe, bis 20 Minuten |
| 36010206 | - Großgruppe, bis 40 Minuten |
| 36010207 | - Großgruppe, bis 60 Minuten |
| 36010208 | - Großgruppe, bis 90 Minuten |
| 36010209 | - Großgruppe, bis 120 Minuten |
| 36010210 | - Fahrtzeit, bis 10 Minuten |
| 36010211 | - Fahrtzeit, bis 20 Minuten |
| 36010212 | - Fahrtzeit, bis 40 Minuten |
| 36010213 | - Fahrtzeit, bis 60 Minuten |
| 36010214 | - Fahrtzeit, bis 90 Minuten |
| 36010215 | - Fahrtzeit, bis 120 Minuten |
| 36010216 | - Fahrtzeit, bis 180 Minuten |
| 36010217 | - Fahrtzeit, bis 240 Minuten |
| 36010218 | - CT-Einzelleistung |
| 36010219 | - NMR-Einzelleistung |
| 36010220 | - Diagnostik je Fall, je Quartal (EKG, EEG, Labor) |
| 36010221 | - Qualitative Stäbchentests |
| 36010222 | - (Semi-)Quantitative Bestimmungen |
| | <i>Kinder, Psychologen</i> |
| 36010223 | - Abklärung/Diagnostik, bis 10 Minuten |
| 36010224 | - Abklärung/Diagnostik, bis 20 Minuten |
| 36010225 | - Abklärung/Diagnostik, bis 40 Minuten |
| 36010226 | - Abklärung/Diagnostik, bis 60 Minuten |
| 36010227 | - Abklärung/Diagnostik, bis 90 Minuten |
| 36010228 | - Abklärung/Diagnostik, bis 120 Minuten |
| 36010229 | - Abklärung/Diagnostik, bis 180 Minuten |
| 36010230 | - Kleingruppe, bis 10 Minuten |
| 36010319 | - Kleingruppe, bis 20 Minuten |
| 36010231 | - Kleingruppe, bis 40 Minuten |
| 36010232 | - Kleingruppe, bis 60 Minuten |

| | |
|----------|--|
| 36010233 | - Kleingruppe, bis 90 Minuten |
| 36010234 | - Kleingruppe, bis 120 Minuten |
| 36010235 | - Großgruppe, bis 10 Minuten |
| 36010320 | - Großgruppe, bis 20 Minuten |
| 36010236 | - Großgruppe, bis 40 Minuten |
| 36010237 | - Großgruppe, bis 90 Minuten |
| 36010238 | - Großgruppe, bis 60 Minuten |
| 36010239 | - Großgruppe, bis 120 Minuten |
| 36010240 | - Fahrtzeit, bis 10 Minuten |
| 36010241 | - Fahrtzeit, bis 20 Minuten |
| 36010242 | - Fahrtzeit, bis 40 Minuten |
| 36010243 | - Fahrtzeit, bis 60 Minuten |
| 36010244 | - Fahrtzeit, bis 90 Minuten |
| 36010245 | - Fahrtzeit, bis 120 Minuten |
| 36010246 | - Fahrtzeit, bis 180 Minuten |
| | <i>Kinder, Leistungen von Bewegungs-/Ergotherapeuten/Pflegekräfte,</i> |
| 36010247 | - Diagnostik, bis 10 Minuten |
| 36010248 | - Diagnostik, bis 20 Minuten |
| 36010249 | - Diagnostik, bis 40 Minuten |
| 36010250 | - Diagnostik, bis 60 Minuten |
| 36010251 | - Diagnostik, bis 90 Minuten |
| 36010252 | - Diagnostik, bis 120 Minuten |
| 36010253 | - Diagnostik, bis 180 Minuten |
| 36010254 | - Diagnostik, bis 240 Minuten |
| 36010321 | - Kleingruppe, bis 20 Minuten |
| 36010255 | - Kleingruppe, bis 40 Minuten |
| 36010256 | - Kleingruppe, bis 60 Minuten |
| 36010257 | - Kleingruppe, bis 90 Minuten |
| 36010258 | - Kleingruppe, bis 120 Minuten |
| 36010259 | - Kleingruppe, bis 180 Minuten |
| 36010260 | - Kleingruppe, bis 240 Minuten |
| 36010322 | - Großgruppe, bis 20 Minuten |
| 36010261 | - Großgruppe, bis 40 Minuten |
| 36010262 | - Großgruppe, bis 60 Minuten |
| 36010263 | - Großgruppe, bis 90 Minuten |
| 36010264 | - Großgruppe, bis 120 Minuten |
| 36010265 | - Großgruppe, bis 180 Minuten |
| 36010266 | - Großgruppe, bis 240 Minuten |
| 36010267 | - Fahrtzeit, bis 10 Minuten |
| 36010268 | - Fahrtzeit, bis 20 Minuten |
| 36010269 | - Fahrtzeit, bis 40 Minuten |
| 36010270 | - Fahrtzeit, bis 60 Minuten |
| 36010271 | - Fahrtzeit, bis 90 Minuten |
| 36010272 | - Fahrtzeit, bis 120 Minuten |
| 36010273 | - Fahrtzeit, bis 180 Minuten |
| 36010274 | - Fahrtzeit, bis 240 Minuten |
| | <i>Kinder, Sprachtherapeuten,</i> |
| 36010275 | - bis 10 Minuten |
| 36010276 | - bis 20 Minuten |
| 36010277 | - bis 40 Minuten |
| 36010278 | - bis 60 Minuten |
| 36010279 | - bis 90 Minuten |
| 36010280 | - bis 120 Minuten |
| | <i>Kinder, Sprachtherapeuten,</i> |
| 36010281 | - Kleingruppe, bis 10 Minuten |

| | |
|----------|--|
| 36010323 | Kinder, Sprachtherapeuten, Kleingruppe, bis 20 Minuten |
| 36010282 | - Kleingruppe, bis 40 Minuten |
| 36010283 | - Kleingruppe, bis 60 Minuten |
| 36010284 | - Kleingruppe, bis 90 Minuten |
| 36010285 | - Kleingruppe, bis 120 Minuten |
| 36010286 | - Fahrtzeit, bis 10 Minuten |
| 36010287 | - Fahrtzeit, bis 20 Minuten |
| 36010288 | - Fahrtzeit, bis 40 Minuten |
| 36010289 | - Fahrtzeit, bis 60 Minuten |
| 36010290 | - Fahrtzeit, bis 90 Minuten |
| 36010291 | - Fahrtzeit, bis 120 Minuten |
| | <i>Kinder, Sozialpädagogen,</i> |
| 36010292 | - Abklärung, bis 10 Minuten |
| 36010293 | - Abklärung, bis 20 Minuten |
| 36010294 | - Abklärung, bis 40 Minuten |
| 36010295 | - Abklärung, bis 60 Minuten |
| 36010296 | - Abklärung, bis 90 Minuten |
| 36010297 | - Abklärung, bis 120 Minuten |
| 36010298 | - Abklärung, bis 180 Minuten |
| 36010299 | - Kleingruppe, bis 10 Minuten |
| 36010324 | - Kleingruppe, bis 20 Minuten |
| 36010300 | - Kleingruppe, bis 40 Minuten |
| 36010301 | - Kleingruppe, bis 60 Minuten |
| 36010302 | - Kleingruppe, bis 90 Minuten |
| 36010303 | - Kleingruppe, bis 120 Minuten |
| 36010304 | - Großgruppe, bis 10 Minuten |
| 36010325 | - Großgruppe, bis 20 Minuten |
| 36010305 | - Großgruppe, bis 40 Minuten |
| 36010306 | - Großgruppe, bis 60 Minuten |
| 36010307 | - Großgruppe, bis 90 Minuten |
| 36010308 | - Großgruppe, bis 120 Minuten |
| 36010309 | - Fahrtzeit, bis 10 Minuten |
| 36010310 | - Fahrtzeit, bis 20 Minuten |
| 36010311 | - Fahrtzeit, bis 40 Minuten |
| 36010312 | - Fahrtzeit, bis 60 Minuten |
| 36010313 | - Fahrtzeit, bis 90 Minuten |
| 36010314 | - Fahrtzeit, bis 120 Minuten |
| 36010315 | - Fahrtzeit, bis 180 Minuten |
| | <i>Ärztlicher Dienst,</i> |
| 36010379 | - Einzeltherapie, bis 15 Minuten Dauer |
| 36010381 | - Einzeltherapie, bis 45 Minuten Dauer |
| 36010326 | - Einzeltherapie, bis 60 Minuten Dauer |
| 36010383 | - Einzeltherapie, bis 75 Minuten Dauer |
| 36010327 | - Einzeltherapie, bis 90 Minuten Dauer |
| 36010385 | - Einzeltherapie, bis 105 Minuten Dauer |
| 36010328 | - Einzeltherapie, bis 120 und mehr Minuten Dauer |
| 36010387 | - Einzeltherapie, bis 135 Minuten Dauer |
| 36010388 | - Einzeltherapie, bis 150 Minuten Dauer |
| 36010389 | - Einzeltherapie, bis 165 Minuten Dauer |
| 36010390 | - Einzeltherapie, 180 Minuten Dauer und mehr |
| 36010391 | - Gruppentherapie, bis 15 Minuten Dauer |
| 36010329 | - Gruppentherapie, bis 30 Minuten Dauer |
| 36010393 | - Gruppentherapie, bis 45 Minuten Dauer |
| 36010330 | - Gruppentherapie, bis 60 Minuten Dauer |
| 36010395 | - Gruppentherapie, bis 75 Minuten Dauer |

| | |
|----------|---|
| 36010331 | - Gruppentherapie, bis 90 Minuten Dauer |
| 36010397 | - Gruppentherapie, bis 105 Minuten Dauer |
| 36010398 | - Gruppentherapie, bis 120 Minuten Dauer |
| 36010332 | - Gruppentherapie, bis 120 und mehr Minuten Dauer |
| 36010399 | - Gruppentherapie, bis 135 Minuten Dauer |
| 36010400 | - Gruppentherapie, bis 150 Minuten Dauer |
| 36010401 | - Gruppentherapie, bis 165 Minuten Dauer |
| 36010402 | - Gruppentherapie, 180 Minuten Dauer und mehr |
| 36010403 | - Fahrzeit bis 15 Minuten |
| 36010404 | - Fahrzeit bis 30 Minuten |
| 36010333 | - Fahrzeit bis 30 Minuten, Hin- und Rückweg |
| 36010405 | - Fahrzeit bis 45 Minuten |
| 36010406 | - Fahrzeit bis 60 Minuten |
| 36010334 | - Fahrzeit bis 60 Minuten, Hin- und Rückweg |
| 36010407 | - Fahrzeit bis 75 Minuten |
| 36010408 | - Fahrzeit bis 90 Minuten |
| 36010335 | - Fahrzeit bis 90 Minuten, Hin- und Rückweg |
| 36010409 | - Fahrzeit bis 105 Minuten |
| 36010410 | - Fahrzeit bis 120 Minuten |
| 36010336 | - Fahrzeit bis 120 und mehr Minuten, Hin- und Rückweg |
| 36010411 | - Fahrzeit bis 135 Minuten |
| 36010412 | - Fahrzeit bis 150 Minuten |
| 36010413 | - Fahrzeit bis 165 Minuten |
| 36010414 | - Fahrzeit 180 Minuten und mehr |
| | <i>Psychologischer Dienst,</i> |
| 36010415 | - Einzeltherapie, bis 15 Minuten Dauer |
| 36010337 | - Einzeltherapie, bis 30 Minuten Dauer |
| 36010417 | - Einzeltherapie, bis 45 Minuten Dauer |
| 36010419 | - Einzeltherapie, bis 75 Minuten Dauer |
| 36010338 | - Einzeltherapie, bis 60 Minuten Dauer |
| 36010339 | - Einzeltherapie, bis 90 Minuten Dauer |
| 36010421 | - Einzeltherapie, bis 105 Minuten Dauer |
| 36010422 | - Einzeltherapie, bis 120 Minuten Dauer |
| 36010340 | - Einzeltherapie, bis 120 und mehr Minuten Dauer |
| 36010423 | - Einzeltherapie, bis 135 Minuten Dauer |
| 36010424 | - Einzeltherapie, bis 150 Minuten Dauer |
| 36010425 | - Einzeltherapie, bis 165 Minuten Dauer |
| 36010426 | - Einzeltherapie, 180 Minuten Dauer und mehr |
| 36010427 | - Gruppentherapie, bis 15 Minuten Dauer |
| 36010341 | - Gruppentherapie, bis 30 Minuten Dauer |
| 36010429 | - Gruppentherapie, bis 45 Minuten Dauer |
| 36010342 | - Gruppentherapie, bis 60 Minuten Dauer |
| 36010431 | - Gruppentherapie, bis 75 Minuten Dauer |
| 36010343 | - Gruppentherapie, bis 90 Minuten Dauer |
| 36010433 | - Gruppentherapie, bis 105 Minuten Dauer |
| 36010344 | - Gruppentherapie, bis 120 und mehr Minuten Dauer |
| 36010435 | - Gruppentherapie, bis 135 Minuten Dauer |
| 36010436 | - Gruppentherapie, bis 150 Minuten Dauer |
| 36010437 | - Gruppentherapie, bis 165 Minuten Dauer |
| 36010438 | - Gruppentherapie, 180 Minuten Dauer und mehr |
| 36010439 | - Fahrzeit bis 15 Minuten |
| 36010440 | - Fahrzeit bis 30 Minuten |
| 36010345 | - Fahrzeit, bis 30 Minuten, Hin- und Rückweg |
| 36010441 | - Fahrzeit bis 45 Minuten |
| 36010442 | - Fahrzeit bis 60 Minuten |

| | |
|----------|--|
| 36010346 | - Fahrzeit, bis 60 Minuten Hin- und Rückweg |
| 36010443 | - Fahrzeit bis 75 Minuten |
| 36010444 | - Fahrzeit bis 90 Minuten |
| 36010347 | - Fahrzeit, bis 90 Minuten Hin- und Rückweg |
| 36010445 | - Fahrzeit bis 105 Minuten |
| 36010446 | - Fahrzeit bis 120 Minuten |
| 36010348 | - Fahrzeit, bis 120 und mehr Minuten Hin- und Rückweg |
| 36010447 | - Fahrzeit bis 135 Minuten |
| 36010448 | - Fahrzeit bis 150 Minuten |
| 36010449 | - Fahrzeit bis 165 Minuten |
| 36010450 | - Fahrzeit 180 Minuten und mehr |
| | <i>Sonstiges Personal,</i> |
| 36010349 | - Einzeltherapie, bis 30 Minuten Dauer |
| 36010350 | - Einzeltherapie, bis 60 Minuten Dauer |
| 36010351 | - Einzeltherapie, bis 90 Minuten Dauer |
| 36010352 | - Einzeltherapie, bis 120 und mehr Minuten Dauer |
| 36010353 | - Gruppentherapie, bis 30 Minuten Dauer |
| 36010354 | - Gruppentherapie, bis 60 Minuten Dauer |
| 36010355 | - Gruppentherapie, bis 90 Minuten Dauer |
| 36010356 | - Gruppentherapie, bis 120 und mehr Minuten Dauer |
| 36010357 | - Fahrzeit, bis 30 Minuten, Hin- und Rückweg |
| 36010358 | - Fahrzeit, bis 60 Minuten, Hin- und Rückweg |
| 36010359 | - Fahrzeit, bis 90 Minuten, Hin- und Rückweg |
| 36010363 | - Fahrzeit, bis 120 und mehr Minuten, Hin- und Rückweg |
| | <i>Behandlungskonferenz, pro Patient,</i> |
| 36010360 | - bis 15 Minuten Dauer |
| 36010361 | - bis 30 Minuten Dauer |
| 36010362 | - bis 45 Minuten Dauer |
| 36010364 | - bis 60 Minuten Dauer |
| 36010365 | - bis 75 Minuten Dauer |
| 36010366 | - bis 90 Minuten Dauer |
| 36010367 | - bis 105 Minuten Dauer |
| 36010368 | - bis 120 Minuten Dauer |
| 36010369 | - bis 140 und mehr Minuten Dauer |
| | <i>Fallbesprechung, pro Patient,</i> |
| 36010370 | - bis 15 Minuten Dauer |
| 36010371 | - bis 30 Minuten Dauer |
| 36010372 | - bis 45 Minuten Dauer |
| 36010373 | - bis 60 Minuten Dauer |
| 36010374 | - bis 75 Minuten Dauer |
| 36010375 | - bis 90 Minuten Dauer |
| 36010376 | - bis 105 Minuten Dauer |
| 36010377 | - bis 120 Minuten Dauer |
| 36010378 | - bis 140 und mehr Minuten Dauer |
| | <i>Pflegedienst,</i> |
| 36010451 | - Einzeltherapie, bis 15 Minuten Dauer |
| 36010452 | - Einzeltherapie, bis 30 Minuten Dauer |
| 36010453 | - Einzeltherapie, bis 45 Minuten Dauer |
| 36010454 | - Einzeltherapie, bis 60 Minuten Dauer |
| 36010455 | - Einzeltherapie, bis 75 Minuten Dauer |
| 36010457 | - Einzeltherapie, bis 90 Minuten Dauer |
| 36010458 | - Einzeltherapie, bis 105 Minuten Dauer |
| 36010459 | - Einzeltherapie, bis 120 Minuten Dauer |
| 36010460 | - Einzeltherapie, bis 135 Minuten Dauer |
| 36010461 | - Einzeltherapie, bis 150 Minuten Dauer |

| | |
|----------|---|
| 36010462 | - Einzeltherapie, bis 165 Minuten Dauer |
| 36010463 | - Einzeltherapie, 180 Minuten Dauer und mehr |
| 36010464 | - Gruppentherapie, bis 15 Minuten Dauer |
| 36010465 | - Gruppentherapie, bis 30 Minuten Dauer |
| 36010466 | - Gruppentherapie, bis 45 Minuten Dauer |
| 36010467 | - Gruppentherapie, bis 60 Minuten Dauer |
| 36010468 | - Gruppentherapie, bis 75 Minuten Dauer |
| 36010469 | - Gruppentherapie, bis 90 Minuten Dauer |
| 36010470 | - Gruppentherapie, bis 105 Minuten Dauer |
| 36010471 | - Gruppentherapie, bis 120 Minuten Dauer |
| 36010472 | - Gruppentherapie, bis 135 Minuten Dauer |
| 36010473 | - Gruppentherapie, bis 150 Minuten Dauer |
| 36010474 | - Gruppentherapie, bis 165 Minuten Dauer |
| 36010475 | - Gruppentherapie, 180 Minuten Dauer und mehr |
| 36010476 | - Fahrzeit bis 15 Minuten |
| 36010477 | - Fahrzeit bis 30 Minuten |
| 36010478 | - Fahrzeit bis 45 Minuten |
| 36010479 | - Fahrzeit bis 60 Minuten |
| 36010480 | - Fahrzeit bis 75 Minuten |
| 36010481 | - Fahrzeit bis 90 Minuten |
| 36010482 | - Fahrzeit bis 105 Minuten |
| 36010483 | - Fahrzeit bis 120 Minuten |
| 36010484 | - Fahrzeit bis 135 Minuten |
| 36010485 | - Fahrzeit bis 150 Minuten |
| 36010486 | - Fahrzeit bis 165 Minuten |
| 36010487 | - Fahrzeit 180 Minuten und mehr |
| | <i>Sozialdienst,</i> |
| 36010488 | - Einzeltherapie, bis 15 Minuten Dauer |
| 36010489 | - Einzeltherapie, bis 30 Minuten Dauer |
| 36010490 | - Einzeltherapie, bis 45 Minuten Dauer |
| 36010491 | - Einzeltherapie, bis 60 Minuten Dauer |
| 36010492 | - Einzeltherapie, bis 75 Minuten Dauer |
| 36010493 | - Einzeltherapie, bis 90 Minuten Dauer |
| 36010494 | - Einzeltherapie, bis 105 Minuten Dauer |
| 36010495 | - Einzeltherapie, bis 120 Minuten Dauer |
| 36010496 | - Einzeltherapie, bis 135 Minuten Dauer |
| 36010497 | - Einzeltherapie, bis 150 Minuten Dauer |
| 36010498 | - Einzeltherapie, bis 165 Minuten Dauer |
| 36010499 | - Einzeltherapie, 180 Minuten Dauer und mehr |
| 36010500 | - Gruppentherapie, bis 15 Minuten Dauer |
| 36010501 | - Gruppentherapie, bis 30 Minuten Dauer |
| 36010502 | - Gruppentherapie, bis 45 Minuten Dauer |
| 36010503 | - Gruppentherapie, bis 60 Minuten Dauer |
| 36010504 | - Gruppentherapie, bis 75 Minuten Dauer |
| 36010505 | - Gruppentherapie, bis 90 Minuten Dauer |
| 36010506 | - Gruppentherapie, bis 105 Minuten Dauer |
| 36010507 | - Gruppentherapie, bis 120 Minuten Dauer |
| 36010508 | - Gruppentherapie, bis 135 Minuten Dauer |
| 36010509 | - Gruppentherapie, bis 150 Minuten Dauer |
| 36010510 | - Gruppentherapie, bis 165 Minuten Dauer |
| 36010511 | - Gruppentherapie, 180 Minuten Dauer und mehr |
| 36010512 | - Fahrzeit bis 15 Minuten |
| 36010513 | - Fahrzeit bis 30 Minuten |
| 36010514 | - Fahrzeit bis 45 Minuten |
| 36010515 | - Fahrzeit bis 60 Minuten |

| | |
|----------|---|
| 36010516 | - Fahrzeit bis 75 Minuten |
| 36010517 | - Fahrzeit bis 90 Minuten |
| 36010518 | - Fahrzeit bis 105 Minuten |
| 36010519 | - Fahrzeit bis 120 Minuten |
| 36010520 | - Fahrzeit bis 135 Minuten |
| 36010521 | - Fahrzeit bis 150 Minuten |
| 36010522 | - Fahrzeit bis 165 Minuten |
| 36010523 | - Fahrzeit 180 Minuten und mehr |
| | <i>Therapeuten,</i> |
| 36010524 | - Einzeltherapie, bis 15 Minuten Dauer |
| 36010525 | - Einzeltherapie, bis 30 Minuten Dauer |
| 36010526 | - Einzeltherapie, bis 45 Minuten Dauer |
| 36010527 | - Einzeltherapie, bis 60 Minuten Dauer |
| 36010528 | - Einzeltherapie, bis 75 Minuten Dauer |
| 36010529 | - Einzeltherapie, bis 90 Minuten Dauer |
| 36010531 | - Einzeltherapie, bis 105 Minuten Dauer |
| 36010532 | - Einzeltherapie, bis 120 Minuten Dauer |
| 36010533 | - Einzeltherapie, bis 135 Minuten Dauer |
| 36010534 | - Einzeltherapie, bis 150 Minuten Dauer |
| 36010535 | - Einzeltherapie, bis 165 Minuten Dauer |
| 36010536 | - Einzeltherapie, 180 Minuten Dauer und mehr |
| 36010537 | - Gruppentherapie, bis 15 Minuten Dauer |
| 36010538 | - Gruppentherapie, bis 30 Minuten Dauer |
| 36010539 | - Gruppentherapie, bis 45 Minuten Dauer |
| 36010540 | - Gruppentherapie, bis 60 Minuten Dauer |
| 36010541 | - Gruppentherapie, bis 75 Minuten Dauer |
| 36010542 | - Gruppentherapie, bis 90 Minuten Dauer |
| 36010543 | - Gruppentherapie, bis 105 Minuten Dauer |
| 36010544 | - Gruppentherapie, bis 120 Minuten Dauer |
| 36010545 | - Gruppentherapie, bis 135 Minuten Dauer |
| 36010546 | - Gruppentherapie, bis 150 Minuten Dauer |
| 36010547 | - Gruppentherapie, bis 165 Minuten Dauer |
| 36010548 | - Gruppentherapie, 180 Minuten Dauer und mehr |
| 36010549 | - Fahrzeit bis 15 Minuten |
| 36010550 | - Fahrzeit bis 30 Minuten |
| 36010551 | - Fahrzeit bis 45 Minuten |
| 36010552 | - Fahrzeit bis 60 Minuten |
| 36010553 | - Fahrzeit bis 75 Minuten |
| 36010554 | - Fahrzeit bis 90 Minuten |
| 36010555 | - Fahrzeit bis 105 Minuten |
| 36010556 | - Fahrzeit bis 120 Minuten |
| 36010557 | - Fahrzeit bis 135 Minuten |
| 36010558 | - Fahrzeit bis 150 Minuten |
| 36010559 | - Fahrzeit bis 165 Minuten |
| 36010560 | - Fahrzeit 180 Minuten und mehr |
| | <i>Behandlungskonferenz, intern/extern,</i> |
| 36010561 | - bis 15 Minuten |
| 36010562 | - bis 30 Minuten |
| 36010563 | - bis 45 Minuten |
| 36010564 | - bis 60 Minuten |
| 36010565 | - bis 75 Minuten |
| 36010566 | - bis 90 Minuten |
| 36010567 | - bis 105 Minuten |
| 36010568 | - bis 120 Minuten |
| 36010570 | - bis 135 Minuten |

| | |
|----------|---|
| 36010571 | - bis 150 Minuten |
| 36010572 | - bis 165 Minuten |
| 36010573 | - 180 Minuten und mehr <i>Akut- bzw. Krisenintervention, Arzt/Psychologe, häusl. Umfeld,</i> |
| 36010382 | - bis 30 Minuten |
| 36010384 | - bis 60 Minuten |
| 36010386 | - bis 90 Minuten |
| 36010392 | - bis 120 Minuten |
| 36010394 | - bis 150 Minuten |
| 36010396 | - bis 180 Minuten |
| 36010416 | - mehr als 180 Minuten <i>Standardbehandlung, Arzt/Psychologe, häusl. Umfeld,</i> |
| 36010418 | - bis 30 Minuten |
| 36010420 | - bis 60 Minuten |
| 36010428 | - bis 90 Minuten |
| 36010430 | - bis 120 Minuten |
| 36010432 | - bis 150 Minuten |
| 36010434 | - bis 180 Minuten |
| 36010456 | - mehr als 180 Minuten <i>Standardbehandlung, Pflege/Spezialtherapie, häusl. Umfeld,</i> |
| 36010530 | - bis 30 Minuten |
| 36010569 | - bis 60 Minuten |
| 36010576 | - bis 90 Minuten |
| 36010577 | - bis 120 Minuten |
| 36010578 | - bis 150 Minuten |
| 36010579 | - bis 180 Minuten |
| 36010580 | - mehr als 180 Minuten <i>Akut- bzw. Krisenintervention, Arzt/Psychologe, Klinik,</i> |
| 36010581 | - bis 30 Minuten |
| 36010582 | - bis 60 Minuten |
| 36010583 | - bis 90 Minuten |
| 36010584 | - bis 120 Minuten |
| 36010585 | - bis 150 Minuten |
| 36010586 | - bis 180 Minuten |
| 36010587 | - mehr als 180 Minuten <i>(Einzel-) Psychotherapie, Arzt/Psychologe, Klinik,</i> |
| 36010588 | - bis 30 Minuten |
| 36010589 | - bis 60 Minuten |
| 36010590 | - bis 90 Minuten |
| 36010591 | - bis 120 Minuten |
| 36010592 | - bis 150 Minuten |
| 36010593 | - bis 180 Minuten |
| 36010594 | - mehr als 180 Minuten <i>Standardbehandlung, Einzeltherapie, Arzt/Psychologe, Klinik,</i> |
| 36010595 | - bis 30 Minuten |
| 36010596 | - bis 60 Minuten |
| 36010597 | - bis 90 Minuten |
| 36010598 | - bis 120 Minuten |
| 36010599 | - bis 150 Minuten |
| 36010600 | - bis 180 Minuten |
| 36010601 | - mehr als 180 Minuten <i>Standardbehandlung, Gruppentherapie, Arzt/Psychologe, Klinik,</i> |
| 36010602 | - bis 30 Minuten |
| 36010603 | - bis 60 Minuten |
| 36010604 | - bis 90 Minuten |

