

# DATENÜBERMITTLUNG

NACH

§ 301 ABS. 3 SGB V

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

STAND: NACHTRAG VOM 20. MAI 2015

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.

*Besonderer Hinweis:*

Diese Dokumentation setzt die Schlüsselfortschreibung vom 23.4.2015 um, die zum 30.4.2015 in Kraft tritt.

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.

Regelungen des Nachtrags vom 24.7.2014 sind in der Randspalte mit „N“ gekennzeichnet.

Regelungen des Nachtrags vom 20.5.2015 sind in der Randspalte mit „Na“ gekennzeichnet.

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
Kostenübernahmesatz (KOUB) .....	50
Anforderungssatz Medizinische Begründung (ANFM) .....	52
Zahlungssatz (ZAHL) .....	54
Zahlungssatz Ambulante Operation (ZAAO) .....	56
Sammelüberweisung (SAMU) .....	58
Fehlernachricht (FEHL) .....	60
Verwendung der Segmente .....	62
Anlage 2 – Schlüsselverzeichnis .....	69
Schlüssel 1    Aufnahmegrund .....	71
Schlüssel 2    Durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen .....	71
Schlüssel 3    Einzelvergütung, Erläuterung .....	72
Schlüssel 4    Entgeltarten .....	73
Teil I: Entgeltarten stationär .....	73
Teil II: Entgeltarten ambulant .....	83
Teil III: Entgeltarten BpflV (bei Anwendung des § 17d KHG) .....	87
Schlüssel 5    Entlassungs-/Verlegungsgrund .....	93
Schlüssel 6    Fachabteilungen .....	95
Schlüssel 7    Internationales Länderkennzeichen .....	100
Schlüssel 8    Merkmal Kostenübernahme .....	105
Schlüssel 9    Verarbeitungskennzeichen .....	106
Schlüssel 10   Prüfungsvermerk .....	107
Schlüssel 11   Rechnungsart .....	109
Schlüssel 12   Versichertenstatus .....	110
Teil 1: Versichertenart .....	110
Teil 2: Besonderer Personenkreis .....	110
Teil 3: DMP-Teilnahme .....	110
Schlüssel 13   Vorschläge für die weitere Behandlung .....	111
Schlüssel 14   Vorschläge für geeignete Einrichtungen .....	111
Schlüssel 15   Zuzahlungskennzeichen .....	112
Schlüssel 16   Lokalisation .....	112
Schlüssel 17   Diagnosensicherheit .....	112
Schlüssel 18   Währungskennzeichen .....	112
Schlüssel 19   Zusatzkennzeichen EBM .....	113
Schlüssel 20   EBM-Ziffern .....	113
Schlüssel 21   Geschlecht .....	113

Schlüssel 22	Leistungsbereich (116b) . . . . .	114
	Leistungsbereiche nach § 116b SGB V . . . . .	114
	Leistungsbereiche nach § 116b SGB V (alte Fassung) . . . . .	114
Schlüssel 23	PIA-Leistung . . . . .	116
Schlüssel 24	Leistungsart . . . . .	116
Schlüssel 25	Teamebene (§ 116b) . . . . .	117
Schlüssel 26	KV-Bezirk . . . . .	117
Schlüssel 27	Fachgruppencode (§ 116b) . . . . .	118
Schlüssel 28	Dokumentation schwerer Verlaufsformen – TNM (§ 116b) . . . . .	122
Schlüssel 29	Dokumentation schwerer Verlaufsformen – Progression (§ 116b) . . . . .	123
Anlage 3 – Vordrucke . . . . .		125
Anlage 4 – Technische Anlage . . . . .		127
1	Allgemeines . . . . .	128
2	Teilnahme . . . . .	129
3	Abwicklung der Datenübermittlung . . . . .	130
4	Übermittlungsarten . . . . .	131
4.1	Zeichenvorrat . . . . .	131
4.1.1	Komprimierung . . . . .	131
4.1.2	Verschlüsselung (siehe Anhang) . . . . .	131
4.1.3	Dateiname . . . . .	131
4.2	Datenfernübertragung . . . . .	132
4.2.1	Anwendungsorientierte Funktionen . . . . .	132
4.2.2	Transportorientierte Funktionen . . . . .	132
4.2.3	Transportsicherung . . . . .	133
4.2.4	Dokumentation . . . . .	133
4.3	Datenträgeraustausch . . . . .	133
4.3.1	Magnetbänder oder Magnetbandkassetten . . . . .	133
4.3.2	Disketten . . . . .	134
4.3.3	Transportsicherung . . . . .	134
4.3.4	Dokumentation . . . . .	134
5	Austauschformate . . . . .	135
5.1	Dateibeschreibung . . . . .	135
5.2	Struktur der Datei . . . . .	136
6	Fehlerverfahren . . . . .	139
6.1	Stufe 1 – Prüfung von Datei und Dateistruktur . . . . .	139
6.2	Stufe 2 – Prüfung der Syntax . . . . .	139
6.3	Stufe 3 – Formale Prüfung auf Inhalte . . . . .	139
6.4	Stufe 4 – Prüfung in den Fachverfahren der Krankenkassen . . . . .	140
7	Korrekturverfahren . . . . .	141
7.1	Funktionalität . . . . .	141
7.2	Technische Umsetzung . . . . .	141
7.2.1	Identifizierende Merkmale . . . . .	141
7.2.2	Mehrfach vorkommende Nachrichten . . . . .	141
7.2.3	Mehrfachänderungen einer Nachricht . . . . .	141
7.2.4	Aufbau des Segments Funktion . . . . .	142
7.3	Allgemeine Verfahrensregeln . . . . .	143
7.3.1	Normalfall . . . . .	143
7.3.2	Änderung . . . . .	143
7.3.3	Fallstorno . . . . .	143
7.3.4	Rechnungsstorno . . . . .	144
7.3.5	Nachtragsrechnung . . . . .	144
7.3.6	Gutschrift . . . . .	144
7.3.7	Fallstorno nach Rechnungsstellung . . . . .	144
7.3.8	Irrtümliche Entlassungsanzeige . . . . .	144

7.3.9	Ergänzende Erläuterungen	145
7.4	Änderung von Versichertendaten	147
7.4.1	Notwendigkeit des Verfahrens	147
7.4.2	Technische Umsetzung	147
8	Informationsstrukturdaten	148
8.1	Daten über stationäre Einrichtungen	148
8.2	Kostenträgerdaten	148
9	Datenflüsse	149
9.1	Annahmestellen bei den Krankenkassen	149
9.1.1	AOK	150
9.1.2	Ersatzkassen	151
9.1.3	Betriebskrankenkassen	151
9.1.4	Innungskrankenkassen	151
9.1.5	Knappschaft	151
9.1.6	Landwirtschaftliche Krankenkassen	151
10	Testverfahren	152
Anlage 5 – Durchführungshinweise		153
1	Hinweise zur Datenübermittlung	154
1.1	Übermittlungsfristen	155
1.2	Übermittlung von Krankenhaus an Krankenkasse	156
1.2.1	Aufnahmesatz	156
1.2.2	Verlängerungsanzeige	157
1.2.3	Medizinische Begründung	158
1.2.4	Rechnungssatz	158
1.2.5	Zahlungserinnerung, Mahnung	164
1.2.6	Zahlungsgutschrift/-rückforderung	164
1.2.7	Entlassungsanzeige	165
1.2.8	Rechnungssatz Ambulante Operation	167
1.2.9	Fehlerbehandlung	172
1.3	Übermittlung von Krankenkasse an Krankenhaus	173
1.3.1	Kostenübernahmesatz	173
1.3.2	Anforderungssatz medizinische Begründung	173
1.3.3	Sammelüberweisung	174
1.3.4	Zahlungssatz	174
1.3.5	Zahlungssatz Ambulante Operation	175
1.3.6	Fehlerbehandlung	175
1.4	Vorgaben für besondere Fallkonstellationen	176
1.4.1	Versorgung von Neugeborenen im G-DRG-System	176
1.4.2	Teilstationäre Leistungen	177
1.4.3	Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen	178
1.4.4	Rückverlegung/Wiederaufnahme (Entgeltbereich der DRG-Fallpauschalen)	178
1.4.5	Rückverlegung in einen Entgeltbereich nach der BpflV	180
1.4.6	Abschläge bei Verlegung oder Nichterreichen der unteren GVD	180
1.4.7	Transplantationen	180
1.4.8	Zahlungseinzugsverfahren bei vollstationären Patienten	181
1.4.9	Abrechnung psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen	184
1.4.10	Externe Aufenthalte mit Abwesenheiten über Mitternacht (BpflV)	187
1.4.11	Beispiele für Verlegungsfälle	189
2	Hinweise zu Datenelementen (nach Segmenten)	194
Segment Aufnahme (AUF)		194
Segment Behandlungsdiagnose (BDG)		196
Segment Währung (CUX)		197
Segment Dauer (DAU)		198
Segment Diagnosen- und Prozedurenversion (DPV)		199

Segment Einweisungs- und Aufnahmediagnose (EAD) .....	201
Segment Entbindung (EBG) .....	202
Segment Entgelt Ambulante Operation (ENA) .....	203
Segment Entgelt (ENT) .....	206
Segment Entlassung/Verlegung (ETL) .....	209
Segment Einzelvergütung (EZV) .....	211
Segment Fachabteilung (FAB) .....	213
Segment Fehlermeldung (FHL) .....	215
Segment Funktion (FKT) .....	216
Segment Information Versicherter (INV) .....	218
Segment Kostenübernahme (KOS) .....	220
Segment Leistungsdokumentation (LEI) .....	221
Segment Name/Adresse (NAD) .....	222
Segment Nebendiagnose (NDG) .....	224
Segment Prozedur (PRZ) .....	225
Segment Reha/Behandlung/Geeignete Einrichtung (RBG) .....	226
Segment Rechnung (REC) .....	227
Segment Rechnungsdaten (RED) .....	229
Segment Rechnungszusatz Ambulante Operation (RZA) .....	231
Segment Text (TXT) .....	233
Segment Überweisungsdaten (UWD) .....	234
Segment Zuzahlung (ZLG) .....	235
Segment Zahlung/Prüfung (ZPR) .....	236
3 Fortschreibung der Schlüssel für Entgeltarten und Fachabteilungen .....	237
Anhang A zu Anlage 2 – Rehabilitationsmaßnahmen .....	241
Anhang B zu Anlage 2 – Entgeltarten (stationär) .....	261
Anhang B zu Anlage 2 – Entgeltarten (ambulant) .....	391
Anhang B zu Anlage 2 – Entgeltarten (BPfIV) .....	435
Anhang C zu Anlage 2 – Fehlercodes .....	527
Anhang D zu Anlage 2 – EBM-Ziffern .....	539
Anhang zu Anlage 4 – Verschlüsselung, Übertragungsdateien .....	541
Anhang B zu Anlage 5 – Beispieldatensätze (alt) .....	549
Anhang C zu Anlage 5 – Formblätter .....	631
Anhang D zu Anlage 5 – Verwendung von VKZ und lfd.-Nr. ....	637
Quelldokumente .....	647

## Vorbemerkung

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

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

*Nachträge und Fortschreibungen für 2009:*

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

Schlüsselfortschreibung vom 25.9.2009 mit Wirkung zum 1.10.2009

*Nachträge und Fortschreibungen für 2010:*

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

*Nachträge und Fortschreibungen für 2011:*

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

*Nachträge und Fortschreibungen für 2012:*

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

Schlüsselfortschreibung vom 1.7.2012 mit Wirkung zum 1.1.2012

*Nachträge und Fortschreibungen für 2013:*

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

- 12. Fortschreibung vom 20.3.2014 mit Wirkung zum 1.1.2015
- 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



		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				■	■		■		■	■			



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 Aufnahmegewicht,
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 Diagnoseschlüssels 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 vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder den Bundesverbänden der Krankenhausträger gemeinsam.

...

### § 303 Ergänzende Regelungen

- (1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können mit den Leistungserbringern oder ihren Verbänden vereinbaren, dass
  1. der Umfang der zu übermittelnden Abrechnungsbelege eingeschränkt,
  2. bei der Abrechnung von Leistungen von einzelnen Angaben ganz oder teilweise 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 Zahnarzt Nummer des überweisenden Zahnarztes gemäß § 295 Abs. 1 SGB V bei Überweisungsfällen
  18. Behandlungsdiagnosen, ggf. mit Sekundärdiagnose, gemäß § 295 Abs. 1 SGB V
  19. Prozeduren gemäß § 295 Abs. 1 SGB V, soweit als Abrechnungsunterlage gemäß § 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V erforderlich
  20. Entgeltsschlüssel für die mit dem Rechnungsbetrag in Rechnung gestellte Entgeltart
  21. Tag der Behandlung (erster Tag der Behandlung im Quartal bei Quartalspauschalen)
  22. Punktzahl und Punktwert, sofern vereinbart
  23. Entgeltbetrag (Einzelbetrag)
  24. Entgeltanzahl
  25. Einzelvergütung mit (Schlüssel-)Erläuterung und Texterläuterung, sofern vereinbart
  26. Verarbeitungskennzeichen, laufende Nummer des Geschäftsvorfalles, Währungskennzeichen, Diagnosen-/Prozedurenversion
  27. Debitoren-Konto-Nr. und Referenznummer des Krankenhauses sowie Institutionskennzeichen des Krankenhauses für Zahlungsweg, sofern vorhanden
  28. ein Datenelement („Honorarsumme“) mit dem Vorgabewert „0,00“
  29. Betriebsstättennummer (ergänzend zur Unterscheidung mehrerer gleichartiger Einrichtungsarten)
  30. Prozedurentag
  31. Angabe, ob Leistungen im Zusammenhang mit einer Lebendspende abgerechnet werden
  32. Abrechnungsbegründung (wenn nach EBM erforderlich oder vereinbart)
  33. Leistungsdokumentation mit Angaben zur Leistungsart, zum Leistungsschlüssel und Leistungstag in Verbindung mit der PIA-Doku-Vereinbarung.
- (2) Die Parteien dieser Vereinbarung können bestimmen, dass für einzelne bestehende Leistungsarten, für die keine Patientenzuordnung möglich ist, bzw. ausschließlich für externe Laboreinsendungen die Übermittlung nach dieser Vereinbarung entfallen kann und eine Rechnung in Papierform an die Krankenkassen erfolgt, sofern keine gesetzlichen Regelungen entgegenstehen. Zukünftige Vergütungsvereinbarungen der Parteien der Vereinbarung nach § 120 Abs. 2 Satz 2 SGB V müssen eine Übermittlung der Abrechnung nach dieser Vereinbarung erlauben.

### § 4 Übermittlung

- (1) Die Übermittlung erfolgt mit der Nachricht AMBO in Übereinstimmung mit den Festlegungen in der Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V, soweit in § 5 und § 6 keine anderen Festlegungen getroffen sind. Bei der Übermittlung sind die als Bestandteil zu Anhang B (Schlüssel 4 Teil II: Entgeltarten ambulant) der Anlage 2 der Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V festgelegten 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 Satz 3 zweiter Halbsatz ermächtigten Ärzten und ambulante ärztliche Leistungen, die in ermächtigten Einrichtungen erbracht werden, werden nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet. Die mit diesen Leistungen verbundenen allgemeinen 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 Satz 3 zweiter Halbsatz ermächtigten Ärzten erbrachten Leistungen wird von der stationären Pflegeeinrichtung 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 sowie der Gesamtbetrag nach § 6 Absatz 1 der Bundespflegegesetzverordnung für dieses Jahr und entsprechend das darin enthaltene Budget nach § 12 der Bundespflegegesetzverordnung jeweils in Höhe der Summe der nach Satz 1 vereinbarten Pauschalen zu vermindern. Der jeweilige Minderungsbetrag ist bereits bei der Vereinbarung der Vergütung nach Satz 1 festzulegen. Bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts nach § 10 des Krankenhausentgeltgesetzes ist die Summe der für das jeweilige Jahr erstmalig vereinbarten ambulanten Pauschalen ausgabenmindernd zu berücksichtigen.
- (2) Die Leistungen der Hochschulambulanzen, der psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpädiatrischen Zentren werden unmittelbar von der Krankenkasse vergütet. Die Vergütung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Hochschulen oder Hochschulkliniken, den Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land vereinbart. Sie muss die Leistungsfähigkeit der psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpädiatrischen Zentren bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten. Bei der Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen soll eine Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen erfolgen. Bei Hochschulambulanzen an öffentlich geförderten Krankenhäusern ist ein Investitionskostenabschlag zu berücksichtigen. Die Gesamtvergütungen nach § 85 für das Jahr 2003 sind auf der Grundlage der um die für Leistungen der Polikliniken gezahlten Vergütungen bereinigten Gesamtvergütungen des Vorjahres zu vereinbaren.
- (3) Die Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen, der psychiatrischen Institutsambulanzen, der sozialpädiatrischen Zentren und sonstiger ermächtigter ärztlich geleiteter Einrichtungen kann pauschaliert werden. Bei den öffentlich geförderten Krankenhäusern ist die Vergütung nach Absatz 1 um einen Investitionskostenabschlag von 10 vom Hundert zu kürzen. § 295 Absatz 1b Satz 1 gilt entsprechend. Das

Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen und der erforderlichen Vordrucke wird für die Hochschulambulanzen, die psychiatrischen Institutsambulanzen und sozialpädiatrischen Zentren von den Vertragsparteien nach § 301 Absatz 3, für die sonstigen ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen von den Vertragsparteien nach § 83 Satz 1 vereinbart.

## § 295 Abrechnung ärztlicher Leistungen

- (1) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sind verpflichtet,
  1. in dem Abschnitt der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, den die Krankenkasse erhält, die Diagnosen,
  2. in den Abrechnungsunterlagen für die vertragsärztlichen Leistungen die von ihnen erbrachten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung, bei ärztlicher Behandlung mit Diagnosen, bei zahnärztlicher Behandlung mit Zahnbezug und Befunden,
  3. in den Abrechnungsunterlagen sowie auf den Vordrucken für die vertragsärztliche Versorgung ihre Arztnummer, in Überweisungsfällen die Arztnummer des überweisenden Arztes sowie die Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 10 maschinenlesbar aufzuzeichnen und zu übermitteln. Die Diagnosen nach Satz 1 Nr. 1 und 2 sind nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information beauftragen, den in Satz 2 genannten Schlüssel um Zusatzkennzeichen zur Gewährleistung der für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen notwendigen Aussagefähigkeit des Schlüssels zu ergänzen. Von Vertragsärzten durchgeführte Operationen und sonstige Prozeduren sind nach dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen Schlüssel zu verschlüsseln. Das Bundesministerium für Gesundheit gibt den Zeitpunkt des Inkrafttretens der jeweiligen Fassung des Diagnoseschlüssels nach Satz 2 sowie des 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 integrierten Versorgungsformen (§ 140a) oder zur Versorgung nach § 73b oder § 73c abgeschlossen haben, psychiatrische Institutsambulanzen sowie Leistungserbringer, die gemäß § 116b Abs. 2 an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung teilnehmen, übermitteln die in Absatz 1 genannten Angaben, bei Krankenhäusern einschließlich ihres Institutionskennzeichens, an die jeweiligen Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern; vertragsärztliche Leistungserbringer können in den Fällen des § 116b die Angaben über die Kassenärztliche Vereinigung übermitteln. Das Nähere regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit Ausnahme der Datenübermittlung der Leistungserbringer, die gemäß § 116b Absatz 2 an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung teilnehmen, sowie der psychiatrischen Institutsambulanzen. Die psychiatrischen Institutsambulanzen übermitteln die Angaben nach Satz 1 zusätzlich an die DRG-Datenstelle nach § 21 Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes. Die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren für die Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen nach Satz 1 bis spätestens zum 30. April 2012 einen bundeseinheitlichen Katalog sowie das Nähere zur Datenübermittlung nach Satz 3; für die Umsetzung des Prüfauftrags nach § 17d Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren sie dabei auch, ob und wie der Prüfauftrag auf der Grundlage der Daten einer Vollerhebung oder einer repräsentativen Stichprobe der Leistungen psychiatrischer Institutsambulanzen sachgerecht zu erfüllen ist. § 21 Absatz 4, Absatz 5 Satz 1 und 2 sowie Absatz 6 des Krankenhausentgeltgesetzes sind für die Vereinbarung zur Datenübermittlung entsprechend anzuwenden. Für die Vereinbarung einer bundesein-



heitlichen Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen gelten § 21 Absatz 4 und 6 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend mit der Maßgabe, dass die Schiedsstelle innerhalb von sechs Wochen entscheidet. Die Schiedsstelle entscheidet innerhalb von sechs Wochen nach Antrag einer Vertragspartei auch über die Tatbestände nach Satz 4 zweiter Halbsatz, zu denen keine Einigung zustande gekommen ist.

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



## Anlage 1

# Nachrichten

### Datensätze für die Datenübermittlung

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

### Verwendung der Segmente

## Erläuterung der Datenstrukturen

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

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

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

a	alphabetische Zeichen
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:12:000:00
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	1412
	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	2015
	OPS-Version	Angabe entfällt im Aufnahmesatz
AUF	Segment Aufnahme	AUF
	Aufnahmetag	20150101
	Aufnahmeuhrzeit	1120
	Aufnahmegrund	0101
	Fachabteilung	0700
	Voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung	20150109
	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:12:000:00'  
FKT+10+01+123456789+987654321'  
INV+123456789012+1+4+1+1412+A95-12345'  
NAD+Meier+Hugo+m+19800101'  
DPV+2015'  
AUF+20150101+1120+0101+0700+20150109+++123456789'  
EAD+M50.8:'  
UNT+....

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

*Hinweise:*

- 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
- INV-10 *Vertragskennzeichen*
- F12 *Muss-Angabe bei ASV-Fällen (§ 116b): Teamnummer „00xxxxxxx“, 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	an..8	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	
	Punktwert	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	an9	Schlüssel 25 (s. Hinweis)	F12
	Gennummer, codiert	K	an12	siehe Hinweis	F12
	Anzahl Gennummer	K	an6	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	

## 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 (ZAHL)

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	

## 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	KOUB	ANFM	ZAHL	ZAAO	SAMU
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	KOUB	ANFM	ZAHL	ZAAO	SAMU
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	KOUB	ANFM	ZAHL	ZAO	SAMU
ETL	Segment Entlassung/Verlegung [SG1:ETL-NDG]					M							
1	Tag der Entlassung/Verlegung					M							
2	Entlassungs-/Verlegungsdauer					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, Behandlung 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-/Investitionskosten (für Pauschale)						M					M	
10	Pauschale						K					K	



		von Krankenhaus						von Krankenkasse					
		AUFN	VERL	MBEG	RECH	ENTL	AMBO	ZGUT	KOUB	ANFM	ZAHL	ZAAO	SAMU
ZLG	Segment Zuzahlung [bei AMBO nur 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/kooperierenden 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	KOUB	ANFM	ZAHL	ZAAO	SAMU
ENA	Segment Entgelt ambulante OP						M					K	
1	Entgeltart						M					M	
2	Zusatzkennzeichen EBM						K					K	
3	Abrechnungsbegründung						K					K	
4	in Honorar-/Investitionskosten 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-/Investitionskostenrelevanter 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-/Investitionskosten, neu berechnet											K	
4	Pauschale, neu berechnet											K	

		von Krankenhaus						von Krankenkasse					
		AUFN	VERL	MBEG	RECH	ENTL	AMBO	ZGUT	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



## Anlage 2

## Schlüsselverzeichnis

1	Aufnahmegrund	
2	Durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen	
3	Einzelvergütung, Erläuterung (Rechnungssatz Ambulante Operation)	
4	Entgeltarten	
5	Entlassungs-/Verlegungsgrund	
6	Fachabteilungen	
7	Internationales Länderkennzeichen	
8	Merkmal Kostenübernahme	
9	Verarbeitungskennzeichen	
10	Prüfungsvermerk	
11	Rechnungsart	
12	Versichertenstatus	
	Teil 1: Versichertenart	F12
	Teil 2: Besonderer Personenkreis	F12
	Teil 3: DMP-Teilnahme	F12
13	Vorschläge für die weitere Behandlung	
14	Vorschläge für geeignete Einrichtungen	
15	Zuzahlungskennzeichen	
16	Lokalisation	
18	Währungskennzeichen	
19	Zusatzkennzeichen EBM	
20	EBM-Ziffern	
21	Geschlecht	
22	Leistungsbereich (116b)	
23	PIA-Leistung	
24	Leistungsart	F12
25	Teamebene (§ 116b)	F12
26	KV-Bezirk	F12
27	Fachgruppencode (§ 116b)	F12
28	Ergänzende Dokumentation schwerer Verlaufsformen (§ 116b)	

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 gastroscopischen 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  
                   Zwerchfelllähmung  
                   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 Anwendung des § 17d KHG neben Teilzahlungsentgelten oder ggf. nach Gutschrift in der Schlussrechnung/Nachtragsrechnung 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  
 00012 Pflegezuschlag nach § 4 Abs. 10 KHEntgG  
 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  
 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  
 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
- 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 hämatoonkologisches 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 Satz 1 1. Halbsatz SGB V
- 3 Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V
- 4 Sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V
- 5 Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V
- 6 Kinderspezialambulanzen (ergänzende fall- oder einrichtungsbezogene Pauschale) nach § 120 Abs. 1a SGB V
- 7 Ambulanzen an Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG - § 117 Abs. 2 Satz 1 2. Halbsatz SGB V

## 2. Stelle: Abrechnungsart

- \_0 EBM
3. Stelle: 0 ohne Differenzierung
- A–Z regionale Buchstabenkennung (regionale Euro-Gebührenordnung) F12
- 4.–8. Stelle: 1100 ff. EBM-Ziffern, Schlüssel 20 bzw.  
für § 116b (neu) Leistungen: Entgeltziffer nach regionaler  
Euro-Gebührenordnung bzw. Pseudoziffern (s. Hinweise) N
- \_1 Quartalspauschale
- \_2 Behandlungspauschale
- \_3 Tagespauschale
3. Stelle (\_1–\_3): 0 ohne Differenzierung
- 1 Einmalkontakt
- 2 Mehrfachkontakt
- 3 Mitbehandlung
- 4 Konsiliarleistung
- 4.–7. Stelle: 0000 keine Differenzierung
- 0001 Sprechstundenbedarf
- 0002–0099 Leistungsart (noch zu definieren)
- 0100 ff. Fachabteilung
- 4000 ff. Leistungsart Erwachsene
- 5000 ff. Leistungsart Kinder- und Jugendliche
8. Stelle: 0 keine Differenzierung
- 1 ärztliche Leistung
- 2 nichtärztliche Leistung

- \_4 Pauschale je Behandlungseinheit
3. Stelle: 1 je Stunde
4. Stelle: 0 keine Differenzierung
- 1 Leistungsart Erwachsene
- 2 Leistungsart Kinder- und Jugendliche
- 5.–8. Stelle: 1000 keine Differenzierung
- 1001–1999 Konkretisierungen
- 2 je Behandlungstag
4. Stelle: 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 krankenhausesindividueller 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 Schlüssel fortschreibung 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)
_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
		8	Fallbezogene Entgelte [E3.1]		
		9	Zeitraumbezogene Entgelte		
	4.–8. Stelle:		00000 ff. fortlaufende Vergabe		
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		
		Txxxxxxx	PEPP-Entgelt nach PEPP-Entgeltkatalog, teilstationär		
	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.		
		99999	intern reserviert (BEW-Modellvorhaben)		
		ZZZZT	Teilzahlungsentgelt Modellvorhaben [ab 1.1.2016]		Na
		ZZZZK	Teilzahlungskorrektur Modellvorhaben [ab 1.1.2016]		
CA			Entgelte für Modellvorhaben § 64b Abs. 1 SGB V ( <i>nur für den stationären Behandlungsbereich</i> )		Na
	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 BPfIV		
	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)**

**ab 1.1.2015**

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 Bewertetes Entgelt nach bundesweit vereinbartem Entgeltkatalog (§ 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV) [PEPP-Entgeltkatalog, Anlage 1a oder 2a] E1		
	2			0	Zuschlag nach Überschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten (§ 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV) E1		
	3			0	Abschlag nach Unterschreiten erkrankungstypischer Behandlungszeiten (§ 7 Satz 1 Nr. 1 BPfIV) E1		
	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	
				00002		reserviert	
		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)			
	00000 ...			Tagesbezogener Abschlag			
	7	1	00000		Korrektur Ausbildungszuschlag		
			00001		Abschlag wegen Nichtteilnahme an der Qualitätssicherung		
		2	00002		Abschlag wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung		
	8	[PEPP]		1 ... Z*	Entgelt für krankenhausindividuell vereinbarte Leistungen, tagesbezogen (§ 6 Abs. 1 BPfIV), PEPP-Entgeltkatalog, Anlage 1b oder 2b E3.3		
		0	00000 ff.		Entgelt für krankenhausindividuell vereinbarte Leistungen, tagesbezogen (§ 6 Abs. 1 BPfIV) E3.3		
		8			Entgelt für krankenhausindividuell vereinbarte Leistungen, fallbezogen (§ 6 Abs. 1 BPfIV) E3.1		
		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 [ab 1.1.2016]	
			ZZZZK			Teilzahlungskorrektur Modellvorhaben [ab 1.1.2016]	
	B	1 2 3	00000 ff.		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	00000 ff.		Entgelt für Belegpatienten, tagesbezogen (§ 8 Abs. 2 Satz 6 BPfIV)			
				Entgelt für Belegpatienten, fallbezogen (§ 8 Abs. 2 Satz 6 BPfIV)			
				Entgelt Belegpatienten, zeitraumbezogen (§ 8 Abs. 2 Satz 6 BPfIV)			
F	1	[1-6][1-Z][000-üüü]		Entgelt für Integrierte Versorgung [siehe auch C]			
		2		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 E2		
	9	1	00000 ff.			Zusatzentgelt, krankenhausindividuell vereinbart, tagesbezogen (§ 6 Abs. 1 BPfIV) E3.3	
						Zusatzentgelt, krankenhausindividuell vereinbart, fallbezogen (§ 6 Abs. 1 BPfIV) PEPP-Entgeltkatalog, Anlage 4 E3.1	
		2				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	[1-6][1-Z][000-üüü]			Entgelt für Integrierte Versorgung	
			2			Abschlag für Integrierte Versorgung	
	N	0	92900 93000 93100			Entgelt für nachstationäre Behandlung	
V	tagesbezogen (N) fallbezogen (V) Einzelleistung: 0XXXX ff.			Entgelt für vorstationäre Behandlung			

\* Vergütungsklasse 1|...|9|A|...|Z (ab 1.1.2015)

Stand: Nachtrag vom 20.5.2015

## 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 (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)
- 0224 Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde
- 0260 Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
- 0261 Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
- 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 0436 Nephrologie/Intensivmedizin
- 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 0524 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde
- 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
- 0607 Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie
- 0610 Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 0706 Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie
- 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 0910 Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie
- 1004 Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie
- 1005 Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
- 1006 Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie
- 1007 Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie
- 1009 Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie
- 1011 Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie
- 1012 Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie
- 1014 Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
- 1028 Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie
- 1050 Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin
- 1051 Langzeitbereich Kinder
- 1136 Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin



- 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
- 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
- 1516 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
- 1518 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
- 1519 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie
- 1520 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
- 1523 Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie
- 1536 Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3, 2. 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 (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)
- 2928 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie
- 2930 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 2931 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie
- 2950 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung
- 2951 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie
- 2952 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung
- 2953 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik
- 2954 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtambulanz
- 2955 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik
- 2956 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtambulanz
- 2960 Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
- 2961 Allgemeine Psychiatrie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)
- 3060 Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
- 3061 Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)
- 3110 Psychosomatik/Psychotherapie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychosomatik
- 3160 Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
- 3161 Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)
- 3233 Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
- 3305 Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
- 3350 Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie
- 3460 Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

3601	Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin
3603	Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie
3610	Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
3617	Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie
3618	Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
3621	Intensivmedizin/Herzchirurgie
3622	Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie
3624	Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe
3626	Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
3628	Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie
3650	Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
3651	Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie
3652	Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie
3750	Angiologie
3751	Radiologie
3752	Palliativmedizin
3753	Schmerztherapie
3754	Heiltherapeutische Abteilung
3755	Wirbelsäulenchirurgie
3756	Suchtmedizin
3757	Visceralchirurgie

Fachabteilungen ohne Differenzierung nach Schwerpunkten oder mit sonstigen Spezialisierungen

*1. und 2. Stelle:* 1. und 2. Stelle des Fachabteilungsschlüssels („01“ bis „37“)

*3. und 4. Stelle:*

a)	00
b)	90
c)	91
d)	92

*Beispiele:*

0100	Innere Medizin A
0190	Innere Medizin B
(0191	Innere Medizin C)
(0192	Innere Medizin D)
1500	Chirurgie I
1590	Chirurgie II
(1591	Chirurgie III)
(1592	Chirurgie IV)
3700	Sonstige Fachabteilung I
3790	Sonstige Fachabteilung II
(3791	Sonstige Fachabteilung III)
(3792	Sonstige Fachabteilung IV)

*Hinweis:*

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

Bei dieser Differenzierung von Fachabteilungen kommt es im Rahmen der Datenübermittlung nicht auf die exakte Benennung der Art der Spezialisierung oder des Schwerpunktes der Fachabteilung an. Voraussetzung für das Verfahren ist, dass die Vertragsparteien im Rahmen der Pflegesatzvereinbarung gemeinsam die oben beschriebene Festlegung der Fachabteilungsschlüssel vornehmen.

Fachabteilungsschlüssel, bei denen nach 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

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	Aserbaidshjan
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
- Normalfall für Leistungen nach § 140a, § 120 Abs. 1a und § 117 Abs. 2 SGB V,  
nur für AMBO und optional für ZAAO:*
- 05    Leistungen nach § 140a SGB V
- 06    Leistungen nach § 120 Abs. 1a SGB V
- 07    Leistungen nach § 117 Abs. 2 Satz 1 2. Halbsatz SGB V
- 08    Leistungen nach § 117 Abs. 2 Satz 1 1. Halbsatz SGB V
- 10    Normalfall
- nur für AMBO und optional für ZAAO nach Fallstorno „35“:*
- 11    Ambulante Abrechnung nach § 115b SGB V statt stationäre Abrechnung
- F12 12    Ambulante Abrechnung nach § 116b SGB V (alt) statt stationäre Abrechnung
- nur für AMBO und optional für ZAAO:*
- F12 13    spezialfachärztliche Leistungen nach § 116b SGB V
- 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
- nur für AMBO:*
- 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
- Fallstorno für Leistungen nach § 116b, § 140a, § 120 Abs. 1a und § 117 Abs. 2 SGB V  
nur für AMBO:*
- F12 43    Stornierung Abrechnung spezialfachärztliche Leistungen nach § 116b SGB V
- 45    Stornierung Abrechnung nach § 140a SGB V
- 46    Stornierung Abrechnung nach § 120 Abs. 1a SGB V
- 47    Stornierung Abrechnung nach § 117 Abs. 2 Satz 1 2. Halbsatz SGB V
- 48    Stornierung Abrechnung nach § 117 Abs. 2 Satz 1 1. Halbsatz SGB V

## Schlüssel 10 Prüfungsvermerk

*1. und 2. Stelle:*

- 01 Rechnungsbetrag wird angewiesen
- 02 Rechnung wird zur Zeit geprüft (Zahlung/Abweisung erfolgt unverzüglich)
- 03 Rechnung wurde bereits bezahlt
- 04 Krankenkasse ist nicht Kostenträger
- 05 Rechnungsbetrag wird teilweise angewiesen
- 06 Es handelt sich bei der Erkrankung um einen Arbeitsunfall bzw. eine Berufskrankheit. Berufsgenossenschaft ist zuständig.
- 07 Es handelt sich um einen BVG-Fall, einen Grenzgänger oder einen Auslandsversicherten oder einen sonstigen Regressfall. Rechnung bitte zusätzlich in Papierform

*(nur bei vollstationären Patienten, in Verbindung mit dem Zuzahlungsverfahren)*

- 11 Rechnungsbetrag wird angewiesen
- 12 Rechnung wird zur Zeit geprüft (Zahlung/Abweisung erfolgt unverzüglich)
- 13 Rechnung wurde bereits bezahlt
- 15 Rechnungsbetrag wird teilweise angewiesen
- 21 Rechnungsbetrag wird angewiesen,  
Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 22 Rechnung wird zur Zeit geprüft (Zahlung/Abweisung erfolgt unverzüglich),  
Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 23 Rechnung wurde bereits bezahlt,  
Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 25 Rechnungsbetrag wird teilweise angewiesen,  
Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 31 Rechnungsbetrag wird angewiesen,  
Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 32 Rechnung wird zur Zeit geprüft (Zahlung/Abweisung erfolgt unverzüglich),  
Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 33 Rechnung wurde bereits bezahlt,  
Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 35 Rechnungsbetrag wird teilweise angewiesen,  
Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 41 Rechnungsbetrag wird angewiesen,  
Belege über entstandene Kosten sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 42 Rechnung wird zur Zeit geprüft (Zahlung/Abweisung erfolgt unverzüglich),  
Belege über entstandene Kosten sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 43 Rechnung wurde bereits bezahlt,  
Belege über entstandene Kosten sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 45 Rechnungsbetrag wird teilweise angewiesen,  
Belege über entstandene Kosten sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 51 Rechnungsbetrag wird angewiesen,  
Belege über entstandene Kosten und Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 52 Rechnung wird zur Zeit geprüft (Zahlung/Abweisung erfolgt unverzüglich),  
Belege über entstandene Kosten und Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen
- 53 Rechnung wurde bereits bezahlt,  
Belege über entstandene Kosten und Verfahrensunterlagen sind gesondert zur Verfügung zu stellen

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

*Hinweise:*

„04“, „06“ gelangt für Fälle zur Anwendung, bei denen ohne vorhergehenden Aufnahmesatz oder Kostenübernahmesatz eine Rechnung übermittelt wird.

„05“, „15“, „25“, „35“, „45“, „55“ und „65“ gelangen für Fälle zur Anwendung, bei denen die Krankenkasse im Rahmen der Gesetzeslage, des Landesvertrages und aktueller Rechtsprechung eine vom Rechnungsbetrag abweichende Zahlung vornimmt, sowie für Fälle, in denen die Rechnung anerkannt wird und eine Kürzung auf Grund eines Abschlags erfolgt.

„11“ bis „65“ gelangen nur bei vollstationären Fällen zur Anwendung.

Die Schlüssel mit der Ausprägung „1“ in der ersten Stelle können parallel zu den inhaltsgleichen Schlüsseln mit der Ausprägung „0“ in der ersten Stelle und die Schlüssel mit der Ausprägung „2“ in der ersten Stelle können parallel zu den inhaltsgleichen Schlüsseln mit der Ausprägung „3“ in der ersten Stelle verwendet werden.

## Schlüssel 11 Rechnungsart

*1. Stelle:*

- 0 Zahlungssatz wird nicht angefordert
- 5 Zahlungssatz wird angefordert (nicht bei 2. Stelle „4“ bis „8“)
- 8 Zuzahlungsgutschrift (nur für Zuzahlungsgutschrift/-rückforderung)
- 9 Rückforderung von Zuzahlungen (nur für Zuzahlungsgutschrift/-rückforderung)

*2. Stelle:*

- 0 (nur für Zuzahlungsgutschrift/-rückforderung)
- 1 Zwischenrechnung
- 2 Schlussrechnung
- 3 Nachtragsrechnung
- 4 Gutschrift/Stornierung
- 6 Zahlungserinnerung
- 7 1. Mahnung
- 8 2. Mahnung
- 9 Vorausberechnung nach § 14 Abs. 4 BPfIV bzw. § 14 Abs. 9 BPfIV 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)
- 9 Auslandsversicherte

## 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](mailto: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 [ab 1.1.2016]

## Schlüssel 22 Leistungsbereich (116b)

## F12 Leistungsbereiche nach § 116b SGB V

(in der ab dem 1.1.2012 geltenden Fassung)

*1[A-I]0100 ff. Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen*

1A0100 Onkologische Erkrankungen; Gastrointestinale Tumore und Tumore der Bauchhöhle

Na 1A0200 Onkologische Erkrankungen; gynäkologische Tumore

...

*2[A-N]0100 ff. Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen*

2A0100 Tuberkulose; Tuberkulose und atypische Mykobakteriose

...

Na 2K0100 Marfan-Syndrom

...

*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<br>FA Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)  |
|    | Facharzt: | entsprechend dem Abrechnungsfachgebiet  |
| 02 | Hausarzt: | Arzt; obsolet (ohne Facharzt-Weiterbildung ab 1986 bis 1991)<br>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<br>FA Innere Medizin; obsolet  |
| 04 |           | FA Anästhesiologie<br>FA Anästhesiologie und Intensivtherapie; kammerindividuell, obsolet   |
| 05 |           | FA Augenheilkunde   |
| 06 |           | FA Allgemeine Chirurgie<br>FA Chirurgie; obsolet  |
| 07 |           | FA Gefäßchirurgie<br>TG Herz- und Gefäßchirurgie; neue Bundesländer, obsolet<br>SP Gefäßchirurgie; obsolet  |
| 08 |           | FA Visceralchirurgie<br>SP Visceralchirurgie; obsolet   |
| 09 |           | FA Kinderchirurgie<br>TG Kinderchirurgie; obsolet   |
| 10 |           | FA Orthopädie und Unfallchirurgie<br>FA Orthopädie; obsolet   |
| 11 |           | SP Unfallchirurgie; obsolet   |
| 12 |           | SP Rheumatologie (der ehemaligen Orthopädie); obsolet   |
| 13 |           | FA Plastische und Ästhetische Chirurgie<br>FA Plastische Chirurgie<br>TG Plastische Chirurgie; obsolet  |
| 14 |           | SP Thoraxchirurgie in der Chirurgie; obsolet<br>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<br>FA Phoniatrie und Pädaudiologie; obsolet<br>SP Phoniatrie und Pädaudiologie; obsolet<br>TG Audiologie; neue Bundesländer, obsolet<br>TG Phoniatrie; neue Bundesländer, obsolet |
| 21 |           | FA Haut- und Geschlechtskrankheiten   |
| 22 |           | FA Humangenetik<br>Fachwissenschaftler Genetik  |
| 23 | Facharzt: | FA Innere Medizin und SP gesamte Innere Medizin; kammerindividuell<br>FA Innere Medizin; obsolet  |
| 24 |           | FA Innere Medizin und SP Angiologie<br>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
- 41 Facharzt: SP Kinder-Hämatologie und -Onkologie

Na |

- 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.*



## Anlage 3

# Vordrucke

Nachfolgende Geschäftsvorfälle können in Papierform übermittelt werden:

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

Inhalt der Vordrucke

(analog zu den Inhalten der jeweiligen Nachrichten):

### *Angaben zum Versicherten*

Institutionskennzeichen der Krankenkasse  
 Institutionskennzeichen des Krankenhauses  
 Krankenversicherten-Nr.  
 Versichertenstatus  
 Gültigkeit der Krankenversichertenkarte  
 KH-internes Kennzeichen  
 Titel des Versicherten  
 Name des Versicherten  
 Vorname des Versicherten  
 Geburtsdatum des Versicherten  
 Straße und Haus-Nr.  
 Postleitzahl  
 Wohnort  
 Internationales Länderkennzeichen

### *Bei Medizinischer Begründung:*

Diagnose-Informationen

### *Bei Entlassungsanzeige:*

Durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen  
 Vorschläge für die weitere Behandlung  
 Vorschläge für geeignete Einrichtungen

*Bei Rechnungsanforderung durch die Krankenkasse:*

Angaben zur Rechnungsidentifikation

Angaben zu Entgelten

## Anlage 4

# Technische Anlage

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

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

## 1 Allgemeines

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



## 2 Teilnahme

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

### 3 Abwicklung der Datenübermittlung

- (1) Ein Geschäftsvorfall ist jeweils in einer eigenen Nachricht gemäß DIN EN 29735 (UNH bis UNT) zu übermitteln.
- (2) Die übermittelten Daten müssen den vereinbarten Inhalten und Strukturen entsprechen.
- (3) Über die Datenübermittlung ist eine Dokumentation zu führen (siehe 4.2.4 bzw. 4.3.4).
- (4) Der Absender hat sicherzustellen, dass nur geprüfte Datensätze übermittelt werden. Der Umfang der Prüfungen ist in Abschnitt 6 festgelegt.
- (5) Der Absender hat die Datenübermittlung innerhalb der vereinbarten Fristen vorzunehmen. Er hat für die Möglichkeit der Rekonstruktion der Daten im Falle eines Dateiverlustes auf dem Transportweg oder einer Dateirückweisung Sorge zu tragen.
- (6) Der Empfänger hat die Übernahme der Daten zu bestätigen.
- (7) Werden bei oder nach der Übermittlung Mängel festgestellt, die eine ordnungsgemäße Verarbeitung der Daten ganz oder teilweise beeinträchtigen, werden vom Empfänger nur die fehlerfreien Daten weiterverarbeitet. Das Fehlerverfahren ist in Abschnitt 6 geregelt.
- (8) Der Absender ist über die festgestellten Mängel unverzüglich zu unterrichten. Dieser ist verpflichtet, seinerseits unverzüglich die zurückgewiesenen Daten zu berichtigen und die korrigierten Daten erneut zu übermitteln. Jede erneute Datenlieferung nach Rückweisung fehlerhafter Daten hat ggf. eine erneute Terminsetzung zur Folge. Die elektronische Zurückweisung von Fehlermeldungen (Nachrichtentyp „FEHL“ oder um FHL-Segmente ergänzte Nachrichten) ist zur Vermeidung von Endlosschleifen nicht zulässig.
- (9) Datenträger mit personenbezogenen Daten sind nach der Datenübernahme grundsätzlich zu löschen. Der Volume-Kennsatz muss erhalten bleiben. Magnetbänder und Magnetbandkassetten sind dem Absender zurückzugeben. Damit verbunden ist gleichzeitig die Quittierung der Übernahme der Daten. Für die Zurückweisung fehlerhafter Datenträger oder Dateien gelten besondere Regelungen (siehe Abschnitt 6).