| | |
|----------|---|
| 36010605 | - bis 120 Minuten |
| 36010606 | - bis 150 Minuten |
| 36010607 | - bis 180 Minuten |
| 36010608 | - mehr als 180 Minuten <i>Standardbehandlung, Gruppentherapie, Pflege/Spezialtherapie, Klinik,</i> |
| 36010609 | - bis 30 Minuten |
| 36010610 | - bis 60 Minuten |
| 36010611 | - bis 90 Minuten |
| 36010612 | - bis 120 Minuten |
| 36010613 | - bis 150 Minuten |
| 36010614 | - bis 180 Minuten |
| 36010615 | - mehr als 180 Minuten <i>Standardbehandlung, Einzeltherapie, Pflege/Spezialtherapie, Klinik,</i> |
| 36010616 | - bis 30 Minuten |
| 36010617 | - bis 60 Minuten |
| 36010618 | - bis 90 Minuten |
| 36010619 | - bis 120 Minuten |
| 36010620 | - bis 150 Minuten |
| 36010621 | - bis 180 Minuten |
| 36010622 | - mehr als 180 Minuten <i>Einfachkontakt, alle Professionen, Klinik,</i> |
| 36010623 | - bis 15 Minuten |
| 36010624 | - bis 30 Minuten |
| 36010625 | - bis 45 Minuten |
| 36010626 | - bis 60 Minuten |
| 36010627 | - bis 75 Minuten <i>häusl. Umfeld, alle Professionen, Hin- und Rückfahrt,</i> |
| 36010628 | - bis 20 Minuten |
| 36010629 | - bis 40 Minuten |
| 36010630 | - bis 60 Minuten |
| 36010380 | je Behandlungstag, Erwachsene, Serie Kurzkontakte |
| 36010631 | Einzeltherapie, Erwachsene, Leistungsdauer bis 20 Minuten |
| 36010632 | Einzeltherapie, Erwachsene, Leistungsdauer > 20 Minuten und <= 60 Minuten |
| 36010633 | Einzeltherapie, Erwachsene, Leistungsdauer > 60 Minuten |
| 36010634 | Gruppentherapie, Erwachsene, mit bis zu 4 Teilnehmern |
| 36010635 | Gruppentherapie, Erwachsene, mit mehr als 4 Teilnehmern |
| 36010636 | Erwachsene, Fallbesprechung ohne Patient, ohne Umfeld |
| 36010637 | Erwachsene, Visite mit Patient und/oder Umfeld |
| 36010638 | Erwachsene, Sachkosten Alltagskompetenztraining |
| 36010639 | Erwachsene, Wegezeit für Hin- und Rückweg der Mitarbeiter zum Patienten |
| 36010640 | Erwachsene, AAB-Case-Management-Pauschale |
| 36010641 | Erwachsene, Home Treatment |
| 36010642 | Erwachsene, Behandlung bis 1 Stunde |
| 36010643 | Erwachsene, Behandlung über 1 Stunde bis 2 Stunden |
| 36010644 | Erwachsene, Behandlung über 2 bis 4 Stunden |
| 36010645 | Erwachsene, Behandlung über 4 Stunden |
| 36010646 | Kinder und Jugendliche, Home Treatment |
| 36010647 | Kinder und Jugendliche, Behandlung bis 1 Stunde |
| 36010648 | Kinder und Jugendliche, Behandlung über 1 Stunde bis 2 Stunden |
| 36010649 | Kinder und Jugendliche, Behandlung über 2 bis 4 Stunden |
| 36010650 | Kinder und Jugendliche, Behandlung über 4 Stunden |
| 36010651 | je Behandlungstag, Kinder und Jugendliche, Serie Kurzkontakte |
| 36010652 | Einzeltherapie, Kinder und Jugendliche, Leistungsdauer bis 20 Minuten |

| | |
|----------|---|
| 36010653 | Einzeltherapie, Kinder und Jugendliche, Leistungsdauer > 20 Minuten und <= 60 Minuten |
| 36010654 | Einzeltherapie, Kinder und Jugendliche, Leistungsdauer > 60 Minuten |
| 36010655 | Gruppentherapie, Kinder und Jugendliche, bis zu 4 Teilnehmer |
| 36010656 | Gruppentherapie, Kinder und Jugendliche, mehr als 4 Teilnehmer |
| 36010657 | Kinder und Jugendliche, Fallbesprechung ohne Patient, ohne Umfeld |
| 36010658 | Kinder und Jugendliche, Visite mit Patient und/oder Umfeld |
| 36010659 | Kinder und Jugendliche, Sachkosten Alltagskompetenztraining |
| 36010660 | Kinder und Jugendliche, Wegezeit für Hin- und Rückweg der Mitarbeiter zum Patienten |
| 36010661 | Kinder und Jugendliche, AAB-Case-Management-Pauschale |
| 36010574 | Labor |
| 36010575 | Spiegelbestimmung |
| 36010662 | PIA-Leistung ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung |
| 36010663 | PIA-Leistung mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung |
| 36010664 | PIA-Leistung mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung |
| 36010665 | PIA-Leistung ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung |
| 36018000 | Zuschlag für Ausgleich, IV Krankenkasse A |
| 36018001 | Zuschlag für Ausgleich, IV Krankenkasse B |
| 36018002 | Zuschlag für Ausgleich, Sonstige Krankenkassen |
| 36018003 | Zuschlag für Kosten der Evaluation |

| | |
|----------|---|
| 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 |
| 38000021 | allgemeiner Zuschlag, Nachberechnung aus Vorjahren 1, Erwachsene |
| 38000022 | allgemeiner Zuschlag, Nachberechnung aus Vorjahren 2, Erwachsene |
| 38000023 | allgemeiner Zuschlag, Nachberechnung aus Vorjahren 1, Kinder und Jugendliche |
| 38000024 | allgemeiner Zuschlag, Nachberechnung aus Vorjahren 2, Kinder und Jugendliche |
| 38000025 | allgemeiner Zuschlag, Wegepauschale, Heimbewohner, 1 Fahrt (Hin- und Rückfahrt) |
| 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
 41000340 abgestaffelte Pauschale, Parallelbehandlung, bei Kindern
 410[0100 ff.]0 Fachabteilungen (siehe Anlage 2, Schlüssel 6)
 41240000 Mehrfachkontakt, Erwachsene
 41250000 Mehrfachkontakt, Kinder und Jugendliche

Tagespauschale

43000000 krankenhausindividuelle Festlegung
 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) |
| 61038010 | 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. 3 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)

Behandlungspauschale

72000600 Psychotherapeutische Gesprächsleistungen
 72000610 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)
 72000620 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)
 72000630 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, große Gruppe)
 72000640 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, große Gruppe)
 72000650 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Kurzzeittherapie, kleine Gruppe)
 72000660 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Langzeittherapie, kleine Gruppe)
 72000670 Analytische Psychotherapie (Einzelbehandlung)
 72000680 Analytische Psychotherapie (große Gruppe)
 72000690 Analytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (kleine Gruppe)
 72000700 Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)
 72000710 Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)
 72000720 Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, kleine Gruppe)
 72000730 Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, kleine Gruppe)
 72000740 Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, große Gruppe)
 72000750 Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, große Gruppe)
 72000760 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung), Einbeziehung Bezugspersonen
 72000770 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung), Einbeziehung Bezugspersonen
 72000780 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, große Gruppe), Einbeziehung Bezugspersonen
 72000790 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, große Gruppe), Einbeziehung Bezugspersonen
 72000800 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Kurzzeittherapie, kleine Gruppe), Einbeziehung Bezugspersonen
 72000810 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Langzeittherapie, kleine Gruppe), Einbeziehung Bezugspersonen
 72000820 Analytische Psychotherapie (Einzelbehandlung), Einbeziehung Begleitpersonen
 72000830 Analytische Psychotherapie (große Gruppe), Einbeziehung Begleitpersonen
 72000840 Analytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (kleine Gruppe), Einbeziehung Begleitpersonen
 72000850 Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung), Einbeziehung Begleitpersonen
 72000860 Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung), Einbeziehung Begleitpersonen
 72000870 Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, kleine Gruppe), Einbeziehung Begleitpersonen
 72000880 Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, kleine Gruppe), Einbeziehung Begleitpersonen
 72000890 Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, große Gruppe), Einbeziehung Begleitpersonen
 72000900 Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, große Gruppe), Einbeziehung Begleitpersonen

Pauschale je Behandlungseinheit

- 74100000 je Stunde
74101001 je Stunde, gruppentherapeutische Leistungen

Pauschale nach Katalog

- 75101200 Clearing
75101201 Monosymptomatische Erkrankungen
75101202 Komplexpauschale

Erwachsene, Kinder und Jugendliche (Leistungen nach § 117 Abs. 3 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 |
| Zuschlag | |
| 78000007 | allgemeiner Zuschlag, Wegepauschale bis 2 km, am Tag |
| 78000011 | allgemeiner Zuschlag, Wegepauschale, bis 2 Doppelkilometer, bei Tag |
| 78000012 | allgemeiner Zuschlag, Wegegeld, pro Doppelkilometer, einfacher Besuch bei Tage |
| 78000013 | allgemeiner Zuschlag, Wegegeld, pro Doppelkilometer, dringender Besuch bei Tage |
| 78000014 | allgemeiner Zuschlag, Wegepauschale, bis 2 Doppelkilometer bei Nacht |
| 78000015 | allgemeiner Zuschlag, Wegegeld, pro Doppelkilometer, dringender Besuch bei Nacht |
| 78000017 | allgemeiner Zuschlag, Wegepauschale, Randbereich 2 bis 5 km, am Tag |
| 78000018 | allgemeiner Zuschlag, Wegepauschale, bei mehr als 5 km Radius, am Tag |

Anhang B zu Anlage 2

Entgeltarten (BPfIV)

Entgeltarten BPfIV bei Anwendung des § 17d KHG

PEPP-Entgeltkatalog 2016: vollstationäre Versorgung (Anlage 1a, bewertet)

| | |
|----------|--|
| P002Z | Einzelbetreuung bei Kindern und Jugendlichen mit hohem Aufwand |
| A1P002Z1 | - Vergütungsklasse 1 |
| P003A | Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung und Krisenintervention mit äußerst hohem Aufwand |
| A1P003A1 | - Vergütungsklasse 1 |
| P003B | Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung und Krisenintervention mit sehr hohem Aufwand |
| A1P003B1 | - Vergütungsklasse 1 |
| A1P003B2 | - Vergütungsklasse 2 |
| A1P003B3 | - Vergütungsklasse 3 |
| A1P003B4 | - Vergütungsklasse 4 |
| A1P003B5 | - Vergütungsklasse 5 |
| A1P003B6 | - Vergütungsklasse 6 |
| A1P003B7 | - Vergütungsklasse 7 |
| A1P003B8 | - Vergütungsklasse 8 |
| A1P003B9 | - Vergütungsklasse 9 |
| A1P003BA | - Vergütungsklasse 10 |
| A1P003BB | - Vergütungsklasse 11 |
| A1P003BC | - Vergütungsklasse 12 |
| A1P003BD | - Vergütungsklasse 13 |
| A1P003BE | - Vergütungsklasse 14 |
| A1P003BF | - Vergütungsklasse 15 |
| A1P003BG | - Vergütungsklasse 16 |
| A1P003BH | - Vergütungsklasse 17 |
| A1P003BI | - Vergütungsklasse 18 |
| A1P003BJ | - Vergütungsklasse 19 |
| P003C | Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung und Krisenintervention mit deutlich erhöhtem Aufwand |
| A1P003C1 | - Vergütungsklasse 1 |
| A1P003C2 | - Vergütungsklasse 2 |
| A1P003C3 | - Vergütungsklasse 3 |
| A1P003C4 | - Vergütungsklasse 4 |
| A1P003C5 | - Vergütungsklasse 5 |
| A1P003C6 | - Vergütungsklasse 6 |
| A1P003C7 | - Vergütungsklasse 7 |
| A1P003C8 | - Vergütungsklasse 8 |
| A1P003C9 | - Vergütungsklasse 9 |
| A1P003CA | - Vergütungsklasse 10 |
| A1P003CB | - Vergütungsklasse 11 |

| | |
|----------|--|
| A1P003CC | - Vergütungsklasse 12 |
| A1P003CD | - Vergütungsklasse 13 |
| A1P003CE | - Vergütungsklasse 14 |
| A1P003CF | - Vergütungsklasse 15 |
| A1P003CG | - Vergütungsklasse 16 |
| A1P003CH | - Vergütungsklasse 17 |
| A1P003CI | - Vergütungsklasse 18 |
| A1P003CJ | - Vergütungsklasse 19 |
| PA01A | Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen und andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, mit komplizierender Konstellation |
| A1PA01A1 | - Vergütungsklasse 1 |
| A1PA01A2 | - Vergütungsklasse 2 |
| A1PA01A3 | - Vergütungsklasse 3 |
| A1PA01A4 | - Vergütungsklasse 4 |
| PA01B | Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen und andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, ohne komplizierende Konstellation |
| A1PA01B1 | - Vergütungsklasse 1 |
| A1PA01B2 | - Vergütungsklasse 2 |
| A1PA01B3 | - Vergütungsklasse 3 |
| A1PA01B4 | - Vergütungsklasse 4 |
| PA02A | Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, mit Heroinkonsum oder intravenösen Gebrauch sonstiger Substanzen oder mit schwerer Begleiterkrankung bei Opiatabhängigkeit |
| A1PA02A1 | - Vergütungsklasse 1 |
| A1PA02A2 | - Vergütungsklasse 2 |
| A1PA02A3 | - Vergütungsklasse 3 |
| A1PA02A4 | - Vergütungsklasse 4 |
| A1PA02A5 | - Vergütungsklasse 5 |
| A1PA02A6 | - Vergütungsklasse 6 |
| A1PA02A7 | - Vergütungsklasse 7 |
| A1PA02A8 | - Vergütungsklasse 8 |
| A1PA02A9 | - Vergütungsklasse 9 |
| A1PA02AA | - Vergütungsklasse 10 |
| A1PA02AB | - Vergütungsklasse 11 |
| A1PA02AC | - Vergütungsklasse 12 |
| A1PA02AD | - Vergütungsklasse 13 |
| A1PA02AE | - Vergütungsklasse 14 |
| PA02B | Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, mit komplizierender Konstellation oder mit multiplem Substanzmissbrauch bei Opiat- oder Kokainkonsum oder mit hoher Therapieintensität oder mit Mutter/Vater-Kind-Setting |
| A1PA02B1 | - Vergütungsklasse 1 |
| A1PA02B2 | - Vergütungsklasse 2 |
| A1PA02B3 | - Vergütungsklasse 3 |
| A1PA02B4 | - Vergütungsklasse 4 |
| A1PA02B5 | - Vergütungsklasse 5 |
| A1PA02B6 | - Vergütungsklasse 6 |
| A1PA02B7 | - Vergütungsklasse 7 |
| A1PA02B8 | - Vergütungsklasse 8 |
| A1PA02B9 | - Vergütungsklasse 9 |
| A1PA02BA | - Vergütungsklasse 10 |
| A1PA02BB | - Vergütungsklasse 11 |
| A1PA02BC | - Vergütungsklasse 12 |
| A1PA02BD | - Vergütungsklasse 13 |

| | |
|----------|-----------------------|
| A1PA02BE | - Vergütungsklasse 14 |
| A1PA02BF | - Vergütungsklasse 15 |
| A1PA02BG | - Vergütungsklasse 16 |
| A1PA02BH | - Vergütungsklasse 17 |
| A1PA02BI | - Vergütungsklasse 18 |

PA02C Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Alter > 64 Jahre oder mit Qualifiziertem Entzug mehr als 14 Behandlungstagen oder mit komplizierender Konstellation oder mit multiplem Substanzmissbrauch außer bei Opiat- oder Kokainkonsum

| | |
|----------|-----------------------|
| A1PA02C1 | - Vergütungsklasse 1 |
| A1PA02C2 | - Vergütungsklasse 2 |
| A1PA02C3 | - Vergütungsklasse 3 |
| A1PA02C4 | - Vergütungsklasse 4 |
| A1PA02C5 | - Vergütungsklasse 5 |
| A1PA02C6 | - Vergütungsklasse 6 |
| A1PA02C7 | - Vergütungsklasse 7 |
| A1PA02C8 | - Vergütungsklasse 8 |
| A1PA02C9 | - Vergütungsklasse 9 |
| A1PA02CA | - Vergütungsklasse 10 |
| A1PA02CB | - Vergütungsklasse 11 |
| A1PA02CC | - Vergütungsklasse 12 |
| A1PA02CD | - Vergütungsklasse 13 |
| A1PA02CE | - Vergütungsklasse 14 |
| A1PA02CF | - Vergütungsklasse 15 |
| A1PA02CG | - Vergütungsklasse 16 |
| A1PA02CH | - Vergütungsklasse 17 |
| A1PA02CI | - Vergütungsklasse 18 |
| A1PA02CJ | - Vergütungsklasse 19 |

PA02D Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Alter < 65 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne Heroinkonsum oder intravenösen Gebrauch sonstiger Substanzen, ohne Qualifizierten Entzug ab mehr als 14 Behandlungstagen

| | |
|----------|-----------------------|
| A1PA02D1 | - Vergütungsklasse 1 |
| A1PA02D2 | - Vergütungsklasse 2 |
| A1PA02D3 | - Vergütungsklasse 3 |
| A1PA02D4 | - Vergütungsklasse 4 |
| A1PA02D5 | - Vergütungsklasse 5 |
| A1PA02D6 | - Vergütungsklasse 6 |
| A1PA02D7 | - Vergütungsklasse 7 |
| A1PA02D8 | - Vergütungsklasse 8 |
| A1PA02D9 | - Vergütungsklasse 9 |
| A1PA02DA | - Vergütungsklasse 10 |
| A1PA02DB | - Vergütungsklasse 11 |
| A1PA02DC | - Vergütungsklasse 12 |
| A1PA02DD | - Vergütungsklasse 13 |
| A1PA02DE | - Vergütungsklasse 14 |
| A1PA02DF | - Vergütungsklasse 15 |
| A1PA02DG | - Vergütungsklasse 16 |
| A1PA02DH | - Vergütungsklasse 17 |
| A1PA02DI | - Vergütungsklasse 18 |
| A1PA02DJ | - Vergütungsklasse 19 |
| A1PA02DK | - Vergütungsklasse 20 |
| A1PA02DL | - Vergütungsklasse 21 |
| A1PA02DM | - Vergütungsklasse 22 |
| A1PA02DN | - Vergütungsklasse 23 |

| | |
|----------|---|
| PA03A | Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen, Alter > 64 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität oder mit Mutter/Vater-Kind-Setting |
| A1PA03A1 | - Vergütungsklasse 1 |
| A1PA03A2 | - Vergütungsklasse 2 |
| A1PA03A3 | - Vergütungsklasse 3 |
| A1PA03A4 | - Vergütungsklasse 4 |
| A1PA03A5 | - Vergütungsklasse 5 |
| A1PA03A6 | - Vergütungsklasse 6 |
| A1PA03A7 | - Vergütungsklasse 7 |
| A1PA03A8 | - Vergütungsklasse 8 |
| A1PA03A9 | - Vergütungsklasse 9 |
| A1PA03AA | - Vergütungsklasse 10 |
| A1PA03AB | - Vergütungsklasse 11 |
| A1PA03AC | - Vergütungsklasse 12 |
| A1PA03AD | - Vergütungsklasse 13 |
| A1PA03AE | - Vergütungsklasse 14 |
| A1PA03AF | - Vergütungsklasse 15 |
| A1PA03AG | - Vergütungsklasse 16 |
| A1PA03AH | - Vergütungsklasse 17 |
| A1PA03AI | - Vergütungsklasse 18 |
| A1PA03AJ | - Vergütungsklasse 19 |
| A1PA03AK | - Vergütungsklasse 20 |
| A1PA03AL | - Vergütungsklasse 21 |
| PA03B | Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen, Alter < 65 Jahre, ohne komplizierende Konstellation |
| A1PA03B1 | - Vergütungsklasse 1 |
| A1PA03B2 | - Vergütungsklasse 2 |
| A1PA03B3 | - Vergütungsklasse 3 |
| A1PA03B4 | - Vergütungsklasse 4 |
| A1PA03B5 | - Vergütungsklasse 5 |
| A1PA03B6 | - Vergütungsklasse 6 |
| A1PA03B7 | - Vergütungsklasse 7 |
| A1PA03B8 | - Vergütungsklasse 8 |
| A1PA03B9 | - Vergütungsklasse 9 |
| A1PA03BA | - Vergütungsklasse 10 |
| A1PA03BB | - Vergütungsklasse 11 |
| A1PA03BC | - Vergütungsklasse 12 |
| A1PA03BD | - Vergütungsklasse 13 |
| A1PA03BE | - Vergütungsklasse 14 |
| A1PA03BF | - Vergütungsklasse 15 |
| A1PA03BG | - Vergütungsklasse 16 |
| A1PA03BH | - Vergütungsklasse 17 |
| A1PA03BI | - Vergütungsklasse 18 |
| PA04A | Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter > 84 Jahre oder mit komplizierender Diagnose und Alter > 64 Jahre, oder mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität |
| A1PA04A1 | - Vergütungsklasse 1 |
| A1PA04A2 | - Vergütungsklasse 2 |
| A1PA04A3 | - Vergütungsklasse 3 |
| A1PA04A4 | - Vergütungsklasse 4 |
| A1PA04A5 | - Vergütungsklasse 5 |
| A1PA04A6 | - Vergütungsklasse 6 |
| A1PA04A7 | - Vergütungsklasse 7 |

| | |
|----------|-----------------------|
| A1PA04A8 | - Vergütungsklasse 8 |
| A1PA04A9 | - Vergütungsklasse 9 |
| A1PA04AA | - Vergütungsklasse 10 |
| A1PA04AB | - Vergütungsklasse 11 |
| A1PA04AC | - Vergütungsklasse 12 |
| A1PA04AD | - Vergütungsklasse 13 |
| A1PA04AE | - Vergütungsklasse 14 |
| A1PA04AF | - Vergütungsklasse 15 |
| A1PA04AG | - Vergütungsklasse 16 |

PA04B Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter < 85 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, mit Mutter/Vater-Kind-Setting oder mit komplizierender Diagnose oder Alter > 64 Jahre

| | |
|----------|-----------------------|
| A1PA04B1 | - Vergütungsklasse 1 |
| A1PA04B2 | - Vergütungsklasse 2 |
| A1PA04B3 | - Vergütungsklasse 3 |
| A1PA04B4 | - Vergütungsklasse 4 |
| A1PA04B5 | - Vergütungsklasse 5 |
| A1PA04B6 | - Vergütungsklasse 6 |
| A1PA04B7 | - Vergütungsklasse 7 |
| A1PA04B8 | - Vergütungsklasse 8 |
| A1PA04B9 | - Vergütungsklasse 9 |
| A1PA04BA | - Vergütungsklasse 10 |
| A1PA04BB | - Vergütungsklasse 11 |
| A1PA04BC | - Vergütungsklasse 12 |
| A1PA04BD | - Vergütungsklasse 13 |
| A1PA04BE | - Vergütungsklasse 14 |
| A1PA04BF | - Vergütungsklasse 15 |
| A1PA04BG | - Vergütungsklasse 16 |
| A1PA04BH | - Vergütungsklasse 17 |
| A1PA04BI | - Vergütungsklasse 18 |
| A1PA04BJ | - Vergütungsklasse 19 |
| A1PA04BK | - Vergütungsklasse 20 |
| A1PA04BL | - Vergütungsklasse 21 |

PA04C Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter < 65 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne komplizierende Diagnose

| | |
|----------|-----------------------|
| A1PA04C1 | - Vergütungsklasse 1 |
| A1PA04C2 | - Vergütungsklasse 2 |
| A1PA04C3 | - Vergütungsklasse 3 |
| A1PA04C4 | - Vergütungsklasse 4 |
| A1PA04C5 | - Vergütungsklasse 5 |
| A1PA04C6 | - Vergütungsklasse 6 |
| A1PA04C7 | - Vergütungsklasse 7 |
| A1PA04C8 | - Vergütungsklasse 8 |
| A1PA04C9 | - Vergütungsklasse 9 |
| A1PA04CA | - Vergütungsklasse 10 |
| A1PA04CB | - Vergütungsklasse 11 |
| A1PA04CC | - Vergütungsklasse 12 |
| A1PA04CD | - Vergütungsklasse 13 |
| A1PA04CE | - Vergütungsklasse 14 |
| A1PA04CF | - Vergütungsklasse 15 |
| A1PA04CG | - Vergütungsklasse 16 |
| A1PA04CH | - Vergütungsklasse 17 |
| A1PA04CI | - Vergütungsklasse 18 |
| A1PA04CJ | - Vergütungsklasse 19 |

| | |
|----------|--|
| A1PA04CK | - Vergütungsklasse 20 |
| PA14A | Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Essstörungen und andere Störungen, Alter > 64 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität |
| A1PA14A1 | - Vergütungsklasse 1 |
| A1PA14A2 | - Vergütungsklasse 2 |
| A1PA14A3 | - Vergütungsklasse 3 |
| A1PA14A4 | - Vergütungsklasse 4 |
| A1PA14A5 | - Vergütungsklasse 5 |
| A1PA14A6 | - Vergütungsklasse 6 |
| A1PA14A7 | - Vergütungsklasse 7 |
| A1PA14A8 | - Vergütungsklasse 8 |
| A1PA14A9 | - Vergütungsklasse 9 |
| A1PA14AA | - Vergütungsklasse 10 |
| A1PA14AB | - Vergütungsklasse 11 |
| A1PA14AC | - Vergütungsklasse 12 |
| PA14B | Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Essstörungen und andere Störungen, Alter < 65 Jahre, ohne komplizierende Konstellation |
| A1PA14B1 | - Vergütungsklasse 1 |
| A1PA14B2 | - Vergütungsklasse 2 |
| A1PA14B3 | - Vergütungsklasse 3 |
| A1PA14B4 | - Vergütungsklasse 4 |
| A1PA14B5 | - Vergütungsklasse 5 |
| A1PA14B6 | - Vergütungsklasse 6 |
| A1PA14B7 | - Vergütungsklasse 7 |
| A1PA14B8 | - Vergütungsklasse 8 |
| A1PA14B9 | - Vergütungsklasse 9 |
| A1PA14BA | - Vergütungsklasse 10 |
| A1PA14BB | - Vergütungsklasse 11 |
| A1PA14BC | - Vergütungsklasse 12 |
| A1PA14BD | - Vergütungsklasse 13 |
| A1PA14BE | - Vergütungsklasse 14 |
| A1PA14BF | - Vergütungsklasse 15 |
| A1PA14BG | - Vergütungsklasse 16 |
| A1PA14BH | - Vergütungsklasse 17 |
| A1PA14BI | - Vergütungsklasse 18 |
| A1PA14BJ | - Vergütungsklasse 19 |
| A1PA14BK | - Vergütungsklasse 20 |
| A1PA14BL | - Vergütungsklasse 21 |
| A1PA14BM | - Vergütungsklasse 22 |
| A1PA14BN | - Vergütungsklasse 23 |
| A1PA14BO | - Vergütungsklasse 24 |
| A1PA14BP | - Vergütungsklasse 25 |
| PA15A | Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität oder 1:1-Betreuung mit erhöhtem Aufwand |
| A1PA15A1 | - Vergütungsklasse 1 |
| A1PA15A2 | - Vergütungsklasse 2 |
| A1PA15A3 | - Vergütungsklasse 3 |
| A1PA15A4 | - Vergütungsklasse 4 |
| A1PA15A5 | - Vergütungsklasse 5 |
| A1PA15A6 | - Vergütungsklasse 6 |
| A1PA15A7 | - Vergütungsklasse 7 |
| A1PA15A8 | - Vergütungsklasse 8 |
| A1PA15A9 | - Vergütungsklasse 9 |

| | |
|----------|---|
| A1PA15AA | - Vergütungsklasse 10 |
| A1PA15AB | - Vergütungsklasse 11 |
| A1PA15AC | - Vergütungsklasse 12 |
| A1PA15AD | - Vergütungsklasse 13 |
| PA15B | Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, mit bestimmten Demenzerkrankungen oder mit komplizierender Konstellation oder Alter > 84 Jahre |
| A1PA15B1 | - Vergütungsklasse 1 |
| A1PA15B2 | - Vergütungsklasse 2 |
| A1PA15B3 | - Vergütungsklasse 3 |
| A1PA15B4 | - Vergütungsklasse 4 |
| A1PA15B5 | - Vergütungsklasse 5 |
| A1PA15B6 | - Vergütungsklasse 6 |
| A1PA15B7 | - Vergütungsklasse 7 |
| A1PA15B8 | - Vergütungsklasse 8 |
| A1PA15B9 | - Vergütungsklasse 9 |
| A1PA15BA | - Vergütungsklasse 10 |
| A1PA15BB | - Vergütungsklasse 11 |
| A1PA15BC | - Vergütungsklasse 12 |
| A1PA15BD | - Vergütungsklasse 13 |
| A1PA15BE | - Vergütungsklasse 14 |
| A1PA15BF | - Vergütungsklasse 15 |
| A1PA15BG | - Vergütungsklasse 16 |
| A1PA15BH | - Vergütungsklasse 17 |
| PA15C | Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, Alter < 85 Jahre, ohne bestimmte Demenzerkrankungen, ohne komplizierende Konstellation |
| A1PA15C1 | - Vergütungsklasse 1 |
| A1PA15C2 | - Vergütungsklasse 2 |
| A1PA15C3 | - Vergütungsklasse 3 |
| A1PA15C4 | - Vergütungsklasse 4 |
| A1PA15C5 | - Vergütungsklasse 5 |
| A1PA15C6 | - Vergütungsklasse 6 |
| A1PA15C7 | - Vergütungsklasse 7 |
| A1PA15C8 | - Vergütungsklasse 8 |
| A1PA15C9 | - Vergütungsklasse 9 |
| A1PA15CA | - Vergütungsklasse 10 |
| A1PA15CB | - Vergütungsklasse 11 |
| A1PA15CC | - Vergütungsklasse 12 |
| A1PA15CD | - Vergütungsklasse 13 |
| A1PA15CE | - Vergütungsklasse 14 |
| A1PA15CF | - Vergütungsklasse 15 |
| A1PA15CG | - Vergütungsklasse 16 |
| PK01Z | Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen und andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend |
| A1PK01Z1 | - Vergütungsklasse 1 |
| A1PK01Z2 | - Vergütungsklasse 2 |
| A1PK01Z3 | - Vergütungsklasse 3 |
| A1PK01Z4 | - Vergütungsklasse 4 |
| A1PK01Z5 | - Vergütungsklasse 5 |
| A1PK01Z6 | - Vergütungsklasse 6 |
| A1PK01Z7 | - Vergütungsklasse 7 |
| A1PK01Z8 | - Vergütungsklasse 8 |
| A1PK01Z9 | - Vergütungsklasse 9 |