## 4 Übermittlungsarten

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

### 4.1 Zeichenvorrat

- (1) Der Bezugscode für den Austausch digitaler Daten ist der Code gemäß DIN 66 303:2000-06 (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 genormte und herstellerunabhängige Komprimierungsverfahren vorhanden sind, sollten diese vorrangig verwendet werden.

#### 4.1.2 Verschlüsselung (siehe Anhang)

#### 4.1.3 Dateiname

Für den Dateinamen wird folgende Syntax verwendet:

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

## 4.2 Datenfernübertragung

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

### 4.2.1 Anwendungsorientierte Funktionen

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

OSI-Ebene 7:	ISO IS 8571	(OSI-FTAM-Standard)
	ISO IS 8649/8650	(Funktionselement für Anwendungen (ACSE))
OSI-Ebenen 5/6:	ISO IS 8822/8823	(Darstellung)
	ISO IS 8326/8327	(Kommunikationssteuerung)
- (2) Zur Verwendung des FTAM-Dienstes müssen folgende Normen und Profile beachtet werden:
 

ENV 41204	Vollständige Übermittlung einfacher Dateien
ENV 41205	Dateiverwaltung
FTAM Typ 3	Unstructured binary files
- (3) Zur Verwendung des MHS-Dienstes müssen folgende Normen und Profile beachtet werden:
 

MHS	CCITT X.400 (X. 400-Standard, Version 1988)
Pedi (P35)	CCITT X.435 (Übertragung von EDIFACT-Nachrichten)
Verbindung	ENV 41201 (Private Verwaltungsbereiche)
Verbindung	ENV 41202 (Öffentlicher Verwaltungsbereich)
- (4) Die Struktur der Übertragungsdateien bei FTAM und MHS ist im Anhang (Abschnitt 2) definiert.

### 4.2.2 Transportorientierte Funktionen

- (1) Die ISO-Normen IS 8072/8073 definieren die zu verwendenden Transportdienste und -protokolle.
- (2) Als Protokolle für den D-Kanal sind E-DSS1 (Euro-ISDN) und 1 TR6 zu unterstützen. Im B-Kanal wird gemäß der Telekom-Richtlinie 1TR24 das 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.

### 4.2.3 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

### 4.3.1 Magnetbänder oder Magnetbandkassetten

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

#### 4.3.1.1 Kennsätze und Dateianordnung

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

#### 4.3.2 Disketten

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

#### 4.3.3 Transportsicherung

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

#### 4.3.4 Dokumentation

- (1) Für den Datenträgeraustausch werden Transportbegleitzettel in Anlehnung an DIN 31 632 verwendet. Eine Durchschrift/Kopie des Begleitzettels geht mit getrennter Post an den Empfänger.
- (2) Der Transportbegleitzettel muss die folgenden Mindestinhalte umfassen:
  - Überschrift: Datenträgerbegleitzettel
  - Datenübermittlungsverfahren: § 301
  - Absender
  - Empfänger
  - Inhalt der Datenlieferung
  - Lfd. Nummer der übermittelten Datenlieferung/Dateinummer
  - Dateiname
  - Art des Datenträgers
  - Erstellungsdatum
  - Datum, Unterschrift

## 5 Austauschformate

### 5.1 Dateibeschreibung

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

UNA, Trennzeichen-Vorgabe

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

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

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-Endsegment (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-Endsegment (UNT) beendet. Innerhalb dieser beiden Segmente befinden sich alle Nutzdatensegmente der Nachricht. Gemäß DIN EN29 735 ist je Nachricht (innerhalb von UNH und UNT) nur die Übermittlung eines Geschäftsvorfalles möglich.