| | |
|----------|---|
| A1PK01ZA | - Vergütungsklasse 10 |
| A1PK01ZB | - Vergütungsklasse 11 |
| PK02Z | Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen |
| A1PK02Z1 | - Vergütungsklasse 1 |
| A1PK02Z2 | - Vergütungsklasse 2 |
| A1PK02Z3 | - Vergütungsklasse 3 |
| A1PK02Z4 | - Vergütungsklasse 4 |
| A1PK02Z5 | - Vergütungsklasse 5 |
| A1PK02Z6 | - Vergütungsklasse 6 |
| A1PK02Z7 | - Vergütungsklasse 7 |
| A1PK02Z8 | - Vergütungsklasse 8 |
| A1PK02Z9 | - Vergütungsklasse 9 |
| A1PK02ZA | - Vergütungsklasse 10 |
| A1PK02ZB | - Vergütungsklasse 11 |
| A1PK02ZC | - Vergütungsklasse 12 |
| A1PK02ZD | - Vergütungsklasse 13 |
| PK03Z | Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen |
| A1PK03Z1 | - Vergütungsklasse 1 |
| A1PK03Z2 | - Vergütungsklasse 2 |
| A1PK03Z3 | - Vergütungsklasse 3 |
| A1PK03Z4 | - Vergütungsklasse 4 |
| A1PK03Z5 | - Vergütungsklasse 5 |
| A1PK03Z6 | - Vergütungsklasse 6 |
| A1PK03Z7 | - Vergütungsklasse 7 |
| A1PK03Z8 | - Vergütungsklasse 8 |
| A1PK03Z9 | - Vergütungsklasse 9 |
| A1PK03ZA | - Vergütungsklasse 10 |
| A1PK03ZB | - Vergütungsklasse 11 |
| A1PK03ZC | - Vergütungsklasse 12 |
| A1PK03ZD | - Vergütungsklasse 13 |
| A1PK03ZE | - Vergütungsklasse 14 |
| PK04A | Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, mit komplizierender Nebendiagnose oder mit erhöhtem Betreuungsaufwand |
| A1PK04A1 | - Vergütungsklasse 1 |
| A1PK04A2 | - Vergütungsklasse 2 |
| A1PK04A3 | - Vergütungsklasse 3 |
| A1PK04A4 | - Vergütungsklasse 4 |
| A1PK04A5 | - Vergütungsklasse 5 |
| A1PK04A6 | - Vergütungsklasse 6 |
| A1PK04A7 | - Vergütungsklasse 7 |
| A1PK04A8 | - Vergütungsklasse 8 |
| A1PK04A9 | - Vergütungsklasse 9 |
| A1PK04AA | - Vergütungsklasse 10 |
| A1PK04AB | - Vergütungsklasse 11 |
| A1PK04AC | - Vergütungsklasse 12 |
| A1PK04AD | - Vergütungsklasse 13 |
| A1PK04AE | - Vergütungsklasse 14 |
| A1PK04AF | - Vergütungsklasse 15 |
| A1PK04AG | - Vergütungsklasse 16 |
| A1PK04AH | - Vergütungsklasse 17 |
| PK04B | Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, ohne komplizierende Nebendiagnose ohne erhöhten Betreuungsaufwand |
| A1PK04B1 | - Vergütungsklasse 1 |

| | |
|----------|---|
| A1PK04B2 | - Vergütungsklasse 2 |
| A1PK04B3 | - Vergütungsklasse 3 |
| A1PK04B4 | - Vergütungsklasse 4 |
| A1PK04B5 | - Vergütungsklasse 5 |
| A1PK04B6 | - Vergütungsklasse 6 |
| A1PK04B7 | - Vergütungsklasse 7 |
| A1PK04B8 | - Vergütungsklasse 8 |
| A1PK04B9 | - Vergütungsklasse 9 |
| A1PK04BA | - Vergütungsklasse 10 |
| A1PK04BB | - Vergütungsklasse 11 |
| A1PK04BC | - Vergütungsklasse 12 |
| A1PK04BD | - Vergütungsklasse 13 |
| A1PK04BE | - Vergütungsklasse 14 |
| A1PK04BF | - Vergütungsklasse 15 |
| A1PK04BG | - Vergütungsklasse 16 |
| A1PK04BH | - Vergütungsklasse 17 |
| A1PK04BI | - Vergütungsklasse 18 |
| A1PK04BJ | - Vergütungsklasse 19 |
| A1PK04BK | - Vergütungsklasse 20 |
| PK10Z | Ess- oder Fütterstörungen |
| A1PK10Z1 | - Vergütungsklasse 1 |
| PK14A | Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen, Alter < 8 Jahre oder mit komplizierender Nebendiagnose oder mit erhöhtem Betreuungsaufwand |
| A1PK14A1 | - Vergütungsklasse 1 |
| A1PK14A2 | - Vergütungsklasse 2 |
| A1PK14A3 | - Vergütungsklasse 3 |
| A1PK14A4 | - Vergütungsklasse 4 |
| A1PK14A5 | - Vergütungsklasse 5 |
| A1PK14A6 | - Vergütungsklasse 6 |
| A1PK14A7 | - Vergütungsklasse 7 |
| A1PK14A8 | - Vergütungsklasse 8 |
| A1PK14A9 | - Vergütungsklasse 9 |
| A1PK14AA | - Vergütungsklasse 10 |
| A1PK14AB | - Vergütungsklasse 11 |
| A1PK14AC | - Vergütungsklasse 12 |
| A1PK14AD | - Vergütungsklasse 13 |
| A1PK14AE | - Vergütungsklasse 14 |
| A1PK14AF | - Vergütungsklasse 15 |
| A1PK14AG | - Vergütungsklasse 16 |
| PK14B | Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen, Alter 8–13 Jahre, ohne komplizierende Nebendiagnose, ohne erhöhten Betreuungsaufwand |
| A1PK14B1 | - Vergütungsklasse 1 |
| A1PK14B2 | - Vergütungsklasse 2 |
| A1PK14B3 | - Vergütungsklasse 3 |
| A1PK14B4 | - Vergütungsklasse 4 |
| A1PK14B5 | - Vergütungsklasse 5 |
| A1PK14B6 | - Vergütungsklasse 6 |
| A1PK14B7 | - Vergütungsklasse 7 |
| A1PK14B8 | - Vergütungsklasse 8 |
| A1PK14B9 | - Vergütungsklasse 9 |
| A1PK14BA | - Vergütungsklasse 10 |
| A1PK14BB | - Vergütungsklasse 11 |

| | |
|----------|---|
| A1PK14BC | - Vergütungsklasse 12 |
| A1PK14BD | - Vergütungsklasse 13 |
| A1PK14BE | - Vergütungsklasse 14 |
| A1PK14BF | - Vergütungsklasse 15 |
| A1PK14BG | - Vergütungsklasse 16 |
| A1PK14BH | - Vergütungsklasse 17 |
| A1PK14BI | - Vergütungsklasse 18 |
| A1PK14BJ | - Vergütungsklasse 19 |
| A1PK14BK | - Vergütungsklasse 20 |
| A1PK14BL | - Vergütungsklasse 21 |
| PK14C | Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen, Alter > 13 Jahre, ohne komplizierende Nebendiagnose, ohne erhöhten Betreuungsaufwand |
| A1PK14C1 | - Vergütungsklasse 1 |
| A1PK14C2 | - Vergütungsklasse 2 |
| A1PK14C3 | - Vergütungsklasse 3 |
| A1PK14C4 | - Vergütungsklasse 4 |
| A1PK14C5 | - Vergütungsklasse 5 |
| A1PK14C6 | - Vergütungsklasse 6 |
| A1PK14C7 | - Vergütungsklasse 7 |
| A1PK14C8 | - Vergütungsklasse 8 |
| A1PK14C9 | - Vergütungsklasse 9 |
| A1PK14CA | - Vergütungsklasse 10 |
| A1PK14CB | - Vergütungsklasse 11 |
| A1PK14CC | - Vergütungsklasse 12 |
| A1PK14CD | - Vergütungsklasse 13 |
| A1PK14CE | - Vergütungsklasse 14 |
| A1PK14CF | - Vergütungsklasse 15 |
| A1PK14CG | - Vergütungsklasse 16 |
| A1PK14CH | - Vergütungsklasse 17 |
| A1PK14CI | - Vergütungsklasse 18 |
| A1PK14CJ | - Vergütungsklasse 19 |
| A1PK14CK | - Vergütungsklasse 20 |
| A1PK14CL | - Vergütungsklasse 21 |
| A1PK14CM | - Vergütungsklasse 22 |
| A1PK14CN | - Vergütungsklasse 23 |
| PP04A | Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter > 64 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität oder mit Mutter/Vater-Kind-Setting |
| A1PP04A1 | - Vergütungsklasse 1 |
| A1PP04A2 | - Vergütungsklasse 2 |
| A1PP04A3 | - Vergütungsklasse 3 |
| A1PP04A4 | - Vergütungsklasse 4 |
| A1PP04A5 | - Vergütungsklasse 5 |
| A1PP04A6 | - Vergütungsklasse 6 |
| A1PP04A7 | - Vergütungsklasse 7 |
| A1PP04A8 | - Vergütungsklasse 8 |
| A1PP04A9 | - Vergütungsklasse 9 |
| A1PP04AA | - Vergütungsklasse 10 |
| A1PP04AB | - Vergütungsklasse 11 |
| A1PP04AC | - Vergütungsklasse 12 |
| A1PP04AD | - Vergütungsklasse 13 |
| A1PP04AE | - Vergütungsklasse 14 |
| A1PP04AF | - Vergütungsklasse 15 |

| | |
|----------|---|
| A1PP04AG | - Vergütungsklasse 16 |
| A1PP04AH | - Vergütungsklasse 17 |
| A1PP04AI | - Vergütungsklasse 18 |
| A1PP04AJ | - Vergütungsklasse 19 |
| A1PP04AK | - Vergütungsklasse 20 |
| A1PP04AL | - Vergütungsklasse 21 |
| A1PP04AM | - Vergütungsklasse 22 |
| A1PP04AN | - Vergütungsklasse 23 |
| PP04B | Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter < 65 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne hohe Therapieintensität, ohne Mutter/Vater-Kind-Setting |
| A1PP04B1 | - Vergütungsklasse 1 |
| A1PP04B2 | - Vergütungsklasse 2 |
| A1PP04B3 | - Vergütungsklasse 3 |
| A1PP04B4 | - Vergütungsklasse 4 |
| A1PP04B5 | - Vergütungsklasse 5 |
| A1PP04B6 | - Vergütungsklasse 6 |
| A1PP04B7 | - Vergütungsklasse 7 |
| A1PP04B8 | - Vergütungsklasse 8 |
| A1PP04B9 | - Vergütungsklasse 9 |
| A1PP04BA | - Vergütungsklasse 10 |
| A1PP04BB | - Vergütungsklasse 11 |
| A1PP04BC | - Vergütungsklasse 12 |
| A1PP04BD | - Vergütungsklasse 13 |
| A1PP04BE | - Vergütungsklasse 14 |
| A1PP04BF | - Vergütungsklasse 15 |
| A1PP04BG | - Vergütungsklasse 16 |
| A1PP04BH | - Vergütungsklasse 17 |
| A1PP04BI | - Vergütungsklasse 18 |
| A1PP04BJ | - Vergütungsklasse 19 |
| A1PP04BK | - Vergütungsklasse 20 |
| A1PP04BL | - Vergütungsklasse 21 |
| A1PP04BM | - Vergütungsklasse 22 |
| A1PP04BN | - Vergütungsklasse 23 |
| A1PP04BO | - Vergütungsklasse 24 |
| A1PP04BP | - Vergütungsklasse 25 |
| A1PP04BQ | - Vergütungsklasse 26 |
| PP10A | Anorexia nervosa oder Ess- und Fütterstörungen mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität |
| A1PP10A1 | - Vergütungsklasse 1 |
| PP10B | Ess- und Fütterstörungen außer bei Anorexia nervosa, ohne komplizierende Konstellation, ohne hohe Therapieintensität |
| A1PP10B1 | - Vergütungsklasse 1 |
| PP14Z | Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen |
| A1PP14Z1 | - Vergütungsklasse 1 |

Zuschläge, tagesbezogen (vollstationäre Fälle)

- A6100000 Zuschlag Begleitperson (§ 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 1. Halbsatz BpflV)
- A6100001 Zuschlag Mitaufnahme Pflegekraft (§ 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 2. HS BpflV)

Zuschläge, fallbezogen (vollstationäre Fälle)

- 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)

sonstige Zuschläge (vollstationäre Fälle)

- A6300000 Kostenpauschale für Verwaltungsverfahren
- A6300001 Aufwandspauschale bei erfolgloser MDK-Prüfung (§ 275 Abs. 1c SGB V)

Abschläge, fallbezogen (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 2016: vollstationäre Versorgung (Anlage 1b, unbewertet, fallbezogen)

| | |
|----------|--|
| A88P001Z | Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie, bis zu 7 Pflage tage (P001Z), fallbezogen |
| A88PA16Z | Krankheiten des Nervensystems oder zerebrovaskuläre Krankheiten (PA16Z), fallbezogen |
| A88PA17Z | Andere psychosomatische Störungen (PA17Z), fallbezogen |
| A88PA18Z | Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome (PA18Z), fallbezogen |
| A88PA98Z | Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose (PA98Z), fallbezogen |
| A88PA99Z | Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose (PA99Z), fallbezogen |
| A88PK15Z | Organische Störungen, amnestisches Syndrom und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems (PK15Z), fallbezogen |
| A88PK16Z | Krankheiten des Nervensystems oder zerebrovaskuläre Krankheiten (PK16Z), fallbezogen |
| A88PK17Z | Andere psychosomatische Störungen (PK17Z), fallbezogen |
| A88PK18Z | Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome (PK18Z), fallbezogen |
| A88PK98Z | Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose (PK98Z), fallbezogen |
| A88PK99Z | Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose (PK99Z), fallbezogen |
| A88PP15Z | Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems (PP15Z), fallbezogen |
| A88PP16Z | Krankheiten des Nervensystems oder zerebrovaskuläre Krankheiten (PP16Z), fallbezogen |
| A88PP17Z | Andere psychosomatische Störungen (PP17Z), fallbezogen |
| A88PP18Z | Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome (PP18Z), fallbezogen |
| A88PP98Z | Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose (PP98Z), fallbezogen |
| A88PP99Z | Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose (PP99Z), fallbezogen |

PEPP-Entgeltkatalog 2016: vollstationäre Versorgung (Anlage 1b, unbewertet, tagesbezogen)

| | |
|----------|---|
| A8P001Z1 | Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie, bis zu 7 Pflgetage (P001Z), tagesbezogen, Vergütungsklasse 1 |
| A8PA16Z1 | Krankheiten des Nervensystems oder zerebrovaskuläre Krankheiten (PA16Z), tagesbezogen, Vergütungsklasse 1 |
| A8PA17Z1 | Andere psychosomatische Störungen (PA17Z), tagesbezogen, Vergütungsklasse 1 |
| A8PA18Z1 | Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome (PA18Z), tagesbezogen, Vergütungsklasse 1 |
| A8PA98Z1 | Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose (PA98Z), tagesbezogen, Vergütungsklasse 1 |
| A8PA99Z1 | Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose (PA99Z), tagesbezogen, Vergütungsklasse 1 |
| A8PK15Z1 | Organische Störungen, amnestisches Syndrom und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems (PK15Z), tagesbezogen, Vergütungsklasse 1 |
| A8PK16Z1 | Krankheiten des Nervensystems oder zerebrovaskuläre Krankheiten (PK16Z), tagesbezogen, Vergütungsklasse 1 |
| A8PK17Z1 | Andere psychosomatische Störungen (PK17Z), tagesbezogen, Vergütungsklasse 1 |
| A8PK18Z1 | Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome (PK18Z), tagesbezogen, Vergütungsklasse 1 |
| A8PK98Z1 | Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose (PK98Z), tagesbezogen, Vergütungsklasse 1 |
| A8PK99Z1 | Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose (PK99Z), tagesbezogen, Vergütungsklasse 1 |
| A8PP15Z1 | Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems (PP15Z), tagesbezogen, Vergütungsklasse 1 |
| A8PP16Z1 | Krankheiten des Nervensystems oder zerebrovaskuläre Krankheiten (PP16Z), tagesbezogen, Vergütungsklasse 1 |
| A8PP17Z1 | Andere psychosomatische Störungen (PP17Z), tagesbezogen, Vergütungsklasse 1 |
| A8PP18Z1 | Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome (PP18Z), tagesbezogen, Vergütungsklasse 1 |
| A8PP98Z1 | Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose (PP98Z), tagesbezogen, Vergütungsklasse 1 |
| A8PP99Z1 | Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose (PP99Z), tagesbezogen, Vergütungsklasse 1 |

Entgelte für Modellvorhaben § 64b Abs. 1 SGB V (vollstationär)

| | |
|----------|---|
| AA000000 | Allgemeine Psychiatrie, Regelbehandlung; OPS 9-980.0 |
| AA000001 | Allgemeine Psychiatrie, Intensivbehandlung; OPS 9-980.1 |
| AA000002 | Langandauernde Behandlung bei Schwer- und Mehrfachkranken, Allgemeine Psychiatrie; OPS 9-980.3 |
| AA000003 | Allgemeine Psychiatrie, Psychotherapie; OPS 9-980.4 |
| AA000004 | Abhängigkeitskranke, Regelbehandlung; OPS 9-981.0 |
| AA000005 | Abhängigkeitskranke, Intensivbehandlung; OPS 9-981.1 |
| AA000006 | Langandauernde Behandlung bei Schwer- und Mehrfachkranken, Abhängigkeitskranke; OPS 9-981.3 |
| AA000007 | Abhängigkeitskranke, Psychotherapie; OPS 9-981.4 |
| AA000008 | Gerontopsychiatrie, Regelbehandlung; OPS 9-982.0 |
| AA000009 | Gerontopsychiatrie, Intensivbehandlung; OPS 9-982.1 |
| AA000010 | Langandauernde Behandlung bei Schwer- und Mehrfachkranken, Gerontopsychiatrie; OPS 9-982.3 |
| AA000011 | Gerontopsychiatrie, Psychotherapie; OPS 9-982.4 |
| AA000012 | tagesgleicher Abteilungspflegesatz (Erwachsenenpsychiatrie), Allgemeine Psychiatrie |
| AA000013 | vollstationärer Abteilungspflegesatz, Kinder- und Jugendpsychiatrie |
| AA000014 | Basispflegesatz |
| AA000015 | Urlaubsantrittstage |
| AA000016 | Akutbehandlung, Steuerungsbudget, Allgemeine Psychiatrie, Intensivbehandlung |
| AA000017 | Krankheiten des Nervensystems, zerebrovaskuläre Krankheiten oder Thiaminmangel, (PA16Z) |
| AA000018 | Akutbehandlung, Restbudget, Allgemeine Psychiatrie, Intensivbehandlung |
| AA000019 | Akutbehandlung, Restbudget, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Intensivbehandlung |
| AA000020 | Akutbehandlung, Restbudget, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Belastungserprobungen, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Intensivbehandlung |
| AA000021 | Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome, (PA18Z) |
| AA000022 | Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose, (PA98Z) |
| AA000023 | Organische Störungen, amnestisches Syndrom und degenerative Krankheiten des Nervensystems, (PK15Z) |
| AA000024 | Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome, (PK18Z) |
| AA000025 | Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie, VWD < 7 Tage, (P001Z) |
| AA000026 | Andere psychosomatische Störungen, (PA17Z) |
| AA000027 | Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose, (PA99Z) |

Teilzahlungsentgelte (§ 11 Abs. 1 Satz 3 BPfIV)

| | |
|----------|-----------------------|
| AD100001 | Teilzahlungsentgelt |
| AD100002 | Teilzahlungskorrektur |

PEPP-Entgeltkatalog 2016: teilstationäre Versorgung (Anlage 2a, bewertet)

| | |
|----------|---|
| B1TA02Z1 | Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Vergütungsklasse 1 |
| B1TA15Z1 | Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, Vergütungsklasse 1 |
| B1TA19Z1 | Psychotische, affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme, Schlaf-, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen, Alter > 64 Jahre oder mit komplizierender Diagnose, Vergütungsklasse 1 |
| B1TA20Z1 | Psychotische, affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme, Schlaf-, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen, Alter < 65 Jahre, ohne komplizierende Diagnose, Vergütungsklasse 1 |
| B1TK04Z1 | Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen ohne komplizierende Nebendiagnose, Vergütungsklasse 1 |
| B1TK14Z1 | Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen mit komplizierender Nebendiagnose oder Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen, Vergütungsklasse 1 |
| B1TP20Z1 | Psychosomatische oder psychiatrische Störungen, Vergütungsklasse 1 |

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) (zum 1.4.2014 aufgehoben) |
| 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 (teilstationäre Fälle)

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 2016: teilstationäre Versorgung (Anlage 2b, unbewertet, fallbezogen)

| | |
|----------|--|
| B88TA16Z | Krankheiten des Nervensystems oder zerebrovaskuläre Krankheiten (TA16Z), fallbezogen |
| B88TA17Z | Andere psychosomatische Störungen (TA17Z), fallbezogen |
| B88TA18Z | Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome (TA18Z), fallbezogen |
| B88TA98Z | Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose (TA98Z), fallbezogen |
| B88TA99Z | Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose (TA99Z), fallbezogen |
| B88TK15Z | Organische Störungen, amnestisches Syndrom und degenerative Krankheiten des Nervensystems (TK15Z), fallbezogen |
| B88TK16Z | Krankheiten des Nervensystems oder zerebrovaskuläre Krankheiten (TK16Z), fallbezogen |
| B88TK17Z | Andere psychosomatische Störungen (TK17Z), fallbezogen |
| B88TK18Z | Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome (TK18Z), fallbezogen |
| B88TK98Z | Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose (TK98Z), fallbezogen |
| B88TK99Z | Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose (TK99Z), fallbezogen |
| B88TP98Z | Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose (TP98Z), fallbezogen |
| B88TP99Z | Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose (TP99Z), fallbezogen |

PEPP-Entgeltkatalog 2016: teilstationäre Versorgung (Anlage 2b, unbewertet, tagesbezogen)

| | |
|----------|---|
| B8TA16Z1 | Krankheiten des Nervensystems oder zerebrovaskuläre Krankheiten (TA16Z), tagesbezogen, Vergütungsklasse 1 |
| B8TA17Z1 | Andere psychosomatische Störungen (TA17Z), tagesbezogen, Vergütungsklasse 1 |
| B8TA18Z1 | Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome (TA18Z), tagesbezogen, Vergütungsklasse 1 |
| B8TA98Z1 | Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose (TA98Z), tagesbezogen, Vergütungsklasse 1 |
| B8TA99Z1 | Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose (TA99Z), tagesbezogen, Vergütungsklasse 1 |
| B8TK15Z1 | Organische Störungen, amnestisches Syndrom und degenerative Krankheiten des Nervensystems (TK15Z), tagesbezogen, Vergütungsklasse 1 |
| B8TK16Z1 | Krankheiten des Nervensystems oder zerebrovaskuläre Krankheiten (TK16Z), tagesbezogen, Vergütungsklasse 1 |
| B8TK17Z1 | Andere psychosomatische Störungen (TK17Z), tagesbezogen, Vergütungsklasse 1 |
| B8TK18Z1 | Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome (TK18Z), tagesbezogen, Vergütungsklasse 1 |
| B8TK98Z1 | Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose (TK98Z), tagesbezogen, Vergütungsklasse 1 |
| B8TK99Z1 | Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose (TK99Z), tagesbezogen, Vergütungsklasse 1 |
| B8TP98Z1 | Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose (TP98Z), tagesbezogen, Vergütungsklasse 1 |
| B8TP99Z1 | Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose (TP99Z), tagesbezogen, Vergütungsklasse 1 |

Entgelte für Modellvorhaben § 64b Abs. 1 SGB V (teilstationär)

| | |
|----------|--|
| BA000000 | Allgemeine Psychiatrie, tagesklinisch; OPS 9-980.5 |
| BA000001 | Allgemeine Psychiatrie, Regelbehandlung, tagesklinisch; OPS 9-980.0 |
| BA000002 | Abhängigkeitskranke, tagesklinisch; OPS 9-981.5 |
| BA000003 | Abhängigkeitskranke, Regelbehandlung, tagesklinisch; OPS 9-981.0 |
| BA000004 | Gerontopsychiatrie, tagesklinisch; OPS 9-982.5 |
| BA000005 | Gerontopsychiatrie, Regelbehandlung, tagesklinisch; OPS 9-982.0 |
| BA000006 | Allgemeine Psychiatrie, Regelbehandlung, tagesklinisch; OPS 9-980.0 |
| BA000007 | Allgemeine Psychiatrie, Abhängigkeitskranke, Regelbehandlung, tagesklinisch; OPS 9-981.0 |
| BA000008 | Allgemeine Psychiatrie, Gerontopsychiatrie, Regelbehandlung, tagesklinisch; OPS 9-982.0 |
| BA000009 | teilstationärer Abteilungspflegesatz (Erwachsenenpsychiatrie), Allgemeine Psychiatrie, tagesklinisch |
| BA000010 | teilstationärer Abteilungspflegesatz, Kinder- und Jugendpsychiatrie, tagesklinisch |
| BA000011 | Eltern- und Kindsetting, je Tag, tagesklinisch |
| BA000012 | Basispflegesatz, tagesklinisch |
| BA000013 | Stationsersetzend, Steuerungsbudget, Allgemeine Psychiatrie, Regelbehandlung |
| BA000014 | Stationsersetzend, Restbudget, Allgemeine Psychiatrie, Regelbehandlung |
| BA000015 | Stationsersetzend, Restbudget, Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie, Regelbehandlung |
| BA000016 | Organische Störungen, amnestisches Syndrom und andere degenerative Krankheiten des Nervensystems, (TK15Z) |
| BA000017 | Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome, (TK18Z) |
| BA000018 | Krankheiten des Nervensystems oder zerebrovaskuläre Krankheiten, (TA16Z) |
| BA000019 | Andere psychosomatische Störungen, (TA17Z) |
| BA000020 | Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome, (TA18Z) |
| BA000021 | Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose, (TA98Z) |
| BA000022 | Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose, (TA99Z) |
| BA000023 | Psychosomatische und psychiatrische Störungen, je Tag, Psychosomatik/Psychotherapie, Regelbehandlung, tagesklinisch, teilstationär (TP20Z) |
| BA000024 | Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose, je Tag, Psychosomatik/Psychotherapie, Regelbehandlung, tagesklinisch, teilstationäre (TP98Z) |
| BA000025 | Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose, je Tag, Psychosomatik/Psychotherapie, Regelbehandlung, tagesklinisch, teilstationär (TP99Z) |

Teilzahlungsentgelte (§ 11 Abs. 1 Satz 3 BPfIV)

| | |
|----------|-----------------------|
| BD100001 | Teilzahlungsentgelt |
| BD100002 | Teilzahlungskorrektur |

PEPP-Entgeltkatalog 2016: Katalog ergänzender Tagesentgelte (Anlage 5, bewertet)

| | |
|----------|---|
| ET01 | Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen |
| C4ET0104 | - (ET01.04) 6 bis unter 12 Stunden pro Tag; OPS 9-640.06 |
| C4ET0105 | - (ET01.05) 12 bis unter 18 Stunden pro Tag; OPS 9-640.07 |
| C4ET0106 | - (ET01.06) 18 und mehr Stunden pro Tag; OPS 9-640.08 |
| ET02 | Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit mindestens 3 Merkmalen |
| C4ET0201 | - (ET02.01) mit 3 oder 4 Merkmalen; OPS 9-619 oder 9-61a |
| C4ET0202 | - (ET02.02) mit 5 und mehr Merkmalen; OPS 9-61b |
| ET04 | Intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen |
| C4ET0401 | - (ET04.01) Mehr als 8 bis zu 12 Stunden pro Tag; OPS 9-693.03 |
| C4ET0402 | - (ET04.02) Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag; OPS 9-693.04 |
| C4ET0403 | - (ET04.03) Mehr als 18 Stunden pro Tag; OPS 9-693.05 |
| ET05 | Einzelbetreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen |
| C4ET0501 | - (ET05.01) Mehr als 8 bis zu 12 Stunden pro Tag; OPS 9-693.13 |
| C4ET0502 | - (ET05.02) Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag; OPS 9-693.14 |
| C4ET0503 | - (ET05.03) Mehr als 18 Stunden pro Tag; OPS 9-693.15 |

PEPP-Entgeltkatalog 2016: Zusatzentgelte-Katalog, bewertete Entgelte (Anlage 3)

| | |
|----------|--|
| 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 |
| 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 8-812.5f, .5g, .5h, .5j, .5k, .5m, .5n, .5p, .5q oder .5r |
| 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 |

| | |
|----------|---|
| ZP14 | LDL-Apherese |
| 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 |

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-Immunglobulin, 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 |
| ZP34 | Gabe von Palifermin, parenteral |
| C5Z34010 | - (ZP3401) 1,25 mg bis unter 2,5 mg; OPS 6-003.20 |
| C5Z34020 | - (ZP3402) 2,5 mg bis unter 3,75 mg; OPS 6-003.21 |
| C5Z34030 | - (ZP3403) 3,75 mg bis unter 5,0 mg; OPS 6-003.22 |
| C5Z34040 | - (ZP3404) 5,0 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 Konzentrat; OPS 8-800.60 |
| C5Z39020 | - (ZP3902) 2 Konzentrate; OPS 8-800.61 |
| C5Z39030 | - (ZP3903) 3 bis unter 5 Konzentrate; OPS 8-800.62 |
| C5Z39040 | - (ZP3904) 5 bis unter 7 Konzentrate; OPS 8-800.63 |
| C5Z39050 | - (ZP3905) 7 bis unter 9 Konzentrate; OPS 8-800.64 |
| C5Z39060 | - (ZP3906) 9 bis unter 11 Konzentrate; OPS 8-800.65 |
| C5Z39070 | - (ZP3907) 11 bis unter 13 Konzentrate; OPS 8-800.66 |
| C5Z39080 | - (ZP3908) 13 bis unter 15 Konzentrate; OPS 8-800.67 |
| C5Z39090 | - (ZP3909) 15 bis unter 17 Konzentrate; OPS 8-800.68 |
| C5Z39100 | - (ZP3910) 17 bis unter 19 Konzentrate; OPS 8-800.69 |
| C5Z39110 | - (ZP3911) 19 bis unter 23 Konzentrate; OPS 8-800.6a |
| C5Z39120 | - (ZP3912) 23 bis unter 27 Konzentrate; OPS 8-800.6b |
| C5Z39130 | - (ZP3913) 27 bis unter 31 Konzentrate; OPS 8-800.6c |
| C5Z39140 | - (ZP3914) 31 bis unter 35 Konzentrate; OPS 8-800.6d |

C5Z39150 - (ZP3915) 35 bis unter 39 Konzentrate; OPS 8-800.6e
 C5Z39160 - (ZP3916) 39 bis unter 43 Konzentrate; OPS 8-800.6g
 C5Z39170 - (ZP3917) 43 bis unter 47 Konzentrate; OPS 8-800.6h
 C5Z39180 - (ZP3918) 47 bis unter 51 Konzentrate; OPS 8-800.6j
 C5Z39190 - (ZP3919) 51 bis unter 55 Konzentrate; OPS 8-800.6k
 C5Z39200 - (ZP3920) 55 bis unter 59 Konzentrate; OPS 8-800.6m
 C5Z39210 - (ZP3921) 59 bis unter 63 Konzentrate; OPS 8-800.6n
 C5Z39220 - (ZP3922) 63 bis unter 67 Konzentrate; OPS 8-800.6p
 C5Z39230 - (ZP3923) 67 bis unter 71 Konzentrate; OPS 8-800.6q
 C5Z39240 - (ZP3924) 71 und mehr Konzentrate; 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

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

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
- ZP53 Gabe von Topotecan, parenteral
- C5Z53010 - (ZP5301) 30,0 mg bis unter 40,0 mg; OPS 6-002.4c
- C5Z53020 - (ZP5302) 40,0 mg bis unter 50,0 mg; OPS 6-002.4d
- C5Z53030 - (ZP5303) 50,0 mg bis unter 60,0 mg; OPS 6-002.4e
- C5Z53040 - (ZP5304) 60,0 mg bis unter 70,0 mg; OPS 6-002.4f
- C5Z53050 - (ZP5305) 70,0 mg und mehr; OPS 6-002.4g
- ZP54 Gabe von Vinflunin, parenteral
- C5Z54010 - (ZP5401) 100 mg bis unter 200 mg; OPS 6-005.b0
- C5Z54020 - (ZP5402) 200 mg bis unter 300 mg; OPS 6-005.b1
- C5Z54030 - (ZP5403) 300 mg bis unter 400 mg; OPS 6-005.b2
- C5Z54040 - (ZP5404) 400 mg bis unter 500 mg; OPS 6-005.b3
- C5Z54050 - (ZP5405) 500 mg bis unter 600 mg; OPS 6-005.b4
- C5Z54060 - (ZP5406) 600 mg bis unter 700 mg; OPS 6-005.b5
- C5Z54070 - (ZP5407) 700 mg bis unter 800 mg; OPS 6-005.b6
- C5Z54080 - (ZP5408) 800 mg bis unter 900 mg; OPS 6-005.b7
- C5Z54090 - (ZP5409) 900 mg bis unter 1.000 mg; OPS 6-005.b8
- C5Z54100 - (ZP5410) 1.000 mg bis unter 1.200 mg; OPS 6-005.b9
- C5Z54110 - (ZP5411) 1.200 mg bis unter 1.400 mg; OPS 6-005.ba
- C5Z54120 - (ZP5412) 1.400 mg bis unter 1.600 mg; OPS 6-005.bb
- C5Z54130 - (ZP5413) 1.600 mg bis unter 1.800 mg; OPS 6-005.bc
- C5Z54140 - (ZP5414) 1.800 mg bis unter 2.000 mg; OPS 6-005.bd
- C5Z54150 - (ZP5415) 2.000 mg bis unter 2.200 mg; OPS 6-005.be
- C5Z54160 - (ZP5416) 2.200 mg bis unter 2.400 mg; OPS 6-005.bf
- C5Z54170 - (ZP5417) 2.400 mg bis unter 2.600 mg; OPS 6-005.bg

| | |
|----------|--|
| C5Z54180 | - (ZP5418) 2.600 mg bis unter 2.800 mg; OPS 6-005.bh |
| C5Z54190 | - (ZP5419) 2.800 mg und mehr; OPS 6-005.bj |
| ZP55 | Gabe von Clofarabin, parenteral |
| C5Z55010 | - (ZP5501) 10 mg bis unter 20 mg; OPS 6-003.j0 |
| C5Z55020 | - (ZP5502) 20 mg bis unter 30 mg; OPS 6-003.j1 |
| C5Z55030 | - (ZP5503) 30 mg bis unter 40 mg; OPS 6-003.j2 |
| C5Z55040 | - (ZP5504) 40 mg bis unter 50 mg; OPS 6-003.j3 |
| C5Z55050 | - (ZP5505) 50 mg bis unter 60 mg; OPS 6-003.j4 |
| C5Z55060 | - (ZP5506) 60 mg bis unter 70 mg; OPS 6-003.j5 |
| C5Z55070 | - (ZP5507) 70 mg bis unter 80 mg; OPS 6-003.j6 |
| C5Z55080 | - (ZP5508) 80 mg bis unter 100 mg; OPS 6-003.j7 |
| C5Z55090 | - (ZP5509) 100 mg bis unter 120 mg; OPS 6-003.j8 |
| C5Z55100 | - (ZP5510) 120 mg bis unter 140 mg; OPS 6-003.j9 |
| C5Z55110 | - (ZP5511) 140 mg bis unter 160 mg; OPS 6-003.ja |
| C5Z55120 | - (ZP5512) 160 mg bis unter 180 mg; OPS 6-003.jb |
| C5Z55130 | - (ZP5513) 180 mg bis unter 200 mg; OPS 6-003.jc |
| C5Z55140 | - (ZP5514) 200 mg bis unter 220 mg; OPS 6-003.jd |
| C5Z55150 | - (ZP5515) 220 mg bis unter 240 mg; OPS 6-003.je |
| C5Z55160 | - (ZP5516) 240 mg bis unter 260 mg; OPS 6-003.jf |
| C5Z55170 | - (ZP5517) 260 mg bis unter 280 mg; OPS 6-003.jg |
| C5Z55180 | - (ZP5518) 280 mg bis unter 320 mg; OPS 6-003.jh |
| C5Z55190 | - (ZP5519) 320 mg bis unter 360 mg; OPS 6-003.jj |
| C5Z55200 | - (ZP5520) 360 mg bis unter 440 mg; OPS 6-003.jk |
| C5Z55210 | - (ZP5521) 440 mg bis unter 520 mg; OPS 6-003.jm |
| C5Z55220 | - (ZP5522) 520 mg bis unter 600 mg; OPS 6-003.jn |
| C5Z55230 | - (ZP5523) 600 mg bis unter 760 mg; OPS 6-003.jp |
| C5Z55240 | - (ZP5524) 760 mg bis unter 920 mg; OPS 6-003.jq |
| C5Z55250 | - (ZP5525) 920 mg bis unter 1.080 mg; OPS 6-003.jr |
| C5Z55260 | - (ZP5526) 1.080 mg bis unter 1.320 mg; OPS 6-003.js |
| C5Z55270 | - (ZP5527) 1.320 mg bis unter 1.560 mg; OPS 6-003.jt |
| C5Z55280 | - (ZP5528) 1.560 mg bis unter 1.800 mg; OPS 6-003.ju |
| C5Z55290 | - (ZP5529) 1.800 mg und mehr; OPS 6-003.jv |
| ZP56 | Gabe von Plerixafor, parenteral |
| C5Z56010 | - (ZP5601) 2,5 mg bis unter 5,0 mg; OPS 6-005.e0 |
| C5Z56020 | - (ZP5602) 5,0 mg bis unter 10,0 mg; OPS 6-005.e1 |
| C5Z56030 | - (ZP5603) 10,0 mg bis unter 15,0 mg; OPS 6-005.e2 |
| C5Z56040 | - (ZP5604) 15,0 mg bis unter 20,0 mg; OPS 6-005.e3 |
| C5Z56050 | - (ZP5605) 20,0 mg bis unter 25,0 mg; OPS 6-005.e4 |
| C5Z56060 | - (ZP5606) 25,0 mg bis unter 30,0 mg; OPS 6-005.e5 |
| C5Z56070 | - (ZP5607) 30,0 mg bis unter 35,0 mg; OPS 6-005.e6 |
| C5Z56080 | - (ZP5608) 35,0 mg bis unter 40,0 mg; OPS 6-005.e7 |
| C5Z56090 | - (ZP5609) 40,0 mg bis unter 45,0 mg; OPS 6-005.e8 |
| C5Z56100 | - (ZP5610) 45,0 mg bis unter 50,0 mg; OPS 6-005.e9 |
| C5Z56110 | - (ZP5611) 50,0 mg bis unter 60,0 mg; OPS 6-005.ea |
| C5Z56120 | - (ZP5612) 60,0 mg bis unter 70,0 mg; OPS 6-005.eb |
| C5Z56130 | - (ZP5613) 70,0 mg bis unter 80,0 mg; OPS 6-005.ec |
| C5Z56140 | - (ZP5614) 80,0 mg bis unter 100,0 mg; OPS 6-005.ed |
| C5Z56150 | - (ZP5615) 100,0 mg bis unter 120,0 mg; OPS 6-005.ee |
| C5Z56160 | - (ZP5616) 120,0 mg bis unter 140,0 mg; OPS 6-005.ef |
| C5Z56170 | - (ZP5617) 140,0 mg bis unter 160,0 mg; OPS 6-005.eg |
| C5Z56180 | - (ZP5618) 160,0 mg bis unter 180,0 mg; OPS 6-005.eh |
| C5Z56190 | - (ZP5619) 180,0 mg bis unter 200,0 mg; OPS 6-005.ej |
| C5Z56200 | - (ZP5620) 200,0 mg bis unter 220,0 mg; OPS 6-005.ek |
| C5Z56210 | - (ZP5621) 220,0 mg bis unter 240,0 mg; OPS 6-005.em |

- C5Z56220 - (ZP5622) 240,0 mg und mehr; OPS 6-005.en
- ZP57 Gabe von Romiplostim, parenteral
- C5Z57010 - (ZP5701) 100 µg bis unter 200 µg; OPS 6-005.90
- C5Z57020 - (ZP5702) 200 µg bis unter 300 µg; OPS 6-005.91
- C5Z57030 - (ZP5703) 300 µg bis unter 400 µg; OPS 6-005.92
- C5Z57040 - (ZP5704) 400 µg bis unter 500 µg; OPS 6-005.93
- C5Z57050 - (ZP5705) 500 µg bis unter 600 µg; OPS 6-005.94
- C5Z57060 - (ZP5706) 600 µg bis unter 700 µg; OPS 6-005.95
- C5Z57070 - (ZP5707) 700 µg bis unter 800 µg; OPS 6-005.96
- C5Z57080 - (ZP5708) 800 µg bis unter 900 µg; OPS 6-005.97
- C5Z57090 - (ZP5709) 900 µg bis unter 1.000 µg; OPS 6-005.98
- C5Z57100 - (ZP5710) 1.000 µg bis unter 1.200 µg; OPS 6-005.99
- C5Z57110 - (ZP5711) 1.200 µg bis unter 1.400 µg; OPS 6-005.9a
- C5Z57120 - (ZP5712) 1.400 µg bis unter 1.600 µg; OPS 6-005.9b
- C5Z57130 - (ZP5713) 1.600 µg bis unter 1.800 µg; OPS 6-005.9c
- C5Z57140 - (ZP5714) 1.800 µg bis unter 2.000 µg; OPS 6-005.9d
- C5Z57150 - (ZP5715) 2.000 µg bis unter 2.400 µg; OPS 6-005.9e
- C5Z57160 - (ZP5716) 2.400 µg bis unter 2.800 µg; OPS 6-005.9f
- C5Z57170 - (ZP5717) 2.800 µg bis unter 3.200 µg; OPS 6-005.9g
- C5Z57180 - (ZP5718) 3.200 µg bis unter 3.600 µg; OPS 6-005.9h
- C5Z57190 - (ZP5719) 3.600 µg bis unter 4.000 µg; OPS 6-005.9j
- C5Z57200 - (ZP5720) 4.000 µg bis unter 4.400 µg; OPS 6-005.9k
- C5Z57210 - (ZP5721) 4.400 µg bis unter 4.800 µg; OPS 6-005.9m
- C5Z57220 - (ZP5722) 4.800 µg bis unter 5.200 µg; OPS 6-005.9n
- C5Z57230 - (ZP5723) 5.200 µg bis unter 5.600 µg; OPS 6-005.9p
- C5Z57240 - (ZP5724) 5.600 µg und mehr; OPS 6-005.9q
- ZP57 Gabe von Thrombozytenkonzentraten
(oder pathogeninaktivierten Thrombozytenkonzentraten)
- C5Z58010 - (ZP5801) 2 Konzentrate; OPS 8-800.g1 oder .h1
- C5Z58020 - (ZP5802) 3 Konzentrate; OPS 8-800.g2 oder .h2
- C5Z58030 - (ZP5803) 4 Konzentrate; OPS 8-800.g3 oder .h3
- C5Z58040 - (ZP5804) 5 Konzentrate; OPS 8-800.g4 oder .h4
- C5Z58050 - (ZP5805) 6 bis unter 8 Konzentrate; OPS 8-800.g5 oder .h5
- C5Z58060 - (ZP5806) 8 bis unter 10 Konzentrate; OPS 8-800.g6 oder .h6
- C5Z58070 - (ZP5807) 10 bis unter 12 Konzentrate; OPS 8-800.g7 oder .h7
- C5Z58080 - (ZP5808) 12 bis unter 14 Konzentrate; OPS 8-800.g8 oder .h8
- C5Z58090 - (ZP5809) 14 bis unter 16 Konzentrate; OPS 8-800.g9 oder .h9
- C5Z58100 - (ZP5810) 16 bis unter 18 Konzentrate; OPS 8-800.ga oder .ha
- C5Z58110 - (ZP5811) 18 bis unter 20 Konzentrate; OPS 8-800.gb oder .hb
- C5Z58120 - (ZP5812) 20 bis unter 24 Konzentrate; OPS 8-800.gc oder .hc
- C5Z58130 - (ZP5813) 24 bis unter 28 Konzentrate; OPS 8-800.gd oder .hd
- C5Z58140 - (ZP5814) 28 bis unter 32 Konzentrate; OPS 8-800.ge oder .he
- C5Z58150 - (ZP5815) 32 bis unter 36 Konzentrate; OPS 8-800.gf oder .hf
- C5Z58160 - (ZP5816) 36 bis unter 40 Konzentrate; OPS 8-800.gg oder .hg
- C5Z58170 - (ZP5817) 40 bis unter 46 Konzentrate; OPS 8-800.gh oder .hh
- C5Z58180 - (ZP5818) 46 bis unter 52 Konzentrate; OPS 8-800.gj oder .hj
- C5Z58190 - (ZP5819) 52 bis unter 58 Konzentrate; OPS 8-800.gk oder .hk
- C5Z58200 - (ZP5820) 58 bis unter 64 Konzentrate; OPS 8-800.gm oder .hm
- C5Z58210 - (ZP5821) 64 bis unter 70 Konzentrate; OPS 8-800.gn oder .hn
- C5Z58220 - (ZP5822) 70 bis unter 78 Konzentrate; OPS 8-800.gp oder .hp
- C5Z58230 - (ZP5823) 78 bis unter 86 Konzentrate; OPS 8-800.gq oder .hq
- C5Z58240 - (ZP5824) 86 bis unter 94 Konzentrate; OPS 8-800.gr oder .hr
- C5Z58250 - (ZP5825) 94 bis unter 102 Konzentrate; OPS 8-800.gs oder .hs
- C5Z58260 - (ZP5826) 102 bis unter 110 Konzentrate; OPS 8-800.gt oder .ht

- C5Z58270 - (ZP5827) 110 bis unter 118 Konzentrate; OPS 8-800.gu oder .hu
 C5Z58280 - (ZP5828) 118 bis unter 126 Konzentrate; OPS 8-800.gv oder .hv
 C5Z58290 - (ZP5829) 126 und mehr Konzentrate; OPS 8-800.gw oder .hw

ZP59 Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten
 (oder pathogeninaktivierten Apherese-Thrombozytenkonzentraten)

- C5Z59010 - (ZP5801) 1 Konzentrat; OPS 8-800.f0 oder .d0
 C5Z59020 - (ZP5802) 2 Konzentrate; OPS 8-800.f1 oder .d1
 C5Z59030 - (ZP5803) 3 Konzentrate; OPS 8-800.f2 oder .d2
 C5Z59040 - (ZP5804) 4 Konzentrate; OPS 8-800.f3 oder .d3
 C5Z59050 - (ZP5805) 5 Konzentrate; OPS 8-800.f4 oder .d4
 C5Z59060 - (ZP5806) 6 bis unter 8 Konzentrate; OPS 8-800.f5 oder .d5
 C5Z59070 - (ZP5807) 8 bis unter 10 Konzentrate; OPS 8-800.f6 oder .d6
 C5Z59080 - (ZP5808) 10 bis unter 12 Konzentrate; OPS 8-800.f7 oder .d7
 C5Z59090 - (ZP5809) 12 bis unter 14 Konzentrate; OPS 8-800.f8 oder .d8
 C5Z59100 - (ZP5810) 14 bis unter 16 Konzentrate; OPS 8-800.f9 oder .d9
 C5Z59110 - (ZP5811) 16 bis unter 18 Konzentrate; OPS 8-800.fa oder .da
 C5Z59120 - (ZP5812) 18 bis unter 20 Konzentrate; OPS 8-800.fb oder .db
 C5Z59130 - (ZP5813) 20 bis unter 24 Konzentrate; OPS 8-800.fc oder .dc
 C5Z59140 - (ZP5814) 24 bis unter 28 Konzentrate; OPS 8-800.fd oder .dd
 C5Z59150 - (ZP5815) 28 bis unter 32 Konzentrate; OPS 8-800.fe oder .de
 C5Z59160 - (ZP5816) 32 bis unter 36 Konzentrate; OPS 8-800.ff oder .df
 C5Z59170 - (ZP5817) 36 bis unter 40 Konzentrate; OPS 8-800.fg oder .dg
 C5Z59180 - (ZP5818) 40 bis unter 46 Konzentrate; OPS 8-800.fh oder .dh
 C5Z59190 - (ZP5819) 46 bis unter 52 Konzentrate; OPS 8-800.fj oder .dj
 C5Z59200 - (ZP5820) 52 bis unter 58 Konzentrate; OPS 8-800.fk oder .dk
 C5Z59210 - (ZP5821) 58 bis unter 64 Konzentrate; OPS 8-800.fm oder .dm
 C5Z59220 - (ZP5822) 64 bis unter 70 Konzentrate; OPS 8-800.fn oder .dn
 C5Z59230 - (ZP5823) 70 bis unter 78 Konzentrate; OPS 8-800.fp oder .dp
 C5Z59240 - (ZP5824) 78 bis unter 86 Konzentrate; OPS 8-800.fq oder .dq
 C5Z59250 - (ZP5825) 86 bis unter 94 Konzentrate; OPS 8-800.fr oder .dr
 C5Z59260 - (ZP5826) 94 bis unter 102 Konzentrate; OPS 8-800.fs oder .ds
 C5Z59270 - (ZP5827) 102 bis unter 110 Konzentrate; OPS 8-800.ft oder .dt
 C5Z59280 - (ZP5828) 110 bis unter 118 Konzentrate; OPS 8-800.fu oder .du
 C5Z59290 - (ZP5829) 118 bis unter 126 Konzentrate; OPS 8-800.fv oder .dv
 C5Z59300 - (ZP5830) 126 und mehr Konzentrate; OPS 8-800.fw oder .dw

ZP60 Gabe von Rituximab, intravenös

- C5Z60010 - (ZP6001) 150 mg bis unter 250 mg; OPS 6-001.h0
 C5Z60020 - (ZP6002) 250 mg bis unter 350 mg; OPS 6-001.h1
 C5Z60030 - (ZP6003) 350 mg bis unter 450 mg; OPS 6-001.h2
 C5Z60040 - (ZP6004) 450 mg bis unter 550 mg; OPS 6-001.h3
 C5Z60050 - (ZP6005) 550 mg bis unter 650 mg; OPS 6-001.h4
 C5Z60060 - (ZP6006) 650 mg bis unter 750 mg; OPS 6-001.h5
 C5Z60070 - (ZP6007) 750 mg bis unter 850 mg; OPS 6-001.h6
 C5Z60080 - (ZP6008) 850 mg bis unter 950 mg; OPS 6-001.h7
 C5Z60090 - (ZP6009) 950 mg bis unter 1.050 mg; OPS 6-001.h8
 C5Z60100 - (ZP6010) 1.050 mg bis unter 1.250 mg; OPS 6-001.h9
 C5Z60110 - (ZP6011) 1.250 mg bis unter 1.450 mg; OPS 6-001.ha
 C5Z60120 - (ZP6012) 1.450 mg bis unter 1.650 mg; OPS 6-001.hb
 C5Z60130 - (ZP6013) 1.650 mg bis unter 1.850 mg; OPS 6-001.hc
 C5Z60140 - (ZP6014) 1.850 mg bis unter 2.050 mg; OPS 6-001.hd
 C5Z60150 - (ZP6015) 2.050 mg bis unter 2.450 mg; OPS 6-001.he
 C5Z60160 - (ZP6016) 2.450 mg bis unter 2.850 mg; OPS 6-001.hf
 C5Z60170 - (ZP6017) 2.850 mg bis unter 3.250 mg; OPS 6-001.hg
 C5Z60180 - (ZP6018) 3.250 mg bis unter 3.650 mg; OPS 6-001.hh

- C5Z60190 - (ZP6019) 3.650 mg und mehr; OPS 6-001.hj
- ZP61 Gabe von Trastuzumab, intravenös
- C5Z61010 - (ZP6101) 100 mg bis unter 150 mg; OPS 6-001.k0
- C5Z61020 - (ZP6102) 150 mg bis unter 200 mg; OPS 6-001.k1
- C5Z61030 - (ZP6103) 200 mg bis unter 250 mg; OPS 6-001.k2
- C5Z61040 - (ZP6104) 250 mg bis unter 300 mg; OPS 6-001.k3
- C5Z61050 - (ZP6105) 300 mg bis unter 350 mg; OPS 6-001.k4
- C5Z61060 - (ZP6106) 350 mg bis unter 400 mg; OPS 6-001.k5
- C5Z61070 - (ZP6107) 400 mg bis unter 450 mg; OPS 6-001.k6
- C5Z61080 - (ZP6108) 450 mg bis unter 500 mg; OPS 6-001.k7
- C5Z61090 - (ZP6109) 500 mg bis unter 600 mg; OPS 6-001.k8
- C5Z61100 - (ZP6110) 600 mg bis unter 700 mg; OPS 6-001.k9
- C5Z61110 - (ZP6111) 700 mg bis unter 800 mg; OPS 6-001.ka
- C5Z61120 - (ZP6112) 800 mg bis unter 900 mg; OPS 6-001.kb
- C5Z61130 - (ZP6113) 900 mg bis unter 1.000 mg; OPS 6-001.kc
- C5Z61140 - (ZP6114) 1.000 mg bis unter 1.200 mg; OPS 6-001.kd
- C5Z61150 - (ZP6115) 1.200 mg bis unter 1.400 mg; OPS 6-001.ke
- C5Z61160 - (ZP6116) 1.400 mg bis unter 1.600 mg; OPS 6-001.kf
- C5Z61170 - (ZP6117) 1.600 mg bis unter 1.800 mg; OPS 6-001.kg
- C5Z61180 - (ZP6118) 1.800 mg bis unter 2.000 mg; OPS 6-001.kh
- C5Z61190 - (ZP6119) 2.000 mg bis unter 2.200 mg; OPS 6-001.kj
- C5Z61200 - (ZP6120) 2.200 mg bis unter 2.400 mg; OPS 6-001.kk
- C5Z61210 - (ZP6121) 2.400 mg und mehr; OPS 6-001.km
- ZP62 Gabe von Posaconazol, oral, Suspension
- C5Z62010 - (ZP6201) 1.000 mg bis unter 2.000 mg; OPS 6-007.00
- C5Z62020 - (ZP6202) 2.000 mg bis unter 3.000 mg; OPS 6-007.01
- C5Z62030 - (ZP6203) 3.000 mg bis unter 4.200 mg; OPS 6-007.02
- C5Z62040 - (ZP6204) 4.200 mg bis unter 5.400 mg; OPS 6-007.03
- C5Z62050 - (ZP6205) 5.400 mg bis unter 6.600 mg; OPS 6-007.04
- C5Z62060 - (ZP6206) 6.600 mg bis unter 7.800 mg; OPS 6-007.05
- C5Z62070 - (ZP6207) 7.800 mg bis unter 9.000 mg; OPS 6-007.06
- C5Z62080 - (ZP6208) 9.000 mg bis unter 11.400 mg; OPS 6-007.07
- C5Z62090 - (ZP6209) 11.400 mg bis unter 13.800 mg; OPS 6-007.08
- C5Z62100 - (ZP6210) 13.800 mg bis unter 16.200 mg; OPS 6-007.09
- C5Z62110 - (ZP6211) 16.200 mg bis unter 18.600 mg; OPS 6-007.0a
- C5Z62120 - (ZP6212) 18.600 mg bis unter 21.000 mg; OPS 6-007.0b
- C5Z62130 - (ZP6213) 21.000 mg bis unter 25.800 mg; OPS 6-007.0c
- C5Z62140 - (ZP6214) 25.800 mg bis unter 30.600 mg; OPS 6-007.0d
- C5Z62150 - (ZP6215) 30.600 mg bis unter 35.400 mg; OPS 6-007.0e
- C5Z62160 - (ZP6216) 35.400 mg bis unter 40.200 mg; OPS 6-007.0f
- C5Z62170 - (ZP6217) 40.200 mg bis unter 45.000 mg; OPS 6-007.0g
- C5Z62180 - (ZP6218) 45.000 mg bis unter 54.600 mg; OPS 6-007.0h
- C5Z62190 - (ZP6219) 54.600 mg bis unter 64.200 mg; OPS 6-007.0j
- C5Z62200 - (ZP6220) 64.200 mg bis unter 73.800 mg; OPS 6-007.0k
- C5Z62210 - (ZP6221) 73.800 mg bis unter 83.400 mg; OPS 6-007.0m
- C5Z62220 - (ZP6222) 83.400 mg bis unter 93.000 mg; OPS 6-007.0n
- C5Z62230 - (ZP6223) 93.000 mg und mehr; OPS 6-007.0p
- ZP63 Gabe von Abatacept, intravenös
- C5Z63010 - (ZP6301) 125 mg bis unter 250 mg; OPS 6-003.s0
- C5Z63020 - (ZP6302) 250 mg bis unter 500 mg; OPS 6-003.s1
- C5Z63030 - (ZP6303) 500 mg bis unter 750 mg; OPS 6-003.s2
- C5Z63040 - (ZP6304) 750 mg bis unter 1.000 mg; OPS 6-003.s3
- C5Z63050 - (ZP6305) 1.000 mg bis unter 1.250 mg; OPS 6-003.s4
- C5Z63060 - (ZP6306) 1.250 mg bis unter 1.500 mg; OPS 6-003.s5

C5Z63070 - (ZP6307) 1.500 mg bis unter 1.750 mg; OPS 6-003.s6
 C5Z63080 - (ZP6308) 1.750 mg bis unter 2.000 mg; OPS 6-003.s7
 C5Z63090 - (ZP6309) 2.000 mg bis unter 2.250 mg; OPS 6-003.s8
 C5Z63100 - (ZP6310) 2.250 mg bis unter 2.500 mg; OPS 6-003.s9
 C5Z63110 - (ZP6311) 2.500 mg bis unter 2.750 mg; OPS 6-003.sa
 C5Z63120 - (ZP6312) 2.750 mg bis unter 3.000 mg; OPS 6-003.sb
 C5Z63130 - (ZP6313) 3.000 mg und mehr; OPS 6-003.sc