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

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



*Nutzdaten-Kopfsegment*

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

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

*Beispiel für den Aufbau eines UNB:*

```
UNB+UNOC:3+101234567+261234567+970118:1145+00001++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
0065	an..6	M	Nachrichtentyp-Kennung	AUFN, VERL, MBEG, RECH, ENTL, AMBO, ZGUT, KOUB, ANFM, ZAHL, ZAAO. SAMU oder FEHL
0052	an..3	M	Versionsnummer des Nachrichtentyps	12
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	Nachrichtenanzahl 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 Geschäftsvorfalles	01,.. bei mehrfach vorkommenden Nachrichten, fortlaufend
	an9	M	IK des Absenders	IK des Krankenhauses/ IK der Krankenkasse
	an9	M	IK des Empfängers	IK der Krankenkasse/ IK des Krankenhauses

## 7.3 Allgemeine Verfahrensregeln

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

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

### 7.3.1 Normalfall

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

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

### 7.3.2 Änderung

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

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

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

### 7.3.3 Fallstorno

In folgenden Fällen ist durch das Krankenhaus ein Fallstorno durchzuführen:

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

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

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

#### 7.3.4 Rechnungsstorno

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

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

#### 7.3.5 Nachtragsrechnung

Wurde bei einer bereits übermittelten Rechnung für einen bestimmten Zeitraum ein Entgelt versehentlich nicht berechnet, so kann dieses über eine Nachtragsrechnung (Schlüssel 11, *Rechnungsart* „03“ oder „53“) mit dem *Verarbeitungskennzeichen* „10“ (Normalfall) nachträglich übermittelt werden. Die laufende Nummer 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 <sup>1)</sup>	nein	ja <sup>5)</sup>	ja <sup>4)</sup>
4b	Gutschrift zu Schlussrechnung	ja	ja	nein	ja <sup>5)</sup>	ja <sup>4)</sup>
4c	Gutschrift zu Nachtrag	ja <sup>6)</sup>	ja <sup>6)</sup>	ja	ja <sup>3)</sup>	nein
5a	Stornierung einer Zwischenrechnung	ja	ja <sup>1)</sup>	nein	nein	nein
5b	Stornierung einer Schlussrechnung	ja	ja	nein	nein	nein
5c	Stornierung eines Nachtrags	nein	nein	ja	ja <sup>3)</sup>	ja <sup>2)</sup>

*Erläuterungen:*

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

## 7.4 Änderung von Versichertendaten

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

### 7.4.1 Notwendigkeit des Verfahrens

Bei den Versichertendaten in den Segmenten INV und NAD

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

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

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

### 7.4.2 Technische Umsetzung

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

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

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

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

## 8 Informationsstrukturdaten

### 8.1 Daten über stationäre Einrichtungen

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

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

### 8.2 Kostenträgerdaten

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

Die Datei enthält neben den Institutionskennzeichen der 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, § 117, § 118, § 119 oder § 120 Abs. 1a SGB V oder im Rahmen von Verträgen nach § 140a SGB V) durch mehr als eine datenversendende/datenempfangende entschlüsselungsberechtigte Stelle erfolgen.

Krankenhäuser, die Rechenzentren nur als Abrechnungsstelle für ambulante Operationen einen bestimmten Leistungsbereich (§ 115b, § 116b, § 117, § 118, § 119 oder § 120 Abs. 1a SGB V oder im Rahmen von Verträgen nach § 140a SGB V) beauftragt haben, können für den Datenaustausch ein gesondertes Institutionskennzeichen in den FKT-Segmenten als logischen Absender/Empfänger verwenden. Die Verwendung eines gesonderten Institutionskennzeichens ist mit dem jeweiligen Kostenträger bilateral abzustimmen.

### 9.1 Annahmestellen bei den Krankenkassen

Die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene haben kassenartenbezogen zentrale Stellen zur Datenanahme 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 berechtigte Vorprüfstelle weitergeleitet. Die zu übermittelnden Dateien sind je entschlüsselnder Stelle zu erstellen.

Für die einzelnen Kassenarten bestehen folgende Annahme- und Vorprüfstellen:

## 9.1.1 AOK

## 13 Annahmestellen

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

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

## 12 Zuständigkeitsbereiche

## gkv Informatik – Unternehmen Synergien Fachbereich Inputmanagement

Lichtscheider Straße 89, 42285 Wuppertal

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

IK: 104212516 AOK Rheinland/Hamburg (Rheinland)  
 IK: 100295017 AOK Rheinland/Hamburg (Hamburg)  
 IK: 100295017 AOK NordWest (Schleswig-Holstein)  
 IK: 100295017 AOK NordWest (Mecklenburg-Vorpommern)  
 IK: 103411401 AOK NordWest (Westfalen-Lippe)  
 IK: 100696023 AOK NordOst (Berlin)  
 IK: 100696023 AOK NordOst (Brandenburg)  
 IK: 100696023 AOK Sachsen-Anhalt

## ARGE AOK RZ Bremen/Niedersachsen

Bürgermeister-Smidt-Straße 95, 28195 Bremen

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

IK: 103119199 AOK Bremen/Bremerhaven

IK: 102110939 AOK Niedersachsen

## IT|S|Care IT-Services für den Gesundheitsmarkt

Postfach 2101, 34606 Schwalmstadt

Telefon: 06691/736 119 (oder 736 200), Fax: 06691/736 314

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

Schwarzwaldstraße 39, 77933 Lahr

Telefon: 07821 937 132, Fax: 07821 937 229

IK: 108018007 AOK Baden-Württemberg

## Kubus-IT DAV für AOK Bayern und AOK Plus

Karl-Marx-Straße 7a, 95444 Bayreuth

Telefon: 0921/288 485, Fax: 0291/288 124 85

IK: 108310400 AOK Bayern

Sternplatz 7, 01067 Dresden

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

IK: 107299005 AOK-Plus (Sachsen)

Sternplatz 7, 01067 Dresden

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

oder Telefon: 03681/450 87 658, Fax: 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)	
hkk	Handelskrankenkasse (Vorprüfung: bei BITMARCK SERVICE GMBH)		Na

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)  
 ohne BKK vor Ort (IK: 102193234)

Mobil ISC GmbH Raiffeisenstr. 12, 31275 Lehrte, Telefon 05132 83051-41  
 IK: 102193212 BKK Mobil Oil (ab 1.4.2013)  
 IK: 102193234 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

## 1 Annahmestelle (ohne Entschlüsselungsberechtigung)

## 1 Vorprüfstelle

## 9.1.6 Landwirtschaftliche Krankenkassen

## 1 Annahmestelle (ohne Entschlüsselungsberechtigung)

## 1 Vorprüfstelle

*Annahmestelle der Knappschaft und der landwirtschaftlichen Krankenkassen:*

T-Systems International GmbH  
 für Datenträgerannahme: Postfach 100341, 64203 Darmstadt  
 für DFÜ: 0800 / 3324785 (DAV-Hotline) (dort wird die aktuelle DFÜ-  
 Telefonnummer bekanntgegeben)

## 10 Testverfahren

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



## Anlage 5

# Durchführungshinweise

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

Na 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 Entlassungs- anzeige und der Rechnungssatz unabhängig davon an die Krankenkasse übermittelt werden, wobei die Entlas- sungsanzeige 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 *Entgeltsschlüssel* „43xxxxxx“ abgerechnet werden, sind lediglich verbleibende Tage ohne Behandlung im Datenelement *Tage ohne Berechnung/Behandlung* zu berücksichtigen. Erfolgt die Behandlung und Entlassung eines teilstationären Patienten zu Quartalsbeginn, soll zur Abrechnung zunächst eine Zwischenrechnung gestellt werden, wenn eine erneute Behandlung wegen derselben Erkrankung im verbleibenden Quartalsrest nicht ausgeschlossen 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.

## 1. ENT-Segment:

Entgeltart:	A1PA01AA
Entgeltbetrag:	260,60
Abrechnung von:	14.01.2015
Abrechnung bis:	24.01.2015
Entgeltanzahl:	10
Tage ohne Berechnung/Behandlung	1

## 2. ENT-Segment:

Entgeltart:	CET0201
Entgeltbetrag:	47,45
Abrechnung von:	14.01.2015
Abrechnung bis:	20.01.2015
Entgeltanzahl:	6
Tage ohne Berechnung/Behandlung	1

## 3. ENT-Segment:

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.

## 1. ENT-Segment:

Entgeltart:	A1PA02BG
Entgeltbetrag:	424,92
Abrechnung von:	22.09.2015
Abrechnung bis:	30.09.2015
Entgeltanzahl:	9

## 2. ENT-Segment:

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 Rechnungsstornosatz (*Verarbeitungskennzeichen* in FKT: „10“ und *Rechnungsart* in REC: „04“) ist der richtig gestellte Rechnungssatz mit *Verarbeitungskennzeichen* in FKT: „10“ (Normalfall) und *Rechnungsart* in REC: „01“ oder „51“ (Zwischenrechnung) oder „02“ oder „52“ (Schlussrechnung) zu übermitteln (siehe Anlage 4, Abschnitt 7).

Zur ausschließlichen Gutschrift von nachträglich geleisteten Zuzahlungen siehe Abschnitt 1.2.6 (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 Kodierichtlinien und den Deutschen Kodierichtlinien 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 Kodierichtlinien bzw. die Deutschen Kodierichtlinien 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 Kodierichtlinien 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 „J“ 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:

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 bis 119 SGB V

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

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

### 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.*

## 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 Krankenversicherungsnummer haben, entfällt die Übertragung der Daten der Krankenversichertenkarte im Kostenübernahmesatz.

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

Für Versicherte der Knappschaft sind besondere Regelungen zu beachten.

### 1.3.2 Anforderungssatz medizinische Begründung

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

### 1.3.3 Sammelüberweisung

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

Die Verwendung dieses Nachrichtentyps erfolgt in bilateraler Absprache.

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

### 1.3.4 Zahlungssatz

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

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

### 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.

## 1.4 Vorgaben für besondere Fallkonstellationen

### 1.4.1 Versorgung von Neugeborenen im G-DRG-System

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

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

#### 1.4.1.1 Gesundes Neugeborenes

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

Im Datenfeld *Krankenversicherten-Nr.* ist die Krankenversicherungsnummer der Mutter anzugeben. Als Aufnahme-tag ist der Tag der Geburt und als Aufnahme-gewicht 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 Aufnahmetag und dem Tag der Geburt für die Mutter ein Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers ein, wird bei der Abrechnung von Fallpauschalen der Fall der Mutter mit dem am Aufnahmetag zuständigen Kostenträger und der Fall des gesunden Neugeborenen mit dem hiernach am Tag der Geburt zuständigen Kostenträger abgewickelt. (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 „7899999“ (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-/Verlegungsurzeit 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.

Vorbereitende Untersuchungen, die im Zusammenhang mit einer geplanten Lebendspende im Rahmen der vertraglich vereinbarten ambulanten Behandlung in Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V durchgeführt werden, sind mit dem Nachrichtentyp „Rechnungssatz Ambulante Operation“ zu übermitteln. Das Feld *Lebendspende* ist dann mit einem „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 Änderungs-meldung (Storno und Neumeldung) zum ursprünglichen Zahlungssatz mit dem korrigierten *Prüfungsvermerk* „61“, „62“ oder „65“ (siehe Schlüssel 10) den Beleg über die Unzustellbarkeit anfordern.

#### *Besondere Hinweise*

Bei einer Fallzusammenführung entsprechend § 2 FPV/PEPPV 2013 kann es zu einer mehrfachen Berechnung der Kosten des Verwaltungsverfahrens für die vor der Fallzusammenführung bestehenden Einzelfälle kommen. In diesen Fällen ist je Teilaufenthalt eine Nachtragsrechnung zu stellen, in absehbaren Fällen soll jedoch versucht werden, die Einziehung der Zuzahlung für zeitlich kurz aufeinander folgende Krankenhausaufenthalte nach Möglichkeit in einem Leistungsbescheid zusammenzufassen und die Verwaltungskostenpauschale (~~und ggf. Portokosten für erneute Zustellung zwecks Beweisführung~~) nur einmal abzurechnen.

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

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

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

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

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

#### Zuzahlungspflicht bei Verlegung/Entlassung mit anschließender Aufnahme

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

#### Datumsangaben in den ENT-Segmenten der Rechnungssätze

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

#### 1.4.9 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 Aufenthaltes (mit Pseudo-Fachabteilung „0001“ bzw. „0002“) zwischen den zusammengeführten Fällen.

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

#### 1.4.9.2 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.

##### N Regelung für den Jahreswechsel 2015/2016

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 -&gt; KHEntgG, BPfIV -&gt; 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 -&gt; KHEntgG, KHEntgG -&gt; 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+++KH**h**int1'  
 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+++Kh**h**int2'  
 DAU+20030215+20030220'  
 ETL+20030220+0800+012+2300+[Hauptdiagnose] (+[Sek.-Diagn.] )'  
 FAB+2300'

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

*Falldaten*

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

*Aufnahmesatz (Auszug) 1. Zeitraum*

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

*Entlassungsanzeige (Auszug) 1. Zeitraum*

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

*Interne Verlegung*

*Aufnahmesatz (Auszug) 2. Zeitraum*

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

*Entlassungsanzeige (Auszug) 2. Zeitraum*

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

*Rückverlegung (ohne Neueinstufung)*

*Aufnahmesatz (Auszug) 3. Zeitraum*

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

*Entlassungsanzeige (Auszug) 3. Zeitraum*

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

Fall 4 interne Verlegung mit Wechsel der Abrechnungssysteme und Rückverlegung mit Neueinstufung (KHEntgG -> 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. Zahnarztnummer des einweisenden Zahnarztes

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

#### 11. Aufnahmegewicht

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

## Segment Behandlungsdiagnose (BDG)

(BDG ist bis zu 30-mal möglich)

### 1. Behandlungsdiagnose

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

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

- F12 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.

### 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.

### F12 3. Diagnoseart

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.

### F12 4. Teammitgliedsidentifikation

- N 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.

## 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 5. November 2014 (BAnz AT 18.11.2014 B2)

Am 1. Januar 2015 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 2015 in Kraft. Die Bekanntmachung zur Anwendung des Diagnoseschlüssels vom 8. Oktober 2013 (BAnz. AT 30.10.2013 B1) tritt am 31. Dezember 2014 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 5. November 2014 (BAnz AT 18.11.2014 B3)

Am 1. Januar 2015 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 2015 in Kraft. Die Bekanntmachung zur Anwendung des Operationen- und Prozedurenschlüssels vom 8. Oktober 2013 (BAnz. AT 31.10.2013 B2) tritt am 31. Dezember 2014 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-/Investitionskostenumsatz 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.

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. F12

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).

## 11. Teammitgliedsidentifikation F12

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-Arztnummer „55555“, 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.

## 12. Teamebene F12

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.

## 13. Gennummer, codiert F12

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. Na

## 14. Anzahl Gennummer F12

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 Entgeltschlüssel ist in diesen Fällen der Entgeltschlüssel 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 Krankenhausfalles 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 Krankenhausfalles anzugeben.

### *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.

N

## 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 Grenzerweildauer 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.

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

### 2. Einzelvergütung, Erläuterung

Die im Datenelement Einzelvergütung abgerechneten Materialien, Arzneimittel oder Pauschalen werden mit Schlüssel 3 angegeben.

### 3. Einzelvergütung, Texterläuterung

Das Feld dient der näheren Angabe über die abgerechneten Implantate, Arzneimittel oder die pauschalierten Entgelte.

### 4. Anzahl

F12

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

### 5. Tag der Behandlung

F12

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.

F12 Bei Abrechnung nach § 116b (neu) ist in dem Feld der Betrag auszuweisen, der dem Investitionskostenabschlag 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 Operationseingriff 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 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)

*(FHL ist bis zu 40-mal möglich)*

F12

### 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-Segementes 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.

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

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 krankenhausesbezogenen Daten benutzt. Verfügt ein Krankenhaus nicht über ein Zertifikat für die kryptographische Verschlüsselung, wird von den Krankenkassen als Haupt-IK das zeitlich erste IK verwendet. Die Information über die von den Krankenkassen verwendeten Haupt-IK aller in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Krankenhäuser wird entsprechend Anlage 4, Ziffer 8.1 über das Internet mit wöchentlicher Aktualisierung 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 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.

### F12 2. Versichertenart (Schlüssel 12, Teil 1)

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“.

### F12 3. Besonderer Personenkreis (Schlüssel 12, Teil 2)

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 = Auslandsversicherter.

### F12 4. DMP-Teilnahme (Schlüssel 12, Teil 3)

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 § 291 Abs. 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“.

## 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

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. F12

## 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.

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. F12

## 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

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

### 2. Leistungsschlüssel

Die Schlüsselausprägungen der unterschiedlichen Leistungsarten (Schlüssel 22, 23, 28, 29 oder „9999“) werden in diesem Datenfeld dargestellt. N

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 [ab 1.1.2016: oder „Säugling x“ für Säuglinge mit unbekanntem Geschlecht] anzugeben.

## 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)

## F12 4. Geburtsdatum des Versicherten

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.

## F12 10. Namenszusatz

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

11. Vorsatzwort F12

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

12. Anschriftenzusatz F12

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)

*(PRZ ist bis zu 99-mal möglich)*

F12

### 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.

Bei vorbereitenden Untersuchungen, die im Zusammenhang mit einer geplanten Lebendspende im Rahmen der vertraglich vereinbarten ambulanten Behandlungen in Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V durchgeführt werden (Feld *Lebendspende* = „J“), ist im Segment PRZ als Standardwert einer der OPS-Kodes 8-979.\* anzugeben. N

### 2. Prozedurentag

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

### 3. Lebendspende

Vorbereitende Untersuchungen, die im Zusammenhang mit einer geplanten Lebendspende im Rahmen der vertraglich vereinbarten ambulanten Behandlung in Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V durchgeführt werden, sind zu übermitteln. Es ist in diesem Fall ein „J“ zu verschlüsseln. In allen anderen Fällen bleibt dieses Feld leer.

## Segment Reha/Behandlung/Geeignete Einrichtung (RBG)

*(RBG ist bis zu 10-mal möglich)*

### 1. Durchgeführte Rehabilitationsmaßnahme

Das Feld dient zur Angabe der im Krankenhaus durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen anhand des Schlüssels 2.

Die Angabe kann auch mit Vordruck erfolgen, für diesen Fall enthält die Anlage 3 die erforderlichen Angaben.

### 2. Vorschlag für die weitere Behandlung

Falls vom Krankenhausarzt Vorschläge für die weitere Behandlung gemacht werden, werden diese durch den Schlüssel 13 gemeldet.

Die Angabe kann auch mit Vordruck erfolgen, für diesen Fall enthält die Anlage 3 die erforderlichen Angaben.

### 3. Vorschlag für geeignete Einrichtungen

Falls vom Krankenhausarzt Vorschläge für geeignete Einrichtungen zur weiteren Behandlung gemacht werden, werden diese durch Schlüssel 14 (Institutionskennzeichen der Einrichtung) angegeben.

Die Angabe kann auch mit Vordruck erfolgen, für diesen Fall enthält die Anlage 3 die erforderlichen Angaben.

## Segment Rechnung (REC)

### 1. Rechnungsnummer

Die Rechnungsnummer dient der eindeutigen Identifizierung der Einzelrechnung. Dies gilt auch über verschiedene Leistungsbereiche hinweg.

### 2. Rechnungsdatum

Als Rechnungsdatum ist das Datum der Rechnungsstellung anzugeben.

### 3. Rechnungsart

Die Rechnungsart (Schlüssel 11) enthält die Information, ob es sich bei dem übermittelten Datensatz um eine Zwischenrechnung, Schlussrechnung o.ä. handelt. Mit dem Schlüssel 11 wird auch angegeben, ob das Krankenhaus die Übermittlung des entsprechenden Zahlungssatzes anfordert oder nicht.

### 4. Aufnahmetag/Tag des Zugangs

Bei einer voll- oder teilstationären Behandlung oder stationären Entbindung ist der Aufnahmetag, bei ambulanter Operation/Behandlung im Krankenhaus oder bei vorstationärer Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung ist der Tag des ersten Zugangs anzugeben. Die Abrechnung ambulanter Operationen/Behandlungen erfolgt nach den am Tag des ersten Zuganges geltenden Abrechnungsregeln mit zugehörigem Leistungskatalog, Schlüsselkatalogen und Punktwert.

*Hinweis bei Abrechnung von Behandlungen nach §§ 117–119 SGB V:*

Eine Übertragungsdatei kann Fälle aus verschiedenen Quartalen enthalten. Als Tag des Zugangs wird der Tag des Erstkontakts in dem Abrechnungsquartal ausgewiesen.

### 5. Rechnungsbetrag

Der Rechnungsbetrag (mit zwei Nachkommastellen) enthält den aus den einzelnen Entgeltelementen (Segment 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 stationersetzender Eingriff gemäß § 115b Abs. 1 SGB V durch einen am Krankenhaus tätigen Belegarzt bzw. Vertragsarzt im Rahmen einer vertraglichen Zusammenarbeit, so ist die Arztnummer des Belegarztes bzw. niedergelassenen Vertragsarztes vom Krankenhaus auszuweisen.

## 8. Arztnummer eines weiteren kooperierenden Arztes

Erfolgt eine ambulante Operation oder ein sonstiger stationersetzender Eingriff gemäß § 115b Abs. 1 SGB V durch mehrere Vertragsärzte im Rahmen einer vertraglichen Zusammenarbeit, so ist die Arztnummer eines weiteren niedergelassenen Vertragsarztes zusätzlich zur Angabe im Datenfeld Arztnummer des kooperierenden Arztes in diesem Datenfeld vom Krankenhaus auszuweisen.

## 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-entgeltsschlüssel.gkv-datenaustausch.de> können Entgeltsschlüssel online beantragt werden. Werden Entgeltsschlüssel nicht online beantragt, können diese auch der DKG bzw. dem GKV-Spitzenverband per Email (DKG: [Entgeltantrag301@dkgev.de](mailto:Entgeltantrag301@dkgev.de), GKV-Spitzenverband: [datenaustausch301@gkv-spitzenverband.de](mailto: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 Entgeltsschlüssel- 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 Entgeltsschlüssels
- 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 Entgeltsschlüssels
- 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 Ausdauerergymnastik
- l0120 Fitnesstraining
- l0130 Gehschule
- l0140 Geh- und Lauftraining
- l0150 Gleichgewichtstraining
- l0160 Intervalltraining
- l0170 Konditionstraining
- l0171 Koordinationsgymnastik
- l0172 Radfahren
- l0173 Stretching
- l0174 Tanztherapie
- l0175 Terrainstraining
- l0176 Waldlauf
- l0177 Wandern
- l0178 Zirkeltraining
- l0199 sonstiges
- l11- Gezieltes Training für Behinderte, mindestens 45 Minuten*
- l1110 Behindertensport
- l1120 Rollstuhlsport
- l1130 Behindertenschwimmen

- l1199 sonstiges
- l12- Gezieltes Training für Behinderte, mindestens 30 Minuten*
- l1210 Behindertensport
- l1220 Rollstuhlsport
- l1230 Behindertenschwimmen
- l1299 sonstiges
- l21- Sequenztraining ohne Monitoring
- l22- Ergometertraining ohne Monitoring
- l31- Sequenztraining mit Monitoring
- l32- Ergometertraining mit Monitoring (EKG) bei definierter Belastung
- l41- Schwimmen indikationsspezifisch*
- l4110 Anfängerschwimmen
- l4120 Schwimmen für Angstpatienten
- l4130 Ausdauerschwimmen
- l4140 therapeutisches Rückenschwimmen
- l4150 Wassergymnastik
- l4199 sonstiges Schwimmen
- l51- Indikationsspezifische Gymnastikgruppe*
- l5110 Adipositasgymnastik
- l5120 Beckengymnastik
- l5130 Funktionsgymnastik
- l5140 Atemgymnastik
- l5150 Kopfschmerzgymnastik
- l5199 sonstige Gymnastikgruppe
- l61- Dynamisches und statisches Muskeltraining
- l71- Gefäßtraining
- l81- Sportarten mit spezieller psychotherapeutischer Zielsetzung, mindestens 90 Minuten*
- l8110 Bogenschießen mit psychotherapeutischer Zielsetzung
- l8120 Boxen mit psychotherapeutischer Zielsetzung
- l8130 Reiten mit psychotherapeutischer Zielsetzung
- l8199 sonstige geeignete Sportart
- l82- Sportarten mit spezieller psychotherapeutischer Zielsetzung, mindestens 60 Minuten*
- l8210 Bogenschießen mit psychotherapeutischer Zielsetzung
- l8220 Boxen mit psychotherapeutischer Zielsetzung
- l8230 Reiten mit psychotherapeutischer Zielsetzung
- l8299 sonstige geeignete Sportart
- l91- Gymnastikgruppe mit verhaltenstherapeutischer Zielsetzung, mindestens 90 Minuten
- l92- Gymnastikgruppe mit verhaltenstherapeutischer Zielsetzung, mindestens 60 Minuten

#### Rekreationstherapie, Üben, u.a. auch von sozialen Kompetenzen

- m01- Sport und Bewegung im Freien*
- m0110 Fahrradwandern
- m0120 Skilanglauf

- m0130 Spaziergänge und geführte Wanderungen
- m0199 sonstige geeignete Sportart
- m11- Sport und Spiel in Halle und Gelände*
- m1110 Ballspiele
- m1120 Bogenschießen
- m1130 Schwimmen
- m1140 Tischtennis
- m1199 sonstige geeignete Sportart
- m21- Strukturierte soziale Kommunikation und Interaktion*
- m2110 Besichtigungsfahrten
- m2120 Dia- und Filmvorführungen
- m2130 Kegeln
- m2140 Musik und Bewegung
- m2150 Singen
- m2199 sonstige geeignete Veranstaltung

*Andere ärztlich empfohlene Leistungseinheiten*

- m31- Freies Schwimmen im Meer, Brandungsschwimmen
- m32- Sauna
- m33- Wassertreten
- m34- Inhalation im Gradierwerk oder in der Brandungszone

Reha-Pflege

*Therapeutische Leistungen im Rahmen Klinischer Psychologie, Einzelberatung und/oder psychotherapeutische Intervention*

- p01- Einzelberatung
- p02- Beratung von Patienten und Angehörigen
- p03- Therapeutische Einzelintervention*
- p0310 psychoanalytisch orientiert
- p0320 verhaltenstherapeutisch orientiert
- p0399 andere anerkannte Verfahren
- p04- Krisenintervention

*Gruppenarbeit*

- p11- Diagnosebezogene Gruppenarbeit*
- p1110 Gesprächsgruppen für Patienten mit AVK
- p1120 Gesprächsgruppen für Patienten mit Bluthochdruck
- p1130 Gesprächsgruppen für Patienten mit CEDE
- p1140 Leben nach dem Herzinfarkt
- p1150 Gesprächsgruppen für Patienten mit Krebs
- p1199 sonstige
- p12- Problemorientierte Gruppenarbeit*
- p1210 Stressbewältigung

p1220	Umgang mit Alkohol
p1230	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 Staffelung

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
47100012	Pflegezuschlag nach § 4 Abs. 10 KHEntgG
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
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

## 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 BPflV 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 Ausbildungsabschluss, Nordrhein-Westfalen (für Korrekturen)  
 75207002 Ausbildungsabschluss, Rheinland-Pfalz (für Korrekturen)  
 75209002 Ausbildungsabschluss, Bayern (für Korrekturen)  
 75213002 Ausbildungsabschluss, Mecklenburg-Vorpommern (für Korrekturen)

Bundesweit nach Anlage 2 und 5 Fallpauschalenkatalog 2015 (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, .32 oder .3x
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 und mehr; OPS 8-812.5e
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 mg bis unter 40 mg; OPS 6-002.4c
- 76ZE4402 - (ZE4402) 40 mg bis unter 50 mg; OPS 6-002.4d
- 76ZE4403 - (ZE4403) 50 mg bis unter 60 mg; OPS 6-002.4e
- 76ZE4404 - (ZE4404) 60 mg bis unter 70 mg; OPS 6-002.4f
- 76ZE4405 - (ZE4405) 70 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 oder .71
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
- ZE86 Neurostimulatoren zur Hirnstimulation, Einkanalsystem
- 76ZE8600 - (ZE86) OPS 5-028.90 oder .a0
- ZE92 Gabe von Imatinib, oral
- 76ZE9201 - (ZE9201) 800 mg bis unter 1.200 mg; OPS 6-001.g0
- 76ZE9202 - (ZE9202) 1.200 mg bis unter 2.000 mg; OPS 6-001.g1
- 76ZE9203 - (ZE9203) 2.000 mg bis unter 2.800 mg; OPS 6-001.g2
- 76ZE9204 - (ZE9204) 2.800 mg bis unter 4.000 mg; OPS 6-001.g3
- 76ZE9205 - (ZE9205) 4.000 mg bis unter 5.200 mg; OPS 6-001.g4

76ZE9206 - (ZE9206) 5.200 mg bis unter 6.400 mg; OPS 6-001.g5  
 76ZE9207 - (ZE9207) 6.400 mg bis unter 7.600 mg; OPS 6-001.g6  
 76ZE9208 - (ZE9208) 7.600 mg bis unter 8.800 mg; OPS 6-001.g7  
 76ZE9209 - (ZE9209) 8.800 mg bis unter 11.200 mg; OPS 6-001.g8  
 76ZE9210 - (ZE9210) 11.200 mg bis unter 13.600 mg; OPS 6-001.g9  
 76ZE9211 - (ZE9211) 13.600 mg bis unter 16.000 mg; OPS 6-001.ga  
 76ZE9212 - (ZE9212) 16.000 mg bis unter 18.400 mg; OPS 6-001.gb  
 76ZE9213 - (ZE9213) 18.400 mg bis unter 20.800 mg; OPS 6-001.gd  
 76ZE9214 - (ZE9214) 20.800 mg bis unter 23.200 mg; OPS 6-001.ge  
 76ZE9215 - (ZE9215) 23.200 mg bis unter 25.600 mg; OPS 6-001.gf  
 76ZE9216 - (ZE9216) 25.600 mg bis unter 30.400 mg; OPS 6-001.gg  
 76ZE9217 - (ZE9217) 30.400 mg bis unter 35.200 mg; OPS 6-001.gh  
 76ZE9218 - (ZE9218) 35.200 mg und mehr; OPS 6-001.gj

ZE93 Gabe von Human-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
ZE99	Distraktionsmarknagel, nicht motorisiert
76ZE9900	- (ZE99) OPS 5-786.j0
ZE100	Implantation eines endobronchialen Klappensystems, Andere Operationen an Lunge und Bronchien: Implantation oder Wechsel eines endobronchialen Klappensystems, endoskopisch
76ZEA001	- (ZE10001) 1 Ventil; OPS 5-339.50
76ZEA002	- (ZE10002) 2 Ventile; OPS 5-339.51
76ZEA003	- (ZE10003) 3 Ventile; OPS 5-339.52
76ZEA004	- (ZE10004) 4 Ventile; OPS 5-339.53
76ZEA005	- (ZE10005) 5 oder mehr Ventile; OPS 5-339.54
ZE101	Medikamente-freisetzende Koronarstents (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
ZE102	Vagusnervstimulationssysteme
76ZEA200	- (ZE102) OPS 5-059.c8, .c9, .ca, .d8, .d9 oder .da
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
ZE129	Gabe von Tocilizumab, parenteral
76ZEC901	- (ZE12901) 80 mg bis unter 200 mg; OPS 6-005.30
76ZEC902	- (ZE12902) 200 mg bis unter 320 mg; OPS 6-005.31
76ZEC903	- (ZE12903) 320 mg bis unter 480 mg; OPS 6-005.32
76ZEC904	- (ZE12904) 480 mg bis unter 640 mg; OPS 6-005.33
76ZEC905	- (ZE12905) 640 mg bis unter 800 mg; OPS 6-005.34
76ZEC906	- (ZE12906) 800 mg bis unter 960 mg; OPS 6-005.35
76ZEC907	- (ZE12907) 960 mg bis unter 1.120 mg; OPS 6-005.36
76ZEC908	- (ZE12908) 1.120 mg bis unter 1.280 mg; OPS 6-005.37
76ZEC909	- (ZE12909) 1.280 mg bis unter 1.440 mg; OPS 6-005.38
76ZEC910	- (ZE12910) 1.440 mg bis unter 1.600 mg; OPS 6-005.39
76ZEC911	- (ZE12911) 1.600 mg bis unter 1.760 mg; OPS 6-005.3a
76ZEC912	- (ZE12912) 1.760 mg bis unter 1.920 mg; OPS 6-005.3b
76ZEC913	- (ZE12913) 1.920 mg bis unter 2.080 mg; OPS 6-005.3c
76ZEC914	- (ZE12914) 2.080 mg und mehr; OPS 6-005.3d
ZE130	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen
76ZED001	- (ZE13001) 43 bis 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) 43 bis zu 129 Aufwandspunkte; OPS 9-201.0, .1, .5, 9-202.01, .02, 9-202.1 oder .5
76ZED102	- (ZE13102) 130 bis zu 362 und mehr Aufwandspunkte; OPS 9-201.6, .7, .8, .9, .a, .b, .c, .d, .e, 9-202.6, .7, .8, .9, .a, .b, .c, .d oder .e
ZE132	Implantation eines Wachstumsstents
76ZED201	- (ZE13201) Ein Stent; OPS 8-838.k*, .m*, 8-845.0*, 8-846.0* oder 8-847
76ZED202	- (ZE13202) Zwei und mehr Stents; OPS 8-845.1* oder 8-846.1*

ZE133	Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines 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 oder .0c 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 oder 5-059.d0
ZE140	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation
76ZEE000	- (ZE140) OPS 5-039.e1, .k1 oder 5-059.c1

ZE141 Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, nicht wiederaufladbar, ohne Sondenimplantation  
76ZEE100 - (ZE141) OPS 5-039.fl, .m1 oder 5-059.d1

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

Bundesweit nach Anlage 4 und 6 Fallpauschalenkatalog 2015 (Zusatzentgelt-Katalog, unbewertet)

ZE2015-01 Beckenimplantate

- 76000010 - (ZE2015-01) OPS 5-785.2d, .3d, .4d oder .5d
- 7600001A - (ZE2015-01) OPS 5-785.2d
- 7600001B - (ZE2015-01) OPS 5-785.3d
- 7600001C - (ZE2015-01) OPS 5-785.4d
- 7600001D - (ZE2015-01) OPS 5-785.5d

ZE2015-02 Links- und rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“)

- 76000020 - (ZE2015-02) OPS 5-376.20, .22, .30, .32, .40, .50, .60, .70, .72, .80 oder .82
- 7600002A - (ZE2015-02) OPS 5-376.20
- 7600002B - (ZE2015-02) OPS 5-376.30
- 7600002C - (ZE2015-02) OPS 5-376.40
- 7600002D - (ZE2015-02) OPS 5-376.50
- 7600002E - (ZE2015-02) OPS 5-376.60
- 7600002F - (ZE2015-02) OPS 5-376.70
- 7600002G - (ZE2015-02) OPS 5-376.80
- 7600002H - (ZE2015-02) OPS 5-376.22
- 7600002I - (ZE2015-02) OPS 5-376.32
- 7600002J - (ZE2015-02) OPS 5-376.72
- 7600002K - (ZE2015-02) OPS 5-376.82

ZE2015-03 ECMO und PECLA

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



ZE2015-04	Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich
76000040	- (ZE2015-04) OPS 5-020.65, .66, .67, .68, .71, .72, 5-774.71, .72, 5-775.71 oder .72
7600004A	- (ZE2015-04) OPS 5-020.65
7600004B	- (ZE2015-04) OPS 5-020.66
7600004C	- (ZE2015-04) OPS 5-020.67
7600004D	- (ZE2015-04) OPS 5-020.68
7600004E	- (ZE2015-04) OPS 5-020.71
7600004F	- (ZE2015-04) OPS 5-020.72
7600004G	- (ZE2015-04) OPS 5-774.71
7600004H	- (ZE2015-04) OPS 5-774.72
7600004I	- (ZE2015-04) OPS 5-775.71
7600004J	- (ZE2015-04) OPS 5-775.72
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
ZE2015-05	Distraktion am Gesichtsschädel
76000050	- (ZE2015-05) OPS 5-776.6, .7, .9 oder 5-777.*1
7600005A	- (ZE2015-05) OPS 5-776.6
7600005B	- (ZE2015-05) OPS 5-776.7
7600005C	- (ZE2015-05) OPS 5-776.9
7600005D	- (ZE2015-05) OPS 5-777.*1
76000504	- (ZE2015-05) OPS 5-777.01
76000505	- (ZE2015-05) OPS 5-777.11
76000506	- (ZE2015-05) OPS 5-777.21
76000507	- (ZE2015-05) OPS 5-777.31
76000508	- (ZE2015-05) OPS 5-777.41
76000509	- (ZE2015-05) OPS 5-777.51
76000510	- (ZE2015-05) OPS 5-777.61
76000511	- (ZE2015-05) OPS 5-777.71
76000512	- (ZE2015-05) OPS 5-777.81
76000513	- (ZE2015-05) OPS 5-777.91
ZE2015-07	Andere implantierbare Medikamentenpumpen
76000070	- (ZE2015-07) OPS 5-028.1x oder 5-038.4x
7600007C	- (ZE2015-07) OPS 5-028.1x
7600007D	- (ZE2015-07) OPS 5-038.4x
ZE2015-08	Sonstige Dialyse
76000080	- (ZE2015-08) OPS 8-853.x, .y, 8-854.x, .y, 8-855.x, .y, 8-857.x oder .y
7600008M	- (ZE2015-08) OPS 8-853.x
7600008N	- (ZE2015-08) OPS 8-853.y
7600008C	- (ZE2015-08) OPS 8-854.x
7600008D	- (ZE2015-08) OPS 8-854.y
7600008G	- (ZE2015-08) OPS 8-855.x
7600008H	- (ZE2015-08) OPS 8-855.y
7600008U	- (ZE2015-08) OPS 8-857.x
7600008V	- (ZE2015-08) OPS 8-857.y
ZE2015-09	Hämoperfusion
76000090	- (ZE2015-09) OPS 8-856
ZE2015-10	Leberersatztherapie
76000100	- (ZE2015-10) OPS 8-858
ZE2015-13	Immunadsorption
76000130	- (ZE2015-13) OPS 8-821.**
76000822	- (ZE2015-13) OPS 8-821.0

76000A57	- (ZE2015-13) OPS 8-821.10
76000A58	- (ZE2015-13) OPS 8-821.11
ZE2015-15	Zellapherese
76000150	- (ZE2015-15) OPS 8-823 oder 8-825.*
7600015A	- (ZE2015-15) OPS 8-823
7600015B	- (ZE2015-15) OPS 8-825.*
76000772	- (ZE2015-15) OPS 8-825.0
76000824	- (ZE2015-15) OPS 8-825.1
76000773	- (ZE2015-15) OPS 8-825.x
76097262	- (ZE2015-15) bei Patienten mit Leukämie, massiver Hyperleukozytose und Zirkulationsstörungen; OPS 8-823 i.V.m. OPS 8-825.*
ZE2015-16	Isolierte Extremitätenperfusion
76000160	- (ZE2015-16) OPS 8-859
ZE2015-17	Retransplantation von Organen während desselben stationären Aufenthalts
76000170	- (ZE2015-17) 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	- (ZE2015-17) OPS 5-125.5
7600017O	- (ZE2015-17) OPS 5-335.3*
76000EDH	- (ZE2015-17) OPS 5-335.30
76000EDI	- (ZE2015-17) OPS 5-335.31
7600017C	- (ZE2015-17) OPS 5-375.3*
76000B54	- (ZE2015-17) OPS 5-375.30
76000B55	- (ZE2015-17) OPS 5-375.31
7600017D	- (ZE2015-17) OPS 5-375.4
7600017E	- (ZE2015-17) OPS 5-467.9*
76000587	- (ZE2015-17) OPS 5-467.90
76000588	- (ZE2015-17) OPS 5-467.91
76000589	- (ZE2015-17) OPS 5-467.92
76000591	- (ZE2015-17) OPS 5-467.9x
7600017F	- (ZE2015-17) OPS 5-504.3
7600017G	- (ZE2015-17) OPS 5-504.4
7600017H	- (ZE2015-17) OPS 5-504.5
7600017I	- (ZE2015-17) OPS 5-528.3
7600017J	- (ZE2015-17) OPS 5-528.4
7600017K	- (ZE2015-17) OPS 5-528.5
7600017L	- (ZE2015-17) OPS 5-555.6
7600017P	- (ZE2015-17) OPS 5-555.7*
76000EDJ	- (ZE2015-17) OPS 5-555.70
76000EDK	- (ZE2015-17) OPS 5-555.71
7600017N	- (ZE2015-17) OPS 5-555.8
ZE2015-18	Zwerchfellschrittmacher
76000180	- (ZE2015-18) OPS 5-347.6
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 8-839.0
ZE2015-24	Andere Penisprothesen
76000240	- (ZE2015-24) OPS 5-649.50, .5x, .70 oder .7x
7600024C	- (ZE2015-24) OPS 5-649.50
7600024D	- (ZE2015-24) OPS 5-649.5x
7600024E	- (ZE2015-24) OPS 5-649.70
7600024F	- (ZE2015-24) OPS 5-649.7x

ZE2015-25	Modulare Endoprothesen
76000250	- (ZE2015-25) OPS 5-829.k oder .m
7600025A	- (ZE2015-25) OPS 5-829.k
7600025B	- (ZE2015-25) OPS 5-829.m
76097248	- (ZE2015-25) titanbeschichtet, Knie; OPS 5-829.m
ZE2015-26	Anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung
76000260	- (ZE2015-26) OPS 8-975.3
ZE2015-33	Gabe von Sargramostim, parenteral
76000330	- (ZE2015-33) OPS 6-001.4*
76000712	- (ZE2015-33) OPS 6-001.40
76000713	- (ZE2015-33) OPS 6-001.41
76000714	- (ZE2015-33) OPS 6-001.42
76000715	- (ZE2015-33) OPS 6-001.43
76000716	- (ZE2015-33) OPS 6-001.44
76000717	- (ZE2015-33) OPS 6-001.45
76000718	- (ZE2015-33) OPS 6-001.46
76000719	- (ZE2015-33) OPS 6-001.47
76000720	- (ZE2015-33) OPS 6-001.48
76000721	- (ZE2015-33) OPS 6-001.49
76000722	- (ZE2015-33) OPS 6-001.4a
76000723	- (ZE2015-33) OPS 6-001.4b
76000724	- (ZE2015-33) OPS 6-001.4c
76000725	- (ZE2015-33) OPS 6-001.4d
76000726	- (ZE2015-33) OPS 6-001.4e
76000727	- (ZE2015-33) OPS 6-001.4f
76000728	- (ZE2015-33) OPS 6-001.4g
76000729	- (ZE2015-33) OPS 6-001.4h
76000730	- (ZE2015-33) OPS 6-001.4j
76000731	- (ZE2015-33) OPS 6-001.4k
76000732	- (ZE2015-33) OPS 6-001.4m
76000733	- (ZE2015-33) OPS 6-001.4n
76000734	- (ZE2015-33) OPS 6-001.4p
76000735	- (ZE2015-33) OPS 6-001.4q
ZE2015-34	Gabe von Granulozytenkonzentraten
76000340	- (ZE2015-34) OPS 8-802.6*
76000736	- (ZE2015-34) OPS 8-802.60
76000737	- (ZE2015-34) OPS 8-802.61
76000738	- (ZE2015-34) OPS 8-802.62
76000739	- (ZE2015-34) OPS 8-802.63
76000740	- (ZE2015-34) OPS 8-802.64
76000741	- (ZE2015-34) OPS 8-802.65
76000742	- (ZE2015-34) OPS 8-802.66
76000743	- (ZE2015-34) OPS 8-802.67
76000744	- (ZE2015-34) OPS 8-802.68
76000745	- (ZE2015-34) OPS 8-802.69
76000746	- (ZE2015-34) OPS 8-802.6a
76000747	- (ZE2015-34) OPS 8-802.6b
76097242	- (ZE2015-34) Kinder, OPS 8-802.6*
ZE2015-35	Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen
76000350	- (ZE2015-35)
ZE2015-36	Versorgung von Schwerstbehinderten
76000360	- (ZE2015-36)
76097261	- (ZE2015-36) GdB=100%, Kennzeichen G+H

ZE2015-40	Naturheilkundliche Komplexbehandlung
76000400	- (ZE2015-40) OPS 8-975.23 oder .24
7600040A	- (ZE2015-40) OPS 8-975.23
7600040B	- (ZE2015-40) OPS 8-975.24
ZE2015-41	Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems
76000410	- (ZE2015-41) OPS 8-977
ZE2015-44	Stammzellboost nach erfolgter Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen, nach In-vitro-Aufbereitung
76000440	- (ZE2015-44) OPS 8-805.62
ZE2015-45	Komplexe Diagnostik bei hämatologischen und onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
76000450	- (ZE2015-45) OPS 1-940
ZE2015-46	Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral
76000460	- (ZE2015-46) OPS 8-812.3 oder .4
7600046A	- (ZE2015-46) OPS 8-812.3
7600046B	- (ZE2015-46) OPS 8-812.4
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
ZE2015-49	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	- (ZE2015-49)
ZE2015-50	Implantation einer (Hybrid)-Prothese an der Aorta
76090500	- (ZE2015-50) OPS 5-384.8, 5-38a.a0, .a1, .a2, .b0, .b1 oder .b2
7609050C	- (ZE2015-50) OPS 5-384.8
7609050J	- (ZE2015-50) OPS 5-38a.a0
7609050K	- (ZE2015-50) OPS 5-38a.a1
7609050L	- (ZE2015-50) OPS 5-38a.a2
7609050M	- (ZE2015-50) OPS 5-38a.b0
7609050N	- (ZE2015-50) OPS 5-38a.b1
7609050O	- (ZE2015-50) OPS 5-38a.b2
ZE2015-53	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm
76090530	- (ZE2015-53) 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	- (ZE2015-53) OPS 5-38a.13
7609053D	- (ZE2015-53) OPS 5-38a.16
7609053E	- (ZE2015-53) OPS 5-38a.17
7609053F	- (ZE2015-53) OPS 5-38a.18
7609053G	- (ZE2015-53) OPS 5-38a.19
7609053H	- (ZE2015-53) OPS 5-38a.1a
7609053I	- (ZE2015-53) OPS 5-38a.1b
7609053J	- (ZE2015-53) OPS 5-38a.1c
7609053K	- (ZE2015-53) OPS 5-38a.1d
7609053L	- (ZE2015-53) OPS 5-38a.1f
7609053M	- (ZE2015-53) OPS 5-38a.1g
7609053N	- (ZE2015-53) OPS 5-38a.1h
7609053O	- (ZE2015-53) OPS 5-38a.1j
7609053P	- (ZE2015-53) OPS 5-38a.1k
7609053Q	- (ZE2015-53) OPS 5-38a.1m

7609053R	- (ZE2015-53) OPS 5-38a.1n
7609053S	- (ZE2015-53) OPS 5-38a.1p
7609953H	- (ZE2015-53) OPS 5-38a.1q
7609953I	- (ZE2015-53) OPS 5-38a.1r
7609953J	- (ZE2015-53) OPS 5-38a.1s
7609953K	- (ZE2015-53) OPS 5-38a.1t
7609953L	- (ZE2015-53) OPS 5-38a.1u
7609953M	- (ZE2015-53) OPS 5-38a.1v
7609053T	- (ZE2015-53) OPS 5-38a.72
7609053U	- (ZE2015-53) OPS 5-38a.73
7609053V	- (ZE2015-53) OPS 5-38a.74
7609053W	- (ZE2015-53) OPS 5-38a.75
7609053X	- (ZE2015-53) OPS 5-38a.76
7609053Y	- (ZE2015-53) OPS 5-38a.77
7609953N	- (ZE2015-53) OPS 5-38a.78
7609953O	- (ZE2015-53) OPS 5-38a.79
7609953P	- (ZE2015-53) OPS 5-38a.7a
7609053Z	- (ZE2015-53) OPS 5-38a.81
7609953A	- (ZE2015-53) OPS 5-38a.82
7609953B	- (ZE2015-53) OPS 5-38a.83
7609953C	- (ZE2015-53) OPS 5-38a.84
7609953D	- (ZE2015-53) OPS 5-38a.85
7609953E	- (ZE2015-53) OPS 5-38a.86
7609953F	- (ZE2015-53) OPS 5-38a.87
7609953G	- (ZE2015-53) OPS 5-38a.88
7609953Q	- (ZE2015-53) OPS 5-38a.89
7609953R	- (ZE2015-53) OPS 5-38a.8a
7609953S	- (ZE2015-53) OPS 5-38a.8b
ZE2015-54	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt
76090540	- (ZE2015-54) 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	- (ZE2015-54) OPS 5-429.j0
7609054B	- (ZE2015-54) OPS 5-429.j1
7609054C	- (ZE2015-54) OPS 5-429.j3
7609054D	- (ZE2015-54) OPS 5-429.j4
7609054E	- (ZE2015-54) OPS 5-429.j9
7609054F	- (ZE2015-54) OPS 5-429.ja
7609054U	- (ZE2015-54) OPS 5-429.jb
7609054V	- (ZE2015-54) OPS 5-429.jc
7609054W	- (ZE2015-54) OPS 5-429.jd
7609054X	- (ZE2015-54) OPS 5-429.je
7609054Y	- (ZE2015-54) OPS 5-429.jf
7609054Z	- (ZE2015-54) OPS 5-429.jg
7609054G	- (ZE2015-54) OPS 5-449.h*
76000904	- (ZE2015-54) OPS 5-449.h0
76000906	- (ZE2015-54) OPS 5-449.h1
76000907	- (ZE2015-54) OPS 5-449.h2
76000908	- (ZE2015-54) OPS 5-449.h3
76000909	- (ZE2015-54) OPS 5-449.hx
7609054H	- (ZE2015-54) OPS 5-469.k*
76000910	- (ZE2015-54) OPS 5-469.k0
76000911	- (ZE2015-54) OPS 5-469.k1
76000912	- (ZE2015-54) OPS 5-469.k2
76000913	- (ZE2015-54) OPS 5-469.k3
76000914	- (ZE2015-54) OPS 5-469.kx

7609054I - (ZE2015-54) OPS 5-489.g0  
7609954A - (ZE2015-54) OPS 5-513.m\*  
76000D59 - (ZE2015-54) OPS 5-513.m0  
76000D60 - (ZE2015-54) OPS 5-513.m1  
76000D61 - (ZE2015-54) OPS 5-513.m2  
7609954B - (ZE2015-54) OPS 5-513.n\*  
76000D62 - (ZE2015-54) OPS 5-513.n0  
76000D63 - (ZE2015-54) OPS 5-513.n1  
76000D64 - (ZE2015-54) OPS 5-513.n2  
7609954C - (ZE2015-54) OPS 5-517.\*\*  
76000D65 - (ZE2015-54) OPS 5-517.00  
76000D66 - (ZE2015-54) OPS 5-517.01  
76000D67 - (ZE2015-54) OPS 5-517.02  
76000D68 - (ZE2015-54) OPS 5-517.03  
76000D69 - (ZE2015-54) OPS 5-517.0x  
76000D70 - (ZE2015-54) OPS 5-517.10  
76000D71 - (ZE2015-54) OPS 5-517.11  
76000D72 - (ZE2015-54) OPS 5-517.12  
76000D73 - (ZE2015-54) OPS 5-517.13  
76000D74 - (ZE2015-54) OPS 5-517.1x  
76000D75 - (ZE2015-54) OPS 5-517.20  
76000D76 - (ZE2015-54) OPS 5-517.21  
76000D77 - (ZE2015-54) OPS 5-517.22  
76000D78 - (ZE2015-54) OPS 5-517.23  
76000D79 - (ZE2015-54) OPS 5-517.2x  
76000D80 - (ZE2015-54) OPS 5-517.30  
76000D81 - (ZE2015-54) OPS 5-517.31  
76000D82 - (ZE2015-54) OPS 5-517.32  
76000D83 - (ZE2015-54) OPS 5-517.33  
76000D84 - (ZE2015-54) OPS 5-517.3x  
76000D85 - (ZE2015-54) OPS 5-517.40  
76000D86 - (ZE2015-54) OPS 5-517.41  
76000D87 - (ZE2015-54) OPS 5-517.42  
76000D89 - (ZE2015-54) OPS 5-517.43  
76000D90 - (ZE2015-54) OPS 5-517.4x  
76000D91 - (ZE2015-54) OPS 5-517.50  
76000D92 - (ZE2015-54) OPS 5-517.51  
76000D93 - (ZE2015-54) OPS 5-517.52  
76000D94 - (ZE2015-54) OPS 5-517.53  
76000D95 - (ZE2015-54) OPS 5-517.5x  
76000D96 - (ZE2015-54) OPS 5-517.60  
76000D97 - (ZE2015-54) OPS 5-517.61  
76000D98 - (ZE2015-54) OPS 5-517.62  
76000D99 - (ZE2015-54) OPS 5-517.63  
76000E00 - (ZE2015-54) OPS 5-517.6x  
76000E01 - (ZE2015-54) OPS 5-517.70  
76000E02 - (ZE2015-54) OPS 5-517.71  
76000E03 - (ZE2015-54) OPS 5-517.72  
76000E04 - (ZE2015-54) OPS 5-517.73  
76000E05 - (ZE2015-54) OPS 5-517.7x  
76000E06 - (ZE2015-54) OPS 5-517.x0  
76000E07 - (ZE2015-54) OPS 5-517.x1  
76000E08 - (ZE2015-54) OPS 5-517.x2  
76000E09 - (ZE2015-54) OPS 5-517.x3  
76000E10 - (ZE2015-54) OPS 5-517.xx

76000E11 - (ZE2015-54) OPS 5-517.y  
 7609054Q - (ZE2015-54) OPS 5-526.e0  
 7609054R - (ZE2015-54) OPS 5-526.f0  
 7609054S - (ZE2015-54) OPS 5-529.g\*  
 76000948 - (ZE2015-54) OPS 5-529.g0  
 76000949 - (ZE2015-54) OPS 5-529.g1  
 76000950 - (ZE2015-54) OPS 5-529.g2  
 76000951 - (ZE2015-54) OPS 5-529.gx  
 7609054T - (ZE2015-54) OPS 5-529.j\*  
 76000952 - (ZE2015-54) OPS 5-529.j0  
 76000953 - (ZE2015-54) OPS 5-529.j1  
 76000954 - (ZE2015-54) OPS 5-529.j2  
 76000955 - (ZE2015-54) OPS 5-529.jx  
 7609954D - (ZE2015-54) OPS 5-529.n4  
 7609954E - (ZE2015-54) OPS 5-529.p2

ZE2015-56 Gabe von Bosentan, oral

76090560 - (ZE2015-56) OPS 6-002.f\*  
 76000956 - (ZE2015-56) OPS 6-002.f0  
 76000957 - (ZE2015-56) OPS 6-002.f1  
 76000958 - (ZE2015-56) OPS 6-002.f2  
 76000959 - (ZE2015-56) OPS 6-002.f3  
 76000960 - (ZE2015-56) OPS 6-002.f4  
 76000961 - (ZE2015-56) OPS 6-002.f5  
 76000962 - (ZE2015-56) OPS 6-002.f6  
 76000963 - (ZE2015-56) OPS 6-002.f7  
 76000964 - (ZE2015-56) OPS 6-002.f8  
 76000965 - (ZE2015-56) OPS 6-002.f9  
 76000966 - (ZE2015-56) OPS 6-002.fa  
 76000967 - (ZE2015-56) OPS 6-002.fb  
 76000968 - (ZE2015-56) OPS 6-002.fc  
 76000969 - (ZE2015-56) OPS 6-002.fd  
 76000970 - (ZE2015-56) OPS 6-002.fe  
 76000971 - (ZE2015-56) OPS 6-002.ff  
 76000972 - (ZE2015-56) OPS 6-002.fg  
 76000973 - (ZE2015-56) OPS 6-002.fh  
 76000974 - (ZE2015-56) OPS 6-002.fj  
 76000975 - (ZE2015-56) OPS 6-002.fk  
 76000976 - (ZE2015-56) OPS 6-002.fm  
 76000977 - (ZE2015-56) OPS 6-002.fn  
 76000978 - (ZE2015-56) OPS 6-002.fp

ZE2015-57 Gabe von Jod-131-MIBG (Metajodobenzylguanidin), parenteral

76090570 - (ZE2015-57) OPS 6-002.g\*  
 76000979 - (ZE2015-57) OPS 6-002.g0  
 76000980 - (ZE2015-57) OPS 6-002.g1  
 76000981 - (ZE2015-57) OPS 6-002.g2  
 76000982 - (ZE2015-57) OPS 6-002.g3  
 76000983 - (ZE2015-57) OPS 6-002.g4  
 76000984 - (ZE2015-57) OPS 6-002.g5  
 76000985 - (ZE2015-57) OPS 6-002.g6  
 76000986 - (ZE2015-57) OPS 6-002.g7  
 76000987 - (ZE2015-57) OPS 6-002.g8

ZE2015-58 Gabe von Alpha-1-Proteinaseinhibitor human, parenteral

76090580 - (ZE2015-58) OPS 8-812.0\*  
 76000988 - (ZE2015-58) OPS 8-812.00

76000989	- (ZE2015-58) OPS 8-812.01
76000990	- (ZE2015-58) OPS 8-812.02
76000991	- (ZE2015-58) OPS 8-812.03
76000992	- (ZE2015-58) OPS 8-812.04
76000993	- (ZE2015-58) OPS 8-812.05
76000994	- (ZE2015-58) OPS 8-812.06
76000995	- (ZE2015-58) OPS 8-812.07
76000996	- (ZE2015-58) OPS 8-812.08
76000997	- (ZE2015-58) OPS 8-812.09
76000998	- (ZE2015-58) OPS 8-812.0a
76000999	- (ZE2015-58) OPS 8-812.0b
76000A00	- (ZE2015-58) OPS 8-812.0c
76000A01	- (ZE2015-58) OPS 8-812.0d
76000A02	- (ZE2015-58) OPS 8-812.0e
76000A03	- (ZE2015-58) OPS 8-812.0f
76000A04	- (ZE2015-58) OPS 8-812.0g
76000A05	- (ZE2015-58) OPS 8-812.0h
76000A06	- (ZE2015-58) OPS 8-812.0j
76000A07	- (ZE2015-58) OPS 8-812.0k
76000A08	- (ZE2015-58) OPS 8-812.0m
76000A09	- (ZE2015-58) OPS 8-812.0n
76000A10	- (ZE2015-58) OPS 8-812.0p
76000A11	- (ZE2015-58) OPS 8-812.0q
ZE2015-59	Gabe von Interferon alfa-2a (nicht pegylierte Form), parenteral
76090590	- (ZE2015-59) OPS 8-812.1*
76000A12	- (ZE2015-59) OPS 8-812.10
76000A13	- (ZE2015-59) OPS 8-812.11
76000A14	- (ZE2015-59) OPS 8-812.12
76000A15	- (ZE2015-59) OPS 8-812.13
76000A16	- (ZE2015-59) OPS 8-812.14
76000A17	- (ZE2015-59) OPS 8-812.15
76000A18	- (ZE2015-59) OPS 8-812.16
76000A19	- (ZE2015-59) OPS 8-812.17
76000A20	- (ZE2015-59) OPS 8-812.18
76000A21	- (ZE2015-59) OPS 8-812.19
76000A22	- (ZE2015-59) OPS 8-812.1a
76000A23	- (ZE2015-59) OPS 8-812.1b
76000A24	- (ZE2015-59) OPS 8-812.1c
76000A25	- (ZE2015-59) OPS 8-812.1d
76000A26	- (ZE2015-59) OPS 8-812.1e
76000A27	- (ZE2015-59) OPS 8-812.1f
76000A28	- (ZE2015-59) OPS 8-812.1g
76000A29	- (ZE2015-59) OPS 8-812.1h
76000A30	- (ZE2015-59) OPS 8-812.1j
76000A31	- (ZE2015-59) OPS 8-812.1k
76000A32	- (ZE2015-59) OPS 8-812.1m
76000A33	- (ZE2015-59) OPS 8-812.1n
ZE2015-60	Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral
76090600	- (ZE2015-60) OPS 8-812.2*
76000A34	- (ZE2015-60) OPS 8-812.20
76000A35	- (ZE2015-60) OPS 8-812.21
76000A36	- (ZE2015-60) OPS 8-812.22
76000A37	- (ZE2015-60) OPS 8-812.23
76000A38	- (ZE2015-60) OPS 8-812.24



76000A39	- (ZE2015-60) OPS 8-812.25
76000A40	- (ZE2015-60) OPS 8-812.26
76000A41	- (ZE2015-60) OPS 8-812.27
76000A42	- (ZE2015-60) OPS 8-812.28
76000A43	- (ZE2015-60) OPS 8-812.29
76000A44	- (ZE2015-60) OPS 8-812.2a
76000A45	- (ZE2015-60) OPS 8-812.2b
76000A46	- (ZE2015-60) OPS 8-812.2c
76000A47	- (ZE2015-60) OPS 8-812.2d
76000A48	- (ZE2015-60) OPS 8-812.2e
76000A49	- (ZE2015-60) OPS 8-812.2f
76000A50	- (ZE2015-60) OPS 8-812.2g
76000A51	- (ZE2015-60) OPS 8-812.2h
76000A52	- (ZE2015-60) OPS 8-812.2j
76000A53	- (ZE2015-60) OPS 8-812.2k
76000A54	- (ZE2015-60) OPS 8-812.2m
76000A55	- (ZE2015-60) OPS 8-812.2n
76000A56	- (ZE2015-60) OPS 8-812.2p
ZE2015-61	Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, wiederaufladbar
76090610	- (ZE2015-61) OPS 5-028.92, .a2, 5-039.e2, .f2, 5-059.c2, oder .d2
7609061D	- (ZE2015-61) OPS 5-028.92
7609061E	- (ZE2015-61) OPS 5-028.a2
7609061F	- (ZE2015-61) OPS 5-039.e2
7609061G	- (ZE2015-61) OPS 5-039.f2
7609061H	- (ZE2015-61) OPS 5-059.c2
7609061I	- (ZE2015-61) OPS 5-059.d2
ZE2015-62	Mikroaxial-Blutpumpe
76090620	- (ZE2015-62) OPS 8-839.42 oder 8-839.43
7609062A	- (ZE2015-62) OPS 8-839.42
7609062B	- (ZE2015-62) OPS 8-839.43
ZE2015-63	Gabe von Diboterin alfa, Implantation am Knochen
76090630	- (ZE2015-63) OPS 6-003.4*
76000A64	- (ZE2015-63) OPS 6-003.40
76000A65	- (ZE2015-63) OPS 6-003.41
76000A66	- (ZE2015-63) OPS 6-003.42
ZE2015-64	Gabe von Eptotermin alfa, Implantation am Knochen
76090640	- (ZE2015-64) OPS 6-003.5*
76000B56	- (ZE2015-64) OPS 6-003.53
76000B57	- (ZE2015-64) OPS 6-003.54
76000B58	- (ZE2015-64) OPS 6-003.55
ZE2015-65	Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Yttrium-90- oder Rhenium-188-markierten Mikrosphären
76090650	- (ZE2015-65) OPS 8-530.a5 oder .a6
7609065C	- (ZE2015-65) OPS 8-530.a5
7609065D	- (ZE2015-65) OPS 8-530.a6
ZE2015-66	Enzymersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten
76090660	- (ZE2015-66) OPS 6-003.7
ZE2015-67	Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal
76090670	- (ZE2015-67) 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	- (ZE2015-67) OPS 8-840.04
7609067B	- (ZE2015-67) OPS 8-840.14
7609067C	- (ZE2015-67) OPS 8-840.24
7609067D	- (ZE2015-67) OPS 8-840.34
7609067E	- (ZE2015-67) OPS 8-840.44
7609067F	- (ZE2015-67) OPS 8-840.54
7609067G	- (ZE2015-67) OPS 8-841.04
7609067H	- (ZE2015-67) OPS 8-841.14
7609067I	- (ZE2015-67) OPS 8-841.24
7609067J	- (ZE2015-67) OPS 8-841.34
7609067K	- (ZE2015-67) OPS 8-841.44
7609067L	- (ZE2015-67) OPS 8-841.54
7609067S	- (ZE2015-67) OPS 8-843.04
7609067T	- (ZE2015-67) OPS 8-843.14
7609067U	- (ZE2015-67) OPS 8-843.24
7609067V	- (ZE2015-67) OPS 8-843.34
7609067W	- (ZE2015-67) OPS 8-843.44
7609067X	- (ZE2015-67) OPS 8-843.54
7609967E	- (ZE2015-67) OPS 8-849.04
7609967F	- (ZE2015-67) OPS 8-849.14
7609967G	- (ZE2015-67) OPS 8-84a.04
7609967H	- (ZE2015-67) OPS 8-84a.14
7609967I	- (ZE2015-67) OPS 8-84b.04
7609967K	- (ZE2015-67) OPS 8-84b.24
7609967L	- (ZE2015-67) OPS 8-84b.34
7609967M	- (ZE2015-67) OPS 8-84b.44
7609967N	- (ZE2015-67) OPS 8-84b.54
7609967O	- (ZE2015-67) OPS 8-84b.64
ZE2015-69	Gabe von Hämin, parenteral
76090690	- (ZE2015-69) OPS 6-004.1*
76000B59	- (ZE2015-69) OPS 6-004.10
76000B60	- (ZE2015-69) OPS 6-004.11
76000B61	- (ZE2015-69) OPS 6-004.12
76000B62	- (ZE2015-69) OPS 6-004.13
76000B63	- (ZE2015-69) OPS 6-004.14
76000B64	- (ZE2015-69) OPS 6-004.15
76000B65	- (ZE2015-69) OPS 6-004.16
76000B66	- (ZE2015-69) OPS 6-004.17
76000B67	- (ZE2015-69) OPS 6-004.18
76000B68	- (ZE2015-69) OPS 6-004.19
76097257	- (ZE2015-69) je 100 mg; OPS 6-004.1*
ZE2015-70	Radioimmuntherapie mit <sup>90</sup> Y-Ibritumomab-Tiuxetan, parenteral
76090700	- (ZE2015-70) OPS 6-003.6
ZE2015-71	Radiorezeptortherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga
76090710	- (ZE2015-71) OPS 8-530.60 oder 8-530.a0
7609071A	- (ZE2015-71) OPS 8-530.60
7609071B	- (ZE2015-71) OPS 8-530.a0
ZE2015-72	Distractionsmarknagel, motorisiert
76090720	- (ZE2015-72) OPS 5-786.j1
ZE2015-74	Gabe von Sunitinib, oral
76090740	- (ZE2015-74) OPS 6-003.a*
76000B95	- (ZE2015-74) OPS 6-003.a0
76000B96	- (ZE2015-74) OPS 6-003.a1

76000B97 - (ZE2015-74) OPS 6-003.a2  
76000B98 - (ZE2015-74) OPS 6-003.a3  
76000B99 - (ZE2015-74) OPS 6-003.a4  
76000C00 - (ZE2015-74) OPS 6-003.a5  
76000C01 - (ZE2015-74) OPS 6-003.a6  
76000C02 - (ZE2015-74) OPS 6-003.a7  
76000C03 - (ZE2015-74) OPS 6-003.a8  
76000C04 - (ZE2015-74) OPS 6-003.a9  
76000C05 - (ZE2015-74) OPS 6-003.aa  
76000C06 - (ZE2015-74) OPS 6-003.ab  
76000C07 - (ZE2015-74) OPS 6-003.ac  
76000C08 - (ZE2015-74) OPS 6-003.ad  
76000C09 - (ZE2015-74) OPS 6-003.ae

ZE2015-75 Gabe von Sorafenib, oral

76090750 - (ZE2015-75) OPS 6-003.b\*  
76000C10 - (ZE2015-75) OPS 6-003.b0  
76000C11 - (ZE2015-75) OPS 6-003.b1  
76000C12 - (ZE2015-75) OPS 6-003.b2  
76000C13 - (ZE2015-75) OPS 6-003.b3  
76000C14 - (ZE2015-75) OPS 6-003.b4  
76000C15 - (ZE2015-75) OPS 6-003.b5  
76000C16 - (ZE2015-75) OPS 6-003.b6  
76000C17 - (ZE2015-75) OPS 6-003.b7  
76000C18 - (ZE2015-75) OPS 6-003.b8  
76000C19 - (ZE2015-75) OPS 6-003.b9  
76000C20 - (ZE2015-75) OPS 6-003.ba  
76000C21 - (ZE2015-75) OPS 6-003.bb  
76000C22 - (ZE2015-75) OPS 6-003.bc  
76000C23 - (ZE2015-75) OPS 6-003.bd  
76000C24 - (ZE2015-75) OPS 6-003.be  
76000C25 - (ZE2015-75) OPS 6-003.bf  
76000C26 - (ZE2015-75) OPS 6-003.bg  
76000C27 - (ZE2015-75) OPS 6-003.bh

ZE2015-77 Gabe von Lenalidomid, oral

76090770 - (ZE2015-77) OPS 6-003.g\*  
76000C41 - (ZE2015-77) OPS 6-003.g0  
76000C42 - (ZE2015-77) OPS 6-003.g1  
76000C43 - (ZE2015-77) OPS 6-003.g2  
76000C44 - (ZE2015-77) OPS 6-003.g3  
76000C45 - (ZE2015-77) OPS 6-003.g4  
76000C46 - (ZE2015-77) OPS 6-003.g5  
76000C47 - (ZE2015-77) OPS 6-003.g6  
76000C48 - (ZE2015-77) OPS 6-003.g7  
76000C49 - (ZE2015-77) OPS 6-003.g8  
76000C50 - (ZE2015-77) OPS 6-003.g9  
76000C51 - (ZE2015-77) OPS 6-003.ga  
76000C52 - (ZE2015-77) OPS 6-003.gb  
76000C53 - (ZE2015-77) OPS 6-003.gc  
76000C54 - (ZE2015-77) OPS 6-003.gd  
76000C55 - (ZE2015-77) OPS 6-003.ge  
76000C56 - (ZE2015-77) OPS 6-003.gf  
76000C57 - (ZE2015-77) OPS 6-003.gg  
76000C58 - (ZE2015-77) OPS 6-003.gh  
76000C59 - (ZE2015-77) OPS 6-003.gj

76000C60	- (ZE2015-77) OPS 6-003.gk
ZE2015-79 Gabe von Nelarabin, parenteral	
76090790	- (ZE2015-79) OPS 6-003.e*
76090C90	- (ZE2015-79) OPS 6-003.e0
76090C91	- (ZE2015-79) OPS 6-003.e1
76090C92	- (ZE2015-79) OPS 6-003.e2
76090C93	- (ZE2015-79) OPS 6-003.e3
76090C94	- (ZE2015-79) OPS 6-003.e4
76090C95	- (ZE2015-79) OPS 6-003.e5
76090C96	- (ZE2015-79) OPS 6-003.e6
76090C97	- (ZE2015-79) OPS 6-003.e7
76090C98	- (ZE2015-79) OPS 6-003.e8
76090C99	- (ZE2015-79) OPS 6-003.e9
76090D00	- (ZE2015-79) OPS 6-003.ea
76090D01	- (ZE2015-79) OPS 6-003.eb
76090D02	- (ZE2015-79) OPS 6-003.ec
76090D03	- (ZE2015-79) OPS 6-003.ed
76090D04	- (ZE2015-79) OPS 6-003.ee
76090D05	- (ZE2015-79) OPS 6-003.ef
76090D06	- (ZE2015-79) OPS 6-003.eg
76090D07	- (ZE2015-79) OPS 6-003.eh
76090D08	- (ZE2015-79) OPS 6-003.ej
76090D09	- (ZE2015-79) OPS 6-003.ek
76090D10	- (ZE2015-79) OPS 6-003.em
76090D11	- (ZE2015-79) OPS 6-003.en
76090D12	- (ZE2015-79) OPS 6-003.ep
76090D13	- (ZE2015-79) OPS 6-003.eq
ZE2015-80 Gabe von Amphotericin-B-Lipidkomplex, parenteral	
76090800	- (ZE2015-80) OPS 6-003.1*
76000D14	- (ZE2015-80) OPS 6-003.10
76000D15	- (ZE2015-80) OPS 6-003.11
76000D16	- (ZE2015-80) OPS 6-003.12
76000D17	- (ZE2015-80) OPS 6-003.13
76000D18	- (ZE2015-80) OPS 6-003.14
76000D19	- (ZE2015-80) OPS 6-003.15
76000D20	- (ZE2015-80) OPS 6-003.16
76000D21	- (ZE2015-80) OPS 6-003.17
76000D22	- (ZE2015-80) OPS 6-003.18
76000D23	- (ZE2015-80) OPS 6-003.19
76000D24	- (ZE2015-80) OPS 6-003.1a
76000D25	- (ZE2015-80) OPS 6-003.1b
76000D26	- (ZE2015-80) OPS 6-003.1c
76000D27	- (ZE2015-80) OPS 6-003.1d
76000D28	- (ZE2015-80) OPS 6-003.1e
76000D29	- (ZE2015-80) OPS 6-003.1f
76000D30	- (ZE2015-80) OPS 6-003.1g
76000D31	- (ZE2015-80) OPS 6-003.1h
76000D32	- (ZE2015-80) OPS 6-003.1j
76000D33	- (ZE2015-80) OPS 6-003.1k
76000D34	- (ZE2015-80) OPS 6-003.1m
76000D35	- (ZE2015-80) OPS 6-003.1n
76000D36	- (ZE2015-80) OPS 6-003.1p
76000D37	- (ZE2015-80) OPS 6-003.1q
76000D38	- (ZE2015-80) OPS 6-003.1r

76000D39	- (ZE2015-80) OPS 6-003.1s
76000D40	- (ZE2015-80) OPS 6-003.1t
ZE2015-82	Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD)
76090820	- (ZE2015-82) OPS 8-857.2*
76000D47	- (ZE2015-82) OPS 8-857.20
76000D48	- (ZE2015-82) OPS 8-857.21
76000D49	- (ZE2015-82) OPS 8-857.22
76000D50	- (ZE2015-82) OPS 8-857.23
76000D51	- (ZE2015-82) OPS 8-857.24
76000D52	- (ZE2015-82) OPS 8-857.26
76000D53	- (ZE2015-82) OPS 8-857.27
76000D54	- (ZE2015-82) OPS 8-857.28
76000D55	- (ZE2015-82) OPS 8-857.29
76000D56	- (ZE2015-82) OPS 8-857.2a
76000D57	- (ZE2015-82) OPS 8-857.2b
76000D58	- (ZE2015-82) OPS 8-857.2c
ZE2015-84	Gabe von Ambrisentan, oral
76090840	- (ZE2015-84) OPS 6-004.2*
76000E40	- (ZE2015-84) OPS 6-004.20
76000E41	- (ZE2015-84) OPS 6-004.21
76000E42	- (ZE2015-84) OPS 6-004.22
76000E43	- (ZE2015-84) OPS 6-004.23
76000E44	- (ZE2015-84) OPS 6-004.24
76000E45	- (ZE2015-84) OPS 6-004.25
76000E46	- (ZE2015-84) OPS 6-004.26
76000E47	- (ZE2015-84) OPS 6-004.27
76000E48	- (ZE2015-84) OPS 6-004.28
76000E49	- (ZE2015-84) OPS 6-004.29
76000E50	- (ZE2015-84) OPS 6-004.2a
76000E51	- (ZE2015-84) OPS 6-004.2b
76000E52	- (ZE2015-84) OPS 6-004.2c
76000E53	- (ZE2015-84) OPS 6-004.2d
76000E54	- (ZE2015-84) OPS 6-004.2e
76000E55	- (ZE2015-84) OPS 6-004.2f
76000E56	- (ZE2015-84) OPS 6-004.2g
ZE2015-85	Gabe von Temsirolimus, parenteral
76090850	- (ZE2015-85) OPS 6-004.e*
76000E57	- (ZE2015-85) OPS 6-004.e0
76000E58	- (ZE2015-85) OPS 6-004.e1
76000E59	- (ZE2015-85) OPS 6-004.e2
76000E60	- (ZE2015-85) OPS 6-004.e3
76000E61	- (ZE2015-85) OPS 6-004.e4
76000E62	- (ZE2015-85) OPS 6-004.e5
76000E63	- (ZE2015-85) OPS 6-004.e6
76000E64	- (ZE2015-85) OPS 6-004.e7
76000E65	- (ZE2015-85) OPS 6-004.e8
76000E66	- (ZE2015-85) OPS 6-004.e9
76000E67	- (ZE2015-85) OPS 6-004.ea
76000E68	- (ZE2015-85) OPS 6-004.eb
76000E69	- (ZE2015-85) OPS 6-004.ec
76097259	- (ZE2015-85) je 30 mg; OPS 6-004.e*
ZE2015-86	Andere Neurostimulatoren und Neuroprothesen
76090860	- (ZE2015-86) OPS 5-029.4, 5-039.g, .h, 5-059.5*, .c4, .c5, .c6, .d4, .d5 oder .d6

7609086A - (ZE2015-86) OPS 5-029.4  
 7609086B - (ZE2015-86) OPS 5-039.g  
 7609086C - (ZE2015-86) OPS 5-039.h  
 7609086K - (ZE2015-86) OPS 5-059.5\*  
 76090DGK - (ZE2015-86) OPS 5-059.50  
 76090DGL - (ZE2015-86) OPS 5-059.5x  
 7609086E - (ZE2015-86) OPS 5-059.c4  
 7609086F - (ZE2015-86) OPS 5-059.c5  
 7609086G - (ZE2015-86) OPS 5-059.c6  
 7609086H - (ZE2015-86) OPS 5-059.d4  
 7609086I - (ZE2015-86) OPS 5-059.d5  
 7609086J - (ZE2015-86) OPS 5-059.d6

ZE2015-88 Komplexe neuropädiatrische Diagnostik mit weiteren Maßnahmen

76090880 - (ZE2015-88) OPS 1-942.1, .2 oder .3  
 7609088A - (ZE2015-88) OPS 1-942.1  
 7609088B - (ZE2015-88) OPS 1-942.2  
 7609088C - (ZE2015-88) OPS 1-942.3

ZE2015-91 Gabe von Dasatinib, oral

76090910 - (ZE2015-91) OPS 6-004.3\*  
 76000E86 - (ZE2015-91) OPS 6-004.30  
 76000E87 - (ZE2015-91) OPS 6-004.31  
 76000E88 - (ZE2015-91) OPS 6-004.32  
 76000E89 - (ZE2015-91) OPS 6-004.33  
 76000E8A - (ZE2015-91) OPS 6-004.34  
 76000E8B - (ZE2015-91) OPS 6-004.35  
 76000E8C - (ZE2015-91) OPS 6-004.36  
 76000E8D - (ZE2015-91) OPS 6-004.37  
 76000E8E - (ZE2015-91) OPS 6-004.38  
 76000E8F - (ZE2015-91) OPS 6-004.39  
 76000E8G - (ZE2015-91) OPS 6-004.3a  
 76000E8H - (ZE2015-91) OPS 6-004.3b  
 76000E8I - (ZE2015-91) OPS 6-004.3c  
 76000E8J - (ZE2015-91) OPS 6-004.3d  
 76000E8K - (ZE2015-91) OPS 6-004.3e  
 76000E8L - (ZE2015-91) OPS 6-004.3f  
 76000E8M - (ZE2015-91) OPS 6-004.3g  
 76000E8N - (ZE2015-91) OPS 6-004.3h

ZE2015-92 Gabe von Catumaxomab, parenteral

76090920 - (ZE2015-92) OPS 6-005.1\*  
 76000E8O - (ZE2015-92) OPS 6-005.10  
 76000E8P - (ZE2015-92) OPS 6-005.11  
 76000E8Q - (ZE2015-92) OPS 6-005.12  
 76000E8R - (ZE2015-92) OPS 6-005.13  
 76000E8S - (ZE2015-92) OPS 6-005.14  
 76000E8T - (ZE2015-92) OPS 6-005.15  
 76000E8U - (ZE2015-92) OPS 6-005.16  
 76000E8V - (ZE2015-92) OPS 6-005.17  
 76000E8W - (ZE2015-92) OPS 6-005.18  
 76000E8X - (ZE2015-92) OPS 6-005.19  
 76000E8Y - (ZE2015-92) OPS 6-005.1a  
 76000E8Z - (ZE2015-92) OPS 6-005.1b  
 76000E90 - (ZE2015-92) OPS 6-005.1c  
 76000E91 - (ZE2015-92) OPS 6-005.1d  
 76000E92 - (ZE2015-92) OPS 6-005.1e

76000E93	- (ZE2015-92) OPS 6-005.1f
76000E94	- (ZE2015-92) OPS 6-005.1g
76000E95	- (ZE2015-92) OPS 6-005.1h
ZE2015-93	Gabe von Eculizumab, parenteral
76090930	- (ZE2015-93) OPS 6-003.h*
76000E96	- (ZE2015-93) OPS 6-003.h0
76000E97	- (ZE2015-93) OPS 6-003.h1
76000E98	- (ZE2015-93) OPS 6-003.h2
76000E99	- (ZE2015-93) OPS 6-003.h3
76000E9A	- (ZE2015-93) OPS 6-003.h4
76000E9B	- (ZE2015-93) OPS 6-003.h5
76000E9C	- (ZE2015-93) OPS 6-003.h6
76000E9D	- (ZE2015-93) OPS 6-003.h7
76000E9E	- (ZE2015-93) OPS 6-003.h8
76000E9F	- (ZE2015-93) OPS 6-003.h9
76000E9G	- (ZE2015-93) OPS 6-003.ha
76000E9H	- (ZE2015-93) OPS 6-003.hb
76000E9I	- (ZE2015-93) OPS 6-003.hc
76000E9J	- (ZE2015-93) OPS 6-003.hd
76000E9K	- (ZE2015-93) OPS 6-003.he
76000E9L	- (ZE2015-93) OPS 6-003.hf
76000E9M	- (ZE2015-93) OPS 6-003.hg
76000E9N	- (ZE2015-93) OPS 6-003.hh
76000E9O	- (ZE2015-93) OPS 6-003.hj
76000E9P	- (ZE2015-93) OPS 6-003.hk
76097258	- (ZE2015-93) je 100 mg; OPS 6-003.h*
ZE2015-97	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren (siehe auch Anlage 7 FPV 2015)
76090970	- (ZE2015-97) OPS 8-810.6*, .7*, .8*, .9*, .a*, .b*, .c*, .d*, .e*, .j*, 8-812.5* oder .9*
7609097A	- (ZE2015-97) OPS 8-810.6*
76090D14	- (ZE2015-97) OPS 8-810.63
76090D15	- (ZE2015-97) OPS 8-810.64
76090D16	- (ZE2015-97) OPS 8-810.65
76090D17	- (ZE2015-97) OPS 8-810.66
76090D18	- (ZE2015-97) OPS 8-810.67
76090D19	- (ZE2015-97) OPS 8-810.68
76090D1A	- (ZE2015-97) OPS 8-810.69
76090D1B	- (ZE2015-97) OPS 8-810.6a
76090D1C	- (ZE2015-97) OPS 8-810.6b
76090D1D	- (ZE2015-97) OPS 8-810.6c
76090D1E	- (ZE2015-97) OPS 8-810.6d
76090D1F	- (ZE2015-97) OPS 8-810.6e
76090D1G	- (ZE2015-97) OPS 8-810.6f
76090D1H	- (ZE2015-97) OPS 8-810.6g
76090D1I	- (ZE2015-97) OPS 8-810.6h
76090D1J	- (ZE2015-97) OPS 8-810.6j
76090D1K	- (ZE2015-97) OPS 8-810.6k
76090D1L	- (ZE2015-97) OPS 8-810.6m
76090D1M	- (ZE2015-97) OPS 8-810.6n
76090D1N	- (ZE2015-97) OPS 8-810.6p
76090D1O	- (ZE2015-97) OPS 8-810.6q
76090D1P	- (ZE2015-97) OPS 8-810.6r
76090D1Q	- (ZE2015-97) OPS 8-810.6s
76090D1R	- (ZE2015-97) OPS 8-810.6t

7609097B	- (ZE2015-97) OPS 8-810.7*
76090D1S	- (ZE2015-97) OPS 8-810.73
76090D1T	- (ZE2015-97) OPS 8-810.74
76090D1U	- (ZE2015-97) OPS 8-810.75
76090D1V	- (ZE2015-97) OPS 8-810.76
76090D1W	- (ZE2015-97) OPS 8-810.77
76090D1X	- (ZE2015-97) OPS 8-810.78
76090D1Y	- (ZE2015-97) OPS 8-810.79
76090D1Z	- (ZE2015-97) OPS 8-810.7a
76090D20	- (ZE2015-97) OPS 8-810.7b
76090D21	- (ZE2015-97) OPS 8-810.7c
76090D22	- (ZE2015-97) OPS 8-810.7d
76090D23	- (ZE2015-97) OPS 8-810.7e
76090D24	- (ZE2015-97) OPS 8-810.7f
76090D25	- (ZE2015-97) OPS 8-810.7g
76090D26	- (ZE2015-97) OPS 8-810.7h
76090D27	- (ZE2015-97) OPS 8-810.7j
76090D28	- (ZE2015-97) OPS 8-810.7k
76090D29	- (ZE2015-97) OPS 8-810.7m
7609097C	- (ZE2015-97) OPS 8-810.8*
76090D2A	- (ZE2015-97) OPS 8-810.83
76090D2B	- (ZE2015-97) OPS 8-810.84
76090D2C	- (ZE2015-97) OPS 8-810.85
76090D2D	- (ZE2015-97) OPS 8-810.86
76090D2E	- (ZE2015-97) OPS 8-810.87
76090D2F	- (ZE2015-97) OPS 8-810.88
76090D2G	- (ZE2015-97) OPS 8-810.89
76090D2H	- (ZE2015-97) OPS 8-810.8a
76090D2I	- (ZE2015-97) OPS 8-810.8b
76090D2J	- (ZE2015-97) OPS 8-810.8c
76090D2K	- (ZE2015-97) OPS 8-810.8d
76090D2L	- (ZE2015-97) OPS 8-810.8e
76090D2M	- (ZE2015-97) OPS 8-810.8f
76090D2N	- (ZE2015-97) OPS 8-810.8g
76090D2O	- (ZE2015-97) OPS 8-810.8h
76090D2P	- (ZE2015-97) OPS 8-810.8j
76090D2Q	- (ZE2015-97) OPS 8-810.8k
76090D2R	- (ZE2015-97) OPS 8-810.8m
76090D2S	- (ZE2015-97) OPS 8-810.8n
76090D2T	- (ZE2015-97) OPS 8-810.8p
76090D2U	- (ZE2015-97) OPS 8-810.8q
7609097D	- (ZE2015-97) OPS 8-810.9*
76090D2V	- (ZE2015-97) OPS 8-810.93
76090D2W	- (ZE2015-97) OPS 8-810.94
76090D2X	- (ZE2015-97) OPS 8-810.95
76090D2Y	- (ZE2015-97) OPS 8-810.96
76090D2Z	- (ZE2015-97) OPS 8-810.97
76090D30	- (ZE2015-97) OPS 8-810.98
76090D31	- (ZE2015-97) OPS 8-810.99
76090D32	- (ZE2015-97) OPS 8-810.9a
76090D33	- (ZE2015-97) OPS 8-810.9b
76090D34	- (ZE2015-97) OPS 8-810.9c
76090D35	- (ZE2015-97) OPS 8-810.9d
76090D36	- (ZE2015-97) OPS 8-810.9e
76090D37	- (ZE2015-97) OPS 8-810.9f



76090D38	- (ZE2015-97) OPS 8-810.9g
76090D39	- (ZE2015-97) OPS 8-810.9h
76090D3A	- (ZE2015-97) OPS 8-810.9j
76090D3B	- (ZE2015-97) OPS 8-810.9k
76090D3C	- (ZE2015-97) OPS 8-810.9m
76090D3D	- (ZE2015-97) OPS 8-810.9n
76090D3E	- (ZE2015-97) OPS 8-810.9p
76090D3F	- (ZE2015-97) OPS 8-810.9q
7609097E	- (ZE2015-97) OPS 8-810.a*
76090D3G	- (ZE2015-97) OPS 8-810.a3
76090D3H	- (ZE2015-97) OPS 8-810.a4
76090D3I	- (ZE2015-97) OPS 8-810.a5
76090D3J	- (ZE2015-97) OPS 8-810.a6
76090D3K	- (ZE2015-97) OPS 8-810.a7
76090D3L	- (ZE2015-97) OPS 8-810.a8
76090D3M	- (ZE2015-97) OPS 8-810.a9
76090D3N	- (ZE2015-97) OPS 8-810.aa
76090D3O	- (ZE2015-97) OPS 8-810.ab
76090D3P	- (ZE2015-97) OPS 8-810.ac
76090D3Q	- (ZE2015-97) OPS 8-810.ad
76090D3R	- (ZE2015-97) OPS 8-810.ae
76090D3S	- (ZE2015-97) OPS 8-810.af
76090D3T	- (ZE2015-97) OPS 8-810.ag
76090D3U	- (ZE2015-97) OPS 8-810.ah
76090D3V	- (ZE2015-97) OPS 8-810.aj
76090D3W	- (ZE2015-97) OPS 8-810.ak
76090D3X	- (ZE2015-97) OPS 8-810.am
76090D3Y	- (ZE2015-97) OPS 8-810.an
76090D3Z	- (ZE2015-97) OPS 8-810.ap
76090D40	- (ZE2015-97) OPS 8-810.aq
7609097F	- (ZE2015-97) OPS 8-810.b*
76090D41	- (ZE2015-97) OPS 8-810.b3
76090D42	- (ZE2015-97) OPS 8-810.b4
76090D43	- (ZE2015-97) OPS 8-810.b5
76090D44	- (ZE2015-97) OPS 8-810.b6
76090D45	- (ZE2015-97) OPS 8-810.b7
76090D46	- (ZE2015-97) OPS 8-810.b8
76090D47	- (ZE2015-97) OPS 8-810.b9
76090D48	- (ZE2015-97) OPS 8-810.ba
76090D49	- (ZE2015-97) OPS 8-810.bb
76090D4A	- (ZE2015-97) OPS 8-810.bc
76090D4B	- (ZE2015-97) OPS 8-810.bd
76090D4C	- (ZE2015-97) OPS 8-810.be
76090D4D	- (ZE2015-97) OPS 8-810.bf
76090D4E	- (ZE2015-97) OPS 8-810.bg
76090D4F	- (ZE2015-97) OPS 8-810.bh
76090D4G	- (ZE2015-97) OPS 8-810.bj
76090D4H	- (ZE2015-97) OPS 8-810.bk
76090D4I	- (ZE2015-97) OPS 8-810.bm
76090D4J	- (ZE2015-97) OPS 8-810.bn
76090D4K	- (ZE2015-97) OPS 8-810.bp
76090D4L	- (ZE2015-97) OPS 8-810.bq
7609097G	- (ZE2015-97) OPS 8-810.c*
76090D4M	- (ZE2015-97) OPS 8-810.c3
76090D4N	- (ZE2015-97) OPS 8-810.c4

76090D4O	- (ZE2015-97) OPS 8-810.c5
76090D4P	- (ZE2015-97) OPS 8-810.c6
76090D4Q	- (ZE2015-97) OPS 8-810.c7
76090D4R	- (ZE2015-97) OPS 8-810.c8
76090D4S	- (ZE2015-97) OPS 8-810.c9
76090D4T	- (ZE2015-97) OPS 8-810.ca
76090D4U	- (ZE2015-97) OPS 8-810.cb
76090D4V	- (ZE2015-97) OPS 8-810.cc
76090D4W	- (ZE2015-97) OPS 8-810.cd
76090D4X	- (ZE2015-97) OPS 8-810.ce
76090D4Y	- (ZE2015-97) OPS 8-810.cf
76090D4Z	- (ZE2015-97) OPS 8-810.cg
76090D50	- (ZE2015-97) OPS 8-810.ch
76090D51	- (ZE2015-97) OPS 8-810.cj
76090D52	- (ZE2015-97) OPS 8-810.ck
76090D53	- (ZE2015-97) OPS 8-810.cm
76090D54	- (ZE2015-97) OPS 8-810.cn
76090D55	- (ZE2015-97) OPS 8-810.cp
76090D56	- (ZE2015-97) OPS 8-810.cq
7609097H	- (ZE2015-97) OPS 8-810.d*
76090D57	- (ZE2015-97) OPS 8-810.d3
76090D58	- (ZE2015-97) OPS 8-810.d4
76090D59	- (ZE2015-97) OPS 8-810.d5
76090D5A	- (ZE2015-97) OPS 8-810.d6
76090D5B	- (ZE2015-97) OPS 8-810.d7
76090D5C	- (ZE2015-97) OPS 8-810.d8
76090D5D	- (ZE2015-97) OPS 8-810.d9
76090D5E	- (ZE2015-97) OPS 8-810.da
76090D5F	- (ZE2015-97) OPS 8-810.db
76090D5G	- (ZE2015-97) OPS 8-810.dc
76090D5H	- (ZE2015-97) OPS 8-810.dd
76090D5I	- (ZE2015-97) OPS 8-810.de
76090D5J	- (ZE2015-97) OPS 8-810.df
76090D5K	- (ZE2015-97) OPS 8-810.dg
76090D5L	- (ZE2015-97) OPS 8-810.dh
76090D5M	- (ZE2015-97) OPS 8-810.dj
76090D5N	- (ZE2015-97) OPS 8-810.dk
76090D5O	- (ZE2015-97) OPS 8-810.dm
76090D5P	- (ZE2015-97) OPS 8-810.dn
76090D5Q	- (ZE2015-97) OPS 8-810.dp
76090D5R	- (ZE2015-97) OPS 8-810.dq
7609097I	- (ZE2015-97) OPS 8-810.e*
76090D5S	- (ZE2015-97) OPS 8-810.e5
76090D5T	- (ZE2015-97) OPS 8-810.e6
76090D5U	- (ZE2015-97) OPS 8-810.e7
76090D5V	- (ZE2015-97) OPS 8-810.e8
76090D5W	- (ZE2015-97) OPS 8-810.e9
76090D5X	- (ZE2015-97) OPS 8-810.ea
76090D5Y	- (ZE2015-97) OPS 8-810.eb
76090D5Z	- (ZE2015-97) OPS 8-810.ec
76090D60	- (ZE2015-97) OPS 8-810.ed
76090D61	- (ZE2015-97) OPS 8-810.ee
76090D62	- (ZE2015-97) OPS 8-810.ef
76090D63	- (ZE2015-97) OPS 8-810.eg
76090D64	- (ZE2015-97) OPS 8-810.eh

76090D65	- (ZE2015-97) OPS 8-810.ej
76090D66	- (ZE2015-97) OPS 8-810.ek
76090D67	- (ZE2015-97) OPS 8-810.em
76090D68	- (ZE2015-97) OPS 8-810.en
76090D69	- (ZE2015-97) OPS 8-810.ep
76090D6A	- (ZE2015-97) OPS 8-810.eq
76090D6B	- (ZE2015-97) OPS 8-810.er
76090D6C	- (ZE2015-97) OPS 8-810.es
76090D6D	- (ZE2015-97) OPS 8-810.et
7609097J	- (ZE2015-97) OPS 8-810.j*
76090D6E	- (ZE2015-97) OPS 8-810.j3
76090D6F	- (ZE2015-97) OPS 8-810.j4
76090D6G	- (ZE2015-97) OPS 8-810.j5
76090D6H	- (ZE2015-97) OPS 8-810.j6
76090D6I	- (ZE2015-97) OPS 8-810.j7
76090D6J	- (ZE2015-97) OPS 8-810.j8
76090D6K	- (ZE2015-97) OPS 8-810.j9
76090D6L	- (ZE2015-97) OPS 8-810.ja
76090D6M	- (ZE2015-97) OPS 8-810.jb
76090D6N	- (ZE2015-97) OPS 8-810.jc
76090D6O	- (ZE2015-97) OPS 8-810.jd
76090D6P	- (ZE2015-97) OPS 8-810.je
76090D6Q	- (ZE2015-97) OPS 8-810.jf
76090D6R	- (ZE2015-97) OPS 8-810.jg
76090D6S	- (ZE2015-97) OPS 8-810.jh
76090D6T	- (ZE2015-97) OPS 8-810.jj
76090D6U	- (ZE2015-97) OPS 8-810.jk
76090D6V	- (ZE2015-97) OPS 8-810.jm
76090D6W	- (ZE2015-97) OPS 8-810.jn
76090D6X	- (ZE2015-97) OPS 8-810.jp
76090D6Y	- (ZE2015-97) OPS 8-810.jq
76090D6Z	- (ZE2015-97) OPS 8-810.jr
76090D70	- (ZE2015-97) OPS 8-810.js
76090D71	- (ZE2015-97) OPS 8-810.jt
76090D72	- (ZE2015-97) OPS 8-810.ju
7609097K	- (ZE2015-97) OPS 8-812.5*
76000EC7	- (ZE2015-97) OPS 8-812.50
76000EC8	- (ZE2015-97) OPS 8-812.51
76000EC9	- (ZE2015-97) OPS 8-812.52
76000ECA	- (ZE2015-97) OPS 8-812.53
76000ECB	- (ZE2015-97) OPS 8-812.54
76000ECC	- (ZE2015-97) OPS 8-812.55
76000ECD	- (ZE2015-97) OPS 8-812.56
76000ECE	- (ZE2015-97) OPS 8-812.57
76000ECF	- (ZE2015-97) OPS 8-812.58
76000ECG	- (ZE2015-97) OPS 8-812.59
76000ECH	- (ZE2015-97) OPS 8-812.5a
76000ECI	- (ZE2015-97) OPS 8-812.5b
76000ECJ	- (ZE2015-97) OPS 8-812.5c
76000ECK	- (ZE2015-97) OPS 8-812.5d
76000ECL	- (ZE2015-97) OPS 8-812.5e
7609097M	- (ZE2015-97) OPS 8-812.9*
76090D73	- (ZE2015-97) OPS 8-812.90
76090D74	- (ZE2015-97) OPS 8-812.91
76090D75	- (ZE2015-97) OPS 8-812.92

76090D76	- (ZE2015-97) OPS 8-812.93
76090D77	- (ZE2015-97) OPS 8-812.94
76090D78	- (ZE2015-97) OPS 8-812.95
76090D79	- (ZE2015-97) OPS 8-812.96
76090D7A	- (ZE2015-97) OPS 8-812.97
76090D7B	- (ZE2015-97) OPS 8-812.98
76090D7C	- (ZE2015-97) OPS 8-812.99
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*
ZE2015-98	Gabe von Blutgerinnungsfaktoren (s. Anlage 7 FPV 2015)
76090980	- (ZE2015-98) OPS 8-810.6*, .7*, .8*, .9*, .a*, .b*, .c*, .d*, .e*, .j* oder 8-812.9*
7609098A	- (ZE2015-98) OPS 8-810.6*
76090D7D	- (ZE2015-98) OPS 8-810.63
76090D7E	- (ZE2015-98) OPS 8-810.64
76090D7F	- (ZE2015-98) OPS 8-810.65
76090D7G	- (ZE2015-98) OPS 8-810.66
76090D7H	- (ZE2015-98) OPS 8-810.67
76090D7I	- (ZE2015-98) OPS 8-810.68
76090D7J	- (ZE2015-98) OPS 8-810.69
76090D7K	- (ZE2015-98) OPS 8-810.6a
76090D7L	- (ZE2015-98) OPS 8-810.6b
76090D7M	- (ZE2015-98) OPS 8-810.6c
76090D7N	- (ZE2015-98) OPS 8-810.6d
76090D7O	- (ZE2015-98) OPS 8-810.6e
76090D7P	- (ZE2015-98) OPS 8-810.6f
76090D7Q	- (ZE2015-98) OPS 8-810.6g
76090D7R	- (ZE2015-98) OPS 8-810.6h
76090D7S	- (ZE2015-98) OPS 8-810.6j
76090D7T	- (ZE2015-98) OPS 8-810.6k
76090D7U	- (ZE2015-98) OPS 8-810.6m
76090D7V	- (ZE2015-98) OPS 8-810.6n
76090D7W	- (ZE2015-98) OPS 8-810.6p
76090D7X	- (ZE2015-98) OPS 8-810.6q
76090D7Y	- (ZE2015-98) OPS 8-810.6r
76090D7Z	- (ZE2015-98) OPS 8-810.6s
76090D80	- (ZE2015-98) OPS 8-810.6t
7609098B	- (ZE2015-98) OPS 8-810.7*
76090D81	- (ZE2015-98) OPS 8-810.73
76090D82	- (ZE2015-98) OPS 8-810.74
76090D83	- (ZE2015-98) OPS 8-810.75
76090D84	- (ZE2015-98) OPS 8-810.76
76090D85	- (ZE2015-98) OPS 8-810.77
76090D86	- (ZE2015-98) OPS 8-810.78
76090D87	- (ZE2015-98) OPS 8-810.79
76090D88	- (ZE2015-98) OPS 8-810.7a
76090D89	- (ZE2015-98) OPS 8-810.7b
76090D8A	- (ZE2015-98) OPS 8-810.7c
76090D8B	- (ZE2015-98) OPS 8-810.7d
76090D8C	- (ZE2015-98) OPS 8-810.7e
76090D8D	- (ZE2015-98) OPS 8-810.7f
76090D8E	- (ZE2015-98) OPS 8-810.7g
76090D8F	- (ZE2015-98) OPS 8-810.7h
76090D8G	- (ZE2015-98) OPS 8-810.7j
76090D8H	- (ZE2015-98) OPS 8-810.7k
76090D8I	- (ZE2015-98) OPS 8-810.7m

7609098C	- (ZE2015-98) OPS 8-810.8*
76090D8J	- (ZE2015-98) OPS 8-810.83
76090D8K	- (ZE2015-98) OPS 8-810.84
76090D8L	- (ZE2015-98) OPS 8-810.85
76090D8M	- (ZE2015-98) OPS 8-810.86
76090D8N	- (ZE2015-98) OPS 8-810.87
76090D8O	- (ZE2015-98) OPS 8-810.88
76090D8P	- (ZE2015-98) OPS 8-810.89
76090D8Q	- (ZE2015-98) OPS 8-810.8a
76090D8R	- (ZE2015-98) OPS 8-810.8b
76090D8S	- (ZE2015-98) OPS 8-810.8c
76090D8T	- (ZE2015-98) OPS 8-810.8d
76090D8U	- (ZE2015-98) OPS 8-810.8e
76090D8V	- (ZE2015-98) OPS 8-810.8f
76090D8W	- (ZE2015-98) OPS 8-810.8g
76090D8X	- (ZE2015-98) OPS 8-810.8h
76090D8Y	- (ZE2015-98) OPS 8-810.8j
76090D8Z	- (ZE2015-98) OPS 8-810.8k
76090D90	- (ZE2015-98) OPS 8-810.8m
76090D91	- (ZE2015-98) OPS 8-810.8n
76090D92	- (ZE2015-98) OPS 8-810.8p
76090D93	- (ZE2015-98) OPS 8-810.8q
7609098D	- (ZE2015-98) OPS 8-810.9*
76090D94	- (ZE2015-98) OPS 8-810.93
76090D95	- (ZE2015-98) OPS 8-810.94
76090D96	- (ZE2015-98) OPS 8-810.95
76090D97	- (ZE2015-98) OPS 8-810.96
76090D98	- (ZE2015-98) OPS 8-810.97
76090D99	- (ZE2015-98) OPS 8-810.98
76090D9A	- (ZE2015-98) OPS 8-810.99
76090D9B	- (ZE2015-98) OPS 8-810.9a
76090D9C	- (ZE2015-98) OPS 8-810.9b
76090D9D	- (ZE2015-98) OPS 8-810.9c
76090D9E	- (ZE2015-98) OPS 8-810.9d
76090D9F	- (ZE2015-98) OPS 8-810.9e
76090D9G	- (ZE2015-98) OPS 8-810.9f
76090D9H	- (ZE2015-98) OPS 8-810.9g
76090D9I	- (ZE2015-98) OPS 8-810.9h
76090D9J	- (ZE2015-98) OPS 8-810.9j
76090D9K	- (ZE2015-98) OPS 8-810.9k
76090D9L	- (ZE2015-98) OPS 8-810.9m
76090D9M	- (ZE2015-98) OPS 8-810.9n
76090D9N	- (ZE2015-98) OPS 8-810.9p
76090D9O	- (ZE2015-98) OPS 8-810.9q
7609098E	- (ZE2015-98) OPS 8-810.a*
76090D9P	- (ZE2015-98) OPS 8-810.a3
76090D9Q	- (ZE2015-98) OPS 8-810.a4
76090D9R	- (ZE2015-98) OPS 8-810.a5
76090D9S	- (ZE2015-98) OPS 8-810.a6
76090D9T	- (ZE2015-98) OPS 8-810.a7
76090D9U	- (ZE2015-98) OPS 8-810.a8
76090D9V	- (ZE2015-98) OPS 8-810.a9
76090D9W	- (ZE2015-98) OPS 8-810.aa
76090D9X	- (ZE2015-98) OPS 8-810.ab
76090D9Y	- (ZE2015-98) OPS 8-810.ac

76090D9Z	- (ZE2015-98) OPS 8-810.ad
76090DA0	- (ZE2015-98) OPS 8-810.ae
76090DA1	- (ZE2015-98) OPS 8-810.af
76090DA2	- (ZE2015-98) OPS 8-810.ag
76090DA3	- (ZE2015-98) OPS 8-810.ah
76090DA4	- (ZE2015-98) OPS 8-810.aj
76090DA5	- (ZE2015-98) OPS 8-810.ak
76090DA6	- (ZE2015-98) OPS 8-810.am
76090DA7	- (ZE2015-98) OPS 8-810.an
76090DA8	- (ZE2015-98) OPS 8-810.ap
76090DA9	- (ZE2015-98) OPS 8-810.aq
7609098F	- (ZE2015-98) OPS 8-810.b*
76090DAA	- (ZE2015-98) OPS 8-810.b3
76090DAB	- (ZE2015-98) OPS 8-810.b4
76090DAC	- (ZE2015-98) OPS 8-810.b5
76090DAD	- (ZE2015-98) OPS 8-810.b6
76090DAE	- (ZE2015-98) OPS 8-810.b7
76090DAF	- (ZE2015-98) OPS 8-810.b8
76090DAG	- (ZE2015-98) OPS 8-810.b9
76090DAH	- (ZE2015-98) OPS 8-810.ba
76090DAI	- (ZE2015-98) OPS 8-810.bb
76090DAJ	- (ZE2015-98) OPS 8-810.bc
76090DAK	- (ZE2015-98) OPS 8-810.bd
76090DAL	- (ZE2015-98) OPS 8-810.be
76090DAM	- (ZE2015-98) OPS 8-810.bf
76090DAN	- (ZE2015-98) OPS 8-810.bg
76090DAO	- (ZE2015-98) OPS 8-810.bh
76090DAP	- (ZE2015-98) OPS 8-810.bj
76090DAQ	- (ZE2015-98) OPS 8-810.bk
76090DAR	- (ZE2015-98) OPS 8-810.bm
76090DAS	- (ZE2015-98) OPS 8-810.bn
76090DAT	- (ZE2015-98) OPS 8-810.bp
76090DAU	- (ZE2015-98) OPS 8-810.bq
7609098G	- (ZE2015-98) OPS 8-810.c*
76090DAV	- (ZE2015-98) OPS 8-810.c3
76090DAW	- (ZE2015-98) OPS 8-810.c4
76090DAX	- (ZE2015-98) OPS 8-810.c5
76090DAY	- (ZE2015-98) OPS 8-810.c6
76090DAZ	- (ZE2015-98) OPS 8-810.c7