ZP64 Gabe von Eculizumab, parenteral

C5Z64010 - (ZP6401) 300 mg bis unter 600 mg; OPS 6-003.h0
 C5Z64020 - (ZP6402) 600 mg bis unter 900 mg; OPS 6-003.h1
 C5Z64030 - (ZP6403) 900 mg bis unter 1.200 mg; OPS 6-003.h2
 C5Z64040 - (ZP6404) 1.200 mg bis unter 1.500 mg; OPS 6-003.h3
 C5Z64050 - (ZP6405) 1.500 mg bis unter 1.800 mg; OPS 6-003.h4
 C5Z64060 - (ZP6406) 1.800 mg bis unter 2.100 mg; OPS 6-003.h5
 C5Z64070 - (ZP6407) 2.100 mg bis unter 2.400 mg; OPS 6-003.h6
 C5Z64080 - (ZP6408) 2.400 mg bis unter 2.700 mg; OPS 6-003.h7
 C5Z64090 - (ZP6409) 2.700 mg bis unter 3.000 mg; OPS 6-003.h8
 C5Z64100 - (ZP6410) 3.000 mg bis unter 3.300 mg; OPS 6-003.h9
 C5Z64110 - (ZP6411) 3.300 mg bis unter 3.600 mg; OPS 6-003.ha
 C5Z64120 - (ZP6412) 3.600 mg bis unter 3.900 mg; OPS 6-003.hb
 C5Z64130 - (ZP6413) 3.900 mg bis unter 4.200 mg; OPS 6-003.hc
 C5Z64140 - (ZP6414) 4.200 mg bis unter 4.500 mg; OPS 6-003.hd
 C5Z64150 - (ZP6415) 4.500 mg bis unter 4.800 mg; OPS 6-003.he
 C5Z64160 - (ZP6416) 4.800 mg bis unter 5.100 mg; OPS 6-003.hf
 C5Z64170 - (ZP6417) 5.100 mg bis unter 5.400 mg; OPS 6-003.hg
 C5Z64180 - (ZP6418) 5.400 mg bis unter 5.700 mg; OPS 6-003.hh
 C5Z64190 - (ZP6419) 5.700 mg bis unter 6.000 mg; OPS 6-003.hj
 C5Z64200 - (ZP6420) 6.000 mg und mehr; OPS 6-003.hk

ZP65 Gabe von Ofatumumab, parenteral

C5Z65010 - (ZP6501) 300 mg bis unter 600 mg; OPS 6-006.40
 C5Z65020 - (ZP6502) 600 mg bis unter 900 mg; OPS 6-006.41
 C5Z65030 - (ZP6503) 900 mg bis unter 1.200 mg; OPS 6-006.42
 C5Z65040 - (ZP6504) 1.200 mg bis unter 1.500 mg; OPS 6-006.43
 C5Z65050 - (ZP6505) 1.500 mg bis unter 2.000 mg; OPS 6-006.44
 C5Z65060 - (ZP6506) 2.000 mg bis unter 4.000 mg; OPS 6-006.45
 C5Z65070 - (ZP6507) 4.000 mg bis unter 6.000 mg; OPS 6-006.46
 C5Z65080 - (ZP6508) 6.000 mg bis unter 8.000 mg; OPS 6-006.47
 C5Z65090 - (ZP6509) 8.000 mg bis unter 10.000 mg; OPS 6-006.48
 C5Z65100 - (ZP6510) 10.000 mg bis unter 12.000 mg; OPS 6-006.49
 C5Z65110 - (ZP6511) 12.000 mg bis unter 14.000 mg; OPS 6-006.4a
 C5Z65120 - (ZP6512) 14.000 mg bis unter 16.000 mg; OPS 6-006.4b
 C5Z65130 - (ZP6513) 16.000 mg bis unter 18.000 mg; OPS 6-006.4c
 C5Z65140 - (ZP6514) 18.000 mg bis unter 20.000 mg; OPS 6-006.4d
 C5Z65150 - (ZP6515) 20.000 mg bis unter 22.000 mg; OPS 6-006.4e
 C5Z65160 - (ZP6516) 22.000 mg bis unter 24.000 mg; OPS 6-006.4f
 C5Z65170 - (ZP6517) 24.000 mg und mehr; OPS 6-006.4g

ZP66 Gabe von Decitabine, parenteral

C5Z66010 - (ZP6601) 30 mg bis unter 60 mg; OPS 6-004.40
 C5Z66020 - (ZP6602) 60 mg bis unter 90 mg; OPS 6-004.41
 C5Z66030 - (ZP6603) 90 mg bis unter 120 mg; OPS 6-004.42
 C5Z66040 - (ZP6604) 120 mg bis unter 150 mg; OPS 6-004.43
 C5Z66050 - (ZP6605) 150 mg bis unter 180 mg; OPS 6-004.44
 C5Z66060 - (ZP6606) 180 mg bis unter 210 mg; OPS 6-004.45
 C5Z66070 - (ZP6607) 210 mg bis unter 240 mg; OPS 6-004.46

C5Z66080 - (ZP6608) 240 mg bis unter 270 mg; OPS 6-004.47
C5Z66090 - (ZP6609) 270 mg bis unter 300 mg; OPS 6-004.48
C5Z66100 - (ZP6610) 300 mg bis unter 330 mg; OPS 6-004.49
C5Z66110 - (ZP6611) 330 mg bis unter 360 mg; OPS 6-004.4a
C5Z66120 - (ZP6612) 360 mg bis unter 390 mg; OPS 6-004.4b
C5Z66130 - (ZP6613) 390 mg bis unter 420 mg; OPS 6-004.4c
C5Z66140 - (ZP6614) 420 mg bis unter 450 mg; OPS 6-004.4d
C5Z66150 - (ZP6615) 450 mg bis unter 480 mg; OPS 6-004.4e
C5Z66160 - (ZP6616) 480 mg bis unter 510 mg; OPS 6-004.4f
C5Z66170 - (ZP6617) 510 mg und mehr; OPS 6-004.4g

ZP67

Gabe von Tocilizumab, intravenös

C5Z67010 - (ZP6701) 80 mg bis unter 200 mg; OPS 6-005.m0
C5Z67020 - (ZP6702) 200 mg bis unter 320 mg; OPS 6-005.m1
C5Z67030 - (ZP6703) 320 mg bis unter 480 mg; OPS 6-005.m2
C5Z67040 - (ZP6704) 480 mg bis unter 640 mg; OPS 6-005.m3
C5Z67050 - (ZP6705) 640 mg bis unter 800 mg; OPS 6-005.m4
C5Z67060 - (ZP6706) 800 mg bis unter 960 mg; OPS 6-005.m5
C5Z67070 - (ZP6707) 960 mg bis unter 1.120 mg; OPS 6-005.m6
C5Z67080 - (ZP6708) 1.120 mg bis unter 1.280 mg; OPS 6-005.m7
C5Z67090 - (ZP6709) 1.280 mg bis unter 1.440 mg; OPS 6-005.m8
C5Z67100 - (ZP6710) 1.440 mg bis unter 1.600 mg; OPS 6-005.m9
C5Z67110 - (ZP6711) 1.600 mg bis unter 1.760 mg; OPS 6-005.ma
C5Z67120 - (ZP6712) 1.760 mg bis unter 1.920 mg; OPS 6-005.mb
C5Z67130 - (ZP6713) 1.920 mg bis unter 2.080 mg; OPS 6-005.mc
C5Z67140 - (ZP6714) 2.080 mg und mehr; OPS 6-005.md

PEPP-Entgeltkatalog 2016: Zusatzentgelte-Katalog, unbewertete (fallbezogene) Entgelte (Anlage 4)

| | |
|-----------|--------------------------------|
| ZP2016-01 | Elektrokrampftherapie [EKT] |
| C9201000 | - (ZP2016-01.000) OPS 8-630* |
| C9201001 | - (ZP2016-01.001) OPS 8-630.2 |
| C9201002 | - (ZP2016-01.002) OPS 8-630.3 |
| C9201003 | - (ZP2016-01.003) OPS 8-630.y |
| ZP2016-02 | Strahlentherapie |
| C9202000 | - (ZP2016-02.000) OPS 8-52* |
| C9202001 | - (ZP2016-02.001) OPS 8-520.0 |
| C9202002 | - (ZP2016-02.002) OPS 8-520.1 |
| C9202003 | - (ZP2016-02.003) OPS 8-520.y |
| C9202004 | - (ZP2016-02.004) OPS 8-521.0 |
| C9202005 | - (ZP2016-02.005) OPS 8-521.1 |
| C9202006 | - (ZP2016-02.006) OPS 8-521.y |
| C9202007 | - (ZP2016-02.007) OPS 8-522.0 |
| C9202008 | - (ZP2016-02.008) OPS 8-522.1 |
| C9202009 | - (ZP2016-02.009) OPS 8-522.2 |
| C9202010 | - (ZP2016-02.010) OPS 8-522.30 |
| C9202011 | - (ZP2016-02.011) OPS 8-522.31 |
| C9202012 | - (ZP2016-02.012) OPS 8-522.60 |
| C9202013 | - (ZP2016-02.013) OPS 8-522.61 |
| C9202014 | - (ZP2016-02.014) OPS 8-522.90 |
| C9202015 | - (ZP2016-02.015) OPS 8-522.91 |
| C9202016 | - (ZP2016-02.016) OPS 8-522.a0 |
| C9202017 | - (ZP2016-02.017) OPS 8-522.a1 |
| C9202018 | - (ZP2016-02.018) OPS 8-522.b0 |
| C9202019 | - (ZP2016-02.019) OPS 8-522.b1 |
| C9202020 | - (ZP2016-02.020) OPS 8-522.c0 |
| C9202021 | - (ZP2016-02.021) OPS 8-522.c1 |
| C9202022 | - (ZP2016-02.022) OPS 8-522.d0 |
| C9202023 | - (ZP2016-02.023) OPS 8-522.d1 |
| C9202024 | - (ZP2016-02.024) OPS 8-522.x |
| C9202025 | - (ZP2016-02.025) OPS 8-522.y |
| C9202026 | - (ZP2016-02.026) OPS 8-523.00 |
| C9202027 | - (ZP2016-02.027) OPS 8-523.01 |
| C9202028 | - (ZP2016-02.028) OPS 8-523.10 |
| C9202029 | - (ZP2016-02.029) OPS 8-523.11 |
| C9202030 | - (ZP2016-02.030) OPS 8-523.2 |
| C9202031 | - (ZP2016-02.031) OPS 8-523.3 |
| C9202032 | - (ZP2016-02.032) OPS 8-523.40 |
| C9202033 | - (ZP2016-02.033) OPS 8-523.41 |
| C9202034 | - (ZP2016-02.034) OPS 8-523.42 |
| C9202035 | - (ZP2016-02.035) OPS 8-523.5 |
| C9202036 | - (ZP2016-02.036) OPS 8-523.6 |
| C9202037 | - (ZP2016-02.037) OPS 8-523.7 |
| C9202038 | - (ZP2016-02.038) OPS 8-523.x |
| C9202039 | - (ZP2016-02.039) OPS 8-523.y |
| C9202040 | - (ZP2016-02.040) OPS 8-524.0 |
| C9202041 | - (ZP2016-02.041) OPS 8-524.1 |
| C9202042 | - (ZP2016-02.042) OPS 8-524.2 |
| C9202043 | - (ZP2016-02.043) OPS 8-524.3 |
| C9202044 | - (ZP2016-02.044) OPS 8-524.4 |
| C9202045 | - (ZP2016-02.045) OPS 8-524.5 |
| C9202046 | - (ZP2016-02.046) OPS 8-524.60 |

| | |
|-----------|-----------------------------------|
| C9202047 | - (ZP2016-02.047) OPS 8-524.61 |
| C9202048 | - (ZP2016-02.048) OPS 8-524.x |
| C9202049 | - (ZP2016-02.049) OPS 8-524.y |
| C9202050 | - (ZP2016-02.050) OPS 8-525.00 |
| C9202051 | - (ZP2016-02.051) OPS 8-525.01 |
| C9202052 | - (ZP2016-02.052) OPS 8-525.02 |
| C9202053 | - (ZP2016-02.053) OPS 8-525.0x |
| C9202054 | - (ZP2016-02.054) OPS 8-525.10 |
| C9202055 | - (ZP2016-02.055) OPS 8-525.11 |
| C9202056 | - (ZP2016-02.056) OPS 8-525.12 |
| C9202057 | - (ZP2016-02.057) OPS 8-525.1x |
| C9202058 | - (ZP2016-02.058) OPS 8-525.20 |
| C9202059 | - (ZP2016-02.059) OPS 8-525.21 |
| C9202060 | - (ZP2016-02.060) OPS 8-525.3 |
| C9202061 | - (ZP2016-02.061) OPS 8-525.4 |
| C9202062 | - (ZP2016-02.062) OPS 8-525.x |
| C9202063 | - (ZP2016-02.063) OPS 8-525.y |
| C9202064 | - (ZP2016-02.064) OPS 8-526.0 |
| C9202065 | - (ZP2016-02.065) OPS 8-526.1 |
| C9202066 | - (ZP2016-02.066) OPS 8-526.2 |
| C9202067 | - (ZP2016-02.067) OPS 8-526.x |
| C9202068 | - (ZP2016-02.068) OPS 8-526.y |
| C9202069 | - (ZP2016-02.069) OPS 8-527.0 |
| C9202070 | - (ZP2016-02.070) OPS 8-527.1 |
| C9202071 | - (ZP2016-02.071) OPS 8-527.2 |
| C9202072 | - (ZP2016-02.072) OPS 8-527.6 |
| C9202073 | - (ZP2016-02.073) OPS 8-527.7 |
| C9202074 | - (ZP2016-02.074) OPS 8-527.8 |
| C9202075 | - (ZP2016-02.075) OPS 8-527.x |
| C9202076 | - (ZP2016-02.076) OPS 8-527.y |
| C9202077 | - (ZP2016-02.077) OPS 8-528.6 |
| C9202078 | - (ZP2016-02.078) OPS 8-528.7 |
| C9202079 | - (ZP2016-02.079) OPS 8-528.8 |
| C9202080 | - (ZP2016-02.080) OPS 8-528.9 |
| C9202081 | - (ZP2016-02.081) OPS 8-528.x |
| C9202082 | - (ZP2016-02.082) OPS 8-528.y |
| C9202083 | - (ZP2016-02.083) OPS 8-529.3 |
| C9202084 | - (ZP2016-02.084) OPS 8-529.4 |
| C9202085 | - (ZP2016-02.085) OPS 8-529.5 |
| C9202086 | - (ZP2016-02.086) OPS 8-529.6 |
| C9202087 | - (ZP2016-02.087) OPS 8-529.7 |
| C9202088 | - (ZP2016-02.088) OPS 8-529.8 |
| C9202089 | - (ZP2016-02.089) OPS 8-529.x |
| C9202090 | - (ZP2016-02.090) OPS 8-529.y |
| C9202091 | - (ZP2016-02.091) OPS 8-52a.00 |
| C9202092 | - (ZP2016-02.092) OPS 8-52a.01 |
| C9202093 | - (ZP2016-02.093) OPS 8-52a.10 |
| C9202094 | - (ZP2016-02.094) OPS 8-52a.11 |
| C9202095 | - (ZP2016-02.095) OPS 8-52b |
| C9202096 | - (ZP2016-02.096) OPS 8-52c |
| C9202097 | - (ZP2016-02.097) OPS 8-52d |
| ZP2016-03 | Gabe von Sargramostim, parenteral |
| C9203000 | - (ZP2016-03.000) OPS 6-001.4* |
| C9203001 | - (ZP2016-03.001) OPS 6-001.40 |
| C9203002 | - (ZP2016-03.002) OPS 6-001.41 |

| | |
|-----------|---|
| C9203003 | - (ZP2016-03.003) OPS 6-001.42 |
| C9203004 | - (ZP2016-03.004) OPS 6-001.43 |
| C9203005 | - (ZP2016-03.005) OPS 6-001.44 |
| C9203006 | - (ZP2016-03.006) OPS 6-001.45 |
| C9203007 | - (ZP2016-03.007) OPS 6-001.46 |
| C9203008 | - (ZP2016-03.008) OPS 6-001.47 |
| C9203009 | - (ZP2016-03.009) OPS 6-001.48 |
| C9203010 | - (ZP2016-03.010) OPS 6-001.49 |
| C9203011 | - (ZP2016-03.011) OPS 6-001.4a |
| C9203012 | - (ZP2016-03.012) OPS 6-001.4b |
| C9203013 | - (ZP2016-03.013) OPS 6-001.4c |
| C9203014 | - (ZP2016-03.014) OPS 6-001.4d |
| C9203015 | - (ZP2016-03.015) OPS 6-001.4e |
| C9203016 | - (ZP2016-03.016) OPS 6-001.4f |
| C9203017 | - (ZP2016-03.017) OPS 6-001.4g |
| C9203018 | - (ZP2016-03.018) OPS 6-001.4h |
| C9203019 | - (ZP2016-03.019) OPS 6-001.4j |
| C9203020 | - (ZP2016-03.020) OPS 6-001.4k |
| C9203021 | - (ZP2016-03.021) OPS 6-001.4m |
| C9203022 | - (ZP2016-03.022) OPS 6-001.4n |
| C9203023 | - (ZP2016-03.023) OPS 6-001.4p |
| C9203024 | - (ZP2016-03.024) OPS 6-001.4q |
| ZP2016-04 | Gabe von Granulozytenkonzentraten |
| C9204000 | - (ZP2016-04.000) OPS 8-802.6* |
| C9204001 | - (ZP2016-04.001) OPS 8-802.60 |
| C9204002 | - (ZP2016-04.002) OPS 8-802.61 |
| C9204003 | - (ZP2016-04.003) OPS 8-802.62 |
| C9204004 | - (ZP2016-04.004) OPS 8-802.63 |
| C9204005 | - (ZP2016-04.005) OPS 8-802.64 |
| C9204006 | - (ZP2016-04.006) OPS 8-802.65 |
| C9204007 | - (ZP2016-04.007) OPS 8-802.66 |
| C9204008 | - (ZP2016-04.008) OPS 8-802.67 |
| C9204009 | - (ZP2016-04.009) OPS 8-802.68 |
| C9204010 | - (ZP2016-04.010) OPS 8-802.69 |
| C9204011 | - (ZP2016-04.011) OPS 8-802.6a |
| C9204012 | - (ZP2016-04.012) OPS 8-802.6b |
| ZP2016-05 | Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral |
| C9205000 | - (ZP2016-05.000) OPS 8-812.3 oder 8-812.4 |
| C9205001 | - (ZP2016-05.001) OPS 8-812.3 |
| C9205002 | - (ZP2016-05.002) OPS 8-812.4 |
| C9200011 | - (ZP2016-05) Thymoglobulin, je 25 mg, fallbezogen; OPS 8-812.3 |
| ZP2016-06 | Gabe von Bosentan, oral |
| C9206000 | - (ZP2016-06.000) OPS 6-002.f* |
| C9206001 | - (ZP2016-06.001) OPS 6-002.f0 |
| C9206002 | - (ZP2016-06.002) OPS 6-002.f1 |
| C9206003 | - (ZP2016-06.003) OPS 6-002.f2 |
| C9206004 | - (ZP2016-06.004) OPS 6-002.f3 |
| C9206005 | - (ZP2016-06.005) OPS 6-002.f4 |
| C9206006 | - (ZP2016-06.006) OPS 6-002.f5 |
| C9206007 | - (ZP2016-06.007) OPS 6-002.f6 |
| C9206008 | - (ZP2016-06.008) OPS 6-002.f7 |
| C9206009 | - (ZP2016-06.009) OPS 6-002.f8 |
| C9206010 | - (ZP2016-06.010) OPS 6-002.f9 |
| C9206011 | - (ZP2016-06.011) OPS 6-002.fa |

| | |
|-----------|---|
| C9206012 | - (ZP2016-06.012) OPS 6-002.fb |
| C9206013 | - (ZP2016-06.013) OPS 6-002.fc |
| C9206014 | - (ZP2016-06.014) OPS 6-002.fd |
| C9206015 | - (ZP2016-06.015) OPS 6-002.fe |
| C9206016 | - (ZP2016-06.016) OPS 6-002.ff |
| C9206017 | - (ZP2016-06.017) OPS 6-002.fg |
| C9206018 | - (ZP2016-06.018) OPS 6-002.fh |
| C9206019 | - (ZP2016-06.019) OPS 6-002.fj |
| C9206020 | - (ZP2016-06.020) OPS 6-002.fk |
| C9206021 | - (ZP2016-06.021) OPS 6-002.fm |
| C9206022 | - (ZP2016-06.022) OPS 6-002.fn |
| C9206023 | - (ZP2016-06.023) OPS 6-002.fp |
| ZP2016-07 | Gabe von Jod-131-MIBG (Metajodobenzylguanidin), parenteral |
| C9207000 | - (ZP2016-07.000) OPS 6-002.g* |
| C9207001 | - (ZP2016-07.001) OPS 6-002.g0 |
| C9207002 | - (ZP2016-07.002) OPS 6-002.g1 |
| C9207003 | - (ZP2016-07.003) OPS 6-002.g2 |
| C9207004 | - (ZP2016-07.004) OPS 6-002.g3 |
| C9207005 | - (ZP2016-07.005) OPS 6-002.g4 |
| C9207006 | - (ZP2016-07.006) OPS 6-002.g5 |
| C9207007 | - (ZP2016-07.007) OPS 6-002.g6 |
| C9207008 | - (ZP2016-07.008) OPS 6-002.g7 |
| C9207009 | - (ZP2016-07.009) OPS 6-002.g8 |
| ZP2016-08 | Gabe von Alpha-1-Proteinaseninhibitor human, parenteral |
| C9208000 | - (ZP2016-08.000) OPS 8-812.0* |
| C9208001 | - (ZP2016-08.001) OPS 8-812.00 |
| C9208002 | - (ZP2016-08.002) OPS 8-812.01 |
| C9208003 | - (ZP2016-08.003) OPS 8-812.02 |
| C9208004 | - (ZP2016-08.004) OPS 8-812.03 |
| C9208005 | - (ZP2016-08.005) OPS 8-812.04 |
| C9208006 | - (ZP2016-08.006) OPS 8-812.05 |
| C9208007 | - (ZP2016-08.007) OPS 8-812.06 |
| C9208008 | - (ZP2016-08.008) OPS 8-812.07 |
| C9208009 | - (ZP2016-08.009) OPS 8-812.08 |
| C9208010 | - (ZP2016-08.010) OPS 8-812.09 |
| C9208011 | - (ZP2016-08.011) OPS 8-812.0a |
| C9208012 | - (ZP2016-08.012) OPS 8-812.0b |
| C9208013 | - (ZP2016-08.013) OPS 8-812.0c |
| C9208014 | - (ZP2016-08.014) OPS 8-812.0d |
| C9208015 | - (ZP2016-08.015) OPS 8-812.0e |
| C9208016 | - (ZP2016-08.016) OPS 8-812.0f |
| C9208017 | - (ZP2016-08.017) OPS 8-812.0g |
| C9208018 | - (ZP2016-08.018) OPS 8-812.0h |
| C9208019 | - (ZP2016-08.019) OPS 8-812.0j |
| C9208020 | - (ZP2016-08.020) OPS 8-812.0k |
| C9208021 | - (ZP2016-08.021) OPS 8-812.0m |
| C9208022 | - (ZP2016-08.022) OPS 8-812.0n |
| C9208023 | - (ZP2016-08.023) OPS 8-812.0p |
| C9208024 | - (ZP2016-08.024) OPS 8-812.0q |
| ZP2016-09 | Gabe von Interferon alfa-2a (nicht pegylierte Form), parenteral |
| C9209000 | - (ZP2016-09.000) OPS 8-812.1* |
| C9209001 | - (ZP2016-09.001) OPS 8-812.10 |
| C9209002 | - (ZP2016-09.002) OPS 8-812.11 |
| C9209003 | - (ZP2016-09.003) OPS 8-812.12 |

| | |
|-----------|---|
| C9209004 | - (ZP2016-09.004) OPS 8-812.13 |
| C9209005 | - (ZP2016-09.005) OPS 8-812.14 |
| C9209006 | - (ZP2016-09.006) OPS 8-812.15 |
| C9209007 | - (ZP2016-09.007) OPS 8-812.16 |
| C9209008 | - (ZP2016-09.008) OPS 8-812.17 |
| C9209009 | - (ZP2016-09.009) OPS 8-812.18 |
| C9209010 | - (ZP2016-09.010) OPS 8-812.19 |
| C9209011 | - (ZP2016-09.011) OPS 8-812.1a |
| C9209012 | - (ZP2016-09.012) OPS 8-812.1b |
| C9209013 | - (ZP2016-09.013) OPS 8-812.1c |
| C9209014 | - (ZP2016-09.014) OPS 8-812.1d |
| C9209015 | - (ZP2016-09.015) OPS 8-812.1e |
| C9209016 | - (ZP2016-09.016) OPS 8-812.1f |
| C9209017 | - (ZP2016-09.017) OPS 8-812.1g |
| C9209018 | - (ZP2016-09.018) OPS 8-812.1h |
| C9209019 | - (ZP2016-09.019) OPS 8-812.1j |
| C9209020 | - (ZP2016-09.020) OPS 8-812.1k |
| C9209021 | - (ZP2016-09.021) OPS 8-812.1m |
| C9209022 | - (ZP2016-09.022) OPS 8-812.1n |
| ZP2016-10 | Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral |
| C9210000 | - (ZP2016-10.000) OPS 8-812.2* |
| C9210001 | - (ZP2016-10.001) OPS 8-812.20 |
| C9210002 | - (ZP2016-10.002) OPS 8-812.21 |
| C9210003 | - (ZP2016-10.003) OPS 8-812.22 |
| C9210004 | - (ZP2016-10.004) OPS 8-812.23 |
| C9210005 | - (ZP2016-10.005) OPS 8-812.24 |
| C9210006 | - (ZP2016-10.006) OPS 8-812.25 |
| C9210007 | - (ZP2016-10.007) OPS 8-812.26 |
| C9210008 | - (ZP2016-10.008) OPS 8-812.27 |
| C9210009 | - (ZP2016-10.009) OPS 8-812.28 |
| C9210010 | - (ZP2016-10.010) OPS 8-812.29 |
| C9210011 | - (ZP2016-10.011) OPS 8-812.2a |
| C9210012 | - (ZP2016-10.012) OPS 8-812.2b |
| C9210013 | - (ZP2016-10.013) OPS 8-812.2c |
| C9210014 | - (ZP2016-10.014) OPS 8-812.2d |
| C9210015 | - (ZP2016-10.015) OPS 8-812.2e |
| C9210016 | - (ZP2016-10.016) OPS 8-812.2f |
| C9210017 | - (ZP2016-10.017) OPS 8-812.2g |
| C9210018 | - (ZP2016-10.018) OPS 8-812.2h |
| C9210019 | - (ZP2016-10.019) OPS 8-812.2j |
| C9210020 | - (ZP2016-10.020) OPS 8-812.2k |
| C9210021 | - (ZP2016-10.021) OPS 8-812.2m |
| C9210022 | - (ZP2016-10.022) OPS 8-812.2n |
| C9210023 | - (ZP2016-10.023) OPS 8-812.2p |
| ZP2016-11 | Gabe von Hämin, parenteral |
| C9211000 | - (ZP2016-11.000) OPS 6-004.1* |
| C9211001 | - (ZP2016-11.001) OPS 6-004.10 |
| C9211002 | - (ZP2016-11.002) OPS 6-004.11 |
| C9211003 | - (ZP2016-11.003) OPS 6-004.12 |
| C9211004 | - (ZP2016-11.004) OPS 6-004.13 |
| C9211005 | - (ZP2016-11.005) OPS 6-004.14 |
| C9211006 | - (ZP2016-11.006) OPS 6-004.15 |
| C9211007 | - (ZP2016-11.007) OPS 6-004.16 |
| C9211008 | - (ZP2016-11.008) OPS 6-004.17 |

| | |
|-----------|---|
| C9211009 | - (ZP2016-11.009) OPS 6-004.18 |
| C9211010 | - (ZP2016-11.010) OPS 6-004.19 |
| ZP2016-12 | Radioimmuntherapie mit 90Y-Ibritumomab-Tiuxetan, parenteral |
| C9212000 | - (ZP2016-12.000) OPS 6-003.6 |
| ZP2016-13 | Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga |
| C9213000 | - (ZP2016-13.000) OPS 8-530.60 oder 8-530.a0 |
| C9213001 | - (ZP2016-13.001) OPS 8-530.60 |
| C9213002 | - (ZP2016-13.002) OPS 8-530.a0 |
| C920000R | - (ZP2016-13) Dotatoc, intravenös, fallbezogen; OPS 8-530.60 |
| C920000S | - (ZP2016-13) Dotatoc, intraarteriell, fallbezogen; OPS 8-530.a0 |
| C920000T | - (ZP2016-13) Dotatoc, intravenös mit Yttrium, fallbezogen; OPS 8-530.60 |
| C920000U | - (ZP2016-13) Dotatoc, intravenös, fallbezogen; OPS 8-530.60 |
| C920000V | - (ZP2016-13) Dotatoc, intraarteriell, fallbezogen; OPS 8-530.60 |
| C920000W | - (ZP2016-13) Dotatoc, intraarteriell mit Yttrium, fallbezogen; OPS 8-530.a0 |
| C920000X | - (ZP2016-13) Dotatoc, intraarteriell mit Lutetium, fallbezogen; OPS 8-530.a0 |
| ZP2016-14 | Gabe von Sunitinib, oral |
| C9214000 | - (ZP2016-14.000) OPS 6-003.a* |
| C9214001 | - (ZP2016-14.001) OPS 6-003.a0 |
| C9214002 | - (ZP2016-14.002) OPS 6-003.a1 |
| C9214003 | - (ZP2016-14.003) OPS 6-003.a2 |
| C9214004 | - (ZP2016-14.004) OPS 6-003.a3 |
| C9214005 | - (ZP2016-14.005) OPS 6-003.a4 |
| C9214006 | - (ZP2016-14.006) OPS 6-003.a5 |
| C9214007 | - (ZP2016-14.007) OPS 6-003.a6 |
| C9214008 | - (ZP2016-14.008) OPS 6-003.a7 |
| C9214009 | - (ZP2016-14.009) OPS 6-003.a8 |
| C9214010 | - (ZP2016-14.010) OPS 6-003.a9 |
| C9214011 | - (ZP2016-14.011) OPS 6-003.aa |
| C9214012 | - (ZP2016-14.012) OPS 6-003.ab |
| C9214013 | - (ZP2016-14.013) OPS 6-003.ac |
| C9214014 | - (ZP2016-14.014) OPS 6-003.ad |
| C9214015 | - (ZP2016-14.015) OPS 6-003.ae |
| ZP2016-15 | Gabe von Sorafenib, oral |
| C9215000 | - (ZP2016-15.000) OPS 6-003.b* |
| C9215001 | - (ZP2016-15.001) OPS 6-003.b0 |
| C9215002 | - (ZP2016-15.002) OPS 6-003.b1 |
| C9215003 | - (ZP2016-15.003) OPS 6-003.b2 |
| C9215004 | - (ZP2016-15.004) OPS 6-003.b3 |
| C9215005 | - (ZP2016-15.005) OPS 6-003.b4 |
| C9215006 | - (ZP2016-15.006) OPS 6-003.b5 |
| C9215007 | - (ZP2016-15.007) OPS 6-003.b6 |
| C9215008 | - (ZP2016-15.008) OPS 6-003.b7 |
| C9215009 | - (ZP2016-15.009) OPS 6-003.b8 |
| C9215010 | - (ZP2016-15.010) OPS 6-003.b9 |
| C9215011 | - (ZP2016-15.011) OPS 6-003.ba |
| C9215012 | - (ZP2016-15.012) OPS 6-003.bb |
| C9215013 | - (ZP2016-15.013) OPS 6-003.bc |
| C9215014 | - (ZP2016-15.014) OPS 6-003.bd |
| C9215015 | - (ZP2016-15.015) OPS 6-003.be |
| C9215016 | - (ZP2016-15.016) OPS 6-003.bf |
| C9215017 | - (ZP2016-15.017) OPS 6-003.bg |
| C9215018 | - (ZP2016-15.018) OPS 6-003.bh |

| | |
|-----------|---|
| ZP2016-16 | Gabe von Lenalidomid, oral |
| C9216000 | - (ZP2016-16.000) OPS 6-003.g* |
| C9216001 | - (ZP2016-16.001) OPS 6-003.g0 |
| C9216002 | - (ZP2016-16.002) OPS 6-003.g1 |
| C9216003 | - (ZP2016-16.003) OPS 6-003.g2 |
| C9216004 | - (ZP2016-16.004) OPS 6-003.g3 |
| C9216005 | - (ZP2016-16.005) OPS 6-003.g4 |
| C9216006 | - (ZP2016-16.006) OPS 6-003.g5 |
| C9216007 | - (ZP2016-16.007) OPS 6-003.g6 |
| C9216008 | - (ZP2016-16.008) OPS 6-003.g7 |
| C9216009 | - (ZP2016-16.009) OPS 6-003.g8 |
| C9216010 | - (ZP2016-16.010) OPS 6-003.g9 |
| C9216011 | - (ZP2016-16.011) OPS 6-003.ga |
| C9216012 | - (ZP2016-16.012) OPS 6-003.gb |
| C9216013 | - (ZP2016-16.013) OPS 6-003.gc |
| C9216014 | - (ZP2016-16.014) OPS 6-003.gd |
| C9216015 | - (ZP2016-16.015) OPS 6-003.ge |
| C9216016 | - (ZP2016-16.016) OPS 6-003.gf |
| C9216017 | - (ZP2016-16.017) OPS 6-003.gg |
| C9216018 | - (ZP2016-16.018) OPS 6-003.gh |
| C9216019 | - (ZP2016-16.019) OPS 6-003.gj |
| C9216020 | - (ZP2016-16.020) OPS 6-003.gk |
| C920000N | - (ZP2016-16) je 1 mg bei Verwendung einer Schachtel mit 21x5 mg; OPS 6-003.g* |
| C920000O | - (ZP2016-16) je 1 mg bei Verwendung einer Schachtel mit 21x10 mg; OPS 6-003.g* |
| C920000P | - (ZP2016-16) je 1 mg bei Verwendung einer Schachtel mit 21x15 mg; OPS 6-003.g* |
| C920000Q | - (ZP2016-16) je 1 mg bei Verwendung einer Schachtel mit 21x25 mg; OPS 6-003.g* |
| ZP2016-18 | Gabe von Nelarabin, parenteral |
| C9218000 | - (ZP2016-18.000) OPS 6-003.e* |
| C9218001 | - (ZP2016-18.001) OPS 6-003.e0 |
| C9218002 | - (ZP2016-18.002) OPS 6-003.e1 |
| C9218003 | - (ZP2016-18.003) OPS 6-003.e2 |
| C9218004 | - (ZP2016-18.004) OPS 6-003.e3 |
| C9218005 | - (ZP2016-18.005) OPS 6-003.e4 |
| C9218006 | - (ZP2016-18.006) OPS 6-003.e5 |
| C9218007 | - (ZP2016-18.007) OPS 6-003.e6 |
| C9218008 | - (ZP2016-18.008) OPS 6-003.e7 |
| C9218009 | - (ZP2016-18.009) OPS 6-003.e8 |
| C9218010 | - (ZP2016-18.010) OPS 6-003.e9 |
| C9218011 | - (ZP2016-18.011) OPS 6-003.ea |
| C9218012 | - (ZP2016-18.012) OPS 6-003.eb |
| C9218013 | - (ZP2016-18.013) OPS 6-003.ec |
| C9218014 | - (ZP2016-18.014) OPS 6-003.ed |
| C9218015 | - (ZP2016-18.015) OPS 6-003.ee |
| C9218016 | - (ZP2016-18.016) OPS 6-003.ef |
| C9218017 | - (ZP2016-18.017) OPS 6-003.eg |
| C9218018 | - (ZP2016-18.018) OPS 6-003.eh |
| C9218019 | - (ZP2016-18.019) OPS 6-003.ej |
| C9218020 | - (ZP2016-18.020) OPS 6-003.ek |
| C9218021 | - (ZP2016-18.021) OPS 6-003.em |
| C9218022 | - (ZP2016-18.022) OPS 6-003.en |
| C9218023 | - (ZP2016-18.023) OPS 6-003.ep |
| C9218024 | - (ZP2016-18.024) OPS 6-003.eq |
| ZP2016-19 | Gabe von Ambrisentan, oral |
| C9219000 | - (ZP2016-19.000) OPS 6-004.2* |

C9219001 - (ZP2016-19.001) OPS 6-004.20
 C9219002 - (ZP2016-19.002) OPS 6-004.21
 C9219003 - (ZP2016-19.003) OPS 6-004.22
 C9219004 - (ZP2016-19.004) OPS 6-004.23
 C9219005 - (ZP2016-19.005) OPS 6-004.24
 C9219006 - (ZP2016-19.006) OPS 6-004.25
 C9219007 - (ZP2016-19.007) OPS 6-004.26
 C9219008 - (ZP2016-19.008) OPS 6-004.27
 C9219009 - (ZP2016-19.009) OPS 6-004.28
 C9219010 - (ZP2016-19.010) OPS 6-004.29
 C9219011 - (ZP2016-19.011) OPS 6-004.2a
 C9219012 - (ZP2016-19.012) OPS 6-004.2b
 C9219013 - (ZP2016-19.013) OPS 6-004.2c
 C9219014 - (ZP2016-19.014) OPS 6-004.2d
 C9219015 - (ZP2016-19.015) OPS 6-004.2e
 C9219016 - (ZP2016-19.016) OPS 6-004.2f
 C9219017 - (ZP2016-19.017) OPS 6-004.2g

ZP2016-20 Gabe von Temsirolimus, parenteral

C9220000 - (ZP2016-20.000) OPS 6-004.e*
 C9220001 - (ZP2016-20.001) OPS 6-004.e0
 C9220002 - (ZP2016-20.002) OPS 6-004.e1
 C9220003 - (ZP2016-20.003) OPS 6-004.e2
 C9220004 - (ZP2016-20.004) OPS 6-004.e3
 C9220005 - (ZP2016-20.005) OPS 6-004.e4
 C9220006 - (ZP2016-20.006) OPS 6-004.e5
 C9220007 - (ZP2016-20.007) OPS 6-004.e6
 C9220008 - (ZP2016-20.008) OPS 6-004.e7
 C9220009 - (ZP2016-20.009) OPS 6-004.e8
 C9220010 - (ZP2016-20.010) OPS 6-004.e9
 C9220011 - (ZP2016-20.011) OPS 6-004.ea
 C9220012 - (ZP2016-20.012) OPS 6-004.eb
 C9220013 - (ZP2016-20.013) OPS 6-004.ec

ZP2016-21 Gabe von Dasatinib, oral

C9221000 - (ZP2016-21.000) OPS 6-004.3*
 C9221001 - (ZP2016-21.001) OPS 6-004.30
 C9221002 - (ZP2016-21.002) OPS 6-004.31
 C9221003 - (ZP2016-21.003) OPS 6-004.32
 C9221004 - (ZP2016-21.004) OPS 6-004.33
 C9221005 - (ZP2016-21.005) OPS 6-004.34
 C9221006 - (ZP2016-21.006) OPS 6-004.35
 C9221007 - (ZP2016-21.007) OPS 6-004.36
 C9221008 - (ZP2016-21.008) OPS 6-004.37
 C9221009 - (ZP2016-21.009) OPS 6-004.38
 C9221010 - (ZP2016-21.010) OPS 6-004.39
 C9221011 - (ZP2016-21.011) OPS 6-004.3a
 C9221012 - (ZP2016-21.012) OPS 6-004.3b
 C9221013 - (ZP2016-21.013) OPS 6-004.3c
 C9221014 - (ZP2016-21.014) OPS 6-004.3d
 C9221015 - (ZP2016-21.015) OPS 6-004.3e
 C9221016 - (ZP2016-21.016) OPS 6-004.3f
 C9221017 - (ZP2016-21.017) OPS 6-004.3g
 C9221018 - (ZP2016-21.018) OPS 6-004.3h

ZP2016-22 Gabe von Catumaxomab, parenteral

C9222000 - (ZP2016-22.000) OPS 6-005.1*

| | |
|-----------|---|
| C9222001 | - (ZP2016-22.001) OPS 6-005.10 |
| C9222002 | - (ZP2016-22.002) OPS 6-005.11 |
| C9222003 | - (ZP2016-22.003) OPS 6-005.12 |
| C9222004 | - (ZP2016-22.004) OPS 6-005.13 |
| C9222005 | - (ZP2016-22.005) OPS 6-005.14 |
| C9222006 | - (ZP2016-22.006) OPS 6-005.15 |
| C9222007 | - (ZP2016-22.007) OPS 6-005.16 |
| C9222008 | - (ZP2016-22.008) OPS 6-005.17 |
| C9222009 | - (ZP2016-22.009) OPS 6-005.18 |
| C9222010 | - (ZP2016-22.010) OPS 6-005.19 |
| C9222011 | - (ZP2016-22.011) OPS 6-005.1a |
| C9222012 | - (ZP2016-22.012) OPS 6-005.1b |
| C9222013 | - (ZP2016-22.013) OPS 6-005.1c |
| C9222014 | - (ZP2016-22.014) OPS 6-005.1d |
| C9222015 | - (ZP2016-22.015) OPS 6-005.1e |
| C9222016 | - (ZP2016-22.016) OPS 6-005.1f |
| C9222017 | - (ZP2016-22.017) OPS 6-005.1g |
| C9222018 | - (ZP2016-22.018) OPS 6-005.1h |
| ZP2016-26 | Gabe von Paliperidon, intramuskulär |
| C9226000 | - (ZP2016-26.000) OPS 6-006.a* |
| C9226001 | - (ZP2016-26.001) OPS 6-006.a0 |
| C9226002 | - (ZP2016-26.002) OPS 6-006.a1 |
| C9226003 | - (ZP2016-26.003) OPS 6-006.a2 |
| C9226004 | - (ZP2016-26.004) OPS 6-006.a3 |
| C9226005 | - (ZP2016-26.005) OPS 6-006.a4 |
| C9226006 | - (ZP2016-26.006) OPS 6-006.a5 |
| C9226007 | - (ZP2016-26.007) OPS 6-006.a6 |
| C9226008 | - (ZP2016-26.008) OPS 6-006.a7 |
| C9226009 | - (ZP2016-26.009) OPS 6-006.a8 |
| C9226010 | - (ZP2016-26.010) OPS 6-006.a9 |
| C9226011 | - (ZP2016-26.011) OPS 6-006.aa |
| C9226012 | - (ZP2016-26.012) OPS 6-006.ab |
| C9226013 | - (ZP2016-26.013) OPS 6-006.ac |
| C9226014 | - (ZP2016-26.014) OPS 6-006.ad |
| C9226015 | - (ZP2016-26.015) OPS 6-006.ae |
| C9226016 | - (ZP2016-26.016) OPS 6-006.af |
| C9226017 | - (ZP2016-26.017) OPS 6-006.ag |
| ZP2016-27 | Gabe von Mifamurtid, parenteral |
| C9227000 | - (ZP2016-27.000) OPS 6-005.g* |
| C9227001 | - (ZP2016-27.001) 1,0 mg bis unter 1,5 mg; OPS 6-005.g0 |
| C9227002 | - (ZP2016-27.002) 1,5 mg bis unter 2,0 mg; OPS 6-005.g1 |
| C9227003 | - (ZP2016-27.003) 2,0 mg bis unter 2,5 mg; OPS 6-005.g2 |
| C9227004 | - (ZP2016-27.004) 2,5 mg bis unter 3,0 mg; OPS 6-005.g3 |
| C9227005 | - (ZP2016-27.005) 3,0 mg bis unter 4,0 mg; OPS 6-005.g4 |
| C9227006 | - (ZP2016-27.006) 4,0 mg bis unter 5,0 mg; OPS 6-005.g5 |
| C9227007 | - (ZP2016-27.007) 5,0 mg bis unter 6,0 mg; OPS 6-005.g6 |
| C9227008 | - (ZP2016-27.008) 6,0 mg bis unter 8,0 mg; OPS 6-005.g7 |
| C9227009 | - (ZP2016-27.009) 8,0 mg bis unter 12,0 mg; OPS 6-005.g8 |
| C9227010 | - (ZP2016-27.010) 12,0 mg bis unter 16,0 mg; OPS 6-005.g9 |
| C9227011 | - (ZP2016-27.011) 16,0 mg bis unter 20,0 mg; OPS 6-005.ga |
| C9227012 | - (ZP2016-27.012) 20,0 mg bis unter 24,0 mg; OPS 6-005.gb |
| C9227013 | - (ZP2016-27.013) 24,0 mg bis unter 28,0 mg; OPS 6-005.gc |
| C9227014 | - (ZP2016-27.014) 28,0 mg bis unter 32,0 mg; OPS 6-005.gd |
| C9227015 | - (ZP2016-27.015) 32,0 mg bis unter 36,0 mg; OPS 6-005.ge |

- C9227016 - (ZP2016-27.016) 36,0 mg bis unter 40,0 mg; OPS 6-005.gf
C9227017 - (ZP2016-27.017) 40,0 mg bis unter 44,0 mg; OPS 6-005.gg
C9227018 - (ZP2016-27.018) 44,0 mg bis unter 48,0 mg; OPS 6-005.gh
C9227019 - (ZP2016-27.019) 48,0 mg und mehr; OPS 6-005.gj
- ZP2016-29 Gabe von Rituximab, subkutan
C9229000 - (ZP2016-29.000) OPS 6-001.j*
C9229001 - (ZP2016-29.001) 1.400 mg bis unter 2.800 mg; OPS 6-001.j0
C9229002 - (ZP2016-29.002) 2.800 mg bis unter 4.200 mg; OPS 6-001.j1
C9229003 - (ZP2016-29.003) 4.200 mg bis unter 5.600 mg; OPS 6-001.j2
C9229004 - (ZP2016-29.004) 5.600 mg bis unter 7.000 mg; OPS 6-001.j3
C9229005 - (ZP2016-29.005) 7.000 mg bis unter 8.400 mg; OPS 6-001.j4
C9229006 - (ZP2016-29.006) 8.400 mg und mehr; OPS 6-001.j5
- ZP2016-30 Gabe von Trastuzumab, subkutan
C9230000 - (ZP2016-30.000) OPS 6-001.m*
C9230001 - (ZP2016-30.001) 600 mg bis unter 1.200 mg; OPS 6-001.m0
C9230002 - (ZP2016-30.002) 1.200 mg bis unter 1.800 mg; OPS 6-001.m1
C9230003 - (ZP2016-30.003) 1.800 mg bis unter 2.400 mg; OPS 6-001.m2
C9230004 - (ZP2016-30.004) 2.400 mg bis unter 3.000 mg; OPS 6-001.m3
C9230005 - (ZP2016-30.005) 3.000 mg bis unter 3.600 mg; OPS 6-001.m4
C9230006 - (ZP2016-30.006) 3.600 mg und mehr; OPS 6-001.m5
- ZP2016-31 Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten
C9231000 - (ZP2016-31.000) OPS 6-007.1*
C9231001 - (ZP2016-31.001) 1.500 mg bis unter 2.100 mg; OPS 6-007.10
C9231002 - (ZP2016-31.002) 2.100 mg bis unter 2.700 mg; OPS 6-007.11
C9231003 - (ZP2016-31.003) 2.700 mg bis unter 3.300 mg; OPS 6-007.12
C9231004 - (ZP2016-31.004) 3.300 mg bis unter 3.900 mg; OPS 6-007.13
C9231005 - (ZP2016-31.005) 3.900 mg bis unter 4.500 mg; OPS 6-007.14
C9231006 - (ZP2016-31.006) 4.500 mg bis unter 5.700 mg; OPS 6-007.15
C9231007 - (ZP2016-31.007) 5.700 mg bis unter 6.900 mg; OPS 6-007.16
C9231008 - (ZP2016-31.008) 6.900 mg bis unter 8.100 mg; OPS 6-007.17
C9231009 - (ZP2016-31.009) 8.100 mg bis unter 9.300 mg; OPS 6-007.18
C9231010 - (ZP2016-31.010) 9.300 mg bis unter 10.500 mg; OPS 6-007.19
C9231011 - (ZP2016-31.011) 10.500 mg bis unter 12.900 mg; OPS 6-007.1a
C9231012 - (ZP2016-31.012) 12.900 mg bis unter 15.300 mg; OPS 6-007.1b
C9231013 - (ZP2016-31.013) 15.300 mg bis unter 17.700 mg; OPS 6-007.1c
C9231014 - (ZP2016-31.014) 17.700 mg bis unter 20.100 mg; OPS 6-007.1d
C9231015 - (ZP2016-31.015) 20.100 mg bis unter 22.500 mg; OPS 6-007.1e
C9231016 - (ZP2016-31.016) 22.500 mg bis unter 27.300 mg; OPS 6-007.1f
C9231017 - (ZP2016-31.017) 27.300 mg bis unter 32.100 mg; OPS 6-007.1g
C9231018 - (ZP2016-31.018) 32.100 mg und mehr; OPS 6-007.1h ()
- ZP2016-32 Gabe von Abatacept, subkutan
C9232000 - (ZP2016-32.000) OPS 6-003.t*
C9232001 - (ZP2016-32.001) 250 mg bis unter 375 mg; OPS 6-003.t0
C9232002 - (ZP2016-32.002) 375 mg bis unter 500 mg; OPS 6-003.t1
C9232003 - (ZP2016-32.003) 500 mg bis unter 625 mg; OPS 6-003.t2
C9232004 - (ZP2016-32.004) 625 mg bis unter 750 mg; OPS 6-003.t3
C9232005 - (ZP2016-32.005) 750 mg bis unter 875 mg; OPS 6-003.t4
C9232006 - (ZP2016-32.006) 875 mg bis unter 1.000 mg; OPS 6-003.t5
C9232007 - (ZP2016-32.007) 1.000 mg bis unter 1.125 mg; OPS 6-003.t6
C9232008 - (ZP2016-32.008) 1.125 mg bis unter 1.250 mg; OPS 6-003.t7
C9232009 - (ZP2016-32.009) 1.250 mg bis unter 1.375 mg; OPS 6-003.t8
C9232010 - (ZP2016-32.010) 1.375 mg bis unter 1.500 mg; OPS 6-003.t9
C9232011 - (ZP2016-32.011) 1.500 mg und mehr; OPS 6-003.ta

| | |
|-----------|--|
| ZP2016-33 | Gabe von Tocilizumab, subkutan |
| C9233000 | - (ZP2016-33.000) OPS 6-005.n* |
| C9233001 | - (ZP2016-33.001) OPS 6-005.n0 |
| C9233002 | - (ZP2016-33.002) OPS 6-005.n1 |
| C9233003 | - (ZP2016-33.003) OPS 6-005.n2 |
| C9233004 | - (ZP2016-33.004) OPS 6-005.n3 |
| C9233005 | - (ZP2016-33.005) OPS 6-005.n4 |
| C9233006 | - (ZP2016-33.006) OPS 6-005.n5 |
| C9233007 | - (ZP2016-33.007) OPS 6-005.n6 |
| C9233008 | - (ZP2016-33.008) OPS 6-005.n7 |
| C9233009 | - (ZP2016-33.009) OPS 6-005.n8 |
| C9233010 | - (ZP2016-33.010) OPS 6-005.n9 |
| C9233011 | - (ZP2016-33.011) OPS 6-005.na |
| C9233012 | - (ZP2016-33.012) OPS 6-005.nb |
| C9233013 | - (ZP2016-33.013) OPS 6-005.nc |
| C9233014 | - (ZP2016-33.014) OPS 6-005.nd |
| C920000Y | - (ZP2016-33) je Fertigspritze, je 162 mg, fallbezogen, OPS 6-005.n* |
| ZP2016-34 | Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral |
| C9234000 | - (ZP2016-34.000) OPS 6-005.d* |
| C9234001 | - (ZP2016-34.001) OPS 6-005.d0 |
| C9234002 | - (ZP2016-34.002) OPS 6-005.d1 |
| C9234003 | - (ZP2016-34.003) OPS 6-005.d2 |
| C9234004 | - (ZP2016-34.004) OPS 6-005.d3 |
| C9234005 | - (ZP2016-34.005) OPS 6-005.d4 |
| C9234006 | - (ZP2016-34.006) OPS 6-005.d5 |
| C9234007 | - (ZP2016-34.007) OPS 6-005.d6 |
| C9234008 | - (ZP2016-34.008) OPS 6-005.d7 |
| C9234009 | - (ZP2016-34.009) OPS 6-005.d8 |
| C9234010 | - (ZP2016-34.010) OPS 6-005.d9 |
| C9234011 | - (ZP2016-34.011) OPS 6-005.da |
| C9234012 | - (ZP2016-34.012) OPS 6-005.db |
| C9234013 | - (ZP2016-34.013) OPS 6-005.dc |
| C9234014 | - (ZP2016-34.014) OPS 6-005.dd |
| C9234015 | - (ZP2016-34.015) OPS 6-005.de |
| C9234016 | - (ZP2016-34.016) OPS 6-005.df |
| C9234017 | - (ZP2016-34.017) OPS 6-005.dg |
| C9234018 | - (ZP2016-34.018) OPS 6-005.dh |
| C9234019 | - (ZP2016-34.019) OPS 6-005.dj |
| C9234020 | - (ZP2016-34.020) OPS 6-005.dk |
| ZP2016-35 | Gabe von Abirateronacetat, oral |
| C9235000 | - (ZP2016-35.000) OPS 6-006.2* |
| C9235001 | - (ZP2016-35.001) OPS 6-006.20 |
| C9235002 | - (ZP2016-35.002) OPS 6-006.21 |
| C9235003 | - (ZP2016-35.003) OPS 6-006.22 |
| C9235004 | - (ZP2016-35.004) OPS 6-006.23 |
| C9235005 | - (ZP2016-35.005) OPS 6-006.24 |
| C9235006 | - (ZP2016-35.006) OPS 6-006.25 |
| C9235007 | - (ZP2016-35.007) OPS 6-006.26 |
| C9235008 | - (ZP2016-35.008) OPS 6-006.27 |
| C9235009 | - (ZP2016-35.009) OPS 6-006.28 |
| C9235010 | - (ZP2016-35.010) OPS 6-006.29 |
| C9235011 | - (ZP2016-35.011) OPS 6-006.2a |
| C9235012 | - (ZP2016-35.012) OPS 6-006.2b |
| C9235013 | - (ZP2016-35.013) OPS 6-006.2c |

C9235014 - (ZP2016-35.014) OPS 6-006.2d
C9235015 - (ZP2016-35.015) OPS 6-006.2e
C9235016 - (ZP2016-35.016) OPS 6-006.2f
C9235017 - (ZP2016-35.017) OPS 6-006.2g
C920000Z - (ZP2016-35) je 250 mg Tablette, fallbezogen; OPS 6-006.2*

ZP2016-36 Gabe von Cabazitaxel, parenteral
C9236000 - (ZP2016-36.000) OPS 6-006.1*
C9236001 - (ZP2016-36.001) OPS 6-006.10
C9236002 - (ZP2016-36.002) OPS 6-006.11
C9236003 - (ZP2016-36.003) OPS 6-006.12
C9236004 - (ZP2016-36.004) OPS 6-006.13
C9236005 - (ZP2016-36.005) OPS 6-006.14
C9236006 - (ZP2016-36.006) OPS 6-006.15
C9236007 - (ZP2016-36.007) OPS 6-006.16
C9236008 - (ZP2016-36.008) OPS 6-006.17
C9236009 - (ZP2016-36.009) OPS 6-006.18
C9236010 - (ZP2016-36.010) OPS 6-006.19
C9236011 - (ZP2016-36.011) OPS 6-006.1a
C9236012 - (ZP2016-36.012) OPS 6-006.1b
C9236013 - (ZP2016-36.013) OPS 6-006.1c
C9236014 - (ZP2016-36.014) OPS 6-006.1d
C9236015 - (ZP2016-36.015) OPS 6-006.1e
C9236016 - (ZP2016-36.016) OPS 6-006.1f
C9236017 - (ZP2016-36.017) OPS 6-006.1g
C9236018 - (ZP2016-36.018) OPS 6-006.1h
C9236019 - (ZP2016-36.019) OPS 6-006.1j
C9236020 - (ZP2016-36.020) OPS 6-006.1k

ZP2016-37 Gabe von Ipilimumab, parenteral
C9237000 - (ZP2016-37.000) OPS 6-006.3*
C9237001 - (ZP2016-37.001) OPS 6-006.30
C9237002 - (ZP2016-37.002) OPS 6-006.31
C9237003 - (ZP2016-37.003) OPS 6-006.32
C9237004 - (ZP2016-37.004) OPS 6-006.33
C9237005 - (ZP2016-37.005) OPS 6-006.34
C9237006 - (ZP2016-37.006) OPS 6-006.35
C9237007 - (ZP2016-37.007) OPS 6-006.36
C9237008 - (ZP2016-37.008) OPS 6-006.37
C9237009 - (ZP2016-37.009) OPS 6-006.38
C9237010 - (ZP2016-37.010) OPS 6-006.39
C9237011 - (ZP2016-37.011) OPS 6-006.3a
C9237012 - (ZP2016-37.012) OPS 6-006.3b
C9237013 - (ZP2016-37.013) OPS 6-006.3c
C9237014 - (ZP2016-37.014) OPS 6-006.3d
C9237015 - (ZP2016-37.015) OPS 6-006.3e
C9237016 - (ZP2016-37.016) OPS 6-006.3f
C9237017 - (ZP2016-37.017) OPS 6-006.3g
C9237018 - (ZP2016-37.018) OPS 6-006.3h
C9237019 - (ZP2016-37.019) OPS 6-006.3j
C9237020 - (ZP2016-37.020) OPS 6-006.3k
C9237021 - (ZP2016-37.021) OPS 6-006.3m
C9237022 - (ZP2016-37.022) OPS 6-006.3n
C9237023 - (ZP2016-37.023) OPS 6-006.3p
C9237024 - (ZP2016-37.024) OPS 6-006.3q
C9237025 - (ZP2016-37.025) OPS 6-006.3r