76090DB0	- (ZE2015-98) OPS 8-810.c8
76090DB1	- (ZE2015-98) OPS 8-810.c9
76090DB2	- (ZE2015-98) OPS 8-810.ca
76090DB3	- (ZE2015-98) OPS 8-810.cb
76090DB4	- (ZE2015-98) OPS 8-810.cc
76090DB5	- (ZE2015-98) OPS 8-810.cd
76090DB6	- (ZE2015-98) OPS 8-810.ce
76090DB7	- (ZE2015-98) OPS 8-810.cf
76090DB8	- (ZE2015-98) OPS 8-810.cg
76090DB9	- (ZE2015-98) OPS 8-810.ch
76090DBA	- (ZE2015-98) OPS 8-810.cj
76090DBB	- (ZE2015-98) OPS 8-810.ck
76090DBC	- (ZE2015-98) OPS 8-810.cm
76090DBD	- (ZE2015-98) OPS 8-810.cn
76090DBE	- (ZE2015-98) OPS 8-810.cp
76090DBF	- (ZE2015-98) OPS 8-810.cq

7609098H	- (ZE2015-98) OPS 8-810.d*
76090DBG	- (ZE2015-98) OPS 8-810.d3
76090DBH	- (ZE2015-98) OPS 8-810.d4
76090DBI	- (ZE2015-98) OPS 8-810.d5
76090DBJ	- (ZE2015-98) OPS 8-810.d6
76090DBK	- (ZE2015-98) OPS 8-810.d7
76090DBL	- (ZE2015-98) OPS 8-810.d8
76090DBM	- (ZE2015-98) OPS 8-810.d9
76090DBN	- (ZE2015-98) OPS 8-810.da
76090DBO	- (ZE2015-98) OPS 8-810.db
76090DBP	- (ZE2015-98) OPS 8-810.dc
76090DBQ	- (ZE2015-98) OPS 8-810.dd
76090DBR	- (ZE2015-98) OPS 8-810.de
76090DBS	- (ZE2015-98) OPS 8-810.df
76090DBT	- (ZE2015-98) OPS 8-810.dg
76090DBU	- (ZE2015-98) OPS 8-810.dh
76090DBV	- (ZE2015-98) OPS 8-810.dj
76090DBW	- (ZE2015-98) OPS 8-810.dk
76090DBX	- (ZE2015-98) OPS 8-810.dm
76090DBY	- (ZE2015-98) OPS 8-810.dn
76090DBZ	- (ZE2015-98) OPS 8-810.dp
76090DC0	- (ZE2015-98) OPS 8-810.dq
7609098I	- (ZE2015-98) OPS 8-810.e*
76090DC1	- (ZE2015-98) OPS 8-810.e5
76090DC2	- (ZE2015-98) OPS 8-810.e6
76090DC3	- (ZE2015-98) OPS 8-810.e7
76090DC4	- (ZE2015-98) OPS 8-810.e8
76090DC5	- (ZE2015-98) OPS 8-810.e9
76090DC6	- (ZE2015-98) OPS 8-810.ea
76090DC7	- (ZE2015-98) OPS 8-810.eb
76090DC8	- (ZE2015-98) OPS 8-810.ec
76090DC9	- (ZE2015-98) OPS 8-810.ed
76090DCA	- (ZE2015-98) OPS 8-810.ee
76090DCB	- (ZE2015-98) OPS 8-810.ef
76090DCC	- (ZE2015-98) OPS 8-810.eg
76090DCD	- (ZE2015-98) OPS 8-810.eh
76090DCE	- (ZE2015-98) OPS 8-810.ej
76090DCF	- (ZE2015-98) OPS 8-810.ek
76090DCG	- (ZE2015-98) OPS 8-810.em
76090DCH	- (ZE2015-98) OPS 8-810.en
76090DCI	- (ZE2015-98) OPS 8-810.ep
76090DCJ	- (ZE2015-98) OPS 8-810.eq
76090DCK	- (ZE2015-98) OPS 8-810.er
76090DCL	- (ZE2015-98) OPS 8-810.es
76090DCM	- (ZE2015-98) OPS 8-810.et
7609098J	- (ZE2015-98) OPS 8-810.j*
76090DCN	- (ZE2015-98) OPS 8-810.j3
76090DCO	- (ZE2015-98) OPS 8-810.j4
76090DCP	- (ZE2015-98) OPS 8-810.j5
76090DCQ	- (ZE2015-98) OPS 8-810.j6
76090DCR	- (ZE2015-98) OPS 8-810.j7
76090DCS	- (ZE2015-98) OPS 8-810.j8
76090DCT	- (ZE2015-98) OPS 8-810.j9
76090DCU	- (ZE2015-98) OPS 8-810.ja
76090DCV	- (ZE2015-98) OPS 8-810.jb

76090DCW	- (ZE2015-98) OPS 8-810.jc
76090DCX	- (ZE2015-98) OPS 8-810.jd
76090DCY	- (ZE2015-98) OPS 8-810.je
76090DCZ	- (ZE2015-98) OPS 8-810.jf
76090DD0	- (ZE2015-98) OPS 8-810.jg
76090DD1	- (ZE2015-98) OPS 8-810.jh
76090DD2	- (ZE2015-98) OPS 8-810.jj
76090DD3	- (ZE2015-98) OPS 8-810.jk
76090DD4	- (ZE2015-98) OPS 8-810.jm
76090DD5	- (ZE2015-98) OPS 8-810.jn
76090DD6	- (ZE2015-98) OPS 8-810.jp
76090DD7	- (ZE2015-98) OPS 8-810.jq
76090DD8	- (ZE2015-98) OPS 8-810.jr
76090DD9	- (ZE2015-98) OPS 8-810.js
76090DDA	- (ZE2015-98) OPS 8-810.jt
76090DDB	- (ZE2015-98) OPS 8-810.ju
7609098L	- (ZE2015-98) OPS 8-812.9*
76090DDC	- (ZE2015-98) OPS 8-812.90
76090DDD	- (ZE2015-98) OPS 8-812.91
76090DDE	- (ZE2015-98) OPS 8-812.92
76090DDF	- (ZE2015-98) OPS 8-812.93
76090DDG	- (ZE2015-98) OPS 8-812.94
76090DDH	- (ZE2015-98) OPS 8-812.95
76090DDI	- (ZE2015-98) OPS 8-812.96
76090DDJ	- (ZE2015-98) OPS 8-812.97
76090DDK	- (ZE2015-98) OPS 8-812.98
76090DDL	- (ZE2015-98) OPS 8-812.99
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*
ZE2015-99	Fremdbezug von Donor-Lymphozyten
76090990	- (ZE2015-99) Fremdbezug von Donor-Lymphozyten über Spenderdateien bei nicht-verwandten Spendern oder Bezug von Donor-Lymphozyten von außerhalb Deutschlands bei Familienspendern
ZE2015-100	Gabe von Ofatumumab, parenteral
76091000	- (ZE2015-100) OPS 6-006.4*
76090DDM	- (ZE2015-100) OPS 6-006.40
76090DDN	- (ZE2015-100) OPS 6-006.41
76090DDO	- (ZE2015-100) OPS 6-006.42
76090DDP	- (ZE2015-100) OPS 6-006.43
76090DDQ	- (ZE2015-100) OPS 6-006.44
76090DDR	- (ZE2015-100) OPS 6-006.45
76090DDS	- (ZE2015-100) OPS 6-006.46
76090DDT	- (ZE2015-100) OPS 6-006.47
76090DDU	- (ZE2015-100) OPS 6-006.48
76090DDV	- (ZE2015-100) OPS 6-006.49
76090DDW	- (ZE2015-100) OPS 6-006.4a
76090DDX	- (ZE2015-100) OPS 6-006.4b
76090DDY	- (ZE2015-100) OPS 6-006.4c
76090DDZ	- (ZE2015-100) OPS 6-006.4d
76090DE0	- (ZE2015-100) OPS 6-006.4e
76090DE1	- (ZE2015-100) OPS 6-006.4f
76090DE2	- (ZE2015-100) OPS 6-006.4g
ZE2015-101	Gabe von Mifamurtid, parenteral
76091010	- (ZE2015-101) OPS 6-005.g*



76090DE3	- (ZE2015-101) 1,0 mg bis unter 1,5 mg; OPS 6-005.g0
76090DE4	- (ZE2015-101) 1,5 mg bis unter 2,0 mg; OPS 6-005.g1
76090DE5	- (ZE2015-101) 2,0 mg bis unter 2,5 mg; OPS 6-005.g2
76090DE6	- (ZE2015-101) 2,5 mg bis unter 3,0 mg; OPS 6-005.g3
76090DE7	- (ZE2015-101) 3,0 mg bis unter 4,0 mg; OPS 6-005.g4
76090DE8	- (ZE2015-101) 4,0 mg bis unter 5,0 mg; OPS 6-005.g5
76090DE9	- (ZE2015-101) 5,0 mg bis unter 6,0 mg; OPS 6-005.g6
76090DEA	- (ZE2015-101) 6,0 mg bis unter 8,0 mg; OPS 6-005.g7
76090DEB	- (ZE2015-101) 8,0 mg bis unter 12,0 mg; OPS 6-005.g8
76090DEC	- (ZE2015-101) 12,0 mg bis unter 16,0 mg; OPS 6-005.g9
76090DED	- (ZE2015-101) 16,0 mg bis unter 20,0 mg; OPS 6-005.ga
76090DEE	- (ZE2015-101) 20,0 mg bis unter 24,0 mg; OPS 6-005.gb
76090DEF	- (ZE2015-101) 24,0 mg bis unter 28,0 mg; OPS 6-005.gc
76090DEG	- (ZE2015-101) 28,0 mg bis unter 32,0 mg; OPS 6-005.gd
76090DEH	- (ZE2015-101) 32,0 mg bis unter 36,0 mg; OPS 6-005.ge
76090DEI	- (ZE2015-101) 36,0 mg bis unter 40,0 mg; OPS 6-005.gf
76090DEJ	- (ZE2015-101) 40,0 mg bis unter 44,0 mg; OPS 6-005.gg
76090DEK	- (ZE2015-101) 44,0 mg bis unter 48,0 mg; OPS 6-005.gh
76090DEL	- (ZE2015-101) 48,0 mg und mehr; OPS 6-005.gj

## ZE2015-102 Gabe von Decibatine, parenteral

76091020	- (ZE2015-102) OPS 6-004.4*
76090DEM	- (ZE2015-102) 30 mg bis unter 60 mg; OPS 6-004.40
76090DEN	- (ZE2015-102) 60 mg bis unter 90 mg; OPS 6-004.41
76090DEO	- (ZE2015-102) 90 mg bis unter 120 mg; OPS 6-004.42
76090DEP	- (ZE2015-102) 120 mg bis unter 150 mg; OPS 6-004.43
76090DEQ	- (ZE2015-102) 150 mg bis unter 180 mg; OPS 6-004.44
76090DER	- (ZE2015-102) 180 mg bis unter 210 mg; OPS 6-004.45
76090DES	- (ZE2015-102) 210 mg bis unter 240 mg; OPS 6-004.46
76090DET	- (ZE2015-102) 240 mg bis unter 270 mg; OPS 6-004.47
76090DEU	- (ZE2015-102) 270 mg bis unter 300 mg; OPS 6-004.48
76090DEV	- (ZE2015-102) 300 mg bis unter 330 mg; OPS 6-004.49
76090DEW	- (ZE2015-102) 330 mg bis unter 360 mg; OPS 6-004.4a
76090DEX	- (ZE2015-102) 360 mg bis unter 390 mg; OPS 6-004.4b
76090DEY	- (ZE2015-102) 390 mg bis unter 420 mg; OPS 6-004.4c
76090DEZ	- (ZE2015-102) 420 mg bis unter 450 mg; OPS 6-004.4d
76090DF0	- (ZE2015-102) 450 mg bis unter 480 mg; OPS 6-004.4e
76090DF1	- (ZE2015-102) 480 mg bis unter 510 mg; OPS 6-004.4f
76090DF2	- (ZE2015-102) 510 mg und mehr; OPS 6-004.4g

## ZE2015-103 Gabe von Rituximab, subkutan

76091030	- (ZE2015-103) OPS 6-001.j*
76090DF3	- (ZE2015-103) 1.400 mg bis unter 2.800 mg; OPS 6-001.j0
76090DF4	- (ZE2015-103) 2.800 mg bis unter 4.200 mg; OPS 6-001.j1
76090DF5	- (ZE2015-103) 4.200 mg bis unter 5.600 mg; OPS 6-001.j2
76090DF6	- (ZE2015-103) 5.600 mg bis unter 7.000 mg; OPS 6-001.j3
76090DF7	- (ZE2015-103) 7.000 mg bis unter 8.400 mg; OPS 6-001.j4
76090DF8	- (ZE2015-103) 8.400 mg und mehr; OPS 6-001.j5

## ZE2015-104 Gabe von Trastuzumab, subkutan

76091040	- (ZE2015-104) OPS 6-001.m*
76090DF9	- (ZE2015-104) 600 mg bis unter 1.200 mg; OPS 6-001.m0
76090DFA	- (ZE2015-104) 1.200 mg bis unter 1.800 mg; OPS 6-001.m1
76090DFB	- (ZE2015-104) 1.800 mg bis unter 2.400 mg; OPS 6-001.m2
76090DFC	- (ZE2015-104) 2.400 mg bis unter 3.000 mg; OPS 6-001.m3
76090DFD	- (ZE2015-104) 3.000 mg bis unter 3.600 mg; OPS 6-001.m4
76090DFE	- (ZE2015-104) 3.600 mg und mehr; OPS 6-001.m5

- ZE2015-105 Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten
- 76091050 - (ZE2015-105) OPS 6-007.1\*
  - 76090DFF - (ZE2015-105) 1.500 mg bis unter 2.100 mg; OPS 6-007.10
  - 76090DFG - (ZE2015-105) 2.100 mg bis unter 2.700 mg; OPS 6-007.11
  - 76090DFH - (ZE2015-105) 2.700 mg bis unter 3.300 mg; OPS 6-007.12
  - 76090DFI - (ZE2015-105) 3.300 mg bis unter 3.900 mg; OPS 6-007.13
  - 76090DFJ - (ZE2015-105) 3.900 mg bis unter 4.500 mg; OPS 6-007.14
  - 76090DFK - (ZE2015-105) 4.500 mg bis unter 5.700 mg; OPS 6-007.15
  - 76090DFL - (ZE2015-105) 5.700 mg bis unter 6.900 mg; OPS 6-007.16
  - 76090DFM - (ZE2015-105) 6.900 mg bis unter 8.100 mg; OPS 6-007.17
  - 76090DFN - (ZE2015-105) 8.100 mg bis unter 9.300 mg; OPS 6-007.18
  - 76090DFO - (ZE2015-105) 9.300 mg bis unter 10.500 mg; OPS 6-007.19
  - 76090DFP - (ZE2015-105) 10.500 mg bis unter 12.900 mg; OPS 6-007.1a
  - 76090DFQ - (ZE2015-105) 12.900 mg bis unter 15.300 mg; OPS 6-007.1b
  - 76090DFR - (ZE2015-105) 15.300 mg bis unter 17.700 mg; OPS 6-007.1c
  - 76090DFS - (ZE2015-105) 17.700 mg bis unter 20.100 mg; OPS 6-007.1d
  - 76090DFT - (ZE2015-105) 20.100 mg bis unter 22.500 mg; OPS 6-007.1e
  - 76090DFU - (ZE2015-105) 22.500 mg bis unter 27.300 mg; OPS 6-007.1f
  - 76090DFV - (ZE2015-105) 27.300 mg bis unter 32.100 mg; OPS 6-007.1g
  - 76090DFW - (ZE2015-105) 32.100 mg und mehr; OPS 6-007.1h
- ZE2015-106 Gabe von Abatacept, subkutan
- 76091060 - (ZE2015-106) OPS 6-003.t\*
  - 76090DFX - (ZE2015-106) 250 mg bis unter 375 mg; OPS 6-003.t0
  - 76090DFY - (ZE2015-106) 375 mg bis unter 500 mg; OPS 6-003.t1
  - 76090DFZ - (ZE2015-106) 500 mg bis unter 625 mg; OPS 6-003.t2
  - 76090DG0 - (ZE2015-106) 625 mg bis unter 750 mg; OPS 6-003.t3
  - 76090DG1 - (ZE2015-106) 750 mg bis unter 875 mg; OPS 6-003.t4
  - 76090DG2 - (ZE2015-106) 875 mg bis unter 1.000 mg; OPS 6-003.t5
  - 76090DG3 - (ZE2015-106) 1.000 mg bis unter 1.125 mg; OPS 6-003.t6
  - 76090DG4 - (ZE2015-106) 1.125 mg bis unter 1.250 mg; OPS 6-003.t7
  - 76090DG5 - (ZE2015-106) 1.250 mg bis unter 1.375 mg; OPS 6-003.t8
  - 76090DG6 - (ZE2015-106) 1.375 mg bis unter 1.500 mg; OPS 6-003.t9
  - 76090DG7 - (ZE2015-106) 1.500 mg und mehr; OPS 6-003.ta
- ZE2015-107 Medikamente-freisetzende bioresorbierbare Koronarstents
- 76091070 - (ZE2015-107) OPS 8-83d.0\*
  - 76090DG8 - (ZE2015-107) Ein bioresorbierbarer Stent in eine Koronararterie; OPS 8-83d.00
  - 76090DG9 - (ZE2015-107) 2 bioresorbierbare Stents in eine Koronararterie; OPS 8-83d.01
  - 76090DGA - (ZE2015-107) 2 bioresorbierbare Stents in mehrere Koronararterien; OPS 8-83d.02
  - 76090DGB - (ZE2015-107) 3 bioresorbierbare Stents in eine Koronararterie; OPS 8-83d.03
  - 76090DGC - (ZE2015-107) 3 bioresorbierbare Stents in mehrere Koronararterien; OPS 8-83d.04
  - 76090DGD - (ZE2015-107) 4 bioresorbierbare Stents in eine Koronararterie; OPS 8-83d.05
  - 76090DGE - (ZE2015-107) 4 bioresorbierbare Stents in mehrere Koronararterien; OPS 8-83d.06
  - 76090DGF - (ZE2015-107) 5 bioresorbierbare Stents in eine Koronararterie; OPS 8-83d.07
  - 76090DGG - (ZE2015-107) 5 bioresorbierbare Stents in mehrere Koronararterien; OPS 8-83d.08
  - 76090DGH - (ZE2015-107) Mindestens 6 bioresorbierbare Stents in eine Koronararterie; OPS 8-83d.09
  - 76090DGI - (ZE2015-107) Mindestens 6 bioresorb. Stents in mehrere Koronararterien; OPS 8-83d.0a
  - 76090DGJ - (ZE2015-107) Sonstige; OPS 8-83d.0x
- ZE2015-108 Implantation einer Irisprtohese
- 76091080 - (ZE2015-108) OPS 5-137.6
- ZE2015-109 Dialyse mit High-Cut-off-Dialysemembran
- 76091090 - (ZE2015-109) OPS 8-854.8

## 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, Fandhi (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, Fandhi (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...27 (ZE2012-27: Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungs-faktoren)  
[siehe auch Anlage 6, Fußnote 8, und Anlage 7 FPV 2013]  
76096689 - (ZE2012-27) Faktor IX human, plasmatisch, Mononine, je 1000 IE  
76096698 - (ZE2012-27) Rekombinanter aktivierter Faktor VII, NovoSeven, je 400 kIE  
76096699 - (ZE2012-27) Von-Willebrand-Faktor, Willfact, je 1000 IE  
76096700 - (ZE2012-27) Gerinnungsfaktor X/IX, human, Faktor X P, je 600 IE  
76096701 - (ZE2012-27) Gerinnungsfaktor X/IX, human, Faktor X P, je 1200 IE  
76096702 - (ZE2012-27) Gerinnungsfaktor II/VII/IX/X, human, Cofact, je 500 IE  
76096714 - (ZE2012-27) Prothrombinkomplex, 500 IE bis unter 1.500 IE; OPS 8-812.50  
76096715 - (ZE2012-27) Prothrombinkomplex, 1.500 IE bis unter 2.500 IE; OPS 8-812.51  
76096716 - (ZE2012-27) Prothrombinkomplex, 2.500 IE bis unter 3.500 IE; OPS 8-812.52  
76096728 - (ZE2012-27) Prothrombinkomplex Cofact, je IE  
76096729 - (ZE2012-27) Faktor VIII, plasmatisch, Von-Willebrand-Faktor, Wilate, je 500 IE  
76096730 - (ZE2012-27) Faktor VIII, plasmatisch, Von-Willebrand-Faktor, Wilate, je 1000 IE  
76096731 - (ZE2012-27) plasmatischer Faktor IX, je 300 IE; OPS 8-810.b\*
- ZE...46 (ZE2012-46: Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral)  
76096685 - (ZE2012-46) ATG Thymoglobulin, je 5 mg (1 Flasche)  
76096703 - (ZE2012-46) Thymoglobulin, je 1 mg; OPS 8-812.3  
76096744 - (ZE2012-46) je 250 mg; OPS 8-812.4
- ZE...54 (ZE2012-54: Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt)  
76096748 - (ZE2012-54) je Stent  
76096765 - (ZE2012-54) OPS 5-517.7\*  
76096766 - (ZE2012-54) OPS 5-517.x\*
- ZE...60 (ZE2012-60: Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral)  
76096772 - (ZE2012-60) je 25 Mio. IE; OPS 8-812.2\*
- ZE...64 (ZE2012-64: Gabe von Eptotermin alfa, Implantation am Knochen)  
76096745 - (ZE2012-64) Präparat „Osigraft“; nur i.R. der Indikation ICD M84.16, 6,6 bis unter 9,9 mg; OPS 6-003.54  
76096754 - (ZE2012-64) Präparat „Osigraft“; nur i.R. der Indikation ICD M84.16, 3,3 bis 6,6 mg; OPS 6-003.53  
76096755 - (ZE2012-64) Präparat „Osigraft“; 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 2015 [und früher]

NUB-Status 1

NUB 01	Nab-Paclitaxel
76197200	- je 1 mg [ab 2010]
76197203	- je 100 mg
76197231	- je 400 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 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
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
76197640	- offen chirurgisch; OPS 5-38a.x oder 5-38d.0b 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; 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. OPS 8-83b.e1
76197995	- 2 Stents, Gefäße Ober- 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*
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
NUB 04	Cabazitaxel
76197493	- je 5 mg [ab 2012]
76197506	- je 60 mg
76197509	- je mg
76197596	- je 1.000 mg
76198057	- je 1 µg; OPS 6-600.1
NUB 05	Abirateronacetat
76197499	- je mg [ab 2012]
76197501	- je 250 mg, Tablette
76197597	- je 1.000 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
76197291	- bei fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom, 30 Tabletten á 10 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 subependymalem Riesenzellastrozytom, je 2,5 mg; OPS 6-005.8
76197548	- je 5 mg; OPS 6-005.8
76197549	- ab 3 Jahre, je 5 mg; OPS 6-005.8
76197550	- je mg; OPS 6-005.8
76197584	- je 7,5 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

NUB 07	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 08	Posaconazol, intravenös
76198055	- je 300 mg [ab 2015]
76198083	- je 18 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung
76198098	- je 1 mg

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

NUB 10	Ramucirumab
76198045	- je 500 mg [ab 2015]
76198046	- je 100 mg
76198096	- je 1 mg
76198130	- je 50 mg

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

NUB 12	Lipegfilgrastrim
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
NUB 13	Pertuzumab
76197796	- je 420 mg Konzentrat [ab 2014]
76197815	- je 10 mg
76197845	- je mg
76197999	- je 1000mg
NUB 14	Ipilimumab
76197479	- je 50 mg [ab 2012]
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 15	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
76196936	- 1600 mg bis unter 1800 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 16	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 17	Regorafenib
76197794	- je 40 mg Tablette [ab 2014]
76197847	- je mg

79197998	- je 1000 mg
NUB 18	Vemurafenib
76197587	- je 240 mg Tablette (malignes Melanom) [ab 2012]
76197634	- je mg
76197677	- je Packung zu 56 Tabletten (a 240 mg)
76197825	- je 100 mg
NUB 19	Golimimumab
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
NUB 20	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 21	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 22	Axitinib
76197652	- je 5 mg [ab 2013]
76197656	- je mg
76197770	- je 10 mg
76198033	- je 7 mg
NUB 23	Obinutuzumab
76198056	- je 1000 mg [ab 2015]
76198099	- je 1 mg
76198132	- je 100 mg
NUB 24	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 25	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 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
NUB 27	Eltrombopag
76198061	- oral, je 75 mg; OPS 6-006.0 [ab 2015]
NUB 28	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 29	Ibrutinib
76198038	- je 140 mg [ab 2015]
NUB 30	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
NUB 31	Dabrafenib
76197780	- je 75 mg [ab 2014]
76197818	- je 50 mg Kapsel
76197848	- je mg
76198131	- 25 mg, OPS 6-007.5
NUB 32	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 33	Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD)
76196253	- Folgeuntersuchung nach 16. Woche; OPS 1-991.1 [ab 2008]
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 34	Aszitesbehandlung mittels einer vollimplantierbaren Pumpe
76197516	- [ab 2012]
76197738	- OPS 5-549.6
NUB 35	Idelalisib
76198043	- je 150 mg [ab 2015]
76198086	- je mg
76198100	- je Tablette zu 100 mg oder 150 mg
76198103	- je 100 mg
76198133	- je 50 mg
NUB 36	Macitentan
76198050	- je 10 mg [ab 2015]
76198073	- je 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	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
NUB 39	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 40	Vedolizumab
76198053	- je 400 mg [ab 2015]
76198069	- je 300 mg
NUB 41	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
76197339	- OPS 8-842.10
76197340	- OPS 8-842.20
76197341	- OPS 8-842.30
76197342	- OPS 8-842.40
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
76198085	- Multilayer-Stent für andere periphere Lokalisationen außer Aorta; OPS 8-84b.**
NUB 42	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 43	Denileukin Diftitox
76197053	- je µg [ab 2009]
76197496	- je 300 µg; OPS 6-005.6
NUB 44	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 45	Sofosbuvir
76198052	- je 400 mg [ab 2015]
NUB 46	Icatibant
76196866	- je mg [ab 2009]
76196974	- 30 mg
76197057	- je Fertigspritze
76197441	- je 1000 mg
76197583	- je Fall; OPS 6-005.4
NUB 47	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
NUB 48	Endobarriere zur Behandlung adipöser Typ-2-Diabetiker
76197983	- OPS 5-469.n3 [ab 2014]
76198013	- OPS 5-469.q3
76198092	-
NUB 49	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
NUB 50	Siltuximab
76198047	- je 100 mg [ab 2015]
76198048	- je 400 mg
76198059	- je 10 mg
76198097	- je 1 mg
NUB 51	Simeprevir
76198049	- je 150 mg [ab 2015]
NUB 52	Daclatasvir
76198021	- je 60 mg [ab 2015]
76198094	- je 30 mg
NUB 53	Antivirale HCV-Therapie mit einer Kombination aus Ledipasvir und Sofosbuvir
76198051	- je 490 mg [ab 2015]
NUB 54	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 55	Perkutane Mitralklappenanuloraphie mit Spange
76197498	- Carillon-Spange [ab 2012]
76197523	- OPS 5-35a.2
NUB 56	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
NUB 57	Canakinumab
76197314	Canakinumab, je mg [ab 2010]
76197478	Canakinumab, je 150 mg
76197599	Canakinumab, je 1000 mg
NUB 58	Mitralklappenrekonstruktion durch Implantation von PTFE-Fäden
76197655	- OPS 5-35a.x [ab 2013]
NUB 59	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 60	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]
NUB 61	Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal-Pumpe zur Kreislaufunterstützung
76198078	- (LVAD) mit transeptaler, 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
NUB 62	Elektrostimulationssystem zur Behandlung der gastroösophagealen Refluxkrankheit
76197754	- [ab 2013]
NUB 63	Ivacaftor
76197651	- je Tablette, 150 mg [ab 2013]
76197741	- je mg
76197829	- je 1000 mg
NUB 64	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
NUB 65	Intraaortale Ballonokklusion mit extrakorporaler Zirkulation
76197012	- OPS 5-379.x [ab 2009]
76197063	-
76197419	- OPS 8-851.01, .11, .31, .41 oder .51
NUB 66	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 67 Ranibizumab, intravitreal  
76196243 - 1 Fertigspritze a 0,5 mg; OPS 5-156.9 i.V.m. 5-158.06, .16, .26, .36, .46 oder .x6 [ab 2007]  
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
- NUB 68 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
- NUB 69 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  
76198134 - 25 cm; OPS 8-83b.e1
- NUB 70 Ocriplasmin, intravitreal  
76197914 - je 0,5 mg [ab 2014]
- NUB 71 Apikoortales, klappentragendes Konduit  
76197497 - [ab 2012]  
76197573 - OPS 5-354.09  
76197675 - OPS 5-358.05  
76197722 - OPS 5-379.a
- NUB 72 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)  
76198036 - mitwachsendes Schrauben-Stab-System; OPS 5-838.f0 oder 5-838.f1
- NUB 73 Miglustat  
76197544 - je 100 mg [ab 2012]  
76197736 - je mg; OPS 6-006.8  
76197830 - je 1000 mg; OPS 6-600.8

NUB 74 76197859	Implantat zur direkten akustischen Stimulierung der Cochlea (DACI) - [ab 2014]
NUB 76 76196187 76196364 76196662 76196741 76196742 76196743 76197695	Intrakavitäre Radiotherapie mit Jod-125 - je durchgeführter Therapie [ab 2007] - Hirntumor/Intrakranielle Metastasen - - eine Ampulle - zwei Ampullen - drei Ampullen - bei Rezidiv
NUB 77 76198060	Teduglutid - je 5 mg [ab 2015]
NUB 78 76197307	Endovaskuläre Mitralklappenanuloplastik - und verrikuläre Mitralklappenrekonstruktion/Clipping; OPS 5-35a.4 [ab 2010]
NUB 79 76197437	Epiretinale Netzhautprothese - [ab 2011]
NUB 80 76197988	Aflibercept, intravitreal - je angefangene Ampulle mit 40 mg Wirkstoff [ab 2014]
NUB 81 76197220 76197697	Fetoskopische Drainagetherapie - der Harnblase [ab 2010] - OPS 5-755.6 oder 5-754.10 oder 5-754.3
NUB 82 76197748 76198042	Pulmonalarterielles Banding, telemetrisch adjustierbar - OPS 5-390.7 oder 5-390.8 [ab 2013] - OPS 5-390.71
NUB 83 76197071 76197224 76197475 76197477	Fetoskopischer Tracheal-Ballonverschluss bei Zwerchfellhernie und bei vorzeitigem Blasensprung - [ab 2009] - Ballon pprom - Fetoskopischer temporärer Verschluss der Luftröhre durch Latexballons; OPS 5-755.0 - Fetoskopische Entfernung eines Latexballons; OPS 5-755.1
NUB 84 76197580	Keratoprothese, biologisch beschichtet - OPS 5-125.41 [ab 2012]
NUB 85 76197852	Subretinales aktives Implantat - [ab 2014]
NUB 86 76197569 76197778 76197779	Allogene Hepatozytentransplantation - Leberzelltherapie, je Behandlung [ab 2012] - Neugeborenes; OPS 8-862.0 - Kinder; OPS 8-862.0
NUB 87 76197225 76197595	Verschluss von Nabelschnur- und intrafetalen Gefäßen mittels perkutaner ultraschallgesteuerter Radiofrequenzablation oder fetoskopischer Laserablation Perkutane ultraschallgesteuerte Radiofrequenzablation zum Verschluss von Nabelschnur- und intrafetalen Gefäßen bei Zwillingschwangerschaft und Steißbeinteratom [ab 2010] - OPS 5-754.4
NUB 88 76196533 76196534 76197469 76197725 76197728	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für intraabdominale, kraniale oder periphere Gefäße - 6 mm x 50 mm [ab 2008] - 6 mm x 100 mm - 1 Stent, Gefäße Ober- oder Unterschenkel; OPS 8-842b.0b oder .0c i.V.m. OPS 8-83b.e1 - 25 - 50 mm - 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
76198014	- periphere Gefäße, je Stent, unter 100 mm; OPS 5-38d.*b i.V.m. OPS 8-83b.e1
76198016	- periphere Gefäße, je Stent, unter 100 mm bis 150 mm; OPS 5-38d.*b i.V.m. OPS 8-83b.f1
76198017	- periphere Gefäße, je Stent, unter 150 mm bis 200 mm; OPS 5-38d.*b i.V.m. OPS 8-83b.f2
76198018	- periphere Gefäße, je Stent, unter 200 mm bis 250 mm; OPS 5-38d.*b i.V.m. OPS 8-83b.f3
76198019	- periphere Gefäße, je Stent, unter 250 mm und mehr; OPS 5-38d.*b i.V.m. OPS 8-83b.f4
NUB 89	Auditorische Hirnstammimplantate
76196500	- [ab 2007]
NUB 90	Pegaptanib, intravitreal
76197084	- 1 Fertigspritze a 0,3 mg; OPS 6-003.d [ab 2010]
76197085	- 1 Fertigspritze a 0,3 mg; OPS 5-156.9 in Kombination mit 6-003.d
76197581	- je mg
NUB 91	Therapie der Skoliose mittels mitwachsendem Schrauben-Stab-System
76197696	- je Eingriff [ab 2013]
NUB 92	Künstlicher Kehlkopf nach totaler Laryngektomie
76198095	- [ab 2015]
NUB 93	Implantation mitwachsender Herzklappen
76197559	- je Implantat [ab 2012]
NUB 94	Fetoskopische Eröffnung von verengten Semilunarklappen und des Foramen ovale
76197221	- [ab 2010]
NUB 96	Endo-Exo-Prothese
76196756	- OPS 5-785.4g [ab 2007]
76197704	- OPS 5-828.0
76197705	- OPS 5-869.3
NUB 97	Wachstumsendoprothesen
76197142	- non-invasiv, ohne Motor [ab 2009]
76197143	- non-invasiv, mit Motor
76197698	- OPS 5-820.20, .21, .22, 5.822.90, .91 oder .92
NUB 98	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 99	Fetoskopische Therapie von fetaler supraventrikulärer Tachykardie und Kehlkopf- bzw. Luftröhrenverschluss
76197222	- [ab 2010]
NUB 100	Tafamidis
76197570	- je 20 mg [ab 2012]

76197761	- Meglumin, je mg
76198020	- je angebrochene 30 mg
NUB 101	Fetoskopischer Patchverschluss bei Spina bifida aperta
76197223	- [ab 2010]
NUB 102	Uterus-Schirmchenverschluss nach fetoskopischen Eingriffen
76197074	- [ab 2010]
NUB 104	Behandlung der letalen Epidermolysis bullosa junctionalis (M. Herlitz) durch Transplantation von haploidentischem Knochenmark und Haut desselben Spenders
76197091	- je Tag [ab 2010]
NUB 105	Radioimmuntherapie mit Anti-CD19-, Anti-CD45- und Anti-CD66-Antikörper
76196767	- Myeloablative Radioimmuntherapie [ab 2008]
NUB 106	Kombinierte Nieren- und Stammzelltransplantation (Lebendspende)
76197237	- je Transplantation [ab 2010]
NUB 107	Autologe matrixinduzierte Hepatozytentransplantation
76196246	- [ab 2007]
NUB 108	Kontinuierliche Amnioninfusion mittels subkutan implantiertem Portsystem
76197592	- [ab 2012]
NUB 109	Wachstumslenkende Epiphyseodese an der Wirbelsäule durch Klammern aus einer Form- Gedächtnis-Legierung
76196456	Wachstumslenkende Epiphyseodese [ab 2007]
76197546	Wachstumslenkende Epiphyseodese; OPS 5-828.10, .11 oder .1x
76197575	Wachstumslenkende Epiphyseodese; OPS 5-789.1h i.V.m. OPS 5-789.1k
NUB 111	Radionuklidtherapie mit Jod-131-Metomidat
76197051	- [ab 2009]
NUB 112	Okklusionsschirm für Aortendissektionsmembranen
76196980	- je Stück [ab 2009]



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

- NUB 113 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.\*
- NUB 114 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
- NUB 115 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

NUB 116	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 Bifurkationstents, 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
- NUB 117 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
- NUB 118 Koronare Bifurkationstents  
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 - medikamentefreisetzend; 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
NUB 119	Excimer-Laser-Extraktion von Schrittmacher- und Defibrillatorelektroden
76196245	- [ab 2008]
76196971	- OPS 5-378.a0
NUB 120	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 121	Tocilizumab, subkutan
76198068	- für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von über 15 Jahren, je 162 mg Fertigspritze [ab 2015]

NUB 122	Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung peripherer Aneurysmen
76197202	- [ab 2010]
76197453	- pro Stent; OPS 8-84b.**
NUB 123	Zyto- und molekulargenetische Untersuchungen zur Initial- und Verlaufsdiagnostik hämatologischer Neoplasien
6197989	- hämatologische Neoplasien, für Molekulares Monitoring d. Resttumorlast (MRD)[ab 2014]
NUB 124	AB0-inkompatible Organtransplantation
76196087	- [ab 2007]
76196366	- je Absorptionssäule
76196524	- AB0-Apherese
76196774	- Initialisierung
76196775	- Transplantationsvorbereitung
76197476	- je Transplantation; OPS 5-930.21 i.V.m. OPS 5-504.*
NUB 125	Multiviszeraltransplantation
76196749	- [ab 2008]

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

NUB 127 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
- 76196368 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, je Fall
- 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

NUB 128 Überlange Coils

- 76196111 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie [ab 2007]
- 76196343 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 1 Metallspirale
- 76196345 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 3 Metallspiralen
- 76196346 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 4 Metallspiralen
- 76196347 - zur intrakraniellen Aneurysmatherapie, 5 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
- NUB 129 Volumencoils zur Aneurysmatherapie  
76197378 - intrakraniell [ab 2011]  
76197427 - je Coil  
76197566 - je Coil; OPS 8-836.m0 i.V.m. OPS 8-83b.35
- NUB 130 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 iliaca, 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 131 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 629 Bioresorbierbarer vaskulärer Stent  
76197781 - Pulmonalarterie [ab 2013]  
76197782 - Aortenisthmus; OPS 8-843.\*5

NUB 630 Carfilzomib  
76198125 - je 60 mg [ab 2015]

NUB-Status 4

NUB 635 Chemosaturations-Therapie mittels perkutaner Leberperfusion  
76197837 - OPS 8-549.0 [ab 2014]

NUB 638 Bronchiale Thermoplastie  
76197771 - je Anwendung; OPS 5-320.5 [ab 2013]

NUB 639 Radium-223-Dichlorid  
76197824 - [ab 2014]

NUB 640 Radionuklidtherapie mit Lu-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

NUB 641 Hypoglossusnerv-Stimulationssystem zur Behandlung des obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms (OSAS)  
76197772 - [ab 2013]

NUB 642 Donor-Lymphozyten mit in-vitro-Aufbereitung bei schweren Infektionen nach Stammzelltransplantation  
76197954 - [ab 2014]

NUB 643 Implantation gentechnisch charakterisierter Chondrozyten  
76197064 - [ab 2009]

NUB 644 Stammzelltherapie bei pAVK und diabetischem Fußsyndrom  
76198121 - je Leistung [ab 2015]

NUB 645 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 651 Perkutane cavale Klappenstentimplantation  
76197773 - [ab 2013]

NUB 655 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 663 Adoptiver T-Zelltransfer von autologen EBV-spezifischen zytotoxischen T-Zellen  
76197444 - [ab 2011]

NUB 664 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 Sonderisolerstation nicht intensivpflichtige Patienten
76296047	PBH-Teilkörperhyperthermie in Kombination mit Chemotherapie und/oder Radiochemothermie; OPS 8-601
76296048	Tagessatz Sonderisolerstation intensivpflichtige Patienten
76296049	Tagessatz Sonderisolerstation 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

## 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 2015*

1. Für die in Anlage 4 bzw. Anlage 6 der FPV 2015 mit Fußnote 4 gekennzeichneten Zusatzentgelte ist nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2015 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 2014 nicht mit krankenhausesindividuellen Leistungsbeschränkungen oder Spezifikationen vereinbart wurde.

*Dies betrifft folgende Zusatzentgelte:*

ZE2015-01 bis 05, 07 bis 10, 13, 15 bis 18, 22, 24 bis 26, 33 bis 36, 40, 41, 44 bis 46, 49, 50, 53, 54, 56 bis 67, 69 bis 72, 74, 75, 77, 79, 80, 82, 84, 85, 88, 91 bis 93, 97 bis 100,

Besonderheiten bei für 2015 ergänzten OPS-Kodes: ZE2015-86 (wobei für 5-095.5 der OPS-Kode 5-059.5\* anzuwenden ist).

- 2a. Zusatzentgelte aus der Anlage 2 bzw. 5 der FPV 2014, die in die Anlage 4 bzw. 6 der FPV 2015 überführt sind, werden gemäß Fußnoten 8–12 in Anlage 4 bzw. Fußnoten 9–11 in Anlage 6 mit dem weiter geltenden Entgeltschlüssel und der Entgelthöhe aus 2014 abgerechnet. Der weiter geltende Entgeltschlüssel aus 2014 verliert mit dem Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung seine Geltung und kann ab diesem Zeitpunkt nicht mehr verwendet werden. Bei geänderter Mengenstaffelung ist der OPS-Kode und Entgeltschlüssel mit der entsprechend zutreffenden Menge auszuwählen.

*Dies betrifft folgende Zusatzentgelte:*

ZE82 - Entgeltschlüssel aus 2014 Gabe von Rituximab, parenteral [ZE2015-103]

ZE27 - Entgeltschlüssel aus 2014 Gabe von Trastuzumab, parenteral [ZE2015-104]

ZE114 - Entgeltschlüssel aus 2014 Gabe von Posaconazol, oral [ZE2015-105]

- 2b. Zusatzentgelte aus der Anlage 2 bzw. 5 der FPV 2014 bzw. krankenhausesindividuelle NUB-Entgelte, die in die Anlage 4 bzw. 6 der FPV 2015 überführt sind, werden gemäß Fußnoten 11 und 12 in Anlage 4 bzw. Fußnoten 12 und 13 in Anlage 6 mit dem weiter geltenden Entgeltschlüssel und der Entgelthöhe aus 2014 abgerechnet. Der weiter geltende Entgeltschlüssel aus 2014 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 2014 bzw. Zusatzentgelte 2014:*

NUB2014-106 sowie ZE118 Entgeltschlüssel aus 2014 Gabe von Abatacept, parenteral für ZE2015-106 (Gabe von Abatacept, subkutan)

NUB2014-30 für ZE2015-109 (Dialyse mit High-Cutoff-Dialysemembran)

3. NUB-Leistungen, die als DRG in die Anlage 1 überführt wurden:  
Das in Anlage 1 der FPV 2015 in die DRG F36B mit Fußnote 4 überführte NUB2014-95 (Minimalinvasive Implantation von zwei verschiedenen Herzklappen) kann als NUB-Entgelt nicht mehr abgerechnet werden.

Das in Anlage 1 der FPV 2015 in die DRG F98C mit Fußnote 4 überführte NUB2014-600 (Endovaskuläre Trikuspidalklappenrekonstruktion) kann als NUB-Entgelt nicht mehr abgerechnet werden.

4. Für die Abrechnung von NUB-Leistungen, die in die Anlage 4 bzw. 6 der FPV 2015 aufgenommen sind, sind bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung die weiter geltenden Entgeltschlüssel aus 2014 zu verwenden:

*Dies betrifft folgende NUB-Entgelte aus 2014:*

NUB2014-33 Mifamurtid für ZE2015-101 (Gabe von Mifamurtid, parenteral)

NUB2014-08 Decitabine für ZE2015-102 (Gabe von Decitabine, parenteral)

NUB2014-03 Koronarstent, medikamentefreisetzend, komplett bioresorbierbar für ZE2015-107 (Medikamente-freisetzende bioresorbierbare Koronarstents)

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

bundesweit für Aufnahmen in 2015

Anlage 3a (vollstationär) DRG-Entgeltkatalog 2015 (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	Korrekturverfahren bei Doppelfehlbildung
8500A43Z	Frührehabilitation bei Wachkoma und Locked-in-Syndrom
8500B11Z	Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur
8500B13Z	Epilepsiechirurgie mit invasivem präoperativem 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
8500L61Z	Stationäre Aufnahme zur Dialyse
8500U01Z	Geschlechtsumwandelnde Operation
8500U41Z	Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei psychischen Krankheiten und Störungen
8500U42Z	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen
8500U43Z	Psychosomatische Therapie, Alter < 18 Jahre
8500W01A	Polytrauma mit Beatmung oder bestimmten Eingriffen, mit Frührehabilitation
8500W05Z	Frührehabilitation bei Polytrauma mit OR-Prozedur
8500W40Z	Frührehabilitation bei Polytrauma

8500Y01Z	Operative Eingriffe 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 2015 (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 Kombi-nation 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 diabeteskranker Kinder und Jugendlicher für einen Tag (Typ I)
85000054	Tagesklinik und Therapie-Centrum für Essstörungen (TCE), Jugendkonzept
85000055	Teilstationäre Tinnitus/Schwindel Intensivtherapie
85000056	Tagesklinische interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie
85000057	Teilstationäre 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

## 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

## 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
- 85003005 Palliativmedizin

## 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 2015

Anlage 3a (vollstationär) DRG-Entgeltkatalog 2015 (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 frührehabitativer Komplexbehandlung
8600K43Z	Frührehabilitation bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
8600L61Z	Stationäre Aufnahme zur Dialyse
8600U01Z	Geschlechtsumwandelnde Operation
8600U41Z	Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei psychischen Krankheiten und Störungen
8600U42Z	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen
8600U43Z	Psychosomatische Therapie, Alter < 18 Jahre
8600W01A	Polytrauma mit Beatmung oder bestimmten Eingriffen, mit Frührehabilitation
8600W05Z	Frührehabilitation bei Polytrauma mit OR-Prozedur
8600W40Z	Frührehabilitation bei Polytrauma

8600Y01Z	Operative Eingriffe 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 2015 (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 Gastroentero-logie, 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 endovaskulären Pulmonalklappenersatz (System Melody Transcatheter Valve)
- 86004003 Invasive Diagnostik mit Tiefenelektroden/Stereo-EEG, Stereotaktische Roboter-Assistierte (ROSA) Implantationstechnik

## 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 2015

Anlage 3a (vollstationär) DRG-Entgeltkatalog 2015

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
8700L61Z	Stationäre Aufnahme zur Dialyse
8700U01Z	Geschlechtsumwandelnde Operation
8700U41Z	Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei psychischen Krankheiten und Störungen
8700U42Z	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen
8700U43Z	Psychosomatische Therapie, Alter < 18 Jahre
8700W01A	Polytrauma mit Beatmung oder bestimmten Eingriffen, mit Frührehabilitation
8700W05Z	Frührehabilitation bei Polytrauma mit OR-Prozedur
8700W40Z	Frührehabilitation bei Polytrauma

8700Y01Z	Operative Eingriffe 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 2015

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
----------	--



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

bundesweit für Aufnahmen in 2014

Anlage 3a (vollstationär) DRG-Entgeltkatalog 2015

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	Korrekturingriff bei Doppelfehlbildung
8800A43Z	Frührehabilitation bei Wachkoma und Locked-in-Syndrom
8800B11Z	Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur
8800B13Z	Epilepsiechirurgie mit invasivem präoperativem 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
8800L61Z	Stationäre Aufnahme zur Dialyse
8800U01Z	Geschlechtsumwandelnde Operation
8800U41Z	Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei psychischen Krankheiten und Störungen
8800U42Z	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen
8800U43Z	Psychosomatische Therapie, Alter < 18 Jahre
8800W01A	Polytrauma mit Beatmung oder bestimmten Eingriffen, mit Frührehabilitation
8800W05Z	Frührehabilitation bei Polytrauma mit OR-Prozedur
8800W40Z	Frührehabilitation bei Polytrauma

8800Y01Z	Operative Eingriffe 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 2015

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 Augenlides -teilstationäre Behandlung-

## Besondere Einrichtungen, vollstationär

88004003	Invasive Diagnostik mit Tiefenelektroden/Stereo-EEG, Stereotaktische Roboter-Assistierte (ROSA) Implantationstechnik
----------	--

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

bundesweit für Aufnahmen in 2014

Anlage 3a (vollstationär) DRG-Entgeltkatalog 2015

8900A04A	Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, allogene, mit zweiter Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion im selben Aufenthalt
8900A15A	Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, autogen, 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
8900L61Z	Stationäre Aufnahme zur Dialyse
8900U01Z	Geschlechtsumwandelnde Operation