Zusatzentgelte nach Katalog 2015

| | |
|-----------------------|--|
| ZP2015-05 C9200000 | Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral - (ZP2015-05) je 100 mg; OPS 8-812.3 |
| ZP2015-06 C9200001 | Gabe von Bosentan, oral - (ZP2015-06) je 125 mg; OPS 6-002.f* |
| ZP2015-08 C9200002 | Gabe von Alpha-1-Proteinaseinhibitor human, parenteral - (ZP2015-08) je 1000 mg; OPS 8-812.0* |
| ZP2015-09 C9200003 | Gabe von Interferon alfa-2a (nicht pegylierte Form), parenteral - (ZP2015-09) je 3 Mio. IE; OPS 8-812.1* |
| ZP2015-10 C9200004 | Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral - (ZP2015-10.000) je 18 Mio. IE; OPS 8-812.2* |
| ZP2015-11 C9200005 | Gabe von Hämin, parenteral - (ZP2015-11) je 250 mg; OPS 6-004.1* |
| ZP2015-14 C9200006 | Gabe von Sunitinib, oral - (ZP2015-14) je 50 mg; OPS 6-003.a* |
| ZP2015-15 C9200007 | Gabe von Sorafenib, oral - (ZP2015-15) je 200 mg; OPS 6-003.b* |
| ZP2015-16 C9200008 | Gabe von Lenalidomid, oral - (ZP2015-16) je 25 mg; OPS 6-003.g* |
| ZP2015-18 C9200009 | Gabe von Nelarabin, parenteral - (ZP2015-18) je 250 mg; OPS 6-003.e* |
| ZP2015-19 C920000L | Gabe von Ambrisentan, oral - (ZP2015-19) je 5 oder 10 mg; OPS 6-004.2* |
| ZP2015-20 C920000A | Gabe von Temsirolimus, parenteral - (ZP2015-20) je 30 mg; OPS 6-004.e* |
| ZP2015-21 C920000M | Gabe von Dasatinib, oral - (ZP2015-21) je mg; OPS 6-004.3* |
| ZP2015-22 C920000B | Gabe von Catumaxomab, parenteral - (ZP2015-22) je 10 µg; OPS 6-005.1* |
| ZP2015-26 C920000E | Gabe von Paliperidon, intramuskulär - (ZP2015-26) je mg; OPS 6-006.a* |
| ZP2015-27 C920000F | Gabe von Mifamurtid, parenteral - (ZP2015-27) je 4 mg; OPS 6-005.g* |
| ZP2015-29 C920000H | Gabe von Rituximab, subkutan - (ZP2015-29) je 1400 mg; OPS 6-001.j* |
| ZP2015-30 C920000I | Gabe von Trastuzumab, subkutan - (ZP2015-30) je 600 mg; OPS 6-001.m* |
| ZP2015-31 C920000J | Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten - (ZP2015-31) je 100 mg; OPS 6-007.1* |
| ZP2015-32 C920000K | Gabe von Abatacept, subkutan - (ZP2015-32) je 125 mg; OPS 6-003.t* |

Entgelte für Modellvorhaben § 64b Abs. 1 SGB V (stationär)

- CA000001 Elektrokrampftherapie [EKT] (ZP2014-01); OPS 8-630.2
 CA000002 Gabe von Paliperidon, intramuskulär (ZP2014-26); OPS 6-006.a0
 CA000003 Elektrokrampftherapie [EKT] (ZP2014-01); OPS 8-630.3
- Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung
 CA000000 - mehr als 6 bis 12 Stunden pro Tag (ET01.01); OPS 9-640.01
 CA000004 - mehr als 12 bis 18 Stunden pro Tag (ET01.02); OPS 9-640.02
 CA000005 - mehr als 18 Stunden pro Tag (ET01.03); OPS 9-640.03
- Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
 CA000006 - bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen (ET02.01); OPS 9-615.*
 CA000007 - bei Patienten mit 5 und mehr Merkmalen (ET02.02); OPS 9-616.*
- Intensive Beaufsichtigung und Überwachung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen
 CA000012 - mehr als 12 bis 18 Stunden pro Tag (ET03.01); OPS 9-693.04
 CA000008 - mehr als 18 Stunden pro Tag (ET03.02); OPS 9-693.05
- Einzelbetreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen
 CA000009 - mehr als 8 bis 12 Stunden pro Tag (ET03.03); OPS 9-693.13
 CA000010 - mehr als 12 bis 18 Stunden pro Tag (ET03.04); OPS 9-693.14
 CA000011 - mehr als 18 Stunden pro Tag (ET03.05); OPS 9-693.15
- CA000013 Gabe von Paliperidon, intramuskulär (ZP2015-26), 150 mg; OPS 6-6006.a1

Entgelte für Modellvorhaben § 64b Abs. 1 SGB V (ergänzende Tagesentgelte nach PEPP 2016, Anlage 5)

| | |
|----------|---|
| | Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen |
| CAET0104 | - (ET01.04) 6 bis unter 12 Stunden pro Tag; OPS 9-640.06 |
| CAET0105 | - (ET01.05) 12 bis unter 18 Stunden pro Tag; OPS 9-640.07 |
| CAET0106 | - (ET01.06) 18 und mehr Stunden pro Tag; OPS 9-640.08 |
| | Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit mindestens 3 Merkmalen |
| CAET0201 | - (ET02.01) mit 3 oder 4 Merkmalen; OPS 9-619 oder 9-61a |
| CAET0202 | - (ET02.02) mit 5 und mehr Merkmalen; OPS 9-61b |
| | Intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen |
| CAET0401 | - (ET04.01) Mehr als 8 bis zu 12 Stunden pro Tag; OPS 9-693.03 |
| CAET0402 | - (ET04.02) Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag; OPS 9-693.04 |
| CAET0403 | - (ET04.03) Mehr als 18 Stunden pro Tag; OPS 9-693.05 |
| | Einzelbetreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen |
| CAET0501 | - (ET05.01) Mehr als 8 bis zu 12 Stunden pro Tag; OPS 9-693.13 |
| CAET0502 | - (ET05.02) Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag; OPS 9-693.14 |
| CAET0503 | - (ET05.03) Mehr als 18 Stunden pro Tag; OPS 9-693.15 |
| CA800000 | Zuschlag für Ausgleiche, IV Krankenkasse A |
| CA800001 | Zuschlag für Ausgleiche, IV Krankenkasse B |
| CA800002 | Zuschlag für Ausgleiche, Sonstige Krankenkassen |
| CA800003 | Zuschlag für Kosten der Evaluation |
| CA900000 | Abschlag für Ausgleiche, IV Krankenkasse A |
| CA900001 | Abschlag für Ausgleiche, IV Krankenkasse B |
| CA900002 | Abschlag für Ausgleiche, Sonstige Krankenkassen |

Nachstationäre Behandlung (Einzelleistung für medizinisch-technische Großgeräte)

- CN005700 Magnetresonanztherapie im Bereich des Kopfes - ggf. einschließlich des Halses -, in zwei Projektionen, davon mindestens eine Projektion unter Einschluss T2-gewichtiger Aufnahmen
- CN005731 Ergänzende Serie(n) zu den Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 (z.B. nach Kontrastmitteleinbringung, Darstellung von Arterien als MR-Angiographie)
- CN005733 Zuschlag für computergesteuerte Analyse (z.B. Kinetik, 3D-Rekonstruktion)

Nachstationäre Behandlung (fachabteilungsbezogene Pauschale)

- CN092900 Tagesbezogene Pauschale Allgemeine Psychiatrie
- CN093000 Tagesbezogene Pauschale Kinder- und Jugendpsychiatrie
- CN093100 Tagesbezogene Pauschale Psychosomatik/Psychotherapie

Vorstationäre Behandlung (Einzelleistung für medizinisch-technische Großgeräte)

- CV010901 Schlafbezogene Atmungsstörungen bei Erwachsenen, Bayern, erster Behandlungstag
- CV010902 Schlafbezogene Atmungsstörungen bei Erwachsenen, Bayern, zweiter und jeder weitere Behandlungstag
- CV005370 Computergesteuerte Tomographie im Kopfbereich, ggf. einschließlich des kraniozervikalen Übergangs
- CV005731 Ergänzende Serie(n) zu den Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 (z.B. nach Kontrastmitteleinbringung, Darstellung von Arterien als MR-Angiographie)
- CV005733 Zuschlag für computergesteuerte Analyse (z.B. Kinetik, 3D-Rekonstruktion)
- CV005376 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
- CV005377 Zuschlag für computergesteuerte Analyse, einschließlich speziell nachfolgender 3D-Rekonstruktion
- CV005700 Magnetresonanztherapie im Bereich des Kopfes - ggf. einschließlich des Halses -, in zwei Projektionen, davon mindestens eine Projektion unter Einschluss T2-gewichtiger Aufnahmen

Vorstationäre Behandlung (fachabteilungsbezogene Pauschale)

- CV092900 Fallbezogene Pauschale Allgemeine Psychiatrie
- CV093000 Fallbezogene Pauschale Kinder- und Jugendpsychiatrie
- CV093100 Fallbezogene Pauschale Psychosomatik/Psychotherapie

Hinweise zu den Entgeltschlüsseln bei Weitergeltung nach PEPPV 2016

1. Für die in der Anlage 4 der PEPPV 2016 mit Fußnote 3 gekennzeichneten PEPP-Entgelte (Zusatzentgelte) ist nach § 5 Abs. 2 Satz 3 PEPPV 2016 die bisher krankenhausesindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.

Für die Abrechnung dieser PEPP-Entgelte sind die weiter geltenden Entgeltschlüssel zu verwenden, sofern das PEPP-Entgelt für 2015 nicht mit krankenhausesindividuellen Leistungsbeschränkungen oder Spezifikationen vereinbart wurde.

Dies betrifft die PEPP-Entgelte:

ZP2016-01 bis 16, 18 bis 22, 26, 27 und 29 bis 32.

2. PEPP-Entgelte aus der Anlage 3 der PEPPV 2015, die in die Anlage 4 der PEPPV 2016 überführt sind, werden gemäß Fußnote 4 in Anlage 4 nach § 5 Abs. 2 Satz 3 PEPPV 2016 bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarungen mit dem weiter geltenden Entgeltschlüssel und der Entgelthöhe aus 2015 abgerechnet. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.

Dies betrifft folgendes PEPP-Entgelt:

ZP52 - PEPP-Entgelt aus 2015 Gabe von Tocilizumab, parenteral [ZP2016-33]

nachrichtlich: von der Weitergeltung betroffene Entgeltschlüssel:

| | |
|----------|--|
| 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 |

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 | Krankenversicherungsnummer < 6 oder > 12 Stellen unzulässig |
| 20060 | Nachrichtentypen der Datei nicht fortlaufend nummeriert |
| 20061 | Nachrichtentyp-Kennung in UNH nicht in Nachrichtentypentabelle |
| 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 Geschäftsvorfalles nicht 01 |
| 24003 | Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles 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 |
| F12 | 24035 | Segment ENA kann nur 999mal vorkommen |
| | 24036 | Segment EZV kann nur 30mal vorkommen |
| | 24037 | Segment TXT kann nur 10mal vorkommen |
| | 24038 | Segment FAB kann nur 30/999mal vorkommen |
| | 24039 | Segmentgruppe ETL-NDG kann nur 99mal 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, LEI 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 99mal vorkommen | F12 |
| 24070 | Nach PRZ folgt nicht PRZ oder ENA | |
| 24071 | Nach RZA folgt nicht BDG | |
| 24072 | Segment BDG kann nur 30mal vorkommen | |
| 24073 | Nach BDG folgt nicht BDG, PRZ oder ENA | |
| 24074 | Segment LEI kann nur 999mal vorkommen | |
| 24075 | Segment LEI fehlt | F12 |
| 24076 | Segment PVV kann nur 10x vorkommen [ab 1.1.2017] | F13 |
| 24077 | Segment PVT kann nur 25x vorkommen [ab 1.1.2017] | F13 |
| 24078 | Nach PVV folgt nicht PVT oder UNT [ab 1.1.2017] | F13 |
| 24079 | Segment PVV fehlt [ab 1.1.2017] | F13 |
| 24080 | Segment PVT fehlt bei Schlüssel 30 = „KP000“, „MDK02“, „NVI01“, „FV00“ [ab 1.1.2017] | F13 |
| 24081 | Nach letztem PVV folgt nicht UNT [ab 1.1.2017] | F13 |
| 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 |
| F12 | 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 |
| F12 | 30017 | Versichertenart entspricht nicht Schlüssel 12, Teil 1 |
| F12 | 30018 | Besonderer Personenkreis entspricht nicht Schlüssel 12, Teil 2 |
| F12 | 30019 | DMP-Teilnahme entspricht nicht Schlüssel 12, Teil 3 |
| F12 | 30020 | Geburtsdatum fehlt |

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
- 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 \cdot 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 $0,725 \times$ Punktzahl 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“ oder „0003“ 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“ [siehe 34127]~~
- 34107 Gültigkeit der Versichertenkarte nicht JJMM
- 34108 Verarbeitungskennzeichen ungleich „10“ unzulässig bei Nachrichtentyp ZGUT
- 34109 Angabe von Nebendiagnosen für Pseudo-Fachabteilung „0001“, „0002“ und „0003“ 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 Beatmungstunden 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 $0,3625 \times$ Punktzahl im EBM-Katalog
- 34126 Punktzahl entspricht nicht $0,5 \times$ 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 |
| | 34150 | Verarbeitungskennzeichen muss bei AMBO zur Einrichtungsart im Entgeltschlüssel passen |
| | 34151 | Namensangaben in INV und NAD ungleich, obwohl keine Lebendspender-Konstellation |
| | 34152 | Zuzahlungskennzeichen (ambulant) nicht 1, 2, 4, 5 oder 9 |
| | 34153 | Segment ZLG nur für Verarbeitungskennzeichen 05/45 bei Nachrichtentyp AMBO zulässig |
| | 34154 | Unzulässige Angabe von „9999“ im Segment PRZ bei § 115b SGB V |
| | 34155 | ICD beginnt unzulässig numerisch |
| | 34156 | OPS beginnt unzulässig alphanumerisch |
| | 34157 | Prozedur im Segment PRZ enthält unzulässige Sonderzeichen |
| | 34158 | Leistungsart im Segment LEI entspricht nicht Schlüssel 24 |
| F12 | 34159 | Teamnummer (§ 116b neu) fehlt im Vertragskennzeichen |
| F12 | 34160 | Honorar-/Investitionskosten Summe (für Pauschale) mit Wert 0,00 bei § 116b (neu) und öffentlich gefördertem Krankenhaus unzulässig |
| F12 | 34161 | Arztnummer des überweisenden Arztes bei Überweisung in die ASV fehlt |
| F12 | 34162 | Ergänzende Dokumentation schwerer Verlaufsformen entspricht nicht Schlüssel 28 |
| F12 | 34163 | Datum der Überweisung in die ASV fehlt |
| F12 | 34164 | KV-Bezirk fehlt |
| F12 | 34165 | EBM-Version fehlt |
| F12 | 34166 | Diagnoseart ungleich „1“ oder „2“ |
| F12 | 34167 | Teammitgliedsidentifikation fehlt bei Verarbeitungskennzeichen „13“ bzw. „43“ |
| F12 | 34168 | in Honorar-/Investitionskosten Summe für Pauschale enthalten bei Verarbeitungskennzeichen „10“ bzw. „11“ bzw. „30“ ungleich „J“ |
| F12 | 34169 | in Honorar-/Investitionskosten Summe für Pauschale enthalten bei Verarbeitungskennzeichen „13“ bzw. „43“ ungleich „A“ |
| F12 | 34170 | Gennummer bei EBM notwendig und fehlt |
| F12 | 34171 | Anzahl zu Einzelvergütung fehlt |
| F12 | 34172 | Tag der Behandlung (EZV) fehlt |
| F12 | 34173 | Verarbeitungskennzeichen „13“ bzw. „43“ in Kombination mit Schlüssel 22 für Leistungsbereich nach § 116b (alt) nicht zulässig |
| F12 | 34174 | Teamebene entspricht nicht Schlüssel 25 |

| | | |
|-------|---|-----|
| 34175 | Teamebene fehlt | F12 |
| 34176 | KV-Bezirk entspricht nicht Schlüssel 26 | F12 |
| 34177 | lfd. Nummer des Geschäftsvorfalles unzulässig | Na |
| 34178 | Verwendung Ausprägung des Schlüssels 30 durch Krankenhaus nicht zulässig [ab 1.1.2017] | F13 |
| 34179 | Verwendung Ausprägung des Schlüssels 30 durch Krankenkasse nicht zulässig [ab 1.1.2017] | F13 |
| 34180 | Einzelvergütung bei VKZ 13 und 43 darf nicht 05 und/oder 06 sein [ab 1.1.2017] | F13 |
| 34181 | PrüfvV-Text hat Standardwert „Kodierprüfung“ zu enthalten [ab 1.1.2017] | F13 |
| 34999 | Noch nicht spezifizierter Fehler | |

Anhang D zu Anlage 2

EBM-Ziffern

Die EBM-Ziffern sind in der gesonderten, aktuellen „ebm_csv_datei“ aufgelistet.

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/AES.

Nd

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.

1.2 Session-Key

Als Session-Key ist AES (RFC 3565) mit einer Schlüssellänge von 256 Bit und CBC-Betriebsmodus (id-aes256-cbc) vorzusehen. Nd

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.

1.5 RSA Schlüssellänge

Die RSA Schlüssellänge beträgt 2048 Bit (Standard).

1.6 Öffentlicher Exponent des RSA Algorithmus

Als RSA Exponent soll die 4. Fermat Zahl ($2^{16}+1$) gewählt werden (siehe X.509).

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

| | | |
|----|---------------------|--------------------------------|
| Nd | Datenformate: | PKCS#7 |
| | Hash: | SHA-256 |
| | RSA Schlüssellänge: | 2048 Bit |
| | RSA Exponent: | 4. Fermat 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

Ne

Magnetband/Magnetbandkassette:

Die Datenübertragung mittels dieser Datenträger (CD-R/DVD+/-R/USB-Speichermedium) 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 und der Verfahrenskennung

Ne

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“. Die Verfahrenskennung lautet „EKRH0“ für Echtdaten, „TKRH0“ für Testdaten.

Ne

| | | | |
|--------------------|------------------|-----------------|------------------|
| Auftragsdatei 1 | Nutzdatendatei 1 | Auftragsdatei 2 | Nutzdatendatei 2 |
| z.B.: EKRH0007.AUF | EKRH0007 | EKRH0008.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 wiederverwendet.

2.2.1 Format der Auftragsdatei

Der Auftragssatz 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“ (Echtdaten) oder „TKRH“ (Testdaten) 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 |
| 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 |

1. Teil: Allgemeine Beschreibung

| Bezeichnung | Stellen | L | N | T | A | Inhalt/Bemerkung |
|-----------------------------------|---------|----|---|----|---|---|
| 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. Wird vom Absender ausgefüllt. |
| 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 | „I1“: ISO 8859-1, „I5“: ISO 8859-15 „I7“: ISO 7-bit, „I8“: 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) „03“ PKCS#7-Format |
| ELEKTRONISCHE UNTERSCHRIFT | 209–210 | 2 | A | N | M | „00“ keine „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: Null |
| Wiederholung | 228–229 | 2 | K | N | K | Inhalt: Null |
| Übertragungsweg | 230 | 1 | K | N | K | Inhalt: Null |

**3. Teil: Spezifische Informationen für das KKS-Verfahren
Felder dürfen vom Absender nicht ausgefüllt werden.**

| Bezeichnung | Stellen | L | N | T | A | Beschreibung |
|-----------------------|---------|----|---|----|---|--------------|
| Verzögerter Versand | 231–240 | 10 | K | N | K | Inhalt: Null |
| Info und Fehlerfelder | 241–246 | 6 | K | N | K | Inhalt: Null |
| Variables Info-Feld | 247–274 | 28 | K | AN | K | leer |

**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 |
| DATEI_BEZEICHNUNG | 319–348 | 30 | I | AN | K | Zusatzinformationen zur Datei |

5. Teil: Spezifische Information zur Verschlüsselung

- Ne Die Informationen für die Verschlüsselung (~~DES~~-Session-Key, usw.) 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. Ne

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 (alt)

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 |
| Arztnummer 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-/Verlegungsuhrzeit | 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) |

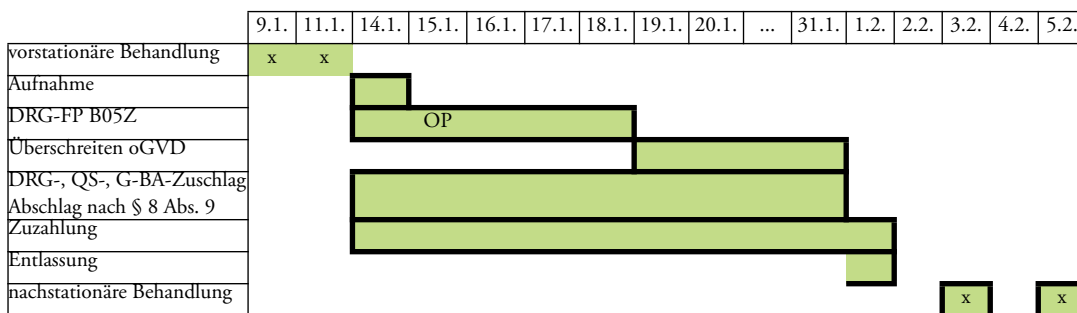
| | | |
|--------------------------|-------------|--|
| vorstat. Fallpauschale | EUR 114,02 | Entgeltschlüssel: 41092800 |
| DRG-FP B05Z | EUR 1064,80 | Entgeltschlüssel: 7010B05Z (Bew.Rel.: 0,484) |
| Entgelt wg. oGVD | EUR 140,80 | Entgeltschlüssel: 7110B05Z (Bew.Rel.: 0,064) |
| Abschlag nach § 8 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
Bei der Prüfung, ob die nachstationäre Behandlung neben einer DRG abgerechnet werden kann, werden vor- und nachstationäre Behandlungstage berücksichtigt.

| | | |
|---|-------------------|---------------------------------|
| 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 |
| Arztnummer 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+KOUB: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-/Verlegungsuhrzeit | 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 Krankenversichertenkarte, 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:07:00:00 '
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-/Verlegungsurzeit | 0600 |
| Entlassungs-/Verlegungsgrund | 129 |
| Fachabteilung | 2500 |
| Hauptdiagnose | P07.12 |
| Segment Entlassung/Verlegung | ETL |
| Tag der Entlassung/Verlegung | 20080104 |
| Entlassungs-/Verlegungsurzeit | 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-/Verlegungsurzeit | 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:07:00:00 '
 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 |
| | <i>erster Tag mit Abschlag: 1, mittlere VD: 6,9 Tage</i> | |
| 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) |
| | <i>mittlere VD: 6,9 Tage, erster Tag mit Zuschlag: 16</i> | |
| 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) |

| | 2.1. | 3.1. | 4.1. | 5.1. | 6.1. | 7.1. | 8.1. | 9.1. | 10.1. | 11.1. | 12.1. | ... | ... | 19.1. | 20.1. | 21.1. |
|--------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|-------|-------|-----|-----|-------|-------|-------|
| Aufnahme | ■ | | | | | | | | | | | | | | | |
| DRG-FP I57C | OP | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | |
| Abschlag wg. Verlegung | | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | |
| DRG-, QS-, G-BA-Zuschlag | | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | |
| Abschlag nach § 8 Abs. 9 | | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | |
| Zuzahlung | | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | |
| Verlegung | | | | | ■ | | | | | | | | | | | |
| Rückverlegung | | | | | | | | | ■ | | | | | | | |
| DRG-FP I57C | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| 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. | 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+KOUR: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-/Verlegungsuhrzeit | 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-/Verlegungsuhrzeit | 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-/Verlegungsuhrzeit | 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-/Verlegungsuhrzeit | 1000 |
| Entlassungs-/Verlegungsgrund | 189 |
| Fachabteilung | 0001 |
| Hauptdiagnose | S82.81:L |
| Segment Entlassung/Verlegung | ETL |
| Tag der Entlassung/Verlegung | 20080121 |
| Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit | 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

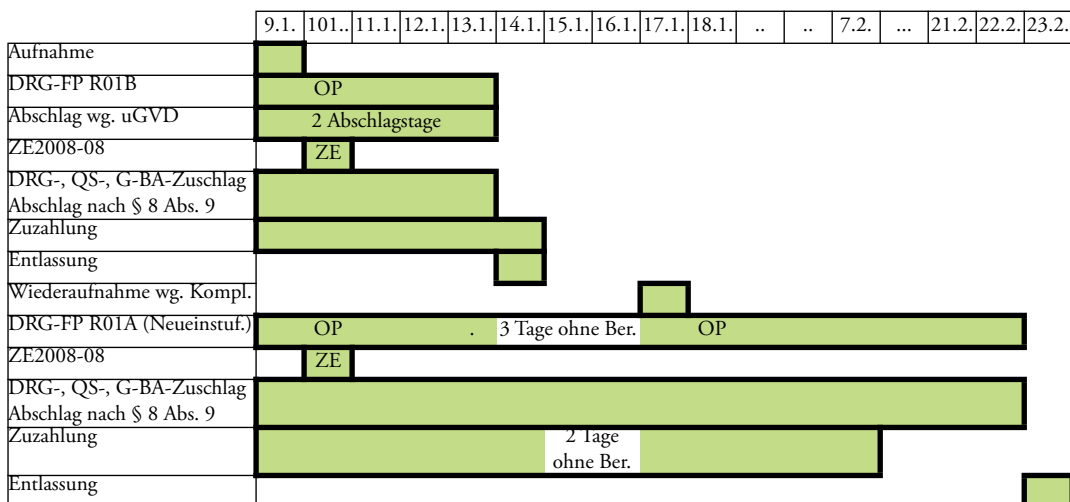
UNH+00001+RECH:07:000:00 '
 FKT+10+03+260500005+100500016 '
 INV+123456005+10001+0812+2008-00005+00005+AZ00005 '
 NAD+Beispielname5+Beispielvorname5+m '
 CUX+EUR '
 REC+RE20080005b+20080123+02+20080102+2108,44 '
 ZLG+160,00+2 '
 FAB+2300 '
 FAB+0300 '
 ENT+7010I57C+2277,00+20080102+20080120+1+4 '
 ENT+47200002+11,39+20080102+20080120+1 '
 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 |
| Arzt Nummer 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+KOUB: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-/Verlegungsurzeit | 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:07:00:00 '
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+KOUB: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 |
| Arzt Nummer 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-/Verlegungsuhrzeit | 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-/Verlegungsuhrzeit | 1000 |
| Entlassungs-/Verlegungsgrund | 209 |
| Fachabteilung | 0002 |
| Hauptdiagnose | C85.1 |
| Segment Entlassung/Verlegung | ETL |
| Tag der Entlassung/Verlegung | 20080223 |
| Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit | 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 Entgeltschlüssel: 7010H62B (Bew.Rel.: 0,915)
 Abschlag bei Verlegung EUR 184,80 Entgeltschlüssel: 7210H62B (Bew.Rel.: 0,084)
 Abschlag nach § 8 Abs. 9 EUR 8,22 Entgeltschlüssel: 47200002 (0,5 v.H.)
 QS-Zuschlag EUR 1,48 Entgeltschlüssel: 46007000
 GBA-Zuschlag EUR 0,64 Entgeltschlüssel: 47100001
 DRG-Systemzuschlag EUR 0,90 Entgeltschlüssel: 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 Entgeltschlüssel: 78999999, mit DRG-FP abgegolten
 teilstat. tagesbez. Entgelt EUR 200,00 Entgeltschlüssel: 85070009, individuell vereinbart
 Abschlag nach § 8 Abs. 9 EUR 4,00 Entgeltschlüssel: 47200002 (0,5 v.H.)