8900U41Z	Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei psychischen Krankheiten und Störungen
8900U42Z	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen
8900U43Z	Psychosomatische Therapie, Alter < 18 Jahre
8900W01A	Polytrauma mit Beatmung oder bestimmten Eingriffen, mit Frührehabilitation
8900W05Z	Frührehabilitation bei Polytrauma mit OR-Prozedur
8900W40Z	Frührehabilitation bei Polytrauma

8900Y01Z	Operative Eingriffe 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 2015

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
----------	--

## 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 xxyy 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

## Sonstige Pauschale

21040000	Erwachsene
21050000	Kinder und Jugendliche
21100160	Einmalkontakt, Mukoviszidosebehandlung, Erstkontakt
21040000	Erwachsene
21050000	Kinder und Jugendliche
21050110	Kinder und Jugendliche, Gruppentherapie

## Behandlungspauschale

22000000	ohne Differenzierung
22000010	Sprechstundenbedarf
22000020	HIV
22000030	MRT
22000040	Phoniatrie
22000050	CT
22000060	Transplantationsnachsorge
22000070	Photodynamische Therapie
22000080	Strahlentherapeutische Leistungen
22000090	LDL-Apherese
22000100	Onkologisch-hämatologische Leistungen
22000140	Pädiatrische Gastroenterologie
22000150	Pädiatrische Endokrinologie
22000160	Pädiatrische Neurologie und Entwicklungsneurologie
22000170	Rachitis
22000180	Verordnung von Fluorpräparaten
22000190	Immunglobulin
22000230	HLA-Typisierung, Knochenmarkspende, Familienspende
22000240	HLA-Typisierung, Lebendnierenspende, Familienspende
22000250	HLA-Typisierung, Blutstammzellspende, Familienspende
22000260	HLA-Familienspendertypisierung
22000280	Mamma-MRT
22000290	Mamma-Biopsien
22000310	Mukoviszidosebehandlung, je Folgekontakt
22000320	Intravitreale Injektion Nachsorge, pro Injektion
22000340	fraktionsbezogene stereotakt. Leistungen
22000350	PET-CT
22000360	HLA Antikörperspezifizierung, HLA Klasse I und II
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
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

## 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 Neugeborenenenscreening
25101009	Invasive Herz-TX-Nachsorge
25101010	Kardiologische Komplexdiagnostik
25101011	Schwere Herzinsuffizienz
25101012	Nachsorge allogene Blutstammzellen
25101013	Stammzellenentnahme Eigenspende
25101014	Stammzellenentnahme Fremdspende
25101015	Theumatologie
25101016	Erstindikation, interdisziplinäre Amyloidoseambulanz

25101017	Schmerzambulanz
25101018	Strahlentherapie
25101019	Brachytherapie
25101020	PET bei Bronchialcarcinom malignem(bösartig) Melanom und Hodgekin-Lymphoms
25101021	Mutationsanalyse Molekularpathologie
25101022	Interdisziplinäre Onkologie
25101023	Chirurgie
25101024	Stimm- und Sprachstörungen
25101025	Kinderklinik
25101026	Innere Medizin
25101027	Neurologie
25101028	Nuklearmedizin
25101029	Orthopädie
25101030	Humangenetische Diagnostik
25101031	Genanalyse (Indexfall)
25101032	Genanalyse (prädiktiver Test)
25101033	Strukturiertes Früherkennungsprogramm
25101034	Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung
25101035	Stammzellspende Fremdspender Familie
25101036	Stammzellspende autolog
25101037	Stammzellenanreicherung, je Anreicherung
25101038	Lymphozytenspenden, 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 Kreislauferkrankungen)
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	Apheresebehandlung
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
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
34220001	je 1–2 Behandlungstage, Kinder und Jugendliche
34220002	je 3–4 Behandlungstage, Kinder und Jugendliche
34220003	ab 5 Behandlungstage, Kinder und Jugendliche
34302008	je Behandlungseinheit, 8 Behandlungseinheiten
34302015	je Behandlungseinheit, 15 Behandlungseinheiten

## Pauschale nach Katalog (krankenhausindividueller Katalog)

35102001	zwei Besuche mit mindestens zwei Kontakten zu zwei verschiedenen Berufsgruppen
35102002	mindestens zwei Besuche mit Kontakten zu zwei nichtärztlichen Berufsgruppen in Zusammenarbeit mit niedergelassenem Arzt
35102003	mindestens drei Besuche mit mindestens einem ärztlichen Kontakt und mindestens zwei weiteren verschiedenen diagnostischen und therapeutischen Berufsgruppen
35102004	weniger als sechs Kontakte in einer „nachstationären psychotherapeutischen Gruppe“
35102005	drei bis sechs Besuche für einzelspsychologische 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
	<i>Fallbesprechung</i>
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.
	<i>Personalaufwand bei apparativer Diagnostik und Therapie</i>
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
	<i>Leistungen von Psychotherapeuten</i>
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)
	<i>Ärztliche Leistungen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt</i>
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
	<i>Leistungen von Psychologen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt</i>
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
	<i>Fahrtzeit dazu</i>
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
	<i>Leistungen von Sprachtherapeuten</i>
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
	<i>Fahrtzeit dazu</i>
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
	<i>Leistungen von Sozialpädagogen</i>
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
- Fahrtzeit dazu*
- 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.
- Leistungen von Psychotherapeuten*
- 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
- Fahrtzeit dazu*
- 35220661 - bis 20 Minuten
- 35220662 - bis 40 Minuten
- 35220663 - bis 60 Minuten
- 35220664 - bis 90 Minuten
- 35220665 - bis 120 Minuten
- 35220666 - bis 180 Minuten
- Ärztliche Leistungen, Fahrtstrecke Hin- und Rückfahrt gesamt*
- 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

*Pflegedienst*

- 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

*Sozialpädagogen*

- 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

*Spezialtherapeuten*

- 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
- Psychologischer Dienst,*
- 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, intern7extern,</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
36010574	Labor
36010575	Spiegelbestimmung
36018000	Zuschlag für Ausgleiche, IV Krankenkasse A
36018001	Zuschlag für Ausgleiche, IV Krankenkasse B
36018002	Zuschlag für Ausgleiche, 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. 2 SGB V

## EBM-Ziffern

70001100 ff. EBM-Katalog (siehe Anhang D zur Anlage 2, Schlüssel 20)

## Quartalspauschale

71000000 Quartalspauschale  
 71000050 psychotherapeutische Leistungen  
 71040000 Erwachsene  
 71050000 Kinder und Jugendliche  
 71050110 Kinder und Jugendliche, Gruppentherapie  
 720[0100 ff.]0 Fachabteilungen (siehe Anlage 2, Schlüssel 6)

## Pauschale je Behandlungseinheit

74100000 je Stunde  
 74101001 je Stunde, gruppentherapeutische Leistungen

## Pauschale nach Katalog

75101200 Clearing  
 75101201 Monosymptomatische Erkrankungen  
 75101202 Komplexpauschale

## Erwachsene, Kinder und Jugendliche (Leistungen nach § 117 Abs. 2 Satz 1, 2. Halbsatz SGB V)

75230000 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)  
 75230001 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)  
 75230002 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Gruppenbehandlung)  
 75230003 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Gruppenbehandlung)  
 75230004 Analytische Psychotherapie (Einzelbehandlung)  
 75230005 Analytische Psychotherapie (Gruppenbehandlung)  
 75230006 Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)  
 75230007 Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)  
 75230008 Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, kleine Gruppe)  
 75230009 Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, kleine Gruppe)  
 75230010 Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, große Gruppe)  
 75230011 Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, große Gruppe)  
 75230012 Übende Verfahren, Einzelbehandlung  
 75230013 Übende Verfahren, Gruppenbehandlung  
 75230014 Übende Verfahren bei Kindern und Jugendlichen, Gruppenbehandlung  
 75230015 Hypnose  
 75230016 Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung einer Kurzzeittherapie  
 75230017 Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung / Verlängerung einer Langzeittherapie  
 75230018 Biographische Anamnese  
 75230019 Vertiefte Exploration  
 75230020 Zuschlag Erhebung neurologischer und psychiatrischer Befunde  
 75230021 Probatorische Sitzung  
 75230022 Testverfahren, standardisierte  
 75230023 Testverfahren, psychometrische  
 75230024 Verfahren, projektive  
 75230025 Grundpauschale bis 5. Lebensjahr  
 75230026 Grundpauschale 6.- 59. Lebensjahr  
 75230027 Grundpauschale ab 60. Lebensjahr  
 75230028 Grundpauschale Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten  
 75230029 Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)  
 75230030 Verwaltungskomplex  
 75230031 Unvorhergesehene Inanspruchnahme I  
 75230032 Unvorhergesehene Inanspruchnahme II

75230033	Ärztlicher Bericht nach Untersuchung
75230034	Individueller Arztbrief
75230035	Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt
75230036	Bescheinigung oder Zeugnis
75230037	Krankheitsbericht
75230038	Kurplan, Gutachten, Stellungnahme
75230039	Transport von Briefen bis 20 g oder Telefax
75230040	Transport von Briefen bis 50 g (Kompaktbrief)
75230041	Transport von Briefen bis 500 g (Großbrief)
75230042	Transport von Briefen 1000 g (Maxibrief)
75230043	Abfassung in freier Form
75230044	Kopie, EDV-technische Abschrift
75230045	Pauschale für Besuche im Kernbereich, bis zu 2 km
75230046	Pauschale für Besuche im Randbereich, 2 km bis zu 5 km
75230047	Pauschale für Besuche im Fernbereich, mehr als 5 km
75230048	Pauschale für Besuche im Kernbereich, bis zu 2 km bei Nacht
75230049	Pauschale für Besuche im Randbereich, 2 km bis zu 5 km, Nacht
75230050	Pauschale für Besuche im Fernbereich, mehr als 5 km, Nacht
75230051	Besuch
75230052	Dringender Besuch I
75230053	Dringender Besuch II
75230055	Besuch eines weiteren Kranken
75230056	Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal
75230057	Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale
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
Hinweis:	
99200000	intern reserviert

## Anhang B zu Anlage 2

# Entgeltarten (BPfIV)

Entgeltarten BPfIV bei Anwendung des § 17d KHG

PEPP-Entgeltkatalog 2015: 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 mit äußerst hohem Aufwand
A1P003A1	- Vergütungsklasse 1
P003B	Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung 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 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
A1PA01A5	- Vergütungsklasse 5
A1PA01A6	- Vergütungsklasse 6
A1PA01A7	- Vergütungsklasse 7
A1PA01A8	- Vergütungsklasse 8
A1PA01A9	- Vergütungsklasse 9
A1PA01AA	- Vergütungsklasse 10
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
A1PA01B5	- Vergütungsklasse 5
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 multiplen Substanzmissbrauch bei Opiat- oder Kokainabhängigkeit 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, mit Qualifiziertem Entzug ab 7 Behandlungstagen oder mit Intensivbehandlung mit hohem Anteil 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, ohne komplizierende Konstellation, ohne multiplen Substanzmissbrauch, ohne Heroinkonsum oder intravenösen Gebrauch sonstiger Substanzen, ohne Qualifizierten Entzug ab 7 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
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
PA04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter > 89 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 < 90 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

PA04C Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder 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
A1PA14AD	- Vergütungsklasse 13
A1PA14AE	- Vergütungsklasse 14
A1PA14AF	- Vergütungsklasse 15
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
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
A1PA15AE	- Vergütungsklasse 14
A1PA15AF	- Vergütungsklasse 15
A1PA15AG	- Vergütungsklasse 16
A1PA15AH	- Vergütungsklasse 17



- A1PA15AI - Vergütungsklasse 18
- A1PA15AJ - Vergütungsklasse 19
- A1PA15AK - Vergütungsklasse 20

PA15B Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, mit bestimmten Demenzerkrankungen oder mit komplizierender Diagnose 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
- A1PA15BI - Vergütungsklasse 18
- A1PA15BJ - Vergütungsklasse 19

PA15C Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, Alter < 85 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmte Demenzerkrankungen, ohne komplizierende Diagnose

- 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
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
A1PK03ZF	- Vergütungsklasse 15
A1PK03ZG	- Vergütungsklasse 16
A1PK03ZH	- Vergütungsklasse 17
PK04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, mit komplizierender Nebendiagnose oder mit Einzel- und Kleinstgruppenbetreuung mit erhöhtem Aufwand
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
PK04B	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, ohne komplizierende Nebendiagnose ohne Einzel- und Kleinstgruppenbetreuung mit erhöhtem Aufwand
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
A1PK04BL	- Vergütungsklasse 21
A1PK04BM	- Vergütungsklasse 22
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 Einzel- und Kleinstgruppenbetreuung mit erhöhtem Aufwand
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
PK14B	Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen, Alter 8–13 Jahre, ohne komplizierende Nebendiagnose, ohne Einzel- und Kleinstgruppenbetreuung mit erhöhtem Aufwand
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 Einzel- und Kleinstgruppenbetreuung mit erhöhtem Aufwand
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
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
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 BPfIV)
A6100001	Zuschlag Mitaufnahme Pflegekraft (§ 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 2. HS BPfIV)
A6100002	Investitionszuschlag (bis 2014, § 8 Abs. 3 BPfIV)

## 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 BPfIV)
A7200002	Abschlag für Nichtbeteiligung Notfallversorgung (§ 17b Abs. 1 Satz 4 KHG)

PEPP-Entgeltkatalog 2015: vollstationäre Versorgung (Anlage 1b, unbewertet, fallbezogen)

A88P001Z	Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie, VWD < 7 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 2015: vollstationäre Versorgung (Anlage 1b, unbewertet, tagesbezogen)

A8P001Z1	Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie, VWD < 7 Tage (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 § 64a 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 BpflV)

AD100001	Teilzahlungsentgelt
AD100002	Teilzahlungskorrektur



PEPP-Entgeltkatalog 2015: 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

Zuschläge, tagesbezogen (teilstationäre Fälle)

B6100002 ~~Investitionszuschlag (bis 2014, § 8 Abs. 3 BPfIV)~~

Zuschläge, fallbezogen (teilstationäre Fälle)

B6200000	Ausbildungszuschlag (§ 17a Abs. 6 KHG)
B6200001	Zuschlag Teilnahme an der regionalen Versorgungsverpflichtung
B6200003	<del>Zuschlag Qualitätssicherung (§ 17b Abs. 1 Satz 5 KHG) (zum 1.4.2014 aufgehoben)</del>
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 BPfIV]
B7200002	Abschlag für Nichtbeteiligung Notfallversorgung [§17b Abs. 1 Satz 4 KHG]

PEPP-Entgeltkatalog 2015: 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
B88TP20Z	Psychosomatische oder psychiatrische Störungen (TP20Z), fallbezogen
B88TP98Z	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose (TP98Z), fallbezogen
B88TP99Z	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose (TP99Z), fallbezogen

PEPP-Entgeltkatalog 2015: 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
B8TP20Z1	Psychosomatische oder psychiatrische Störungen (TP20Z), 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 § 64a Abs. 1 SGB V (teilstationär)

BA000000	Allgemeine Psychiatrie, teilstationär; 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, teilstationär; 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	Stationersetzend, Steuerungsbudget, Allgemeine Psychiatrie, Regelbehandlung
BA000014	Stationersetzend, Restbudget, Allgemeine Psychiatrie, Regelbehandlung
BA000015	Stationersetzend, Steuerungsbudget, 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)

## Teilzahlungsentgelte (§ 11 Abs. 1 Satz 3 BpflV)

BD100001	Teilzahlungsentgelt
BD100002	Teilzahlungskorrektur

Entgelte für Modellvorhaben § 64a 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
CA800000	Zuschlag für Ausgleich, IV Krankenkasse A
CA800001	Zuschlag für Ausgleich, IV Krankenkasse B
CA800002	Zuschlag für Ausgleich, Sonstige Krankenkassen
CA800003	Zuschlag für Kosten der Evaluation
CA900000	Abschlag für Ausgleich, IV Krankenkasse A
CA900001	Abschlag für Ausgleich, IV Krankenkasse B
CA900002	Abschlag für Ausgleich, Sonstige Krankenkassen

PEPP-Entgeltkatalog 2015: Katalog ergänzender Tagesentgelte (Anlage 5, bewertet)

ET01	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung
C4ET0101	- (ET01.01) Mehr als 6 bis 12 Stunden pro Tag; OPS 9-640.01
C4ET0102	- (ET01.02) Mehr als 12 bis 18 Stunden pro Tag; OPS 9-640.02
C4ET0103	- (ET01.03) Mehr als 18 Stunden pro Tag; OPS 9-640.03
ET02	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
C4ET0201	- (ET02.01) bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen; OPS 9-615.*
C4ET0202	- (ET02.02) bei Patienten mit 5 und mehr Merkmalen; OPS 9-616.*
ET03	Intensive Beaufsichtigung und Überwachung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen
C4ET0301	- (ET03.01) Mehr als 12 bis 18 Stunden pro Tag; OPS 9-693.04
C4ET0302	- (ET03.02) Mehr als 18 Stunden pro Tag; OPS 9-693.05
	Einzelbetreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen
C4ET0303	- (ET03.03) Mehr als 8 bis 12 Stunden pro Tag; OPS 9-693.13
C4ET0304	- (ET03.04) Mehr als 12 bis 18 Stunden pro Tag; OPS 9-693.14
C4ET0305	- (ET03.05) Mehr als 18 Stunden pro Tag; OPS 9-693.15

## PEPP-Entgeltkatalog 2015: 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 8-812.5e
ZP05	Gabe von Filgrastim, parenteral
C5Z05010	- (ZP0501) 70 Mio. IE bis unter 130 Mio. IE; OPS 6-002.10
C5Z05020	- (ZP0502) 130 Mio. IE bis unter 190 Mio. IE; OPS 6-002.11
C5Z05030	- (ZP0503) 190 Mio. IE bis unter 250 Mio. IE; OPS 6-002.12
C5Z05040	- (ZP0504) 250 Mio. IE bis unter 350 Mio. IE; OPS 6-002.13
C5Z05050	- (ZP0505) 350 Mio. IE bis unter 450 Mio. IE; OPS 6-002.14
C5Z05060	- (ZP0506) 450 Mio. IE bis unter 550 Mio. IE; OPS 6-002.15
C5Z05070	- (ZP0507) 550 Mio. IE bis unter 650 Mio. IE; OPS 6-002.16
C5Z05080	- (ZP0508) 650 Mio. IE bis unter 750 Mio. IE; OPS 6-002.17
C5Z05090	- (ZP0509) 750 Mio. IE bis unter 850 Mio. IE; OPS 6-002.18
C5Z05100	- (ZP0510) 850 Mio. IE bis unter 950 Mio. IE; OPS 6-002.19
C5Z05110	- (ZP0511) 950 Mio. IE bis unter 1.050 Mio. IE; OPS 6-002.1a
C5Z05120	- (ZP0512) 1.050 Mio. IE bis unter 1.250 Mio. IE; OPS 6-002.1b
C5Z05130	- (ZP0513) 1.250 Mio. IE bis unter 1.450 Mio. IE; OPS 6-002.1c
C5Z05140	- (ZP0514) 1.450 Mio. IE bis unter 1.650 Mio. IE; OPS 6-002.1d
C5Z05150	- (ZP0515) 1.650 Mio. IE bis unter 1.850 Mio. IE; OPS 6-002.1e
C5Z05160	- (ZP0516) 1.850 Mio. IE bis unter 2.050 Mio. IE; OPS 6-002.1f
C5Z05170	- (ZP0517) 2.050 Mio. IE bis unter 2.250 Mio. IE; OPS 6-002.1g
C5Z05180	- (ZP0518) 2.250 Mio. IE bis unter 2.450 Mio. IE; OPS 6-002.1h
C5Z05190	- (ZP0519) 2.450 Mio. IE und mehr; OPS 6-002.1j
ZP06	Gabe von Lenograstim, parenteral
C5Z06010	- (ZP0601) 75 Mio. IE bis unter 150 Mio. IE; OPS 6-002.20
C5Z06020	- (ZP0602) 150 Mio. IE bis unter 225 Mio. IE; OPS 6-002.21
C5Z06030	- (ZP0603) 225 Mio. IE bis unter 300 Mio. IE; OPS 6-002.22

C5Z06040	- (ZP0604) 300 Mio. IE bis unter 400 Mio. IE; OPS 6-002.23
C5Z06050	- (ZP0605) 400 Mio. IE bis unter 500 Mio. IE; OPS 6-002.24
C5Z06060	- (ZP0606) 500 Mio. IE bis unter 600 Mio. IE; OPS 6-002.25
C5Z06070	- (ZP0607) 600 Mio. IE bis unter 800 Mio. IE; OPS 6-002.26
C5Z06080	- (ZP0608) 800 Mio. IE bis unter 1.000 Mio. IE; OPS 6-002.27
C5Z06090	- (ZP0609) 1.000 Mio. IE bis unter 1.200 Mio. IE; OPS 6-002.28
C5Z06100	- (ZP0610) 1.200 Mio. IE bis unter 1.400 Mio. IE; OPS 6-002.29
C5Z06110	- (ZP0611) 1.400 Mio. IE bis unter 1.600 Mio. IE; OPS 6-002.2a
C5Z06120	- (ZP0612) 1.600 Mio. IE bis unter 1.800 Mio. IE; OPS 6-002.2b
C5Z06130	- (ZP0613) 1.800 Mio. IE bis unter 2.000 Mio. IE; OPS 6-002.2c
C5Z06140	- (ZP0614) 2.000 Mio. IE bis unter 2.200 Mio. IE; OPS 6-002.2d
C5Z06150	- (ZP0615) 2.200 Mio. IE bis unter 2.400 Mio. IE; OPS 6-002.2e
C5Z06160	- (ZP0616) 2.400 Mio. IE bis unter 2.600 Mio. IE; OPS 6-002.2f
C5Z06170	- (ZP0617) 2.600 Mio. IE bis unter 2.800 Mio. IE; OPS 6-002.2g
C5Z06180	- (ZP0618) 2.800 Mio. IE bis unter 3.000 Mio. IE; OPS 6-002.2h
C5Z06190	- (ZP0619) 3.000 Mio. IE und mehr; OPS 6-002.2j
ZP0701	Gabe von Antithrombin III, parenteral
C5Z07010	- (ZP0701) 2.000 IE bis unter 3.500 IE; OPS 8-810.g1
C5Z07020	- (ZP0702) 3.500 IE bis unter 5.000 IE; OPS 8-810.g2
C5Z07030	- (ZP0703) 5.000 IE bis unter 7.000 IE; OPS 8-810.g3
C5Z07040	- (ZP0704) 7.000 IE bis unter 10.000 IE; OPS 8-810.g4
C5Z07050	- (ZP0705) 10.000 IE bis unter 15.000 IE; OPS 8-810.g5
C5Z07060	- (ZP0706) 15.000 IE bis unter 20.000 IE; OPS 8-810.g6
C5Z07070	- (ZP0707) 20.000 IE bis unter 25.000 IE; OPS 8-810.g7
C5Z07080	- (ZP0708) 25.000 IE bis unter 30.000 IE; OPS 8-810.g8
C5Z07090	- (ZP0709) 30.000 IE bis unter 40.000 IE; OPS 8-810.ga
C5Z07100	- (ZP0710) 40.000 IE bis unter 50.000 IE; OPS 8-810.gb
C5Z07110	- (ZP0711) 50.000 IE bis unter 60.000 IE; OPS 8-810.gc
C5Z07120	- (ZP0712) 60.000 IE bis unter 70.000 IE; OPS 8-810.gd
C5Z07130	- (ZP0713) 70.000 IE bis unter 90.000 IE; OPS 8-810.ge
C5Z07140	- (ZP0714) 90.000 IE bis unter 110.000 IE; OPS 8-810.gf
C5Z07150	- (ZP0715) 110.000 IE bis unter 130.000 IE; OPS 8-810.gg
C5Z07160	- (ZP0716) 130.000 IE bis unter 150.000 IE; OPS 8-810.gh
C5Z07170	- (ZP0717) 150.000 IE und mehr; OPS 8-810.gj
ZP08	Gabe von Aldesleukin, parenteral
C5Z08010	- (ZP0801) 45 Mio. IE bis unter 65 Mio. IE; OPS 6-001.80
C5Z08020	- (ZP0802) 65 Mio. IE bis unter 85 Mio. IE; OPS 6-001.81
C5Z08030	- (ZP0803) 85 Mio. IE bis unter 105 Mio. IE; OPS 6-001.82
C5Z08040	- (ZP0804) 105 Mio. IE bis unter 125 Mio. IE; OPS 6-001.83
C5Z08050	- (ZP0805) 125 Mio. IE bis unter 145 Mio. IE; OPS 6-001.84
C5Z08060	- (ZP0806) 145 Mio. IE bis unter 165 Mio. IE; OPS 6-001.85
C5Z08070	- (ZP0807) 165 Mio. IE bis unter 185 Mio. IE; OPS 6-001.86
C5Z08080	- (ZP0808) 185 Mio. IE bis unter 205 Mio. IE; OPS 6-001.87
C5Z08090	- (ZP0809) 205 Mio. IE bis unter 245 Mio. IE; OPS 6-001.88
C5Z08100	- (ZP0810) 245 Mio. IE bis unter 285 Mio. IE; OPS 6-001.89
C5Z08110	- (ZP0811) 285 Mio. IE bis unter 325 Mio. IE; OPS 6-001.8a
C5Z08120	- (ZP0812) 325 Mio. IE bis unter 365 Mio. IE; OPS 6-001.8b
C5Z08130	- (ZP0813) 365 Mio. IE bis unter 405 Mio. IE; OPS 6-001.8c
C5Z08140	- (ZP0814) 405 Mio. IE bis unter 445 Mio. IE; OPS 6-001.8d
C5Z08150	- (ZP0815) 445 Mio. IE bis unter 485 Mio. IE; OPS 6-001.8e
C5Z08160	- (ZP0816) 485 Mio. IE bis unter 525 Mio. IE; OPS 6-001.8f
C5Z08170	- (ZP0817) 525 Mio. IE bis unter 565 Mio. IE; OPS 6-001.8g
C5Z08180	- (ZP0818) 565 Mio. IE bis unter 625 Mio. IE; OPS 6-001.8h
C5Z08190	- (ZP0819) 625 Mio. IE bis unter 685 Mio. IE; OPS 6-001.8j



- C5Z08200 - (ZP0820) 685 Mio. IE bis unter 745 Mio. IE; OPS 6-001.8k  
 C5Z08210 - (ZP0821) 745 Mio. IE bis unter 805 Mio. IE; OPS 6-001.8m  
 C5Z08220 - (ZP0822) 805 Mio. IE und mehr; OPS 6-001.8n

ZP09 Gabe von Bortezomib, parenteral

- C5Z09010 - (ZP0901) 1,5 mg bis unter 2,5 mg; OPS 6-001.90  
 C5Z09020 - (ZP0902) 2,5 mg bis unter 3,5 mg; OPS 6-001.91  
 C5Z09030 - (ZP0903) 3,5 mg bis unter 4,5 mg; OPS 6-001.92  
 C5Z09040 - (ZP0904) 4,5 mg bis unter 5,5 mg; OPS 6-001.93  
 C5Z09050 - (ZP0905) 5,5 mg bis unter 6,5 mg; OPS 6-001.94  
 C5Z09060 - (ZP0906) 6,5 mg bis unter 7,5 mg; OPS 6-001.95  
 C5Z09070 - (ZP0907) 7,5 mg bis unter 8,5 mg; OPS 6-001.96  
 C5Z09080 - (ZP0908) 8,5 mg bis unter 9,5 mg; OPS 6-001.97  
 C5Z09090 - (ZP0909) 9,5 mg bis unter 10,5 mg; OPS 6-001.98  
 C5Z09100 - (ZP0910) 10,5 mg bis unter 11,5 mg; OPS 6-001.99  
 C5Z09110 - (ZP0911) 11,5 mg bis unter 13,5 mg; OPS 6-001.9a  
 C5Z09120 - (ZP0912) 13,5 mg bis unter 15,5 mg; OPS 6-001.9b  
 C5Z09130 - (ZP0913) 15,5 mg bis unter 17,5 mg; OPS 6-001.9c  
 C5Z09140 - (ZP0914) 17,5 mg bis unter 19,5 mg; OPS 6-001.9d  
 C5Z09150 - (ZP0915) 19,5 mg bis unter 21,5 mg; OPS 6-001.9e  
 C5Z09160 - (ZP0916) 21,5 mg bis unter 23,5 mg; OPS 6-001.9f  
 C5Z09170 - (ZP0917) 23,5 mg bis unter 25,5 mg; OPS 6-001.9g  
 C5Z09180 - (ZP0918) 25,5 mg bis unter 27,5 mg; OPS 6-001.9h  
 C5Z09190 - (ZP0919) 27,5 mg bis unter 29,5 mg; OPS 6-001.9j  
 C5Z09200 - (ZP0920) 29,5 mg und mehr; OPS 6-001.9k

ZP10 Gabe von Cetuximab, parenteral

- C5Z10010 - (ZP1001) 250 mg bis unter 350 mg; OPS 6-001.a0  
 C5Z10020 - (ZP1002) 350 mg bis unter 450 mg; OPS 6-001.a1  
 C5Z10030 - (ZP1003) 450 mg bis unter 550 mg; OPS 6-001.a2  
 C5Z10040 - (ZP1004) 550 mg bis unter 650 mg; OPS 6-001.a3  
 C5Z10050 - (ZP1005) 650 mg bis unter 750 mg; OPS 6-001.a4  
 C5Z10060 - (ZP1006) 750 mg bis unter 850 mg; OPS 6-001.a5  
 C5Z10070 - (ZP1007) 850 mg bis unter 1.050 mg; OPS 6-001.a6  
 C5Z10080 - (ZP1008) 1.050 mg bis unter 1.250 mg; OPS 6-001.a7  
 C5Z10090 - (ZP1009) 1.250 mg bis unter 1.450 mg; OPS 6-001.a8  
 C5Z10100 - (ZP1010) 1.450 mg bis unter 1.650 mg; OPS 6-001.a9  
 C5Z10110 - (ZP1011) 1.650 mg bis unter 1.850 mg; OPS 6-001.aa  
 C5Z10120 - (ZP1012) 1.850 mg bis unter 2.150 mg; OPS 6-001.ab  
 C5Z10130 - (ZP1013) 2.150 mg bis unter 2.450 mg; OPS 6-001.ac  
 C5Z10140 - (ZP1014) 2.450 mg bis unter 2.750 mg; OPS 6-001.ad  
 C5Z10150 - (ZP1015) 2.750 mg bis unter 3.050 mg; OPS 6-001.ae  
 C5Z10160 - (ZP1016) 3.050 mg bis unter 3.350 mg; OPS 6-001.af  
 C5Z10180 - (ZP1018) 3.350 mg bis unter 3.950 mg; OPS 6-001.ah  
 C5Z10190 - (ZP1019) 3.950 mg bis unter 4.550 mg; OPS 6-001.aj  
 C5Z10200 - (ZP1020) 4.550 mg und mehr; OPS 6-001.ak

ZP11 Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Hepatitis-B-surface-Antigen, parenteral

- C5Z11010 - (ZP1101) 2.000 IE bis unter 4.000 IE; OPS 8-810.q0  
 C5Z11020 - (ZP1102) 4.000 IE bis unter 6.000 IE; OPS 8-810.q1  
 C5Z11030 - (ZP1103) 6.000 IE bis unter 8.000 IE; OPS 8-810.q2  
 C5Z11040 - (ZP1104) 8.000 IE bis unter 10.000 IE; OPS 8-810.q3  
 C5Z11050 - (ZP1105) 10.000 IE bis unter 12.000 IE; OPS 8-810.q4  
 C5Z11060 - (ZP1106) 12.000 IE bis unter 14.000 IE; OPS 8-810.q5  
 C5Z11070 - (ZP1107) 14.000 IE bis unter 16.000 IE; OPS 8-810.q6  
 C5Z11080 - (ZP1108) 16.000 IE bis unter 18.000 IE; OPS 8-810.q7  
 C5Z11090 - (ZP1109) 18.000 IE bis unter 20.000 IE; OPS 8-810.q8

C5Z11100	- (ZP1110) 20.000 IE bis unter 22.000 IE; OPS 8-810.q9
C5Z11110	- (ZP1111) 22.000 IE bis unter 24.000 IE; OPS 8-810.qa
C5Z11120	- (ZP1112) 24.000 IE bis unter 28.000 IE; OPS 8-810.qb
C5Z11130	- (ZP1113) 28.000 IE bis unter 32.000 IE; OPS 8-810.qc
C5Z11140	- (ZP1114) 32.000 IE bis unter 36.000 IE; OPS 8-810.qd
C5Z11150	- (ZP1115) 36.000 IE bis unter 40.000 IE; OPS 8-810.qe
C5Z11160	- (ZP1116) 40.000 IE bis unter 46.000 IE; OPS 8-810.qf
C5Z11170	- (ZP1117) 46.000 IE bis unter 52.000 IE; OPS 8-810.qg
C5Z11180	- (ZP1118) 52.000 IE bis unter 58.000 IE; OPS 8-810.qh
C5Z11190	- (ZP1119) 58.000 IE bis unter 64.000 IE; OPS 8-810.qj
C5Z11200	- (ZP1120) 64.000 IE und mehr; OPS 8-810.qk

ZP12 Gabe von Liposomalem Doxorubicin, parenteral

C5Z12010	- (ZP1201) 10 mg bis unter 20 mg; OPS 6-001.b0
C5Z12020	- (ZP1202) 20 mg bis unter 30 mg; OPS 6-001.b1
C5Z12030	- (ZP1203) 30 mg bis unter 40 mg; OPS 6-001.b2
C5Z12040	- (ZP1204) 40 mg bis unter 50 mg; OPS 6-001.b3
C5Z12050	- (ZP1205) 50 mg bis unter 60 mg; OPS 6-001.b4
C5Z12060	- (ZP1206) 60 mg bis unter 70 mg; OPS 6-001.b5
C5Z12070	- (ZP1207) 70 mg bis unter 80 mg; OPS 6-001.b6
C5Z12080	- (ZP1208) 80 mg bis unter 90 mg; OPS 6-001.b7
C5Z12090	- (ZP1209) 90 mg bis unter 100 mg; OPS 6-001.b8
C5Z12100	- (ZP1210) 100 mg bis unter 110 mg; OPS 6-001.b9
C5Z12110	- (ZP1211) 110 mg bis unter 120 mg; OPS 6-001.ba
C5Z12120	- (ZP1212) 120 mg bis unter 140 mg; OPS 6-001.bb
C5Z12130	- (ZP1213) 140 mg bis unter 160 mg; OPS 6-001.bc
C5Z12140	- (ZP1214) 160 mg bis unter 180 mg; OPS 6-001.bd
C5Z12150	- (ZP1215) 180 mg bis unter 200 mg; OPS 6-001.be
C5Z12160	- (ZP1216) 200 mg bis unter 220 mg; OPS 6-001.bf
C5Z12170	- (ZP1217) 220 mg bis unter 240 mg; OPS 6-001.bg
C5Z12180	- (ZP1218) 240 mg bis unter 260 mg; OPS 6-001.bh
C5Z12190	- (ZP1219) 260 mg bis unter 280 mg; OPS 6-001.bj
C5Z12200	- (ZP1220) 280 mg bis unter 300 mg; OPS 6-001.bk
C5Z12210	- (ZP1221) 300 mg bis unter 320 mg; OPS 6-001.bm
C5Z12220	- (ZP1222) 320 mg und mehr; OPS 6-001.bn

ZP13 Gabe von Pemetrexed, parenteral

C5Z13010	- (ZP1301) 600 mg bis unter 700 mg; OPS 6-001.c0
C5Z13020	- (ZP1302) 700 mg bis unter 800 mg; OPS 6-001.c1
C5Z13030	- (ZP1303) 800 mg bis unter 900 mg; OPS 6-001.c2
C5Z13040	- (ZP1304) 900 mg bis unter 1.000 mg; OPS 6-001.c3
C5Z13050	- (ZP1305) 1.000 mg bis unter 1.100 mg; OPS 6-001.c4
C5Z13060	- (ZP1306) 1.100 mg bis unter 1.200 mg; OPS 6-001.c5
C5Z13070	- (ZP1307) 1.200 mg bis unter 1.400 mg; OPS 6-001.c6
C5Z13080	- (ZP1308) 1.400 mg bis unter 1.600 mg; OPS 6-001.c7
C5Z13090	- (ZP1309) 1.600 mg bis unter 1.800 mg; OPS 6-001.c8
C5Z13100	- (ZP1310) 1.800 mg bis unter 2.000 mg; OPS 6-001.c9
C5Z13110	- (ZP1311) 2.000 mg bis unter 2.200 mg; OPS 6-001.ca
C5Z13120	- (ZP1312) 2.200 mg bis unter 2.400 mg; OPS 6-001.cb
C5Z13130	- (ZP1313) 2.400 mg bis unter 2.600 mg; OPS 6-001.cc
C5Z13140	- (ZP1314) 2.600 mg bis unter 2.800 mg; OPS 6-001.cd
C5Z13150	- (ZP1315) 2.800 mg bis unter 3.000 mg; OPS 6-001.ce
C5Z13160	- (ZP1316) 3.000 mg bis unter 3.300 mg; OPS 6-001.cf
C5Z13170	- (ZP1317) 3.300 mg bis unter 3.600 mg; OPS 6-001.cg
C5Z13180	- (ZP1318) 3.600 mg bis unter 3.900 mg; OPS 6-001.ch
C5Z13190	- (ZP1319) 3.900 mg und mehr; OPS 6-001.cj

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
- 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
- ZP53 Gabe von Topotecan, parenteral
- C5Z53010 - (ZP5301) 30 mg bis unter 40 mg; OPS 6-002.4c
- C5Z53020 - (ZP5302) 40 mg bis unter 50 mg; OPS 6-002.4d
- C5Z53030 - (ZP5303) 50 mg bis unter 60 mg; OPS 6-002.4e
- C5Z53040 - (ZP5304) 60 mg bis unter 70 mg; OPS 6-002.4f
- C5Z53050 - (ZP5305) 70 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

PEPP-Entgeltkatalog 2015: Zusatzentgelte-Katalog, unbewertete (fallbezogene) Entgelte (Anlage 4)

ZP2015-01	Elektrokrampftherapie [EKT]
C9201000	- (ZP2015-01.000) OPS 8-630*
C9201001	- (ZP2015-01.001) OPS 8-630.2
C9201002	- (ZP2015-01.002) OPS 8-630.3
C9201003	- (ZP2015-01.003) OPS 8-630.y
ZP2015-02	Strahlentherapie
C9202000	- (ZP2015-02.000) OPS 8-52*
C9202001	- (ZP2015-02.001) OPS 8-520.0
C9202002	- (ZP2015-02.002) OPS 8-520.1
C9202003	- (ZP2015-02.003) OPS 8-520.y
C9202004	- (ZP2015-02.004) OPS 8-521.0
C9202005	- (ZP2015-02.005) OPS 8-521.1
C9202006	- (ZP2015-02.006) OPS 8-521.y
C9202007	- (ZP2015-02.007) OPS 8-522.0
C9202008	- (ZP2015-02.008) OPS 8-522.1
C9202009	- (ZP2015-02.009) OPS 8-522.2
C9202010	- (ZP2015-02.010) OPS 8-522.30
C9202011	- (ZP2015-02.011) OPS 8-522.31
C9202012	- (ZP2015-02.012) OPS 8-522.60
C9202013	- (ZP2015-02.013) OPS 8-522.61
C9202014	- (ZP2015-02.014) OPS 8-522.90
C9202015	- (ZP2015-02.015) OPS 8-522.91
C9202016	- (ZP2015-02.016) OPS 8-522.a0
C9202017	- (ZP2015-02.017) OPS 8-522.a1
C9202018	- (ZP2015-02.018) OPS 8-522.b0
C9202019	- (ZP2015-02.019) OPS 8-522.b1
C9202020	- (ZP2015-02.020) OPS 8-522.c0
C9202021	- (ZP2015-02.021) OPS 8-522.c1
C9202022	- (ZP2015-02.022) OPS 8-522.d0
C9202023	- (ZP2015-02.023) OPS 8-522.d1
C9202024	- (ZP2015-02.024) OPS 8-522.x
C9202025	- (ZP2015-02.025) OPS 8-522.y
C9202026	- (ZP2015-02.026) OPS 8-523.00
C9202027	- (ZP2015-02.027) OPS 8-523.01
C9202028	- (ZP2015-02.028) OPS 8-523.10
C9202029	- (ZP2015-02.029) OPS 8-523.11
C9202030	- (ZP2015-02.030) OPS 8-523.2
C9202031	- (ZP2015-02.031) OPS 8-523.3
C9202032	- (ZP2015-02.032) OPS 8-523.40
C9202033	- (ZP2015-02.033) OPS 8-523.41
C9202034	- (ZP2015-02.034) OPS 8-523.42
C9202035	- (ZP2015-02.035) OPS 8-523.5
C9202036	- (ZP2015-02.036) OPS 8-523.6
C9202037	- (ZP2015-02.037) OPS 8-523.7
C9202038	- (ZP2015-02.038) OPS 8-523.x
C9202039	- (ZP2015-02.039) OPS 8-523.y
C9202040	- (ZP2015-02.040) OPS 8-524.0
C9202041	- (ZP2015-02.041) OPS 8-524.1
C9202042	- (ZP2015-02.042) OPS 8-524.2
C9202043	- (ZP2015-02.043) OPS 8-524.3
C9202044	- (ZP2015-02.044) OPS 8-524.4
C9202045	- (ZP2015-02.045) OPS 8-524.5
C9202046	- (ZP2015-02.046) OPS 8-524.60

C9202047	- (ZP2015-02.047) OPS 8-524.61
C9202048	- (ZP2015-02.048) OPS 8-524.x
C9202049	- (ZP2015-02.049) OPS 8-524.y
C9202050	- (ZP2015-02.050) OPS 8-525.00
C9202051	- (ZP2015-02.051) OPS 8-525.01
C9202052	- (ZP2015-02.052) OPS 8-525.02
C9202053	- (ZP2015-02.053) OPS 8-525.0x
C9202054	- (ZP2015-02.054) OPS 8-525.10
C9202055	- (ZP2015-02.055) OPS 8-525.11
C9202056	- (ZP2015-02.056) OPS 8-525.12
C9202057	- (ZP2015-02.057) OPS 8-525.1x
C9202058	- (ZP2015-02.058) OPS 8-525.20
C9202059	- (ZP2015-02.059) OPS 8-525.21
C9202060	- (ZP2015-02.060) OPS 8-525.3
C9202061	- (ZP2015-02.061) OPS 8-525.4
C9202062	- (ZP2015-02.062) OPS 8-525.x
C9202063	- (ZP2015-02.063) OPS 8-525.y
C9202064	- (ZP2015-02.064) OPS 8-526.0
C9202065	- (ZP2015-02.065) OPS 8-526.1
C9202066	- (ZP2015-02.066) OPS 8-526.2
C9202067	- (ZP2015-02.067) OPS 8-526.x
C9202068	- (ZP2015-02.068) OPS 8-526.y
C9202069	- (ZP2015-02.069) OPS 8-527.0
C9202070	- (ZP2015-02.070) OPS 8-527.1
C9202071	- (ZP2015-02.071) OPS 8-527.2
C9202072	- (ZP2015-02.072) OPS 8-527.6
C9202073	- (ZP2015-02.073) OPS 8-527.7
C9202074	- (ZP2015-02.074) OPS 8-527.8
C9202075	- (ZP2015-02.075) OPS 8-527.x
C9202076	- (ZP2015-02.076) OPS 8-527.y
C9202077	- (ZP2015-02.077) OPS 8-528.6
C9202078	- (ZP2015-02.078) OPS 8-528.7
C9202079	- (ZP2015-02.079) OPS 8-528.8
C9202080	- (ZP2015-02.080) OPS 8-528.9
C9202081	- (ZP2015-02.081) OPS 8-528.x
C9202082	- (ZP2015-02.082) OPS 8-528.y
C9202083	- (ZP2015-02.083) OPS 8-529.3
C9202084	- (ZP2015-02.084) OPS 8-529.4
C9202085	- (ZP2015-02.085) OPS 8-529.5
C9202086	- (ZP2015-02.086) OPS 8-529.6
C9202087	- (ZP2015-02.087) OPS 8-529.7
C9202088	- (ZP2015-02.088) OPS 8-529.8
C9202089	- (ZP2015-02.089) OPS 8-529.x
C9202090	- (ZP2015-02.090) OPS 8-529.y
C9202091	- (ZP2015-02.091) OPS 8-52a.00
C9202092	- (ZP2015-02.092) OPS 8-52a.01
C9202093	- (ZP2015-02.093) OPS 8-52a.10
C9202094	- (ZP2015-02.094) OPS 8-52a.11
C9202095	- (ZP2015-02.095) OPS 8-52b
C9202096	- (ZP2015-02.096) OPS 8-52c
C9202097	- (ZP2015-02.097) OPS 8-52d
ZP2015-03	Gabe von Sargramostim, parenteral
C9203000	- (ZP2015-03.000) OPS 6-001.4*
C9203001	- (ZP2015-03.001) OPS 6-001.40
C9203002	- (ZP2015-03.002) OPS 6-001.41

C9203003	- (ZP2015-03.003) OPS 6-001.42
C9203004	- (ZP2015-03.004) OPS 6-001.43
C9203005	- (ZP2015-03.005) OPS 6-001.44
C9203006	- (ZP2015-03.006) OPS 6-001.45
C9203007	- (ZP2015-03.007) OPS 6-001.46
C9203008	- (ZP2015-03.008) OPS 6-001.47
C9203009	- (ZP2015-03.009) OPS 6-001.48
C9203010	- (ZP2015-03.010) OPS 6-001.49
C9203011	- (ZP2015-03.011) OPS 6-001.4a
C9203012	- (ZP2015-03.012) OPS 6-001.4b
C9203013	- (ZP2015-03.013) OPS 6-001.4c
C9203014	- (ZP2015-03.014) OPS 6-001.4d
C9203015	- (ZP2015-03.015) OPS 6-001.4e
C9203016	- (ZP2015-03.016) OPS 6-001.4f
C9203017	- (ZP2015-03.017) OPS 6-001.4g
C9203018	- (ZP2015-03.018) OPS 6-001.4h
C9203019	- (ZP2015-03.019) OPS 6-001.4j
C9203020	- (ZP2015-03.020) OPS 6-001.4k
C9203021	- (ZP2015-03.021) OPS 6-001.4m
C9203022	- (ZP2015-03.022) OPS 6-001.4n
C9203023	- (ZP2015-03.023) OPS 6-001.4p
C9203024	- (ZP2015-03.024) OPS 6-001.4q
ZP2015-04	Gabe von Granulozytenkonzentraten
C9204000	- (ZP2015-04.000) OPS 8-802.6*
C9204001	- (ZP2015-04.001) OPS 8-802.60
C9204002	- (ZP2015-04.002) OPS 8-802.61
C9204003	- (ZP2015-04.003) OPS 8-802.62
C9204004	- (ZP2015-04.004) OPS 8-802.63
C9204005	- (ZP2015-04.005) OPS 8-802.64
C9204006	- (ZP2015-04.006) OPS 8-802.65
C9204007	- (ZP2015-04.007) OPS 8-802.66
C9204008	- (ZP2015-04.008) OPS 8-802.67
C9204009	- (ZP2015-04.009) OPS 8-802.68
C9204010	- (ZP2015-04.010) OPS 8-802.69
C9204011	- (ZP2015-04.011) OPS 8-802.6a
C9204012	- (ZP2015-04.012) OPS 8-802.6b
ZP2015-05	Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral
C9205000	- (ZP2015-05.000) OPS 8-812.3 oder 8-812.4
C9205001	- (ZP2015-05.001) OPS 8-812.3
C9205002	- (ZP2015-05.002) OPS 8-812.4
ZP2015-06	Gabe von Bosentan, oral
C9206000	- (ZP2015-06.000) OPS 6-002.f*
C9206001	- (ZP2015-06.001) OPS 6-002.f0
C9206002	- (ZP2015-06.002) OPS 6-002.f1
C9206003	- (ZP2015-06.003) OPS 6-002.f2
C9206004	- (ZP2015-06.004) OPS 6-002.f3
C9206005	- (ZP2015-06.005) OPS 6-002.f4
C9206006	- (ZP2015-06.006) OPS 6-002.f5
C9206007	- (ZP2015-06.007) OPS 6-002.f6
C9206008	- (ZP2015-06.008) OPS 6-002.f7
C9206009	- (ZP2015-06.009) OPS 6-002.f8
C9206010	- (ZP2015-06.010) OPS 6-002.f9
C9206011	- (ZP2015-06.011) OPS 6-002.fa
C9206012	- (ZP2015-06.012) OPS 6-002.fb

C9206013	- (ZP2015-06.013) OPS 6-002.fc
C9206014	- (ZP2015-06.014) OPS 6-002.fd
C9206015	- (ZP2015-06.015) OPS 6-002.fe
C9206016	- (ZP2015-06.016) OPS 6-002.ff
C9206017	- (ZP2015-06.017) OPS 6-002.fg
C9206018	- (ZP2015-06.018) OPS 6-002.fh
C9206019	- (ZP2015-06.019) OPS 6-002.fj
C9206020	- (ZP2015-06.020) OPS 6-002.fk
C9206021	- (ZP2015-06.021) OPS 6-002.fm
C9206022	- (ZP2015-06.022) OPS 6-002.fn
C9206023	- (ZP2015-06.023) OPS 6-002.fp
ZP2015-07	Gabe von Jod-131-MIBG (Metajodobenzylguanidin), parenteral
C9207000	- (ZP2015-07.000) OPS 6-002.g*
C9207001	- (ZP2015-07.001) OPS 6-002.g0
C9207002	- (ZP2015-07.002) OPS 6-002.g1
C9207003	- (ZP2015-07.003) OPS 6-002.g2
C9207004	- (ZP2015-07.004) OPS 6-002.g3
C9207005	- (ZP2015-07.005) OPS 6-002.g4
C9207006	- (ZP2015-07.006) OPS 6-002.g5
C9207007	- (ZP2015-07.007) OPS 6-002.g6
C9207008	- (ZP2015-07.008) OPS 6-002.g7
C9207009	- (ZP2015-07.009) OPS 6-002.g8
ZP2015-08	Gabe von Alpha-1-Proteinaseninhibitor human, parenteral
C9208000	- (ZP2015-08.000) OPS 8-812.0*
C9208001	- (ZP2015-08.001) OPS 8-812.00
C9208002	- (ZP2015-08.002) OPS 8-812.01
C9208003	- (ZP2015-08.003) OPS 8-812.02
C9208004	- (ZP2015-08.004) OPS 8-812.03
C9208005	- (ZP2015-08.005) OPS 8-812.04
C9208006	- (ZP2015-08.006) OPS 8-812.05
C9208007	- (ZP2015-08.007) OPS 8-812.06
C9208008	- (ZP2015-08.008) OPS 8-812.07
C9208009	- (ZP2015-08.009) OPS 8-812.08
C9208010	- (ZP2015-08.010) OPS 8-812.09
C9208011	- (ZP2015-08.011) OPS 8-812.0a
C9208012	- (ZP2015-08.012) OPS 8-812.0b
C9208013	- (ZP2015-08.013) OPS 8-812.0c
C9208014	- (ZP2015-08.014) OPS 8-812.0d
C9208015	- (ZP2015-08.015) OPS 8-812.0e
C9208016	- (ZP2015-08.016) OPS 8-812.0f
C9208017	- (ZP2015-08.017) OPS 8-812.0g
C9208018	- (ZP2015-08.018) OPS 8-812.0h
C9208019	- (ZP2015-08.019) OPS 8-812.0j
C9208020	- (ZP2015-08.020) OPS 8-812.0k
C9208021	- (ZP2015-08.021) OPS 8-812.0m
C9208022	- (ZP2015-08.022) OPS 8-812.0n
C9208023	- (ZP2015-08.023) OPS 8-812.0p
C9208024	- (ZP2015-08.024) OPS 8-812.0q
ZP2015-09	Gabe von Interferon alfa-2a (nicht pegylierte Form), parenteral
C9209000	- (ZP2015-09.000) OPS 8-812.1*
C9209001	- (ZP2015-09.001) OPS 8-812.10
C9209002	- (ZP2015-09.002) OPS 8-812.11
C9209003	- (ZP2015-09.003) OPS 8-812.12
C9209004	- (ZP2015-09.004) OPS 8-812.13

C9209005	- (ZP2015-09.005) OPS 8-812.14
C9209006	- (ZP2015-09.006) OPS 8-812.15
C9209007	- (ZP2015-09.007) OPS 8-812.16
C9209008	- (ZP2015-09.008) OPS 8-812.17
C9209009	- (ZP2015-09.009) OPS 8-812.18
C9209010	- (ZP2015-09.010) OPS 8-812.19
C9209011	- (ZP2015-09.011) OPS 8-812.1a
C9209012	- (ZP2015-09.012) OPS 8-812.1b
C9209013	- (ZP2015-09.013) OPS 8-812.1c
C9209014	- (ZP2015-09.014) OPS 8-812.1d
C9209015	- (ZP2015-09.015) OPS 8-812.1e
C9209016	- (ZP2015-09.016) OPS 8-812.1f
C9209017	- (ZP2015-09.017) OPS 8-812.1g
C9209018	- (ZP2015-09.018) OPS 8-812.1h
C9209019	- (ZP2015-09.019) OPS 8-812.1j
C9209020	- (ZP2015-09.020) OPS 8-812.1k
C9209021	- (ZP2015-09.021) OPS 8-812.1m
C9209022	- (ZP2015-09.022) OPS 8-812.1n
ZP2015-10	Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral
C9210000	- (ZP2015-10.000) OPS 8-812.2*
C9210001	- (ZP2015-10.001) OPS 8-812.20
C9210002	- (ZP2015-10.002) OPS 8-812.21
C9210003	- (ZP2015-10.003) OPS 8-812.22
C9210004	- (ZP2015-10.004) OPS 8-812.23
C9210005	- (ZP2015-10.005) OPS 8-812.24
C9210006	- (ZP2015-10.006) OPS 8-812.25
C9210007	- (ZP2015-10.007) OPS 8-812.26
C9210008	- (ZP2015-10.008) OPS 8-812.27
C9210009	- (ZP2015-10.009) OPS 8-812.28
C9210010	- (ZP2015-10.010) OPS 8-812.29
C9210011	- (ZP2015-10.011) OPS 8-812.2a
C9210012	- (ZP2015-10.012) OPS 8-812.2b
C9210013	- (ZP2015-10.013) OPS 8-812.2c
C9210014	- (ZP2015-10.014) OPS 8-812.2d
C9210015	- (ZP2015-10.015) OPS 8-812.2e
C9210016	- (ZP2015-10.016) OPS 8-812.2f
C9210017	- (ZP2015-10.017) OPS 8-812.2g
C9210018	- (ZP2015-10.018) OPS 8-812.2h
C9210019	- (ZP2015-10.019) OPS 8-812.2j
C9210020	- (ZP2015-10.020) OPS 8-812.2k
C9210021	- (ZP2015-10.021) OPS 8-812.2m
C9210022	- (ZP2015-10.022) OPS 8-812.2n
C9210023	- (ZP2015-10.023) OPS 8-812.2p
ZP2015-11	Gabe von Hämin, parenteral
C9211000	- (ZP2015-11.000) OPS 6-004.1*
C9211001	- (ZP2015-11.001) OPS 6-004.10
C9211002	- (ZP2015-11.002) OPS 6-004.11
C9211003	- (ZP2015-11.003) OPS 6-004.12
C9211004	- (ZP2015-11.004) OPS 6-004.13
C9211005	- (ZP2015-11.005) OPS 6-004.14
C9211006	- (ZP2015-11.006) OPS 6-004.15
C9211007	- (ZP2015-11.007) OPS 6-004.16
C9211008	- (ZP2015-11.008) OPS 6-004.17
C9211009	- (ZP2015-11.009) OPS 6-004.18

C9211010	- (ZP2015-11.010) OPS 6-004.19
ZP2015-12	Radioimmuntherapie mit <sup>90</sup> Y-Ibritumomab-Tiuxetan, parenteral
C9212000	- (ZP2015-12.000) OPS 6-003.6
ZP2015-13	Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga
C9213000	- (ZP2015-13.000) OPS 8-530.60 oder 8-530.a0
C9213001	- (ZP2015-13.001) OPS 8-530.60
C9213002	- (ZP2015-13.002) OPS 8-530.a0
ZP2015-14	Gabe von Sunitinib, oral
C9214000	- (ZP2015-14.000) OPS 6-003.a*
C9214001	- (ZP2015-14.001) OPS 6-003.a0
C9214002	- (ZP2015-14.002) OPS 6-003.a1
C9214003	- (ZP2015-14.003) OPS 6-003.a2
C9214004	- (ZP2015-14.004) OPS 6-003.a3
C9214005	- (ZP2015-14.005) OPS 6-003.a4
C9214006	- (ZP2015-14.006) OPS 6-003.a5
C9214007	- (ZP2015-14.007) OPS 6-003.a6
C9214008	- (ZP2015-14.008) OPS 6-003.a7
C9214009	- (ZP2015-14.009) OPS 6-003.a8
C9214010	- (ZP2015-14.010) OPS 6-003.a9
C9214011	- (ZP2015-14.011) OPS 6-003.aa
C9214012	- (ZP2015-14.012) OPS 6-003.ab
C9214013	- (ZP2015-14.013) OPS 6-003.ac
C9214014	- (ZP2015-14.014) OPS 6-003.ad
C9214015	- (ZP2015-14.015) OPS 6-003.ae
ZP2015-15	Gabe von Sorafenib, oral
C9215000	- (ZP2015-15.000) OPS 6-003.b*
C9215001	- (ZP2015-15.001) OPS 6-003.b0
C9215002	- (ZP2015-15.002) OPS 6-003.b1
C9215003	- (ZP2015-15.003) OPS 6-003.b2
C9215004	- (ZP2015-15.004) OPS 6-003.b3
C9215005	- (ZP2015-15.005) OPS 6-003.b4
C9215006	- (ZP2015-15.006) OPS 6-003.b5
C9215007	- (ZP2015-15.007) OPS 6-003.b6
C9215008	- (ZP2015-15.008) OPS 6-003.b7
C9215009	- (ZP2015-15.009) OPS 6-003.b8
C9215010	- (ZP2015-15.010) OPS 6-003.b9
C9215011	- (ZP2015-15.011) OPS 6-003.ba
C9215012	- (ZP2015-15.012) OPS 6-003.bb
C9215013	- (ZP2015-15.013) OPS 6-003.bc
C9215014	- (ZP2015-15.014) OPS 6-003.bd
C9215015	- (ZP2015-15.015) OPS 6-003.be
C9215016	- (ZP2015-15.016) OPS 6-003.bf
C9215017	- (ZP2015-15.017) OPS 6-003.bg
C9215018	- (ZP2015-15.018) OPS 6-003.bh
ZP2015-16	Gabe von Lenalidomid, oral
C9216000	- (ZP2015-16.000) OPS 6-003.g*
C9216001	- (ZP2015-16.001) OPS 6-003.g0
C9216002	- (ZP2015-16.002) OPS 6-003.g1
C9216003	- (ZP2015-16.003) OPS 6-003.g2
C9216004	- (ZP2015-16.004) OPS 6-003.g3
C9216005	- (ZP2015-16.005) OPS 6-003.g4
C9216006	- (ZP2015-16.006) OPS 6-003.g5
C9216007	- (ZP2015-16.007) OPS 6-003.g6



C9216008 - (ZP2015-16.008) OPS 6-003.g7  
 C9216009 - (ZP2015-16.009) OPS 6-003.g8  
 C9216010 - (ZP2015-16.010) OPS 6-003.g9  
 C9216011 - (ZP2015-16.011) OPS 6-003.ga  
 C9216012 - (ZP2015-16.012) OPS 6-003.gb  
 C9216013 - (ZP2015-16.013) OPS 6-003.gc  
 C9216014 - (ZP2015-16.014) OPS 6-003.gd  
 C9216015 - (ZP2015-16.015) OPS 6-003.ge  
 C9216016 - (ZP2015-16.016) OPS 6-003.gf  
 C9216017 - (ZP2015-16.017) OPS 6-003.gg  
 C9216018 - (ZP2015-16.018) OPS 6-003.gh  
 C9216019 - (ZP2015-16.019) OPS 6-003.gj  
 C9216020 - (ZP2015-16.020) OPS 6-003.gk

ZP2015-18 Gabe von Nelarabin, parenteral

C9218000 - (ZP2015-18.000) OPS 6-003.e\*  
 C9218001 - (ZP2015-18.001) OPS 6-003.e0  
 C9218002 - (ZP2015-18.002) OPS 6-003.e1  
 C9218003 - (ZP2015-18.003) OPS 6-003.e2  
 C9218004 - (ZP2015-18.004) OPS 6-003.e3  
 C9218005 - (ZP2015-18.005) OPS 6-003.e4  
 C9218006 - (ZP2015-18.006) OPS 6-003.e5  
 C9218007 - (ZP2015-18.007) OPS 6-003.e6  
 C9218008 - (ZP2015-18.008) OPS 6-003.e7  
 C9218009 - (ZP2015-18.009) OPS 6-003.e8  
 C9218010 - (ZP2015-18.010) OPS 6-003.e9  
 C9218011 - (ZP2015-18.011) OPS 6-003.ea  
 C9218012 - (ZP2015-18.012) OPS 6-003.eb  
 C9218013 - (ZP2015-18.013) OPS 6-003.ec  
 C9218014 - (ZP2015-18.014) OPS 6-003.ed  
 C9218015 - (ZP2015-18.015) OPS 6-003.ee  
 C9218016 - (ZP2015-18.016) OPS 6-003.ef  
 C9218017 - (ZP2015-18.017) OPS 6-003.eg  
 C9218018 - (ZP2015-18.018) OPS 6-003.eh  
 C9218019 - (ZP2015-18.019) OPS 6-003.ej  
 C9218020 - (ZP2015-18.020) OPS 6-003.ek  
 C9218021 - (ZP2015-18.021) OPS 6-003.em  
 C9218022 - (ZP2015-18.022) OPS 6-003.en  
 C9218023 - (ZP2015-18.023) OPS 6-003.ep  
 C9218024 - (ZP2015-18.024) OPS 6-003.eq

ZP2015-19 Gabe von Ambrisentan, oral

C9219000 - (ZP2015-19.000) OPS 6-004.2\*  
 C9219001 - (ZP2015-19.001) OPS 6-004.20  
 C9219002 - (ZP2015-19.002) OPS 6-004.21  
 C9219003 - (ZP2015-19.003) OPS 6-004.22  
 C9219004 - (ZP2015-19.004) OPS 6-004.23  
 C9219005 - (ZP2015-19.005) OPS 6-004.24  
 C9219006 - (ZP2015-19.006) OPS 6-004.25  
 C9219007 - (ZP2015-19.007) OPS 6-004.26  
 C9219008 - (ZP2015-19.008) OPS 6-004.27  
 C9219009 - (ZP2015-19.009) OPS 6-004.28  
 C9219010 - (ZP2015-19.010) OPS 6-004.29  
 C9219011 - (ZP2015-19.011) OPS 6-004.2a  
 C9219012 - (ZP2015-19.012) OPS 6-004.2b  
 C9219013 - (ZP2015-19.013) OPS 6-004.2c

C9219014 - (ZP2015-19.014) OPS 6-004.2d  
 C9219015 - (ZP2015-19.015) OPS 6-004.2e  
 C9219016 - (ZP2015-19.016) OPS 6-004.2f  
 C9219017 - (ZP2015-19.017) OPS 6-004.2g

ZP2015-20 Gabe von Temsirolimus, parenteral

C9220000 - (ZP2015-20.000) OPS 6-004.e\*  
 C9220001 - (ZP2015-20.001) OPS 6-004.e0  
 C9220002 - (ZP2015-20.002) OPS 6-004.e1  
 C9220003 - (ZP2015-20.003) OPS 6-004.e2  
 C9220004 - (ZP2015-20.004) OPS 6-004.e3  
 C9220005 - (ZP2015-20.005) OPS 6-004.e4  
 C9220006 - (ZP2015-20.006) OPS 6-004.e5  
 C9220007 - (ZP2015-20.007) OPS 6-004.e6  
 C9220008 - (ZP2015-20.008) OPS 6-004.e7  
 C9220009 - (ZP2015-20.009) OPS 6-004.e8  
 C9220010 - (ZP2015-20.010) OPS 6-004.e9  
 C9220011 - (ZP2015-20.011) OPS 6-004.ea  
 C9220012 - (ZP2015-20.012) OPS 6-004.eb  
 C9220013 - (ZP2015-20.013) OPS 6-004.ec

ZP2015-21 Gabe von Dasatinib, oral

C9221000 - (ZP2015-21.000) OPS 6-004.3\*  
 C9221001 - (ZP2015-21.001) OPS 6-004.30  
 C9221002 - (ZP2015-21.002) OPS 6-004.31  
 C9221003 - (ZP2015-21.003) OPS 6-004.32  
 C9221004 - (ZP2015-21.004) OPS 6-004.33  
 C9221005 - (ZP2015-21.005) OPS 6-004.34  
 C9221006 - (ZP2015-21.006) OPS 6-004.35  
 C9221007 - (ZP2015-21.007) OPS 6-004.36  
 C9221008 - (ZP2015-21.008) OPS 6-004.37  
 C9221009 - (ZP2015-21.009) OPS 6-004.38  
 C9221010 - (ZP2015-21.010) OPS 6-004.39  
 C9221011 - (ZP2015-21.011) OPS 6-004.3a  
 C9221012 - (ZP2015-21.012) OPS 6-004.3b  
 C9221013 - (ZP2015-21.013) OPS 6-004.3c  
 C9221014 - (ZP2015-21.014) OPS 6-004.3d  
 C9221015 - (ZP2015-21.015) OPS 6-004.3e  
 C9221016 - (ZP2015-21.016) OPS 6-004.3f  
 C9221017 - (ZP2015-21.017) OPS 6-004.3g  
 C9221018 - (ZP2015-21.018) OPS 6-004.3h

ZP2015-22 Gabe von Catumaxomab, parenteral

C9222000 - (ZP2015-22.000) OPS 6-005.1\*  
 C9222001 - (ZP2015-22.001) OPS 6-005.10  
 C9222002 - (ZP2015-22.002) OPS 6-005.11  
 C9222003 - (ZP2015-22.003) OPS 6-005.12  
 C9222004 - (ZP2015-22.004) OPS 6-005.13  
 C9222005 - (ZP2015-22.005) OPS 6-005.14  
 C9222006 - (ZP2015-22.006) OPS 6-005.15  
 C9222007 - (ZP2015-22.007) OPS 6-005.16  
 C9222008 - (ZP2015-22.008) OPS 6-005.17  
 C9222009 - (ZP2015-22.009) OPS 6-005.18  
 C9222010 - (ZP2015-22.010) OPS 6-005.19  
 C9222011 - (ZP2015-22.011) OPS 6-005.1a  
 C9222012 - (ZP2015-22.012) OPS 6-005.1b  
 C9222013 - (ZP2015-22.013) OPS 6-005.1c

C9222014 - (ZP2015-22.014) OPS 6-005.1d  
 C9222015 - (ZP2015-22.015) OPS 6-005.1e  
 C9222016 - (ZP2015-22.016) OPS 6-005.1f  
 C9222017 - (ZP2015-22.017) OPS 6-005.1g  
 C9222018 - (ZP2015-22.018) OPS 6-005.1h

ZP2015-24 Gabe von Eculizumab, parenteral

C9224000 - (ZP2015-24.000) OPS 6-003.h\*  
 C9224001 - (ZP2015-24.001) OPS 6-003.h0  
 C9224002 - (ZP2015-24.002) OPS 6-003.h1  
 C9224003 - (ZP2015-24.003) OPS 6-003.h2  
 C9224004 - (ZP2015-24.004) OPS 6-003.h3  
 C9224005 - (ZP2015-24.005) OPS 6-003.h4  
 C9224006 - (ZP2015-24.006) OPS 6-003.h5  
 C9224007 - (ZP2015-24.007) OPS 6-003.h6  
 C9224008 - (ZP2015-24.008) OPS 6-003.h7  
 C9224009 - (ZP2015-24.009) OPS 6-003.h8  
 C9224010 - (ZP2015-24.010) OPS 6-003.h9  
 C9224011 - (ZP2015-24.011) OPS 6-003.ha  
 C9224012 - (ZP2015-24.012) OPS 6-003.hb  
 C9224013 - (ZP2015-24.013) OPS 6-003.hc  
 C9224014 - (ZP2015-24.014) OPS 6-003.hd  
 C9224015 - (ZP2015-24.015) OPS 6-003.he  
 C9224016 - (ZP2015-24.016) OPS 6-003.hf  
 C9224017 - (ZP2015-24.017) OPS 6-003.hg  
 C9224018 - (ZP2015-24.018) OPS 6-003.hh  
 C9224019 - (ZP2015-24.019) OPS 6-003.hj  
 C9224020 - (ZP2015-24.020) OPS 6-003.hk

ZP2015-25 Gabe von Ofatumumab, parenteral

C9225000 - (ZP2015-25.000) OPS 6-006.4\*  
 C9225001 - (ZP2015-25.001) OPS 6-006.40  
 C9225002 - (ZP2015-25.002) OPS 6-006.41  
 C9225003 - (ZP2015-25.003) OPS 6-006.42  
 C9225004 - (ZP2015-25.004) OPS 6-006.43  
 C9225005 - (ZP2015-25.005) OPS 6-006.44  
 C9225006 - (ZP2015-25.006) OPS 6-006.45  
 C9225007 - (ZP2015-25.007) OPS 6-006.46  
 C9225008 - (ZP2015-25.008) OPS 6-006.47  
 C9225009 - (ZP2015-25.009) OPS 6-006.48  
 C9225010 - (ZP2015-25.010) OPS 6-006.49  
 C9225011 - (ZP2015-25.011) OPS 6-006.4a  
 C9225012 - (ZP2015-25.012) OPS 6-006.4b  
 C9225013 - (ZP2015-25.013) OPS 6-006.4c  
 C9225014 - (ZP2015-25.014) OPS 6-006.4d  
 C9225015 - (ZP2015-25.015) OPS 6-006.4e  
 C9225016 - (ZP2015-25.016) OPS 6-006.4f  
 C9225017 - (ZP2015-25.017) OPS 6-006.4g

ZP2015-26 Gabe von Paliperidon, intramuskulär

C9226000 - (ZP2015-26.000) OPS 6-006.a\*  
 C9226001 - (ZP2015-26.001) OPS 6-006.a0  
 C9226002 - (ZP2015-26.002) OPS 6-006.a1  
 C9226003 - (ZP2015-26.003) OPS 6-006.a2  
 C9226004 - (ZP2015-26.004) OPS 6-006.a3  
 C9226005 - (ZP2015-26.005) OPS 6-006.a4  
 C9226006 - (ZP2015-26.006) OPS 6-006.a5

C9226007 - (ZP2015-26.007) OPS 6-006.a6  
 C9226008 - (ZP2015-26.008) OPS 6-006.a7  
 C9226009 - (ZP2015-26.009) OPS 6-006.a8  
 C9226010 - (ZP2015-26.010) OPS 6-006.a9  
 C9226011 - (ZP2015-26.011) OPS 6-006.aa  
 C9226012 - (ZP2015-26.012) OPS 6-006.ab  
 C9226013 - (ZP2015-26.013) OPS 6-006.ac  
 C9226014 - (ZP2015-26.014) OPS 6-006.ad  
 C9226015 - (ZP2015-26.015) OPS 6-006.ae  
 C9226016 - (ZP2015-26.016) OPS 6-006.af  
 C9226017 - (ZP2015-26.017) OPS 6-006.ag

## ZP27

Gabe von Mifamurtid, parenteral

C9227000 - (ZP2015-27.000) OPS 6-005.g\*  
 C9227001 - (ZP2015-27.001) 1,0 mg bis unter 1,5 mg; OPS 6-005.g0  
 C9227002 - (ZP2015-27.002) 1,5 mg bis unter 2,0 mg; OPS 6-005.g1  
 C9227003 - (ZP2015-27.003) 2,0 mg bis unter 2,5 mg; OPS 6-005.g2  
 C9227004 - (ZP2015-27.004) 2,5 mg bis unter 3,0 mg; OPS 6-005.g3  
 C9227005 - (ZP2015-27.005) 3,0 mg bis unter 4,0 mg; OPS 6-005.g4  
 C9227006 - (ZP2015-27.006) 4,0 mg bis unter 5,0 mg; OPS 6-005.g5  
 C9227007 - (ZP2015-27.007) 5,0 mg bis unter 6,0 mg; OPS 6-005.g6  
 C9227008 - (ZP2015-27.008) 6,0 mg bis unter 8,0 mg; OPS 6-005.g7  
 C9227009 - (ZP2015-27.009) 8,0 mg bis unter 12,0 mg; OPS 6-005.g8  
 C9227010 - (ZP2015-27.010) 12,0 mg bis unter 16,0 mg; OPS 6-005.g9  
 C9227011 - (ZP2015-27.011) 16,0 mg bis unter 20,0 mg; OPS 6-005.ga  
 C9227012 - (ZP2015-27.012) 20,0 mg bis unter 24,0 mg; OPS 6-005.gb  
 C9227013 - (ZP2015-27.013) 24,0 mg bis unter 28,0 mg; OPS 6-005.gc  
 C9227014 - (ZP2015-27.014) 28,0 mg bis unter 32,0 mg; OPS 6-005.gd  
 C9227015 - (ZP2015-27.015) 32,0 mg bis unter 36,0 mg; OPS 6-005.ge  
 C9227016 - (ZP2015-27.016) 36,0 mg bis unter 40,0 mg; OPS 6-005.gf  
 C9227017 - (ZP2015-27.017) 40,0 mg bis unter 44,0 mg; OPS 6-005.gg  
 C9227018 - (ZP2015-27.018) 44,0 mg bis unter 48,0 mg; OPS 6-005.gh  
 C9227019 - (ZP2015-27.019) 48,0 mg und mehr; OPS 6-005.gj

## ZP28

Gabe von Decibatine, parenteral

C9228000 - (ZP2015-28.000) OPS 6-004.4\*  
 C9228001 - (ZP2015-28.001) 30 mg bis unter 60 mg; OPS 6-004.40  
 C9228002 - (ZP2015-28.002) 60 mg bis unter 90 mg; OPS 6-004.41  
 C9228003 - (ZP2015-28.003) 90 mg bis unter 120 mg; OPS 6-004.42  
 C9228004 - (ZP2015-28.004) 120 mg bis unter 150 mg; OPS 6-004.43  
 C9228005 - (ZP2015-28.005) 150 mg bis unter 180 mg; OPS 6-004.44  
 C9228006 - (ZP2015-28.006) 180 mg bis unter 210 mg; OPS 6-004.45  
 C9228007 - (ZP2015-28.007) 210 mg bis unter 240 mg; OPS 6-004.46  
 C9228008 - (ZP2015-28.008) 240 mg bis unter 270 mg; OPS 6-004.47  
 C9228009 - (ZP2015-28.009) 270 mg bis unter 300 mg; OPS 6-004.48  
 C9228010 - (ZP2015-28.010) 300 mg bis unter 330 mg; OPS 6-004.49  
 C9228011 - (ZP2015-28.011) 330 mg bis unter 360 mg; OPS 6-004.4a  
 C9228012 - (ZP2015-28.012) 360 mg bis unter 390 mg; OPS 6-004.4b  
 C9228013 - (ZP2015-28.013) 390 mg bis unter 420 mg; OPS 6-004.4c  
 C9228014 - (ZP2015-28.014) 420 mg bis unter 450 mg; OPS 6-004.4d  
 C9228015 - (ZP2015-28.015) 450 mg bis unter 480 mg; OPS 6-004.4e  
 C9228016 - (ZP2015-28.016) 480 mg bis unter 510 mg; OPS 6-004.4f  
 C9228017 - (ZP2015-28.017) 510 mg und mehr; OPS 6-004.4g

## ZP29

Gabe von Rituximab, subkutan

C9229000 - (ZP2015-29.000) OPS 6-001.j\*  
 C9229001 - (ZP2015-29.001) 1.400 mg bis unter 2.800 mg; OPS 6-001.j0

C9229002 - (ZP2015-29.002) 2.800 mg bis unter 4.200 mg; OPS 6-001.j1  
 C9229003 - (ZP2015-29.003) 4.200 mg bis unter 5.600 mg; OPS 6-001.j2  
 C9229004 - (ZP2015-29.004) 5.600 mg bis unter 7.000 mg; OPS 6-001.j3  
 C9229005 - (ZP2015-29.005) 7.000 mg bis unter 8.400 mg; OPS 6-001.j4  
 C9229006 - (ZP2015-29.006) 8.400 mg und mehr; OPS 6-001.j5

ZP30 Gabe von Trastuzumab, subkutan

C9230000 - (ZP2015-30.000) OPS 6-001.m\*  
 C9230001 - (ZP2015-30.001) 600 mg bis unter 1.200 mg; OPS 6-001.m0  
 C9230002 - (ZP2015-30.002) 1.200 mg bis unter 1.800 mg; OPS 6-001.m1  
 C9230003 - (ZP2015-30.003) 1.800 mg bis unter 2.400 mg; OPS 6-001.m2  
 C9230004 - (ZP2015-30.004) 2.400 mg bis unter 3.000 mg; OPS 6-001.m3  
 C9230005 - (ZP2015-30.005) 3.000 mg bis unter 3.600 mg; OPS 6-001.m4  
 C9230006 - (ZP2015-30.006) 3.600 mg und mehr; OPS 6-001.m5

ZP31 Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten

C9231000 - (ZP2015-31.000) OPS 6-007.1\*  
 C9231001 - (ZP2015-31.001) 1.500 mg bis unter 2.100 mg; OPS 6-007.10  
 C9231002 - (ZP2015-31.002) 2.100 mg bis unter 2.700 mg; OPS 6-007.11  
 C9231003 - (ZP2015-31.003) 2.700 mg bis unter 3.300 mg; OPS 6-007.12  
 C9231004 - (ZP2015-31.004) 3.300 mg bis unter 3.900 mg; OPS 6-007.13  
 C9231005 - (ZP2015-31.005) 3.900 mg bis unter 4.500 mg; OPS 6-007.14  
 C9231006 - (ZP2015-31.006) 4.500 mg bis unter 5.700 mg; OPS 6-007.15  
 C9231007 - (ZP2015-31.007) 5.700 mg bis unter 6.900 mg; OPS 6-007.16  
 C9231008 - (ZP2015-31.008) 6.900 mg bis unter 8.100 mg; OPS 6-007.17  
 C9231009 - (ZP2015-31.009) 8.100 mg bis unter 9.300 mg; OPS 6-007.18  
 C9231010 - (ZP2015-31.010) 9.300 mg bis unter 10.500 mg; OPS 6-007.19  
 C9231011 - (ZP2015-31.011) 10.500 mg bis unter 12.900 mg; OPS 6-007.1a  
 C9231012 - (ZP2015-31.012) 12.900 mg bis unter 15.300 mg; OPS 6-007.1b  
 C9231013 - (ZP2015-31.013) 15.300 mg bis unter 17.700 mg; OPS 6-007.1c  
 C9231014 - (ZP2015-31.014) 17.700 mg bis unter 20.100 mg; OPS 6-007.1d  
 C9231015 - (ZP2015-31.015) 20.100 mg bis unter 22.500 mg; OPS 6-007.1e  
 C9231016 - (ZP2015-31.016) 22.500 mg bis unter 27.300 mg; OPS 6-007.1f  
 C9231017 - (ZP2015-31.017) 27.300 mg bis unter 32.100 mg; OPS 6-007.1g  
 C9231018 - (ZP2015-31.018) 32.100 mg und mehr; OPS 6-007.1h ()

ZP32 Gabe von Abatacept, subkutan

C9232000 - (ZP2015-32.000) OPS 6-003.t\*  
 C9232001 - (ZP2015-32.001) 250 mg bis unter 375 mg; OPS 6-003.t0  
 C9232002 - (ZP2015-32.002) 375 mg bis unter 500 mg; OPS 6-003.t1  
 C9232003 - (ZP2015-32.003) 500 mg bis unter 625 mg; OPS 6-003.t2  
 C9232004 - (ZP2015-32.004) 625 mg bis unter 750 mg; OPS 6-003.t3  
 C9232005 - (ZP2015-32.005) 750 mg bis unter 875 mg; OPS 6-003.t4  
 C9232006 - (ZP2015-32.006) 875 mg bis unter 1.000 mg; OPS 6-003.t5  
 C9232007 - (ZP2015-32.007) 1.000 mg bis unter 1.125 mg; OPS 6-003.t6  
 C9232008 - (ZP2015-32.008) 1.125 mg bis unter 1.250 mg; OPS 6-003.t7  
 C9232009 - (ZP2015-32.009) 1.250 mg bis unter 1.375 mg; OPS 6-003.t8  
 C9232010 - (ZP2015-32.010) 1.375 mg bis unter 1.500 mg; OPS 6-003.t9  
 C9232011 - (ZP2015-32.011) 1.500 mg und mehr; OPS 6-003.ta

## 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)

CV005370	Computergesteuerte Tomographie im Kopfbereich, ggf. einschließlich des kraniozervikalen Übergangs
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

## 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 2015*

Bei Entgeltschlüsseln für PEPP-Entgelte nach der Anlage 1a (vollstationär, bewertet) der PEPPV 2014, die mit Entgeltschlüsseln für PEPP-Entgelte nach der Anlage 1a der PEPPV 2015 übereinstimmen, ist zu beachten, dass die Abrechnungsbestimmungen für den Geltungsbereich der PEPPV 2014 (Vergütungsstufen, fallbezogen) und der PEPPV 2015 (Vergütungsklassen, tagesbezogen) grundlegend umgestellt sind.

Die Entgeltschlüssel für PEPP-Entgelte nach der Anlage 1b (vollstationär, unbewertet) und der Anlage 2b (teilstationär, unbewertet) der PEPPV 2014 verlieren für den Geltungsbereich der PEPPV 2015 ihre Gültigkeit. An ihre Stelle treten die neuen Entgeltschlüssel für PEPP-Entgelte nach der Anlage 1b und der Anlage 2b der PEPPV 2015 in der mit dem Nachtrag vom 16.10.2014 (Nachtrag 2, Entgeltbereich 8) geänderten Systematik.

1. Für die in der Anlage 4 der PEPPV 2015 mit Fußnote 3 gekennzeichneten PEPP-Entgelte (Zusatzentgelte) ist nach § 5 Abs. 2 Satz 3 PEPPV 2015 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 2014 nicht mit krankenhausesindividuellen Leistungsbeschränkungen vereinbart wurde.

*Dies betrifft die PEPP-Entgelte:*

ZP2015-01 bis 16, 18 bis 22 und 24 bis 26.

2. PEPP-Entgelte aus der Anlage 3 der PEPPV 2014, die in die Anlage 4 der PEPPV 2015 überführt sind, werden gemäß Fußnoten 4–7 in Anlage 4 nach § 5 Abs. 2 Satz 3 PEPPV 2015 bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung mit der Entgelthöhe aus 2014 abgerechnet. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte. Bei geänderter Mengenstaffelung ist der OPS-Kode und Entgeltschlüssel mit der entsprechend zutreffenden Menge auszuwählen.

*Dies betrifft folgende PEPP-Entgelte:*

ZP29 - PEPP-Entgelt aus 2014 Gabe von Rituximab, parenteral [ZP2015-29]

ZP03 - PEPP-Entgelt aus 2014 Gabe von Trastuzumab, parenteral [ZP2015-30]

ZP45 - PEPP-Entgelt aus 2014 Gabe von Posaconazol, oral [ZP2015-31]

ZP49 - PEPP-Entgelt aus 2014 Gabe von Abatacept, parenteral [ZP2015-32]

PEPP-Entgeltkatalog 2014: vollstationäre Versorgung (bewertet)

P002A	Intensivbehandlung bei Kindern und Jugendlichen, Einzelbetreuung mit sehr hohem Aufwand
A1P002A1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1P002A2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1P002A3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
P002B	Intensivbehandlung bei Kindern und Jugendlichen, Einzelbetreuung mit hohem Aufwand
A1P002B1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1P002B2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1P002B3	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
P003A	Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung mit äußerst hohem Aufwand
A1P003A1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1P003A2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1P003A3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
A1P003A4	- Vergütungsstufe 4, vollstationär
P003B	Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung mit sehr hohem Aufwand
A1P003B1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1P003B2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1P003B3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
P003C	Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung mit erhöhtem Aufwand
A1P003C1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1P003C2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1P003C3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
P004Z	Intensivbehandlung bei Erwachsenen, ab 3 Merkmalen, mit sehr hohem Anteil
A1P004Z1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1P004Z2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1P004Z3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
A1P004Z4	- Vergütungsstufe 4, vollstationär
PA02B	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, ohne Heroinkonsum, ohne intravenösen Gebrauch sonstiger Substanzen, mit komplizierender Konstellation oder mit erhöhter Therapieintensität oder mit Mutter/Vater-Kind-Setting
A1PA02B1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1PA02B2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1PA02B3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
PA02C	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, ohne Heroinkonsum, ohne intravenösen Gebrauch sonstiger Substanzen, ohne komplizierende Konstellation, mit Qualifizierten Entzug ab 7 Behandlungstagen
A1PA02C1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1PA02C2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1PA02C3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
PA02D	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, ohne Heroinkonsum, ohne intravenösen Gebrauch sonstiger Substanzen, ohne komplizierende Konstellation, ohne Qualifizierten Entzug ab 7 Behandlungstagen
A1PA02D1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1PA02D2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1PA02D3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
PA03A	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen, Alter > 64 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder mit erhöhter Therapieintensität oder mit Mutter/Vater-Kind-Setting
A1PA03A1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1PA03A2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1PA03A3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär



PA03B	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen oder andere psychotische Störungen, Alter < 65 Jahre, ohne komplizierende Konstellation
A1PA03B1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1PA03B2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1PA03B3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
PA04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter > 89 Jahre oder mit komplizierender Diagnose und Alter < 64 Jahre, oder mit komplizierender Konstellation oder mit erhöhter Therapieintensität
A1PA04A1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1PA04A2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1PA04A3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
PA04B	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter < 90 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, mit Mutter/Vater-Kind-Setting oder mit komplizierender Diagnose oder Alter > 64 Jahre
A1PA04B1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1PA04B2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1PA04B3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
PA04C	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, Alter < 65 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne komplizierende Diagnose
A1PA04C1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1PA04C2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1PA04C3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
PA14A	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Essstörungen und andere Störungen, Alter > 64 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder mit erhöhter Therapieintensität
A1PA14A1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1PA14A2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1PA14A3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
PA14B	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Essstörungen und andere Störungen, Alter < 65 Jahre, ohne komplizierende Konstellation
A1PA14B1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1PA14B2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1PA14B3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
PA15A	Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, mit komplizierender Konstellation oder mit hohem Anteil Intensivbehandlung oder mit erhöhter Therapieintensität
A1PA15A1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1PA15A2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1PA15A3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
A1PA15A4	- Vergütungsstufe 4, vollstationär
PA15B	Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, mit bestimmten Demenzerkrankungen oder mit komplizierender Diagnose oder Alter > 84 Jahre oder mit erhöhtem Anteil Intensivbehandlung
A1PA15B1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1PA15B2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1PA15B3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
A1PA15B4	- Vergütungsstufe 4, vollstationär
PA15C	Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, Alter < 85 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmte Demenzerkrankungen, ohne komplizierende Diagnose
A1PA15C1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1PA15C2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1PA15C3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
A1PA15C4	- Vergütungsstufe 4, vollstationär

PK01Z	Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen und andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
A1PK01Z1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1PK01Z2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1PK01Z3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
PK02Z	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
A1PK02Z1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1PK02Z2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1PK02Z3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
PK03Z	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen
A1PK03Z1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1PK03Z2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1PK03Z3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
PK04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, mit komplizierender Nebendiagnose oder mit Einzel- oder Kleinstgruppenbetreuung mit erhöhtem Aufwand
A1PK04A1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1PK04A2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1PK04A3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
PK04B	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, ohne komplizierende Nebendiagnose ohne Einzel- oder Kleinstgruppenbetreuung mit erhöhtem Aufwand
A1PK04B1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1PK04B2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1PK04B3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
PK10Z	Ess- oder Fütterstörungen
A1PK10Z1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1PK10Z2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1PK10Z3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
PK14A	Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen, Alter < 8 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder mit Einzel- oder Kleinstgruppenbetreuung mit erhöhtem Aufwand
A1PK14A1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1PK14A2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1PK14A3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
PK14B	Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen, Alter > 7 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne Einzel- oder Kleinstgruppenbetreuung mit erhöhtem Aufwand
A1PK14B1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1PK14B2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1PK14B3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
PP04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter > 89 Jahre oder mit komplizierender Diagnose und Alter > 64 Jahre, oder mit komplizierender Konstellation oder mit erhöhter Therapieintensität
A1PP04A1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1PP04A2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1PP04A3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
PP04B	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter < 90 Jahre, mit Mutter/Vater-Kind-Setting oder mit komplizierender Diagnose oder Alter > 64 Jahre oder mit psychosomatisch-psychotherap. Komplexbehandlung mit sehr hohem Anteil
A1PP04B1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1PP04B2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär

PP04C	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter < 65 Jahre, ohne komplizierende Diagnose, ohne psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit sehr hohem Anteil
A1PP04C1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1PP04C2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
PP10A	Anorexia nervosa oder Ess- und Fütterstörungen mit komplizierender Konstellation oder mit psychosomatisch-psychotherapeutischer Komplexbehandlung mit sehr hohem Anteil
A1PP10A1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
PP10B	Ess- und Fütterstörungen außer bei Anorexia nervosa, ohne komplizierende Konstellation, ohne psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit sehr hohem Anteil
A1PP10B1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1PP10B2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär
A1PP10B3	- Vergütungsstufe 3, vollstationär
PP14Z	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen
A1PP14Z1	- Vergütungsstufe 1, vollstationär
A1PP14Z2	- Vergütungsstufe 2, vollstationär

Zuschläge (vollstationäre Fälle)

A6100000	Zuschlag Begleitperson (§ 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 1. Halbsatz BPfIV)
A6100001	Zuschlag Mitaufnahme Pflegekraft (§ 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 2. HS BPfIV)
A6100002	Investitionszuschlag (bis 2014, § 8 Abs. 3 BPfIV)
A6200000	Ausbildungszuschlag (§ 17a Abs. 6 KHG)
A6200001	Zuschlag Teilnahme an der regionalen Versorgungsverpflichtung
A6200003	Zuschlag Qualitätssicherung (§ 17b Abs. 1 Satz 5 KHG)
A6200004	Zuschlag Sicherstellung (§ 17b Abs. 1 Sätze 6-9 KHG)
A6200005	DRG-Systemzuschlag (§ 17b Abs. 5 KHG)
A6200006	Zuschlag Gemeinsamer Bundesausschuss (§ 91 Abs. 3 Satz 1 SGB V)
A6200007	Zuschlag Institut § 139c SGB V (§ 139c Satz 1 SGB V)
A6200008	Telematikzuschlag (§ 291a Abs. 7a SGB V)
A6300000	Kostenpauschale für Verwaltungsverfahren
A6300001	Aufwandspauschale bei erfolgloser MDK-Prüfung (§ 275 Abs. 1c SGB V)

Abschläge (vollstationäre Fälle)

A7200000	Korrektur Ausbildungszuschlag
A7200001	Abschlag Nichtteilnahme Qualitätssicherung (§ 8 Abs. 4 BPfIV)
A7200002	Abschlag für Nichtbeteiligung Notfallversorgung (§ 17b Abs. 1 Satz 4 KHG)

PEPP-Entgeltkatalog 2014: vollstationäre Versorgung (unbewertet, tagesbezogen)

A81P001Z	Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie, VWD < 7 Tage (P001Z), tagesbezogen, vollstationär
A81PA16Z	Krankheiten des Nervensystems, zerebrovaskuläre Krankheiten oder Thiaminmangel (PA16Z), tagesbezogen, vollstationär
A81PA17Z	Andere psychosomatische Störungen (PA17Z), vollstationär
A81PA18Z	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome (PA18Z), tagesbezogen, vollstationär
A81PA98Z	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose (PA98Z), tagesbezogen, vollstationär
A81PA99Z	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose (PA99Z), tagesbezogen, vollstationär
A81PK15Z	Organische Störungen, amnestisches Syndrom und degenerative Krankheiten des Nervensystems (PK15Z), tagesbezogen, vollstationär
A81PK16Z	Krankheiten des Nervensystems, zerebrovaskuläre Krankheiten oder Thiaminmangel (PK16Z), tagesbezogen, vollstationär
A81PK17Z	Andere psychosomatische Störungen (PK17Z), tagesbezogen, vollstationär
A81PK18Z	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome (PK18Z), tagesbezogen, vollstationär
A81PK98Z	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose (PK98Z), tagesbezogen, vollstationär
A81PK99Z	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose (PK99Z), tagesbezogen, vollstationär
A81PP15Z	Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems (PP15Z), tagesbezogen, vollstationär
A81PP16Z	Krankheiten des Nervensystems, zerebrovaskuläre Krankheiten oder Thiaminmangel (PP16Z), tagesbezogen, vollstationär
A81PP17Z	Andere psychosomatische Störungen (PP17Z), tagesbezogen, vollstationär
A81PP18Z	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome (PP18Z), tagesbezogen, vollstationär
A81PP98Z	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose (PP98Z), tagesbezogen, vollstationär
A81PP99Z	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose (PP99Z), tagesbezogen, vollstationär

PEPP-Entgeltkatalog 2014: vollstationäre Versorgung (unbewertet, fallbezogen)

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

PEPP-Entgeltkatalog 2014: teilstationäre Versorgung (bewertet)

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

## PEPP-Entgeltkatalog 2014: teilstationäre Versorgung (unbewertet, tagesbezogen)

B81TA16Z	Krankheiten des Nervensystems, zerebrovaskuläre Krankheiten oder Thiaminmangel (TA16Z), tagesbezogen, teilstationär
B81TA17Z	Andere psychosomatische Störungen (TA17Z), tagesbezogen, teilstationär
B81TA18Z	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome (TA18Z), tagesbezogen, teilstationär
B81TA98Z	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose (TA98Z), tagesbezogen, teilstationär
B81TA99Z	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose (TA99Z), tagesbezogen, teilstationär
B81TK15Z	Organische Störungen, amnestisches Syndrom und degenerative Krankheiten des Nervensystems (TK15Z), tagesbezogen, teilstationär
B81TK16Z	Krankheiten des Nervensystems, zerebrovaskuläre Krankheiten oder Thiaminmangel (TK16Z), tagesbezogen, teilstationär
B81TK17Z	Andere psychosomatische Störungen (TK17Z), tagesbezogen, teilstationär
B81TK18Z	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome (TK18Z), tagesbezogen, teilstationär
B81TK98Z	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose (TK98Z), tagesbezogen, teilstationär
B81TK99Z	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose (TK99Z), tagesbezogen, teilstationär
B81TP98Z	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose (TP98Z), tagesbezogen, teilstationär
B81TP99Z	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose (TP99Z), tagesbezogen, teilstationär

## PEPP-Entgeltkatalog 2014: teilstationäre Versorgung (unbewertet, fallbezogen)

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

## PEPP-Entgeltkatalog 2014: Zusatzentgelte-Katalog, bewertete Entgelte (Anlage 3)

ZP01	Gabe von Gemcitabin, parenteral [2014]
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 [2014]
C5Z02140	- (ZP0214) 2.000 mg bis unter 2.200 mg; OPS 6-001.3d
C5Z02150	- (ZP0215) 2.200 mg bis unter 2.400 mg; OPS 6-001.3e
C5Z02160	- (ZP0216) 2.400 mg bis unter 2.600 mg; OPS 6-001.3f
C5Z02170	- (ZP0217) 2.600 mg bis unter 2.800 mg; OPS 6-001.3g
C5Z02180	- (ZP0218) 2.800 mg bis unter 3.000 mg; OPS 6-001.3h
C5Z02190	- (ZP0219) 3.000 mg und mehr; OPS 6-001.3j
ZP03	Gabe von Trastuzumab, parenteral [2014]
C5Z03010	- (ZP0301) 100 mg bis unter 150 mg; OPS 6-001.70
C5Z03020	- (ZP0302) 150 mg bis unter 200 mg; OPS 6-001.71
C5Z03030	- (ZP0303) 200 mg bis unter 250 mg; OPS 6-001.72
C5Z03040	- (ZP0304) 250 mg bis unter 300 mg; OPS 6-001.73
C5Z03050	- (ZP0305) 300 mg bis unter 350 mg; OPS 6-001.74
C5Z03060	- (ZP0306) 350 mg bis unter 400 mg; OPS 6-001.75
C5Z03070	- (ZP0307) 400 mg bis unter 450 mg; OPS 6-001.76
C5Z03080	- (ZP0308) 450 mg bis unter 500 mg; OPS 6-001.77
C5Z03090	- (ZP0309) 500 mg bis unter 600 mg; OPS 6-001.78
C5Z03100	- (ZP0310) 600 mg bis unter 700 mg; OPS 6-001.79
C5Z03110	- (ZP0311) 700 mg bis unter 800 mg; OPS 6-001.7a
C5Z03120	- (ZP0312) 800 mg bis unter 900 mg; OPS 6-001.7b
C5Z03130	- (ZP0313) 900 mg bis unter 1.000 mg; OPS 6-001.7c
C5Z03140	- (ZP0314) 1.000 mg bis unter 1.200 mg; OPS 6-001.7d
C5Z03150	- (ZP0315) 1.200 mg bis unter 1.400 mg; OPS 6-001.7e
C5Z03160	- (ZP0316) 1.400 mg bis unter 1.600 mg; OPS 6-001.7f
C5Z03180	- (ZP0318) 1.600 mg bis unter 1.800 mg; OPS 6-001.7h
C5Z03190	- (ZP0319) 1.800 mg bis unter 2.000 mg; OPS 6-001.7j
C5Z03200	- (ZP0320) 2.000 mg bis unter 2.200 mg; OPS 6-001.7k
C5Z03210	- (ZP0321) 2.200 mg bis unter 2.400 mg; OPS 6-001.7m
C5Z03220	- (ZP0322) 2.400 mg und mehr; OPS 6-001.7n
ZP04	Gabe von Prothrombin-komplex, parenteral [2014]
C5Z04020	- (ZP0402) 3.500 IE bis unter 4.500 IE; OPS 8-812.53
C5Z04030	- (ZP0403) 4.500 IE bis unter 5.500 IE; OPS 8-812.54
C5Z04040	- (ZP0404) 5.500 IE bis unter 6.500 IE; OPS 8-812.55
C5Z04050	- (ZP0405) 6.500 IE bis unter 7.500 IE; OPS 8-812.56
C5Z04060	- (ZP0406) 7.500 IE bis unter 8.500 IE; OPS 8-812.57
C5Z04070	- (ZP0407) 8.500 IE bis unter 9.500 IE; OPS 8-812.58
C5Z04080	- (ZP0408) 9.500 IE bis unter 10.500 IE; OPS 8-812.59
C5Z04090	- (ZP0409) 10.500 IE bis unter 15.500 IE; OPS 8-812.5a
C5Z04100	- (ZP0410) 15.500 IE bis unter 20.500 IE; OPS 8-812.5b
C5Z04110	- (ZP0411) 20.500 IE bis unter 25.500 IE; OPS 8-812.5c
C5Z04120	- (ZP0412) 25.500 IE bis unter 30.500 IE; OPS 8-812.5d
C5Z04130	- (ZP0413) 30.500 IE und mehr; OPS 8-812.5e
ZP05	Gabe von Filgrastim, parenteral [2014]
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 [2014]

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 [2014]

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 [2014]
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 [2014]
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 [2014]
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 [2014]
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 [2014]
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 [2014]  
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 [2014]  
C5Z14000 - (ZP14) LDL-Apherese; OPS 8-822
- ZP15 Gabe von Paclitaxel, parenteral [2014]  
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 [2014]  
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 [2014]  
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 [2014]  
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 [2014]  
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 [2014]  
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 [2014]
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 [2014]
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 [2014]
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 [2014]
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 [2014]

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 [2014]

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 [2014]

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 [2014]

C5Z28130 - (ZP2813) 720 mg bis unter 840 mg; OPS 6-002.hc