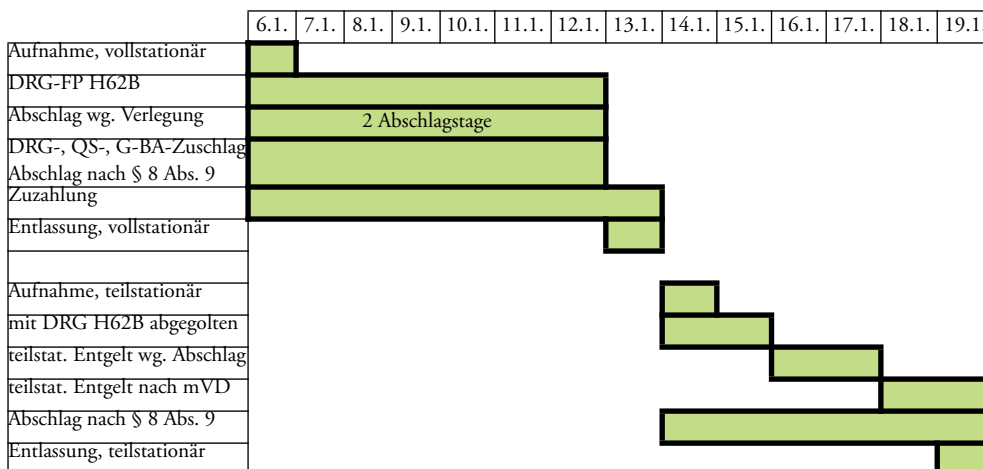
Teilstat. Behandlungstage

–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-/Verlegungsurzeit | 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 |
| Arztnummer 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+K0UB: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-/Verlegungsuhrzeit | 1600 |
| Entlassungs-/Verlegungsgrund | 019 |
| Fachabteilung | 0100 |
| Hauptdiagnose | D62 |
| Segment Nebendiagnose | NDG |
| Nebendiagnose | K70.3 |
| Segment Fachabteilung | FAB |
| Fachabteilung | 0100 |
| Diagnose | D62 (kann hier auch entfallen) |
| 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 | 789999999 |
| 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 |
| Zahnarzt Nummer 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 BPfIV

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. | 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 Aufnahmeuhrzeit 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. Wurde 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. | 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 |
| 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) |
| | | | |

| Nachrichtentyp | VKZ | lfd.-Nr. | Beschreibung |
|----------------|-----|----------|---|
| 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. | 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 Änderungsmeldung (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 |
| 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 08 10 11 12 16 17 18 19 | 01 | A | 02 | Erstmeldung |
| AMBO | 05 06 07 08 10 11 12 16 17 18 19 | 02 | A | 04 | Gutschrift/Storno |
| AMBO | 05 06 07 08 10 11 12 16 17 18 19 | 03 | B | 02 | Erstmeldung mit Korrektur |
| Fallstorno | | | | | |
| AMBO | 05 06 07 08 10 11 12 16 17 18 19 | 01 | A | 02 | Erstmeldung |
| AMBO | (30-34, 36-39, 45-48) | 01 | A | 02 | Fallstorno |
| Fehlerhafte Meldung | | | | | |
| AMBO | 05 06 07 08 10 11 12 16 17 18 19 | 01 | A | 02 | Erstmeldung mit Fehler |
| AMBO(FHL) | 05 06 07 08 10 11 12 16 17 18 19 | 01 | A | 02 | Fehlermeldung |
| AMBO | 05 06 07 08 10 11 12 16 17 18 19 | 01 | A | 02 | Erstmeldung ohne Fehler |
| Fehlerhafte Gutschrift | | | | | |
| AMBO | 05 06 07 08 10 11 12 16 17 18 19 | 01 | A | 02 | Erstmeldung |
| AMBO | 05 06 07 08 10 11 12 16 17 18 19 | 02 | A | 04 | Gutschrift/Storno mit Fehler |
| AMBO(FHL) | 05 06 07 08 10 11 12 16 17 18 19 | 02 | A | 04 | Fehlermeldung |
| AMBO | 05 06 07 08 10 11 12 16 17 18 19 | 02 | A | 04 | Gutschrift/Storno ohne Fehler |
| AMBO | 05 06 07 08 10 11 12 16 17 18 19 | 03 | B | 02 | Erstmeldung Korrektur |
| Gutschrift einer fehlerhaften Meldung durch das Krankenhaus; Fehlermeldung zur ersten Meldung und zur Gutschrift (kein gutschreibender Datensatz vorhanden) durch die Krankenkasse | | | | | |
| | | | | | |

| Nachrichtentyp | VKZ | lfd.-Nr. | Rechnungsnummer | Rechnungsart | Beschreibung |
|----------------|--|----------|-----------------|--------------|---|
| AMBO | 05 06 07 08 10 11 12 16 17 18 19 | 01 | A | 02 | Erstmeldung mit Fehler |
| AMBO(FHL) | 05 06 07 08 10 11 12 16 17 18 19 | 01 | A | 02 | Fehlermeldung |
| AMBO | 05 06 07 08 10 11 12 16 17 18 19 | 02 | A | 04 | Gutschrift/Storno |
| AMBO(FHL) | 05 06 07 08 10 11 12 16 17 18 19 | 02 | A | 04 | Fehlermeldung (gutzuschreibende Rechnung nicht vorhanden) |
| AMBO | 05 06 07 08 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

Schlüsselfortschreibung vom 13.9.2016 mit Wirkung zum 1.1.2016

Schlüsselfortschreibung vom 13.9.2016 zum 20.9.2016
mit Wirkung zum 1.1.2016
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 2016)****Unbewertete Zusatzentgelte nach Anlage 4 und 6 FPV 2016**

| | |
|----------|---|
| 76097390 | ZE2016-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor VIII, Porciner Faktor, Obizur, je 500 Einheiten |
| 76097391 | ZE2016-98 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor VIII, Porciner Faktor, Obizur, je 500 Einheiten |
| 76097392 | ZE2016-110 Gabe von Tocilizumab, subkutan, je Fertigspritze 162 mg; OPS 6-005.n* |
| 76097394 | ZE2016-03 ECMO und PECLA, 576 bis unter 800 Stunden; OPS 8-852.0a |
| 76097395 | ZE2016-03 ECMO und PECLA, 800 bis unter 1000 Stunden; OPS 8-852.0a |
| 76097396 | ZE2016-03 ECMO und PECLA, 1000 Stunden und mehr; OPS 8-852.0a |
| 76097397 | ZE2016-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Plasmatischer Faktor VIII oder Von-Willebrand-Faktor; OPS 8-810.9* oder 8-810.d* |
| 76097398 | ZE2016-98 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren, Plasmatischer Faktor VIII oder Von-Willebrand-Faktor; OPS 8-810.9* oder 8-810.d* |
| 76097399 | ZE2016-111 Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral, je mg; OPS 6-005.d* |
| 76097400 | ZE2016-112 Gabe von Abirateronacetat, oral, je mg; OPS 6-006.2* |
| 76097401 | ZE2016-77 Gabe von Lenalidomid, oral, je mg bei Verwendung einer 20 mg-Tablette; OPS 6-003.g* |
| 76097402 | ZE2016-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor VIII, Obizur, je Einheit; OPS 8-810.8* |
| 76097403 | ZE2016-98 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor VIII, Obizur, je Einheit; OPS 8-810.8* |
| 76097404 | ZE2016-114 Gabe von Ipilimumab, parenteral, je 50 mg; OPS 6-006.3* |
| 76097405 | ZE2016-77 Gabe von Lenalidomid, oral, Schachtel 21 x 20 mg, pro 1 mg |
| 76097406 | ZE2016-25 Modulare Endoprothesen, Radiuskopfprothese; OPS 5-829.k |
| 76097407 | ZE2016-25 Modulare Endoprothesen, Radiuskopfprothese; OPS 5-829.m |
| 76097393 | ZE2016-25 Modulare Endoprothesen, Implantation Abstandshalter in Verbindung mit Metallischem Knochenersatz > 15 cm; OPS 5-829.k oder 5-829.m in Verbindung mit OPS 5-829.9 in Verbindung mit OPS 5-828.0 oder 5-828.1* oder 5-828.3 oder 5-828.4* |
| 76097408 | ZE2016-25 Modulare Endoprothesen, Implantation Abstandshalter in Verbindung mit Metallischem Knochenersatz > 15 cm; OPS 5-829.k oder 5-829.m in Verbindung mit OPS 5-829.9 in Verbindung mit OPS 5-828.0 oder 5-828.1* oder 5-828.3 oder 5-828.4* |
| 76097409 | ZE2016-66 Enzymersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Agalsidase beta, 5 mg; OPS 6-003.7 |
| 76097412 | ZE2016-114 Gabe von Ipilimumab, parenteral, je 200 mg |
| 76097413 | ZE2016-105 Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten, je 1 mg; OPS 6-007.1* |
| 76097414 | ZE2016-107 Medikamente-freisetzende bioresorbierbare Koronarstents, mit Magnesium-Beschichtung; OPS 8-83d.0* |
| 76097415 | ZE2016-107 Medikamente-freisetzende bioresorbierbare Koronarstents, ohne Magnesium-Beschichtung; OPS 8-83d.0* |
| 76097416 | ZE2016-62 Mikroaxial-Blutpumpe, Fördermenge bis 2,5 l; OPS 8-839.42 oder 8-839.43 |
| 76097417 | ZE2016-62 Mikroaxial-Blutpumpe, Fördermenge mehr als 2,5 l; OPS 8-839.42 oder 8-839.43 |

Zusatzentgelte nach § 6 Abs 2 KHEntgG

| | |
|----------|--|
| 76198416 | Bioaktive Coils, zur intrakraniellen Aneurysmathherapie, erster Coil; OPS 8-83b.31 in Verbindung mit OPS 8-836.m0 in Verbindung mit OPS 8-836.n1 |
| 76198417 | Bioaktive Coils, zur intrakraniellen Aneurysmathherapie, ab 2. Coil, je Coil; OPS 8-83b.31 in Verbindung mit OPS 8-836.m0 in Verbindung mit OPS 8-836.n* |

| | |
|----------|--|
| 76198419 | Volumencoils zur Aneurysmatherapie, ab 2. Coil, je Coil; OPS 8-83b.35 in Verbindung mit OPS 8-836.m0 in Verbindung mit OPS 8-836.n* |
| 76198359 | Volumencoils zur Aneurysmatherapie, intrakraniell, 21 und mehr Coils; OPS 8-836.m0 in Verbindung mit OPS 8-83b.35 in Verbindung mit OPS 8-836.np oder 8-836.nq oder 8-836.nr oder 8-836.ns oder 8-836.nt oder 8-836.nu oder 8-836.nv oder 8-836.nw |
| 76198425 | Idarucizumab, je Spritze |
| 76198426 | Panobinostat, je Kapsel |
| 76198427 | Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe mit Membranoxygenierung, singuläre doppellumige Kanüle |
| 76198428 | Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe mit Membranoxygenierung, doppellumige jugulare sowie femorale Kanüle |
| 76198429 | Überlange Coils, intrakranielle Aneurysmatherapie, je Coil; OPS 8-83b.32 in Verbindung mit OPS 8-836.m0 in Verbindung mit OPS 8-836.n* |
| 76198430 | Bioaktive Coils, zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, je Coil; OPS 8-836.m0 in Verbindung mit OPS 8-83b.30 oder 8-83b.31 oder 8-83b.39 in Verbindung mit OPS 8-836.n* |
| 76198431 | Daratumumab, je mg |
| 76198432 | Ereignisrekorder, implantierbar, gemeinsam mit Ablation, Ereignisrekorder besonders klein; OPS 5-377.8 |
| 76198433 | Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung, LVAD mit einer doppellumige Kanüle Zugang via Jugular-Vene, je Stück |
| 76198434 | Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung, LVAD mit links-atrialer u. femoraler Kanüle, linker Ventrikel, je Stück |
| 76198435 | Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung, RVAD mit doppellumiger Kanüle u. zweiter PA Kanüle, je Stück |
| 76198436 | Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung, RVAD doppellumige Kanüle, Zugang via Jugular-Vene, je Stück |
| 76198437 | Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung, RVAD mit zwei Kanülen, Zugang via femorale Venen, Je Stück |
| 76198438 | Katheterbasiertes Implantat zur Behandlung linksventrikulärer kardialer Motilitätsstörungen, Parachute-System, je Implantat |
| 76198439 | Ausschaltung von Aortenaneurysmen mit der Chimney-Technik, 2. Stent |
| 76198440 | Ausschaltung von Aortenaneurysmen mit der Chimney-Technik, jeder weitere Stent |
| 76198441 | Golimumab, subkutan, je 1000 mg bei Verwendung von 50 mg Fertigspritzen |
| 76198442 | Golimumab, subkutan, je 1000 mg bei Verwendung von 100 mg Fertigspritzen |
| 76198443 | Ponatinib, bei Verwendung der 45 mg Tabletten, je 1000 mg |
| 76198444 | Ponatinib, bei Verwendung der 15 mg Tabletten, je 1000 mg |
| 76198445 | Idarucizumab, je 1000 mg |
| 76198446 | Nivolumab, je 1000 mg |
| 76198447 | Isavuconazol, intravenös, je 1000 mg |
| 76198448 | Isavuconazol, oral, je 1000 mg |
| 76198449 | Pembrolizumab, je 1000 mg |
| 76198450 | Carfilzomib, je 1000 mg |
| 76198451 | Ruxolitinib, je 1000 mg bei Gabe der 5 mg Tabletten |
| 76198452 | Ruxolitinib, je 1000 mg bei Gabe der 10 mg Tabletten |
| 76198453 | Ruxolitinib, je 1000 mg bei Gabe der 15 mg Tabletten |
| 76198454 | Ruxolitinib, je 1000 mg bei Gabe der 20 mg Tabletten |
| 76198455 | Ceritinib, je 1000 mg |
| 76198456 | Olaparib, je 1000 mg |
| 76198457 | Vandetanib, je 1000 mg bei Gabe der 100 mg Tabletten |
| 76198458 | Vandetanib, je 1000 mg bei Gabe der 300 mg Tabletten |
| 76198459 | Blinatumomab, je 1000 µg |
| 76198460 | Cobimetinib, je 1000 mg |
| 76198461 | Teduglutid, je 1000 mg |
| 76198462 | Idarucizumab, je Gramm |
| 76198463 | Ausschaltung von Aortenaneurysmen mit der Chimney-Technik, drei Stents und mehr, je Stent |
| 76198464 | Ausschaltung von Aortenaneurysmen mit der Chimney-Technik, Ergänzende Festlegungen, für zwei Stents |

- 76198465 Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe mit Membranoxygenierung, je Stück
- 76198466 Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe mit Membranoxygenierung, tragbar, je Stück
- 76198467 Defibrotide, je 10 mg
- 76198468 Ivacaftor, 50 mg Granulatbeutel; OPS 6-006.d
- 76198469 Ivacaftor, 75 mg Granulatbeutel; OPS 6-006.d
- 76198470 Idarucizumab, je 50 mg
- 76198471 Lutetium-177-Pentixafor-Therapie, je Intervention
- 76198472 Cholsäure zur Behandlung eines 3-beta-Hydroxy-delta-5-C27-Steroid-Oxidoreduktase- oder eines delta-4-3-Oxosteroid-5-beta-Reduktase-Mangels, je angefangener 50 mg Wirkstoff
- 76198473 Akustikusneurinomoperation mit gleichzeitiger Cochlea-Implantation5, je Operation
- 76198474 Ramucirumab, je 600 mg
- 76198475 Aflibercept, intravenös, je 300 mg; OPS 6-007.3
- 76198476 Trametinib, bei Gabe der 0,5 mg Tabletten, je mg
- 76198477 Trametinib, bei Gabe der 2 mg Tablette, je mg
- 76198478 Asfotase alfa, je mg
- 76198479 Radionuklidtherapie mit Jod-131-Azetidinylamid bei metastasiertem Nebennierenrindenzarzinom, je Leistung
- 76198480 Gecoverte Endoprothesen mit bioaktiver Oberfläche zur Dialyse-Shunt-Revision, je Endoprothese
- 76198481 Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe mit Membranoxygenierung, je Leistung
- 76198482 Cabozantinib, je angefangene 140 mg
- 76198483 Lenvatinib, je angefangene 24 mg
- 76198420 Antikörperbeschichteter, medikamentenfreisetzender Koronarstent, zwei und mehr Stents; OPS 8-837.m* in Verbindung mit OPS 8-837.w* in Verbindung mit OPS 8-83b.e2
- 76198421 Tafamidis, Meglumin, je 1000 mg
- 76198422 Radionuklidtherapie mit Lutetium-177-markiertem prostataspezifischen Membranantigen (PSMA) bei Prostatakarzinom, je GBq, je Leistung; OPS 8-530.d0
- 76198423 Radionuklidtherapie mit Lutetium-177-markiertem prostataspezifischen Membranantigen (PSMA) bei Prostatakarzinom, je angefangene GBq
- 76198424 Radionuklidtherapie mit Lutetium-177-markiertem prostataspezifischen Membranantigen (PSMA) bei Prostatakarzinom, je Fall
- 76198484 Radionuklidtherapie mit Lutetium-177-markiertem prostataspezifischen Membranantigen (PSMA) bei Prostatakarzinom, je Behandlung
- 76198485 Radionuklidtherapie mit Lutetium-177-markiertem prostataspezifischen Membranantigen (PSMA) bei Prostatakarzinom, je appliziertem GBq
- 76198486 Ausschaltung von Aortenaneurysmen mit der Chimney-Technik, Stent 20 mm, zwei und mehr Stents
- 76198487 Ausschaltung von Aortenaneurysmen mit der Chimney-Technik, Stent 30 mm, zwei und mehr Stents
- 76198488 Ausschaltung von Aortenaneurysmen mit der Chimney-Technik, Stent 40 mm, zwei und mehr Stents
- 76198489 Ausschaltung von Aortenaneurysmen mit der Chimney-Technik, Stent 60 mm, zwei und mehr Stents
- 76198490 Ausschaltung von Aortenaneurysmen mit der Chimney-Technik, Stent 80 mm, zwei und mehr Stents
- 76198491 Ausschaltung von Aortenaneurysmen mit der Chimney-Technik, Stent 100 mm, zwei und mehr Stents
- 76198492 Ausschaltung von Aortenaneurysmen mit der Chimney-Technik, Stent 120 mm, zwei und mehr Stents
- 76198493 Ausschaltung von Aortenaneurysmen mit der Chimney-Technik, 2 Stents; OPS 5-38a.12 oder 5-38a.14 oder 5-38a.1e oder 5-38a.40 oder 5-38a.70 oder 5-38a.80
- 76198494 Ausschaltung von Aortenaneurysmen mit der Chimney-Technik, 3 Stents; OPS 5-38a.12 oder 5-38a.14 oder 5-38a.1e oder 5-38a.40 oder 5-38a.70 oder 5-38a.80
- 76198495 Ausschaltung von Aortenaneurysmen mit der Chimney-Technik, 4 Stents; OPS 5-38a.12 oder 5-38a.14 oder 5-38a.1e oder 5-38a.40 oder 5-38a.70 oder 5-38a.80
- 76198496 Ausschaltung von Aortenaneurysmen mit der Chimney-Technik, 5 Stents; OPS 5-38a.12 oder 5-38a.14 oder 5-38a.1e oder 5-38a.40 oder 5-38a.70 oder 5-38a.80
- 76198497 Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe mit Membranoxygenierung, mit direktem pulmonalen Auswurf (RA-PA ECMO), singulärer doppellumiger Kanüle und aktiver Rechtsherzentlastung; OPS 8-839.a*
- 76198498 Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe mit Membranoxygenierung, mit direktem pulmonalen Auswurf (RA-PA ECMO), doppellumiger jugularer sowie femoraler Kanüle und aktiver Rechtsherzentlastung; OPS 8-839.a*

Anhang B zu Anlage 2 Teil II: Entgeltarten ambulant**Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V****Behandlungspauschalen**

| | |
|----------|--|
| 22000760 | Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung), Einbeziehung Bezugspersonen |
| 22000770 | Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung), Einbeziehung Bezugspersonen |
| 22000780 | Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, große Gruppe), Einbeziehung Bezugspersonen |
| 22000790 | Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, große Gruppe), Einbeziehung Bezugspersonen |
| 22000800 | Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Kurzzeittherapie, kleine Gruppe), Einbeziehung Bezugspersonen |
| 22000810 | Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Langzeittherapie, kleine Gruppe), Einbeziehung Bezugspersonen |
| 22000820 | Analytische Psychotherapie (Einzelbehandlung), Einbeziehung Bezugspersonen |
| 22000830 | Analytische Psychotherapie (große Gruppe), Einbeziehung Bezugspersonen |
| 22000840 | Analytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (kleine Gruppe), Einbeziehung Bezugspersonen |
| 22000850 | Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung), Einbeziehung Bezugspersonen |
| 22000860 | Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung), Einbeziehung Bezugspersonen |
| 22000870 | Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, kleine Gruppe), Einbeziehung Bezugspersonen |
| 22000880 | Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, kleine Gruppe), Einbeziehung Bezugspersonen |
| 22000890 | Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, große Gruppe), Einbeziehung Bezugspersonen |
| 22000900 | Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, große Gruppe), Einbeziehung Bezugspersonen |

Pauschale nach Katalog

| | |
|----------|-------------------------------|
| 25101285 | Radium-223-Dichlorid-Therapie |
|----------|-------------------------------|

Quartalspauschale

| | |
|----------|--|
| 21050241 | Kinder und Jugendliche, Infektologie, ärztliche Leistung |
| 21050251 | Kinder und Jugendliche, Sonografie, ärztliche Leistung |
| 21050261 | Kinder und Jugendliche, Immunologie, ärztliche Leistung |
| 21050271 | Kinder und Jugendliche, Stoffwechselambulanz, ärztliche Leistung |
| 21050281 | Kinder und Jugendliche, Kinderorthopädie, ärztliche Leistung |
| 21050291 | Kinder und Jugendliche, Pädiatrie, Zusatzpauschale, ärztliche Leistung |
| 21050301 | Kinder und Jugendliche, Kinderneurochirurgie, ärztliche Leistung |
| 21050311 | Kinder und Jugendliche, Kinderthoraxchirurgie, ärztliche Leistung |

Tagespauschale

| | |
|----------|--|
| 23050040 | Intestinale Reha, Kinder und Jugendliche |
|----------|--|

Ambulanzen an Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG - § 117 Abs. 2 SGB V**Behandlungspauschale**

| | |
|----------|--|
| 72000760 | Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung), Einbeziehung Bezugspersonen |
| 72000770 | Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung), Einbeziehung Bezugspersonen |

| | |
|----------|--|
| 72000780 | Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, große Gruppe), Einbeziehung Bezugspersonen |
| 72000790 | Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, große Gruppe), Einbeziehung Bezugspersonen |
| 72000800 | Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Kurzzeittherapie, kleine Gruppe), Einbeziehung Bezugspersonen |
| 72000810 | Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Langzeittherapie, kleine Gruppe), Einbeziehung Bezugspersonen |
| 72000820 | Analytische Psychotherapie (Einzelbehandlung), Einbeziehung Bezugspersonen |
| 72000830 | Analytische Psychotherapie (große Gruppe), Einbeziehung Bezugspersonen |
| 72000840 | Analytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (kleine Gruppe), Einbeziehung Bezugspersonen |
| 72000850 | Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung), Einbeziehung Bezugspersonen |
| 72000860 | Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung), Einbeziehung Bezugspersonen |
| 72000870 | Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, kleine Gruppe), Einbeziehung Bezugspersonen |
| 72000880 | Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, kleine Gruppe), Einbeziehung Bezugspersonen |
| 72000890 | Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, große Gruppe), Einbeziehung Bezugspersonen |
| 72000900 | Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, große Gruppe), Einbeziehung Bezugspersonen |

Anhang B zu Anlage 2 Teil III: Entgeltarten nach PEPPV 2016**PEPP-Entgeltkatalog 2016: Zusatzentgelte-Katalog, unbewertete Entgelte (Anlage 4)****fallbezogen, krankenhausindividuell, stationär**

| | |
|----------|--|
| C920000R | ZP2016-13 Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga, Dotatoc, intravenös, fallbezogen; OPS 8-530.60 |
| C920000S | ZP2016-13 Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga, Dotatoc, intraarteriell, fallbezogen; OPS 8-530.a0 |
| C920000T | ZP2016-13 Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga, Dotatate, intravenös mit Yttrium, fallbezogen; OPS 8-530.60 |
| C920000U | ZP2016-13 Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga, Dotanoc, intravenös, fallbezogen; OPS 8-530.60 |
| C920000V | ZP2016-13 Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga, Dotanoc, intraarteriell, fallbezogen; OPS 8-530.60 |
| C920000W | ZP2016-13 Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga, Dotatate, intraarteriell mit Yttrium, fallbezogen; OPS 8-530.a0 |
| C920000X | ZP2016-13 Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga, Dotatate, intraarteriell mit Lutetium, fallbezogen; OPS 8-530.a0 |
| C920000Y | ZP2016-33 Gabe von Tocilizumab, subkutan, je Fertigspritze, je 162 mg, fallbezogen; OPS 6-005.n* |
| C920000Z | ZP2016-35 Gabe von Abirateronacetat, oral, je 250mg Tablette, 6-006.*, fallbezogen |
| C9200011 | ZP2016-05 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral, Thymoglobulin, je 25 mg, fallbezogen; OPS 8-812.3 |

Anhang D zu Anlage 2 – EBM

| EBM Ziffer | EBM Bezeichnung | Punkt-zahl | EBM Betrag | Zusatz-kennzeichen | gültig ab | gültig bis |
|------------|--|------------|------------|--------------------|-----------|------------|
| 11304 | Schriftliches wissenschaftlich begründetes ärztliches Gutachten zum Antrag des Versicherten auf Durchführung einer Mutationssuche nach den Gebührenordnungspositionen 11449 oder 11514 | 600 | | | 20160701 | 99991231 |
| 19406 | Schriftliches wissenschaftlich begründetes ärztliches Gutachten zum Antrag des Versicherten auf Durchführung einer Mutationssuche nach der Gebührenordnungsposition 19425 | 500 | | | 20160701 | 99991231 |
| 19439 | Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 19435 für die Quantifizierung patientenspezifischer rearrangierter TCR- oder IG-Regionen zum Nachweis klonaler Genumlagerungen | 1973 | | | 20160701 | 99991231 |
| 32097 | BNP und/oder NT-Pro-BNP | | 25,00 | | 20080101 | 20160930 |
| 32097 | Untersuchung des/der natriuretischen Peptides/Peptide BNP und/oder NT-Pro-BNP und/oder MR-Pro-ANP | | 19,40 | | 20161001 | 99991231 |
| 32528 | Nachweis eines HLA-Antigens | | 15,60 | | 20090101 | 20160630 |
| 32529 | HLA - Typisierung | | 76,70 | | 20080101 | 20160630 |
| 32531 | HLA - Verträglichkeit, serologisch | | 42,90 | | 20080101 | 20160630 |
| 32536 | Höchstwert für die Untersuchungen nach der Nr. 32528 | | 62,40 | | 20090101 | 20160630 |
| 32862 | HLA-B27 | | 30,00 | | 20090101 | 20160630 |
| 32865 | Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2D6-Metabolisierungsstatus vor Gabe von Inhibitoren der Glukozerebrosid-Synthase bei Morbus Gaucher Typ 1 gemäß der Zusammenfassung der Merkmale eines Arzneimittels (Fachinformation) | | 308,50 | | 20160701 | 99991231 |
| 32901 | Ausschluss einer Expressionsvariante, je Genort | | 21,10 | | 20160701 | 99991231 |
| 32902 | Typisierung eines HLA Klasse I Genortes HLA-A, -B oder -C in Einfeldauflösung mit Split-äquivalenter Zweifeldauflösung | | 115,00 | | 20160701 | 99991231 |
| 32904 | Typisierung eines HLA Klasse I Genortes HLA-A, -B oder -C in Zweifeldauflösung bei bekannter Einfeldauflösung | | 150,00 | | 20160701 | 99991231 |
| 32906 | Typisierung eines HLA Klasse II Genortes HLA-DR, -DQ oder -DP in Einfeldauflösung mit Split-äquivalenter Zweifeldauflösung | | 72,00 | | 20160701 | 99991231 |
| 32908 | Typisierung eines HLA Klasse II Genortes HLA-DR, -DQ oder -DP in Zweifeldauflösung bei bekannter Einfeldauflösung | | 115,00 | | 20160701 | 99991231 |
| 32910 | Transplantations-Cross-Match mittels Lymphozytotoxizitäts-Test (LCT), je Spender | | 42,90 | | 20160701 | 99991231 |
| 32911 | Erweitertes Transplantations-Cross-Match | | 78,30 | | 20160701 | 99991231 |
| 32931 | HLA-B27 | | 30,00 | | 20160701 | 99991231 |
| 32932 | Molekulargenetischer Nachweis eines krankheitsrelevanten HLA-Merkmals in Einfeldauflösung | | 33,00 | | 20160701 | 99991231 |
| 32935 | Serologische HLA-Typisierung der Klasse I Antigene HLA-A, -B und -C, je Krankheitsfall | | 76,70 | | 20160701 | 99991231 |
| 32937 | Typisierung eines HLA Klasse I Genortes HLA-A, -B oder -C in Einfeldauflösung mit Split-äquivalenter Zweifeldauflösung | | 150,00 | | 20160701 | 99991231 |
| 32945 | Typisierung des HPA-1- und HPA-5-Merkmals auf die Allele a und b | | 60,00 | | 20160701 | 99991231 |

| EBM Ziffer | EBM Bezeichnung | Punkt-zahl | EBM Betrag | Zusatz-kennzeichen | gültig ab | gültig bis |
|-------------------|--|-------------------|-------------------|---------------------------|------------------|-------------------|
| 32946 | Typisierung weiterer HPA-Merkmale auf die Allele a und b | | 90,00 | | 20160701 | 99991231 |
| 32947 | Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) von Thrombozyten in einem komplementunabhängigen Testsystem unter Verwendung von immobilisierten HLA-Antigenen und Thrombozytenantigenen | | 42,90 | | 20160701 | 99991231 |
| 37100 | Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für die Betreuung von Patienten gemäß Präambel 37.1 Nr. 3 und gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä | 125 | | | 20160701 | 99991231 |
| 37102 | Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01410 oder 01413 für die Betreuung von Patienten gemäß Präambel 37.1 Nr. 3 und gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä | 125 | | | 20160701 | 99991231 |
| 37105 | Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt gemäß Anlage 27 BMV-Ä | 275 | | | 20160701 | 99991231 |
| 37113 | Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01413 für den Besuch eines Patienten in einem Pflegeheim, mit dem ein Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V besteht, der die Anforderungen der Anlage 27 zum BMV-Ä erfüllt | 106 | | | 20160701 | 99991231 |
| 37120 | Fallkonferenz gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä | 64 | | | 20160701 | 99991231 |
| 38100 | Gebührenordnungsposition einschl. Wegekosten - entfernungsunabhängig - für das Aufsuchen eines Patienten durch einen vom behandelnden Arzt beauftragten angestellten Mitarbeiter der Arztpraxis zur Verrichtung medizinisch notwendiger delegierbarer Leistungen, je Sitzung | 76 | | | 20160701 | 99991231 |
| 38105 | Gebührenordnungsposition einschl. Wegekosten - entfernungsunabhängig - für das Aufsuchen eines weiteren Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (auch z. B. Alten- oder Pflegeheim) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit dem Aufsuchen eines Patienten nach der Gebührenordnungsposition 38100, je Sitzung | 39 | | | 20160701 | 99991231 |
| 38200 | Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 38100 für den Besuch und die Betreuung durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten | 90 | | | 20160701 | 99991231 |
| 38205 | Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 38105 für den Besuch und die Betreuung eines weiteren Patienten durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten | 83 | | | 20160701 | 99991231 |
| 40240 | Aufsuchen eines Kranken durch beauftragten Praxis-Mitarbeiter | | 5,10 | | 20080101 | 20160630 |
| 40260 | Aufsuchen eines weiteren Kranken nach Nr. 40240 | | 2,60 | | 20080101 | 20160630 |