C5Z28140	- (ZP2814) 840 mg bis unter 960 mg; OPS 6-002.hd
C5Z28150	- (ZP2815) 960 mg bis unter 1.080 mg; OPS 6-002.he
C5Z28160	- (ZP2816) 1.080 mg und mehr; OPS 6-002.hf
ZP29	Gabe von Rituximab, parenteral [2014]
C5Z29010	- (ZP2901) 150 mg bis unter 250 mg; OPS 6-001.60
C5Z29020	- (ZP2902) 250 mg bis unter 350 mg; OPS 6-001.61
C5Z29030	- (ZP2903) 350 mg bis unter 450 mg; OPS 6-001.62
C5Z29040	- (ZP2904) 450 mg bis unter 550 mg; OPS 6-001.63
C5Z29050	- (ZP2905) 550 mg bis unter 650 mg; OPS 6-001.64
C5Z29060	- (ZP2906) 650 mg bis unter 750 mg; OPS 6-001.65
C5Z29070	- (ZP2907) 750 mg bis unter 850 mg; OPS 6-001.66
C5Z29080	- (ZP2908) 850 mg bis unter 950 mg; OPS 6-001.67
C5Z29090	- (ZP2909) 950 mg bis unter 1.050 mg; OPS 6-001.68
C5Z29100	- (ZP2910) 1.050 mg bis unter 1.250 mg; OPS 6-001.69
C5Z29110	- (ZP2911) 1.250 mg bis unter 1.450 mg; OPS 6-001.6a
C5Z29120	- (ZP2912) 1.450 mg bis unter 1.650 mg; OPS 6-001.6b
C5Z29130	- (ZP2913) 1.650 mg bis unter 1.850 mg; OPS 6-001.6c
C5Z29140	- (ZP2914) 1.850 mg bis unter 2.050 mg; OPS 6-001.6d
C5Z29150	- (ZP2915) 2.050 mg bis unter 2.450 mg; OPS 6-001.6e
C5Z29160	- (ZP2916) 2.450 mg bis unter 2.850 mg; OPS 6-001.6f
C5Z29170	- (ZP2917) 2.850 mg bis unter 3.250 mg; OPS 6-001.6g
C5Z29180	- (ZP2918) 3.250 mg bis unter 3.650 mg; OPS 6-001.6h
C5Z29190	- (ZP2919) 3.650 mg und mehr; OPS 6-001.6j
ZP30	Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten (oder pathogeninaktivierten Apherese-Thrombozytenkonzentraten) [2014]
C5Z30010	- (ZP3001) 1 Konzentrat; OPS 8-800.9v oder 8-800.d0
C5Z30020	- (ZP3002) 2 Konzentrate; OPS 8-800.90 oder 8-800.d1
C5Z30030	- (ZP3003) 3 Konzentrate; OPS 8-800.91 oder 8-800.d2
C5Z30040	- (ZP3004) 4 Konzentrate; OPS 8-800.92 oder 8-800.d3
C5Z30050	- (ZP3005) 5 Konzentrate; OPS 8-800.93 oder 8-800.d4
C5Z30060	- (ZP3006) 6 bis unter 8 Konzentrate; OPS 8-800.94 oder 8-800.d5
C5Z30070	- (ZP3007) 8 bis unter 10 Konzentrate; OPS 8-800.95 oder 8-800.d6
C5Z30080	- (ZP3008) 10 bis unter 12 Konzentrate; OPS 8-800.96 oder 8-800.d7
C5Z30090	- (ZP3009) 12 bis unter 14 Konzentrate; OPS 8-800.97 oder 8-800.d8
C5Z30100	- (ZP3010) 14 bis unter 16 Konzentrate; OPS 8-800.98 oder 8-800.d9
C5Z30110	- (ZP3011) 16 bis unter 18 Konzentrate; OPS 8-800.99 oder 8-800.da
C5Z30120	- (ZP3012) 18 bis unter 20 Konzentrate; OPS 8-800.9a oder 8-800.db
C5Z30130	- (ZP3013) 20 bis unter 24 Konzentrate; OPS 8-800.9b oder 8-800.dc
C5Z30140	- (ZP3014) 24 bis unter 28 Konzentrate; OPS 8-800.9c oder 8-800.dd
C5Z30150	- (ZP3015) 28 bis unter 32 Konzentrate; OPS 8-800.9d oder 8-800.de
C5Z30160	- (ZP3016) 32 bis unter 36 Konzentrate; OPS 8-800.9e oder 8-800.df
C5Z30170	- (ZP3017) 36 bis unter 40 Konzentrate; OPS 8-800.9f oder 8-800.dg
C5Z30180	- (ZP3018) 40 bis unter 46 Konzentrate; OPS 8-800.9g oder 8-800.dh
C5Z30190	- (ZP3019) 46 bis unter 52 Konzentrate; OPS 8-800.9h oder 8-800.dj
C5Z30200	- (ZP3020) 52 bis unter 58 Konzentrate; OPS 8-800.9j oder 8-800.dk
C5Z30210	- (ZP3021) 58 bis unter 64 Konzentrate; OPS 8-800.9k oder 8-800.dm
C5Z30220	- (ZP3022) 64 bis unter 70 Konzentrate; OPS 8-800.9m oder 8-800.dn
C5Z30230	- (ZP3023) 70 bis unter 78 Konzentrate; OPS 8-800.9n oder 8-800.dp
C5Z30240	- (ZP3024) 78 bis unter 86 Konzentrate; OPS 8-800.9p oder 8-800.dq
C5Z30250	- (ZP3025) 86 bis unter 94 Konzentrate; OPS 8-800.9q oder 8-800.dr
C5Z30260	- (ZP3026) 94 bis unter 102 Konzentrate; OPS 8-800.9r oder 8-800.ds
C5Z30270	- (ZP3027) 102 bis unter 110 Konzentrate; OPS 8-800.9s oder 8-800.dt
C5Z30280	- (ZP3028) 110 bis unter 118 Konzentrate; OPS 8-800.9t oder 8-800.du
C5Z30290	- (ZP3029) 118 und mehr Konzentrate; OPS 8-800.9u oder 8-800.dv



ZP31	Gabe von Imatinib, oral [2014]
C5Z31010	- (ZP3101) 800 mg bis unter 1.200 mg; OPS 6-001.g0
C5Z31020	- (ZP3102) 1.200 mg bis unter 2.000 mg; OPS 6-001.g1
C5Z31030	- (ZP3103) 2.000 mg bis unter 2.800 mg; OPS 6-001.g2
C5Z31040	- (ZP3104) 2.800 mg bis unter 4.000 mg; OPS 6-001.g3
C5Z31050	- (ZP3105) 4.000 mg bis unter 5.200 mg; OPS 6-001.g4
C5Z31060	- (ZP3106) 5.200 mg bis unter 6.400 mg; OPS 6-001.g5
C5Z31070	- (ZP3107) 6.400 mg bis unter 7.600 mg; OPS 6-001.g6
C5Z31080	- (ZP3108) 7.600 mg bis unter 8.800 mg; OPS 6-001.g7
C5Z31090	- (ZP3109) 8.800 mg bis unter 11.200 mg; OPS 6-001.g8
C5Z31100	- (ZP3110) 11.200 mg bis unter 13.600 mg; OPS 6-001.g9
C5Z31110	- (ZP3111) 13.600 mg bis unter 16.000 mg; OPS 6-001.ga
C5Z31120	- (ZP3112) 16.000 mg bis unter 18.400 mg; OPS 6-001.gb
C5Z31130	- (ZP3113) 18.400 mg bis unter 20.800 mg; OPS 6-001.gd
C5Z31140	- (ZP3114) 20.800 mg bis unter 23.200 mg; OPS 6-001.ge
C5Z31150	- (ZP3115) 23.200 mg bis unter 25.600 mg; OPS 6-001.gf
C5Z31160	- (ZP3116) 25.600 mg bis unter 30.400 mg; OPS 6-001.gg
C5Z31170	- (ZP3117) 30.400 mg bis unter 35.200 mg; OPS 6-001.gh
C5Z31180	- (ZP3118) 35.200 mg und mehr; OPS 6-001.gj
ZP32	Gabe von Human-Immun-globulin, polyvalent, parenteral [2014]
C5Z32010	- (ZP3201) 2,5 g bis unter 5 g; OPS 8-810.w0
C5Z32020	- (ZP3202) 5 g bis unter 10 g; OPS 8-810.w1
C5Z32030	- (ZP3203) 10 g bis unter 15 g; OPS 8-810.w2
C5Z32040	- (ZP3204) 15 g bis unter 25 g; OPS 8-810.w3
C5Z32050	- (ZP3205) 25 g bis unter 35 g; OPS 8-810.w4
C5Z32060	- (ZP3206) 35 g bis unter 45 g; OPS 8-810.w5
C5Z32070	- (ZP3207) 45 g bis unter 55 g; OPS 8-810.w6
C5Z32080	- (ZP3208) 55 g bis unter 65 g; OPS 8-810.w7
C5Z32090	- (ZP3209) 65 g bis unter 75 g; OPS 8-810.w8
C5Z32100	- (ZP3210) 75 g bis unter 85 g; OPS 8-810.w9
C5Z32110	- (ZP3211) 85 g bis unter 105 g; OPS 8-810.wa
C5Z32120	- (ZP3212) 105 g bis unter 125 g; OPS 8-810.wb
C5Z32130	- (ZP3213) 125 g bis unter 145 g; OPS 8-810.wc
C5Z32140	- (ZP3214) 145 g bis unter 165 g; OPS 8-810.wd
C5Z32150	- (ZP3215) 165 g bis unter 185 g; OPS 8-810.we
C5Z32160	- (ZP3216) 185 g bis unter 205 g; OPS 8-810.wf
C5Z32170	- (ZP3217) 205 g bis unter 225 g; OPS 8-810.wg
C5Z32180	- (ZP3218) 225 g bis unter 245 g; OPS 8-810.wh
C5Z32190	- (ZP3219) 245 g bis unter 285 g; OPS 8-810.wj
C5Z32200	- (ZP3220) 285 g bis unter 325 g; OPS 8-810.wk
C5Z32210	- (ZP3221) 325 g bis unter 365 g; OPS 8-810.wm
C5Z32220	- (ZP3222) 365 g bis unter 445 g; OPS 8-810.wn
C5Z32230	- (ZP3223) 445 g bis unter 525 g; OPS 8-810.wp
C5Z32240	- (ZP3224) 525 g bis unter 605 g; OPS 8-810.wq
C5Z32250	- (ZP3225) 605 g bis unter 685 g; OPS 8-810.wr
C5Z32260	- (ZP3226) 685 g bis unter 765 g; OPS 8-810.ws
C5Z32270	- (ZP3227) 765 g bis unter 845 g; OPS 8-810.wt
C5Z32280	- (ZP3228) 845 g und mehr; OPS 8-810.wu
ZP33	Gabe von Thrombozytenkonzentraten (oder pathogeninaktivierten Thrombozytenkonzentraten) [2014]
C5Z33010	- (ZP3301) 2 Konzentrate; OPS 8-800.b1 oder 8-800.e1
C5Z33020	- (ZP3302) 3 Konzentrate; OPS 8-800.b2 oder 8-800.e2
C5Z33030	- (ZP3303) 4 bis unter 6 Konzentrate; OPS 8-800.b3 oder 8-800.e3
C5Z33040	- (ZP3304) 6 bis unter 8 Konzentrate; OPS 8-800.b4 oder 8-800.e4

C5Z33050	- (ZP3305) 8 bis unter 10 Konzentrate; OPS 8-800.b5 oder 8-800.e5
C5Z33060	- (ZP3306) 10 bis unter 12 Konzentrate; OPS 8-800.b6 oder 8-800.e6
C5Z33070	- (ZP3307) 12 bis unter 14 Konzentrate; OPS 8-800.b7 oder 8-800.e7
C5Z33080	- (ZP3308) 14 bis unter 16 Konzentrate; OPS 8-800.b8 oder 8-800.e8
C5Z33090	- (ZP3309) 16 bis unter 18 Konzentrate; OPS 8-800.b9 oder 8-800.e9
C5Z33100	- (ZP3310) 18 bis unter 20 Konzentrate; OPS 8-800.ba oder 8-800.ea
C5Z33110	- (ZP3311) 20 bis unter 22 Konzentrate; OPS 8-800.bb oder 8-800.eb
C5Z33120	- (ZP3312) 22 bis unter 24 Konzentrate; OPS 8-800.bc oder 8-800.ec
C5Z33130	- (ZP3313) 24 bis unter 28 Konzentrate; OPS 8-800.bd oder 8-800.ed
C5Z33140	- (ZP3314) 28 bis unter 32 Konzentrate; OPS 8-800.be oder 8-800.ee
C5Z33150	- (ZP3315) 32 bis unter 36 Konzentrate; OPS 8-800.bf oder 8-800.ef
C5Z33160	- (ZP3316) 36 bis unter 40 Konzentrate; OPS 8-800.bg oder 8-800.eg
C5Z33170	- (ZP3317) 40 bis unter 44 Konzentrate; OPS 8-800.bh oder 8-800.eh
C5Z33180	- (ZP3318) 44 bis unter 48 Konzentrate; OPS 8-800.bj oder 8-800.ej
C5Z33190	- (ZP3319) 48 bis unter 56 Konzentrate; OPS 8-800.bk oder 8-800.ek
C5Z33200	- (ZP3320) 56 bis unter 64 Konzentrate; OPS 8-800.bm oder 8-800.em
C5Z33210	- (ZP3321) 64 bis unter 72 Konzentrate; OPS 8-800.bn oder 8-800.en
C5Z33230	- (ZP3323) 72 bis unter 80 Konzentrate; OPS 8-800.bp oder 8-800.ep
C5Z33240	- (ZP3324) 80 bis unter 88 Konzentrate; OPS 8-800.bq oder 8-800.eq
C5Z33250	- (ZP3325) 88 bis unter 96 Konzentrate; OPS 8-800.br oder 8-800.er
C5Z33260	- (ZP3326) 96 bis unter 104 Konzentrate; OPS 8-800.bs oder 8-800.es
C5Z33270	- (ZP3327) 104 bis unter 112 Konzentrate; OPS 8-800.bt oder 8-800.et
C5Z33280	- (ZP3328) 112 bis unter 120 Konzentrate; OPS 8-800.bu oder 8-800.eu
C5Z33290	- (ZP3329) 120 bis unter 128 Konzentrate; OPS 8-800.bv oder 8-800.ev
C5Z33300	- (ZP3330) 128 Konzentrate und mehr; OPS 8-800.bw oder 8-800.ew

ZP34 Gabe von Palifermin, parenteral [2014]

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 [2014]

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 [2014]

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 [2014]

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 [2014]

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 [2014]

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 [2014]
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 [2014]
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 [2014]

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 [2014]

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 [2014]
C5Z44010	- (ZP4401) 400 mg bis unter 800 mg; OPS 6-002.c0
C5Z44020	- (ZP4402) 800 mg bis unter 1.200 mg; OPS 6-002.c1
C5Z44030	- (ZP4403) 1.200 mg bis unter 1.600 mg; OPS 6-002.c2
C5Z44040	- (ZP4404) 1.600 mg bis unter 2.000 mg; OPS 6-002.c3
C5Z44050	- (ZP4405) 2.000 mg bis unter 2.400 mg; OPS 6-002.c4
C5Z44060	- (ZP4406) 2.400 mg bis unter 2.800 mg; OPS 6-002.c5
C5Z44070	- (ZP4407) 2.800 mg bis unter 3.200 mg; OPS 6-002.c6
C5Z44080	- (ZP4408) 3.200 mg bis unter 3.600 mg; OPS 6-002.c7
C5Z44090	- (ZP4409) 3.600 mg bis unter 4.000 mg; OPS 6-002.c8
C5Z44100	- (ZP4410) 4.000 mg bis unter 4.800 mg; OPS 6-002.c9
C5Z44110	- (ZP4411) 4.800 mg bis unter 5.600 mg; OPS 6-002.ca
C5Z44120	- (ZP4412) 5.600 mg bis unter 6.400 mg; OPS 6-002.cb
C5Z44130	- (ZP4413) 6.400 mg bis unter 7.200 mg; OPS 6-002.cc
C5Z44140	- (ZP4414) 7.200 mg bis unter 8.000 mg; OPS 6-002.cd
C5Z44150	- (ZP4415) 8.000 mg bis unter 8.800 mg; OPS 6-002.ce
C5Z44160	- (ZP4416) 8.800 mg bis unter 10.400 mg; OPS 6-002.cg
C5Z44170	- (ZP4417) 10.400 mg bis unter 12.000 mg; OPS 6-002.ch
C5Z44180	- (ZP4418) 12.000 mg bis unter 13.600 mg; OPS 6-002.cj
C5Z44190	- (ZP4419) 13.600 mg bis unter 16.800 mg; OPS 6-002.ck
C5Z44200	- (ZP4420) 16.800 mg bis unter 20.000 mg; OPS 6-002.cm
C5Z44210	- (ZP4421) 20.000 mg bis unter 23.200 mg; OPS 6-002.cn
C5Z44220	- (ZP4422) 23.200 mg und mehr; OPS 6-002.cp
ZP45	Gabe von Posaconazol, oral [2014]
C5Z45010	- (ZP4501) 1.000 mg bis unter 2.000 mg; OPS 6-003.00
C5Z45020	- (ZP4502) 2.000 mg bis unter 3.000 mg; OPS 6-003.01
C5Z45030	- (ZP4503) 3.000 mg bis unter 4.200 mg; OPS 6-003.02
C5Z45040	- (ZP4504) 4.200 mg bis unter 5.400 mg; OPS 6-003.03
C5Z45050	- (ZP4505) 5.400 mg bis unter 6.600 mg; OPS 6-003.04
C5Z45060	- (ZP4506) 6.600 mg bis unter 7.800 mg; OPS 6-003.05
C5Z45070	- (ZP4507) 7.800 mg bis unter 9.000 mg; OPS 6-003.06
C5Z45080	- (ZP4508) 9.000 mg bis unter 11.400 mg; OPS 6-003.07
C5Z45090	- (ZP4509) 11.400 mg bis unter 13.800 mg; OPS 6-003.08
C5Z45100	- (ZP4510) 13.800 mg bis unter 16.200 mg; OPS 6-003.09
C5Z45110	- (ZP4511) 16.200 mg bis unter 18.600 mg; OPS 6-003.0a
C5Z45120	- (ZP4512) 18.600 mg bis unter 21.000 mg; OPS 6-003.0b
C5Z45130	- (ZP4513) 21.000 mg bis unter 25.800 mg; OPS 6-003.0c
C5Z45140	- (ZP4514) 25.800 mg bis unter 30.600 mg; OPS 6-003.0d
C5Z45150	- (ZP4515) 30.600 mg bis unter 35.400 mg; OPS 6-003.0e
C5Z45160	- (ZP4516) 35.400 mg bis unter 40.200 mg; OPS 6-003.0g
C5Z45170	- (ZP4517) 40.200 mg bis unter 45.000 mg; OPS 6-003.0h
C5Z45180	- (ZP4518) 45.000 mg bis unter 54.600 mg; OPS 6-003.0j
C5Z45190	- (ZP4519) 54.600 mg bis unter 64.200 mg; OPS 6-003.0k
C5Z45200	- (ZP4520) 64.200 mg bis unter 73.800 mg; OPS 6-003.0m
C5Z45210	- (ZP4521) 73.800 mg bis unter 83.400 mg; OPS 6-003.0n
C5Z45220	- (ZP4522) 83.400 mg bis unter 93.000 mg; OPS 6-003.0p
C5Z45230	- (ZP4523) 93.000 mg und mehr; OPS 6-003.0q
ZP46	Gabe von Anidulafungin, parenteral [2014]
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 [2014]
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 [2014]
C5Z48010	- (ZP4801) 0,25 mg bis unter 0,50 mg; OPS 6-004.a0
C5Z48020	- (ZP4802) 0,50 mg bis unter 0,75 mg; OPS 6-004.a1
C5Z48030	- (ZP4803) 0,75 mg bis unter 1,00 mg; OPS 6-004.a2
C5Z48040	- (ZP4804) 1,00 mg bis unter 1,25 mg; OPS 6-004.a3
C5Z48050	- (ZP4805) 1,25 mg bis unter 1,50 mg; OPS 6-004.a4
C5Z48060	- (ZP4806) 1,50 mg bis unter 1,75 mg; OPS 6-004.a5
C5Z48070	- (ZP4807) 1,75 mg bis unter 2,00 mg; OPS 6-004.a6
C5Z48080	- (ZP4808) 2,00 mg bis unter 2,25 mg; OPS 6-004.a7
C5Z48090	- (ZP4809) 2,25 mg bis unter 2,50 mg; OPS 6-004.a8
C5Z48100	- (ZP4810) 2,50 mg bis unter 2,75 mg; OPS 6-004.a9
C5Z48110	- (ZP4811) 2,75 mg bis unter 3,00 mg; OPS 6-004.aa
C5Z48120	- (ZP4812) 3,00 mg bis unter 3,25 mg; OPS 6-004.ab
C5Z48130	- (ZP4813) 3,25 mg bis unter 3,50 mg; OPS 6-004.ac
C5Z48140	- (ZP4814) 3,50 mg bis unter 4,00 mg; OPS 6-004.ad

C5Z48150	- (ZP4815) 4,00 mg bis unter 4,50 mg; OPS 6-004.ae
C5Z48160	- (ZP4816) 4,50 mg bis unter 5,00 mg; OPS 6-004.af
C5Z48170	- (ZP4817) 5,00 mg bis unter 5,50 mg; OPS 6-004.ag
C5Z48180	- (ZP4818) 5,50 mg bis unter 6,00 mg; OPS 6-004.ah
C5Z48190	- (ZP4819) 6,00 mg und mehr; OPS 6-004.aj
ZP49	Gabe von Abatacept, parenteral [2014]
C5Z49010	- (ZP4901) 125 mg bis unter 250 mg; OPS 6-003.m0
C5Z49020	- (ZP4902) 250 mg bis unter 500 mg; OPS 6-003.m1
C5Z49030	- (ZP4903) 500 mg bis unter 750 mg; OPS 6-003.m2
C5Z49040	- (ZP4904) 750 mg bis unter 1.000 mg; OPS 6-003.m3
C5Z49050	- (ZP4905) 1.000 mg bis unter 1.250 mg; OPS 6-003.m4
C5Z49060	- (ZP4906) 1.250 mg bis unter 1.500 mg; OPS 6-003.m5
C5Z49070	- (ZP4907) 1.500 mg bis unter 1.750 mg; OPS 6-003.m6
C5Z49080	- (ZP4908) 1.750 mg bis unter 2.000 mg; OPS 6-003.m7
C5Z49090	- (ZP4909) 2.000 mg bis unter 2.250 mg; OPS 6-003.m8
C5Z49100	- (ZP4910) 2.250 mg bis unter 2.500 mg; OPS 6-003.m9
C5Z49110	- (ZP4911) 2.500 mg bis unter 2.750 mg; OPS 6-003.ma
C5Z49120	- (ZP4912) 2.750 mg bis unter 3.000 mg; OPS 6-003.mb
C5Z49130	- (ZP4913) 3.000 mg und mehr; OPS 6-003.mc
ZP50	Gabe von Azacytidin, parenteral [2014]
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 [2014]
C5Z51010	- (ZP5101) 75 mg bis unter 150 mg; OPS 6-004.50
C5Z51020	- (ZP5102) 150 mg bis unter 250 mg; OPS 6-004.51
C5Z51030	- (ZP5103) 250 mg bis unter 350 mg; OPS 6-004.52
C5Z51040	- (ZP5104) 350 mg bis unter 450 mg; OPS 6-004.53
C5Z51050	- (ZP5105) 450 mg bis unter 550 mg; OPS 6-004.54
C5Z51060	- (ZP5106) 550 mg bis unter 650 mg; OPS 6-004.55
C5Z51070	- (ZP5107) 650 mg bis unter 750 mg; OPS 6-004.56
C5Z51080	- (ZP5108) 750 mg bis unter 850 mg; OPS 6-004.57
C5Z51090	- (ZP5109) 850 mg bis unter 950 mg; OPS 6-004.58
C5Z51100	- (ZP5110) 950 mg bis unter 1.150 mg; OPS 6-004.59
C5Z51110	- (ZP5111) 1.150 mg bis unter 1.350 mg; OPS 6-004.5a
C5Z51120	- (ZP5112) 1.350 mg bis unter 1.550 mg; OPS 6-004.5b
C5Z51130	- (ZP5113) 1.550 mg bis unter 1.950 mg; OPS 6-004.5c
C5Z51140	- (ZP5114) 1.950 mg bis unter 2.350 mg; OPS 6-004.5d
C5Z51150	- (ZP5115) 2.350 mg bis unter 2.750 mg; OPS 6-004.5e
C5Z51160	- (ZP5116) 2.750 mg bis unter 3.150 mg; OPS 6-004.5f
C5Z51170	- (ZP5117) 3.150 mg bis unter 3.950 mg; OPS 6-004.5g
C5Z51180	- (ZP5118) 3.950 mg bis unter 4.750 mg; OPS 6-004.5h



C5Z51190 - (ZP5119) 4.750 mg bis unter 5.550 mg; OPS 6-004.5j  
 C5Z51200 - (ZP5120) 5.550 mg bis unter 6.350 mg; OPS 6-004.5k  
 C5Z51210 - (ZP5121) 6.350 mg bis unter 7.950 mg; OPS 6-004.5m  
 C5Z51220 - (ZP5122) 7.950 mg bis unter 9.550 mg; OPS 6-004.5n  
 C5Z51230 - (ZP5123) 9.550 mg bis unter 11.150 mg; OPS 6-004.5p  
 C5Z51240 - (ZP5124) 11.150 mg bis unter 12.750 mg; OPS 6-004.5q  
 C5Z51250 - (ZP5125) 12.750 mg bis unter 14.350 mg; OPS 6-004.5r  
 C5Z51260 - (ZP5126) 14.350 mg bis unter 15.950 mg; OPS 6-004.5s  
 C5Z51270 - (ZP5127) 15.950 mg bis unter 17.550 mg; OPS 6-004.5t  
 C5Z51280 - (ZP5128) 17.550 mg und mehr; OPS 6-004.5u

ZP52 Gabe von Tocilizumab, parenteral [2014]

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

ZP53 Gabe von Topotecan, parenteral [2014]

C5Z53010 - (ZP5301) 30 mg bis unter 40 mg; OPS 6-002.4c  
 C5Z53020 - (ZP5302) 40 mg bis unter 50 mg; OPS 6-002.4d  
 C5Z53030 - (ZP5303) 50 mg bis unter 60 mg; OPS 6-002.4e  
 C5Z53040 - (ZP5304) 60 mg bis unter 70 mg; OPS 6-002.4f  
 C5Z53050 - (ZP5305) 70 mg und mehr; OPS 6-002.4g

ZP54 Gabe von Vinflunin, parenteral [2014]

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 [2014]

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 [2014]
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 [2014]
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

PEPP-Entgeltkatalog 2014: Zusatzentgelte-Katalog, unbewertete (fallbezogene) Entgelte (Anlage 4)

ZP2014-01	Elektrokrampftherapie [EKT]
C9201000	- (ZP2014-01.000) Elektrokrampftherapie [EKT]; OPS 8-630*
C9201001	- (ZP2014-01.001) Elektrokrampftherapie [EKT]; OPS 8-630.2
C9201002	- (ZP2014-01.002) Elektrokrampftherapie [EKT]; OPS 8-630.3
C9201003	- (ZP2014-01.003) Elektrokrampftherapie [EKT]; OPS 8-630.y
ZP2014-02	Strahlentherapie
C9202000	- (ZP2014-02.000) Strahlentherapie; OPS 8-52*
C9202001	- (ZP2014-02.001) Strahlentherapie; OPS 8-520.0
C9202002	- (ZP2014-02.002) Strahlentherapie; OPS 8-520.1
C9202003	- (ZP2014-02.003) Strahlentherapie; OPS 8-520.y
C9202004	- (ZP2014-02.004) Strahlentherapie; OPS 8-521.0
C9202005	- (ZP2014-02.005) Strahlentherapie; OPS 8-521.1
C9202006	- (ZP2014-02.006) Strahlentherapie; OPS 8-521.y
C9202007	- (ZP2014-02.007) Strahlentherapie; OPS 8-522.0
C9202008	- (ZP2014-02.008) Strahlentherapie; OPS 8-522.1
C9202009	- (ZP2014-02.009) Strahlentherapie; OPS 8-522.2
C9202010	- (ZP2014-02.010) Strahlentherapie; OPS 8-522.30
C9202011	- (ZP2014-02.011) Strahlentherapie; OPS 8-522.31
C9202012	- (ZP2014-02.012) Strahlentherapie; OPS 8-522.60
C9202013	- (ZP2014-02.013) Strahlentherapie; OPS 8-522.61
C9202014	- (ZP2014-02.014) Strahlentherapie; OPS 8-522.90
C9202015	- (ZP2014-02.015) Strahlentherapie; OPS 8-522.91
C9202016	- (ZP2014-02.016) Strahlentherapie; OPS 8-522.a0
C9202017	- (ZP2014-02.017) Strahlentherapie; OPS 8-522.a1
C9202018	- (ZP2014-02.018) Strahlentherapie; OPS 8-522.b0
C9202019	- (ZP2014-02.019) Strahlentherapie; OPS 8-522.b1
C9202020	- (ZP2014-02.020) Strahlentherapie; OPS 8-522.c0
C9202021	- (ZP2014-02.021) Strahlentherapie; OPS 8-522.c1
C9202022	- (ZP2014-02.022) Strahlentherapie; OPS 8-522.d0
C9202023	- (ZP2014-02.023) Strahlentherapie; OPS 8-522.d1
C9202024	- (ZP2014-02.024) Strahlentherapie; OPS 8-522.x
C9202025	- (ZP2014-02.025) Strahlentherapie; OPS 8-522.y
C9202026	- (ZP2014-02.026) Strahlentherapie; OPS 8-523.00
C9202027	- (ZP2014-02.027) Strahlentherapie; OPS 8-523.01
C9202028	- (ZP2014-02.028) Strahlentherapie; OPS 8-523.10
C9202029	- (ZP2014-02.029) Strahlentherapie; OPS 8-523.11
C9202030	- (ZP2014-02.030) Strahlentherapie; OPS 8-523.2
C9202031	- (ZP2014-02.031) Strahlentherapie; OPS 8-523.3
C9202032	- (ZP2014-02.032) Strahlentherapie; OPS 8-523.40
C9202033	- (ZP2014-02.033) Strahlentherapie; OPS 8-523.41
C9202034	- (ZP2014-02.034) Strahlentherapie; OPS 8-523.42
C9202035	- (ZP2014-02.035) Strahlentherapie; OPS 8-523.5
C9202036	- (ZP2014-02.036) Strahlentherapie; OPS 8-523.6
C9202037	- (ZP2014-02.037) Strahlentherapie; OPS 8-523.7
C9202038	- (ZP2014-02.038) Strahlentherapie; OPS 8-523.x
C9202039	- (ZP2014-02.039) Strahlentherapie; OPS 8-523.y
C9202040	- (ZP2014-02.040) Strahlentherapie; OPS 8-524.0
C9202041	- (ZP2014-02.041) Strahlentherapie; OPS 8-524.1
C9202042	- (ZP2014-02.042) Strahlentherapie; OPS 8-524.2
C9202043	- (ZP2014-02.043) Strahlentherapie; OPS 8-524.3
C9202044	- (ZP2014-02.044) Strahlentherapie; OPS 8-524.4
C9202045	- (ZP2014-02.045) Strahlentherapie; OPS 8-524.5
C9202046	- (ZP2014-02.046) Strahlentherapie; OPS 8-524.60

C9202047	- (ZP2014-02.047) Strahlentherapie; OPS 8-524.61
C9202048	- (ZP2014-02.048) Strahlentherapie; OPS 8-524.x
C9202049	- (ZP2014-02.049) Strahlentherapie; OPS 8-524.y
C9202050	- (ZP2014-02.050) Strahlentherapie; OPS 8-525.00
C9202051	- (ZP2014-02.051) Strahlentherapie; OPS 8-525.01
C9202052	- (ZP2014-02.052) Strahlentherapie; OPS 8-525.02
C9202053	- (ZP2014-02.053) Strahlentherapie; OPS 8-525.0x
C9202054	- (ZP2014-02.054) Strahlentherapie; OPS 8-525.10
C9202055	- (ZP2014-02.055) Strahlentherapie; OPS 8-525.11
C9202056	- (ZP2014-02.056) Strahlentherapie; OPS 8-525.12
C9202057	- (ZP2014-02.057) Strahlentherapie; OPS 8-525.1x
C9202058	- (ZP2014-02.058) Strahlentherapie; OPS 8-525.20
C9202059	- (ZP2014-02.059) Strahlentherapie; OPS 8-525.21
C9202060	- (ZP2014-02.060) Strahlentherapie; OPS 8-525.3
C9202061	- (ZP2014-02.061) Strahlentherapie; OPS 8-525.4
C9202062	- (ZP2014-02.062) Strahlentherapie; OPS 8-525.x
C9202063	- (ZP2014-02.063) Strahlentherapie; OPS 8-525.y
C9202064	- (ZP2014-02.064) Strahlentherapie; OPS 8-526.0
C9202065	- (ZP2014-02.065) Strahlentherapie; OPS 8-526.1
C9202066	- (ZP2014-02.066) Strahlentherapie; OPS 8-526.2
C9202067	- (ZP2014-02.067) Strahlentherapie; OPS 8-526.x
C9202068	- (ZP2014-02.068) Strahlentherapie; OPS 8-526.y
C9202069	- (ZP2014-02.069) Strahlentherapie; OPS 8-527.0
C9202070	- (ZP2014-02.070) Strahlentherapie; OPS 8-527.1
C9202071	- (ZP2014-02.071) Strahlentherapie; OPS 8-527.2
C9202072	- (ZP2014-02.072) Strahlentherapie; OPS 8-527.6
C9202073	- (ZP2014-02.073) Strahlentherapie; OPS 8-527.7
C9202074	- (ZP2014-02.074) Strahlentherapie; OPS 8-527.8
C9202075	- (ZP2014-02.075) Strahlentherapie; OPS 8-527.x
C9202076	- (ZP2014-02.076) Strahlentherapie; OPS 8-527.y
C9202077	- (ZP2014-02.077) Strahlentherapie; OPS 8-528.6
C9202078	- (ZP2014-02.078) Strahlentherapie; OPS 8-528.7
C9202079	- (ZP2014-02.079) Strahlentherapie; OPS 8-528.8
C9202080	- (ZP2014-02.080) Strahlentherapie; OPS 8-528.9
C9202081	- (ZP2014-02.081) Strahlentherapie; OPS 8-528.x
C9202082	- (ZP2014-02.082) Strahlentherapie; OPS 8-528.y
C9202083	- (ZP2014-02.083) Strahlentherapie; OPS 8-529.3
C9202084	- (ZP2014-02.084) Strahlentherapie; OPS 8-529.4
C9202085	- (ZP2014-02.085) Strahlentherapie; OPS 8-529.5
C9202086	- (ZP2014-02.086) Strahlentherapie; OPS 8-529.6
C9202087	- (ZP2014-02.087) Strahlentherapie; OPS 8-529.7
C9202088	- (ZP2014-02.088) Strahlentherapie; OPS 8-529.8
C9202089	- (ZP2014-02.089) Strahlentherapie; OPS 8-529.x
C9202090	- (ZP2014-02.090) Strahlentherapie; OPS 8-529.y
C9202091	- (ZP2014-02.091) Strahlentherapie; OPS 8-52a.00
C9202092	- (ZP2014-02.092) Strahlentherapie; OPS 8-52a.01
C9202093	- (ZP2014-02.093) Strahlentherapie; OPS 8-52a.10
C9202094	- (ZP2014-02.094) Strahlentherapie; OPS 8-52a.11
C9202095	- (ZP2014-02.095) Strahlentherapie; OPS 8-52b
C9202096	- (ZP2014-02.096) Strahlentherapie; OPS 8-52c
C9202097	- (ZP2014-02.097) Strahlentherapie; OPS 8-52d
C9100000	- (ZP2014-02) Linearbeschleuniger, bis zu 2 Strahleneintrittsfelder, tagesbezogen; OPS 8-522.30 oder .31 i.V.m. 8-522.60 oder .61
C9100001	- (ZP2014-02) Linearbeschleuniger, > 2 Strahleneintrittsfelder oder 3D, tagesbezogen; OPS 8-522.a* oder .b* i.V.m. 8-522.c* oder .d*

- C9100002 - (ZP2014-02) Bestrahlungsplan, Linearbeschleuniger mit individueller Dosisanpassung, tagesbezogen; OPS 8-529.3 i.V.m. 8-529.8
- ZP2014-03 Gabe von Sargramostim, parenteral
- C9203000 - (ZP2014-03.000) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.4\*
- C9203001 - (ZP2014-03.001) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.40
- C9203002 - (ZP2014-03.002) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.41
- C9203003 - (ZP2014-03.003) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.42
- C9203004 - (ZP2014-03.004) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.43
- C9203005 - (ZP2014-03.005) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.44
- C9203006 - (ZP2014-03.006) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.45
- C9203007 - (ZP2014-03.007) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.46
- C9203008 - (ZP2014-03.008) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.47
- C9203009 - (ZP2014-03.009) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.48
- C9203010 - (ZP2014-03.010) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.49
- C9203011 - (ZP2014-03.011) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.4a
- C9203012 - (ZP2014-03.012) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.4b
- C9203013 - (ZP2014-03.013) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.4c
- C9203014 - (ZP2014-03.014) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.4d
- C9203015 - (ZP2014-03.015) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.4e
- C9203016 - (ZP2014-03.016) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.4f
- C9203017 - (ZP2014-03.017) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.4g
- C9203018 - (ZP2014-03.018) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.4h
- C9203019 - (ZP2014-03.019) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.4j
- C9203020 - (ZP2014-03.020) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.4k
- C9203021 - (ZP2014-03.021) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.4m
- C9203022 - (ZP2014-03.022) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.4n
- C9203023 - (ZP2014-03.023) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.4p
- C9203024 - (ZP2014-03.024) Gabe von Sargramostim, parenteral; OPS 6-001.4q
- ZP2014-04 Gabe von Granulozytenkonzentraten
- C9204000 - (ZP2014-04.000) Gabe von Granulozytenkonzentraten; OPS 8-802.6\*
- C9204001 - (ZP2014-04.001) Gabe von Granulozytenkonzentraten; OPS 8-802.60
- C9204002 - (ZP2014-04.002) Gabe von Granulozytenkonzentraten; OPS 8-802.61
- C9204003 - (ZP2014-04.003) Gabe von Granulozytenkonzentraten; OPS 8-802.62
- C9204004 - (ZP2014-04.004) Gabe von Granulozytenkonzentraten; OPS 8-802.63
- C9204005 - (ZP2014-04.005) Gabe von Granulozytenkonzentraten; OPS 8-802.64
- C9204006 - (ZP2014-04.006) Gabe von Granulozytenkonzentraten; OPS 8-802.65
- C9204007 - (ZP2014-04.007) Gabe von Granulozytenkonzentraten; OPS 8-802.66
- C9204008 - (ZP2014-04.008) Gabe von Granulozytenkonzentraten; OPS 8-802.67
- C9204009 - (ZP2014-04.009) Gabe von Granulozytenkonzentraten; OPS 8-802.68
- C9204010 - (ZP2014-04.010) Gabe von Granulozytenkonzentraten; OPS 8-802.69
- C9204011 - (ZP2014-04.011) Gabe von Granulozytenkonzentraten; OPS 8-802.6a
- C9204012 - (ZP2014-04.012) Gabe von Granulozytenkonzentraten; OPS 8-802.6b
- ZP2014-05 Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral
- C9205000 - (ZP2014-05.000) OPS 8-812.3 oder 8-812.4
- C9205001 - (ZP2014-05.001) OPS 8-812.3
- C9205002 - (ZP2014-05.002) OPS 8-812.4
- ZP2014-06 Gabe von Bosentan, oral
- C9206000 - (ZP2014-06.000) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.f\*
- C9206001 - (ZP2014-06.001) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.f0
- C9206002 - (ZP2014-06.002) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.f1
- C9206003 - (ZP2014-06.003) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.f2
- C9206004 - (ZP2014-06.004) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.f3
- C9206005 - (ZP2014-06.005) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.f4

C9206006	- (ZP2014-06.006) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.f5
C9206007	- (ZP2014-06.007) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.f6
C9206008	- (ZP2014-06.008) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.f7
C9206009	- (ZP2014-06.009) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.f8
C9206010	- (ZP2014-06.010) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.f9
C9206011	- (ZP2014-06.011) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.fa
C9206012	- (ZP2014-06.012) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.fb
C9206013	- (ZP2014-06.013) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.fc
C9206014	- (ZP2014-06.014) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.fd
C9206015	- (ZP2014-06.015) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.fe
C9206016	- (ZP2014-06.016) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.ff
C9206017	- (ZP2014-06.017) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.fg
C9206018	- (ZP2014-06.018) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.fh
C9206019	- (ZP2014-06.019) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.fj
C9206020	- (ZP2014-06.020) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.fk
C9206021	- (ZP2014-06.021) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.fm
C9206022	- (ZP2014-06.022) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.fn
C9206023	- (ZP2014-06.023) Gabe von Bosentan, oral; OPS 6-002.fp
ZP2014-07	Gabe von Jod-131-MIBG (Metajodobenzylguanidin), parenteral
C9207000	- (ZP2014-07.000) Gabe von Jod-131-MIBG, parenteral; OPS 6-002.g*
C9207001	- (ZP2014-07.001) Gabe von Jod-131-MIBG, parenteral; OPS 6-002.g0
C9207002	- (ZP2014-07.002) Gabe von Jod-131-MIBG, parenteral; OPS 6-002.g1
C9207003	- (ZP2014-07.003) Gabe von Jod-131-MIBG, parenteral; OPS 6-002.g2
C9207004	- (ZP2014-07.004) Gabe von Jod-131-MIBG, parenteral; OPS 6-002.g3
C9207005	- (ZP2014-07.005) Gabe von Jod-131-MIBG, parenteral; OPS 6-002.g4
C9207006	- (ZP2014-07.006) Gabe von Jod-131-MIBG, parenteral; OPS 6-002.g5
C9207007	- (ZP2014-07.007) Gabe von Jod-131-MIBG, parenteral; OPS 6-002.g6
C9207008	- (ZP2014-07.008) Gabe von Jod-131-MIBG, parenteral; OPS 6-002.g7
C9207009	- (ZP2014-07.009) Gabe von Jod-131-MIBG, parenteral; OPS 6-002.g8
ZP2014-08	Gabe von Alpha-1-Proteinaseinhibitor human, parenteral
C9208000	- (ZP2014-08.000) OPS 8-812.0*
C9208001	- (ZP2014-08.001) OPS 8-812.00
C9208002	- (ZP2014-08.002) OPS 8-812.01
C9208003	- (ZP2014-08.003) OPS 8-812.02
C9208004	- (ZP2014-08.004) OPS 8-812.03
C9208005	- (ZP2014-08.005) OPS 8-812.04
C9208006	- (ZP2014-08.006) OPS 8-812.05
C9208007	- (ZP2014-08.007) OPS 8-812.06
C9208008	- (ZP2014-08.008) OPS 8-812.07
C9208009	- (ZP2014-08.009) OPS 8-812.08
C9208010	- (ZP2014-08.010) OPS 8-812.09
C9208011	- (ZP2014-08.011) OPS 8-812.0a
C9208012	- (ZP2014-08.012) OPS 8-812.0b
C9208013	- (ZP2014-08.013) OPS 8-812.0c
C9208014	- (ZP2014-08.014) OPS 8-812.0d
C9208015	- (ZP2014-08.015) OPS 8-812.0e
C9208016	- (ZP2014-08.016) OPS 8-812.0f
C9208017	- (ZP2014-08.017) OPS 8-812.0g
C9208018	- (ZP2014-08.018) OPS 8-812.0h
C9208019	- (ZP2014-08.019) OPS 8-812.0j
C9208020	- (ZP2014-08.020) OPS 8-812.0k
C9208021	- (ZP2014-08.021) OPS 8-812.0m
C9208022	- (ZP2014-08.022) OPS 8-812.0n
C9208023	- (ZP2014-08.023) OPS 8-812.0p

C9208024	- (ZP2014-08.024) OPS 8-812.0q
ZP2014-09	Gabe von Interferon alfa-2a (nicht pegylierte Form), parenteral
C9209000	- (ZP2014-09.000) OPS 8-812.1*
C9209001	- (ZP2014-09.001) OPS 8-812.10
C9209002	- (ZP2014-09.002) OPS 8-812.11
C9209003	- (ZP2014-09.003) OPS 8-812.12
C9209004	- (ZP2014-09.004) OPS 8-812.13
C9209005	- (ZP2014-09.005) OPS 8-812.14
C9209006	- (ZP2014-09.006) OPS 8-812.15
C9209007	- (ZP2014-09.007) OPS 8-812.16
C9209008	- (ZP2014-09.008) OPS 8-812.17
C9209009	- (ZP2014-09.009) OPS 8-812.18
C9209010	- (ZP2014-09.010) OPS 8-812.19
C9209011	- (ZP2014-09.011) OPS 8-812.1a
C9209012	- (ZP2014-09.012) OPS 8-812.1b
C9209013	- (ZP2014-09.013) OPS 8-812.1c
C9209014	- (ZP2014-09.014) OPS 8-812.1d
C9209015	- (ZP2014-09.015) OPS 8-812.1e
C9209016	- (ZP2014-09.016) OPS 8-812.1f
C9209017	- (ZP2014-09.017) OPS 8-812.1g
C9209018	- (ZP2014-09.018) OPS 8-812.1h
C9209019	- (ZP2014-09.019) OPS 8-812.1j
C9209020	- (ZP2014-09.020) OPS 8-812.1k
C9209021	- (ZP2014-09.021) OPS 8-812.1m
C9209022	- (ZP2014-09.022) OPS 8-812.1n
ZP2014-10	Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral
C9210000	- (ZP2014-10.000) OPS 8-812.2*
C9210001	- (ZP2014-10.001) OPS 8-812.20
C9210002	- (ZP2014-10.002) OPS 8-812.21
C9210003	- (ZP2014-10.003) OPS 8-812.22
C9210004	- (ZP2014-10.004) OPS 8-812.23
C9210005	- (ZP2014-10.005) OPS 8-812.24
C9210006	- (ZP2014-10.006) OPS 8-812.25
C9210007	- (ZP2014-10.007) OPS 8-812.26
C9210008	- (ZP2014-10.008) OPS 8-812.27
C9210009	- (ZP2014-10.009) OPS 8-812.28
C9210010	- (ZP2014-10.010) OPS 8-812.29
C9210011	- (ZP2014-10.011) OPS 8-812.2a
C9210012	- (ZP2014-10.012) OPS 8-812.2b
C9210013	- (ZP2014-10.013) OPS 8-812.2c
C9210014	- (ZP2014-10.014) OPS 8-812.2d
C9210015	- (ZP2014-10.015) OPS 8-812.2e
C9210016	- (ZP2014-10.016) OPS 8-812.2f
C9210017	- (ZP2014-10.017) OPS 8-812.2g
C9210018	- (ZP2014-10.018) OPS 8-812.2h
C9210019	- (ZP2014-10.019) OPS 8-812.2j
C9210020	- (ZP2014-10.020) OPS 8-812.2k
C9210021	- (ZP2014-10.021) OPS 8-812.2m
C9210022	- (ZP2014-10.022) OPS 8-812.2n
C9210023	- (ZP2014-10.023) OPS 8-812.2p
ZP2014-11	Gabe von Hämin, parenteral
C9211000	- (ZP2014-11.000) Gabe von Hämin, parenteral; OPS 6-004.1*
C9211001	- (ZP2014-11.001) Gabe von Hämin, parenteral; OPS 6-004.10
C9211002	- (ZP2014-11.002) Gabe von Hämin, parenteral; OPS 6-004.11



C9211003	- (ZP2014-11.003) Gabe von Hämin, parenteral; OPS 6-004.12
C9211004	- (ZP2014-11.004) Gabe von Hämin, parenteral; OPS 6-004.13
C9211005	- (ZP2014-11.005) Gabe von Hämin, parenteral; OPS 6-004.14
C9211006	- (ZP2014-11.006) Gabe von Hämin, parenteral; OPS 6-004.15
C9211007	- (ZP2014-11.007) Gabe von Hämin, parenteral; OPS 6-004.16
C9211008	- (ZP2014-11.008) Gabe von Hämin, parenteral; OPS 6-004.17
C9211009	- (ZP2014-11.009) Gabe von Hämin, parenteral; OPS 6-004.18
C9211010	- (ZP2014-11.010) Gabe von Hämin, parenteral; OPS 6-004.19
ZP2014-12	Radioimmuntherapie mit 90Y-Ibritumomab-Tiuxetan, parenteral
C9212000	- (ZP2014-12.000) OPS 6-003.6
ZP2014-13	Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga
C9213000	- (ZP2014-13.000) OPS 8-530.60 oder 8-530.a0
C9213001	- (ZP2014-13.001) OPS 8-530.60
C9213002	- (ZP2014-13.002) OPS 8-530.a0
ZP2014-14	Gabe von Sunitinib, oral
C9214000	- (ZP2014-14.000) Gabe von Sunitinib, oral; OPS 6-003.a*
C9214001	- (ZP2014-14.001) Gabe von Sunitinib, oral; OPS 6-003.a0
C9214002	- (ZP2014-14.002) Gabe von Sunitinib, oral; OPS 6-003.a1
C9214003	- (ZP2014-14.003) Gabe von Sunitinib, oral; OPS 6-003.a2
C9214004	- (ZP2014-14.004) Gabe von Sunitinib, oral; OPS 6-003.a3
C9214005	- (ZP2014-14.005) Gabe von Sunitinib, oral; OPS 6-003.a4
C9214006	- (ZP2014-14.006) Gabe von Sunitinib, oral; OPS 6-003.a5
C9214007	- (ZP2014-14.007) Gabe von Sunitinib, oral; OPS 6-003.a6
C9214008	- (ZP2014-14.008) Gabe von Sunitinib, oral; OPS 6-003.a7
C9214009	- (ZP2014-14.009) Gabe von Sunitinib, oral; OPS 6-003.a8
C9214010	- (ZP2014-14.010) Gabe von Sunitinib, oral; OPS 6-003.a9
C9214011	- (ZP2014-14.011) Gabe von Sunitinib, oral; OPS 6-003.aa
C9214012	- (ZP2014-14.012) Gabe von Sunitinib, oral; OPS 6-003.ab
C9214013	- (ZP2014-14.013) Gabe von Sunitinib, oral; OPS 6-003.ac
C9214014	- (ZP2014-14.014) Gabe von Sunitinib, oral; OPS 6-003.ad
C9214015	- (ZP2014-14.015) Gabe von Sunitinib, oral; OPS 6-003.ae
ZP2014-15	Gabe von Sorafenib, oral
C9215000	- (ZP2014-15.000) Gabe von Sorafenib, oral; OPS 6-003.b*
C9215001	- (ZP2014-15.001) Gabe von Sorafenib, oral; OPS 6-003.b0
C9215002	- (ZP2014-15.002) Gabe von Sorafenib, oral; OPS 6-003.b1
C9215003	- (ZP2014-15.003) Gabe von Sorafenib, oral; OPS 6-003.b2
C9215004	- (ZP2014-15.004) Gabe von Sorafenib, oral; OPS 6-003.b3
C9215005	- (ZP2014-15.005) Gabe von Sorafenib, oral; OPS 6-003.b4
C9215006	- (ZP2014-15.006) Gabe von Sorafenib, oral; OPS 6-003.b5
C9215007	- (ZP2014-15.007) Gabe von Sorafenib, oral; OPS 6-003.b6
C9215008	- (ZP2014-15.008) Gabe von Sorafenib, oral; OPS 6-003.b7
C9215009	- (ZP2014-15.009) Gabe von Sorafenib, oral; OPS 6-003.b8
C9215010	- (ZP2014-15.010) Gabe von Sorafenib, oral; OPS 6-003.b9
C9215011	- (ZP2014-15.011) Gabe von Sorafenib, oral; OPS 6-003.ba
C9215012	- (ZP2014-15.012) Gabe von Sorafenib, oral; OPS 6-003.bb
C9215013	- (ZP2014-15.013) Gabe von Sorafenib, oral; OPS 6-003.bc
C9215014	- (ZP2014-15.014) Gabe von Sorafenib, oral; OPS 6-003.bd
C9215015	- (ZP2014-15.015) Gabe von Sorafenib, oral; OPS 6-003.be
C9215016	- (ZP2014-15.016) Gabe von Sorafenib, oral; OPS 6-003.bf
C9215017	- (ZP2014-15.017) Gabe von Sorafenib, oral; OPS 6-003.bg
C9215018	- (ZP2014-15.018) Gabe von Sorafenib, oral; OPS 6-003.bh
ZP2014-16	Gabe von Lenalidomid, oral
C9216000	- (ZP2014-16.000) Gabe von Lenalidomid, oral; OPS 6-003.g*

C9216001	- (ZP2014-16.001) Gabe von Lenalidomid, oral; OPS 6-003.g0
C9216002	- (ZP2014-16.002) Gabe von Lenalidomid, oral; OPS 6-003.g1
C9216003	- (ZP2014-16.003) Gabe von Lenalidomid, oral; OPS 6-003.g2
C9216004	- (ZP2014-16.004) Gabe von Lenalidomid, oral; OPS 6-003.g3
C9216005	- (ZP2014-16.005) Gabe von Lenalidomid, oral; OPS 6-003.g4
C9216006	- (ZP2014-16.006) Gabe von Lenalidomid, oral; OPS 6-003.g5
C9216007	- (ZP2014-16.007) Gabe von Lenalidomid, oral; OPS 6-003.g6
C9216008	- (ZP2014-16.008) Gabe von Lenalidomid, oral; OPS 6-003.g7
C9216009	- (ZP2014-16.009) Gabe von Lenalidomid, oral; OPS 6-003.g8
C9216010	- (ZP2014-16.010) Gabe von Lenalidomid, oral; OPS 6-003.g9
C9216011	- (ZP2014-16.011) Gabe von Lenalidomid, oral; OPS 6-003.ga
C9216012	- (ZP2014-16.012) Gabe von Lenalidomid, oral; OPS 6-003.gb
C9216013	- (ZP2014-16.013) Gabe von Lenalidomid, oral; OPS 6-003.gc
C9216014	- (ZP2014-16.014) Gabe von Lenalidomid, oral; OPS 6-003.gd
C9216015	- (ZP2014-16.015) Gabe von Lenalidomid, oral; OPS 6-003.ge
C9216016	- (ZP2014-16.016) Gabe von Lenalidomid, oral; OPS 6-003.gf
C9216017	- (ZP2014-16.017) Gabe von Lenalidomid, oral; OPS 6-003.gg
C9216018	- (ZP2014-16.018) Gabe von Lenalidomid, oral; OPS 6-003.gh
C9216019	- (ZP2014-16.019) Gabe von Lenalidomid, oral; OPS 6-003.gj
C9216020	- (ZP2014-16.020) Gabe von Lenalidomid, oral; OPS 6-003.gk
ZP2014-18	Gabe von Nelarabin, parenteral
C9218000	- (ZP2014-18.000) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.e*
C9218001	- (ZP2014-18.001) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.e0
C9218002	- (ZP2014-18.002) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.e1
C9218003	- (ZP2014-18.003) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.e2
C9218004	- (ZP2014-18.004) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.e3
C9218005	- (ZP2014-18.005) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.e4
C9218006	- (ZP2014-18.006) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.e5
C9218007	- (ZP2014-18.007) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.e6
C9218008	- (ZP2014-18.008) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.e7
C9218009	- (ZP2014-18.009) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.e8
C9218010	- (ZP2014-18.010) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.e9
C9218011	- (ZP2014-18.011) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.ea
C9218012	- (ZP2014-18.012) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.eb
C9218013	- (ZP2014-18.013) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.ec
C9218014	- (ZP2014-18.014) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.ed
C9218015	- (ZP2014-18.015) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.ee
C9218016	- (ZP2014-18.016) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.ef
C9218017	- (ZP2014-18.017) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.eg
C9218018	- (ZP2014-18.018) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.eh
C9218019	- (ZP2014-18.019) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.ej
C9218020	- (ZP2014-18.020) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.ek
C9218021	- (ZP2014-18.021) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.em
C9218022	- (ZP2014-18.022) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.en
C9218023	- (ZP2014-18.023) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.ep
C9218024	- (ZP2014-18.024) Gabe von Nelarabin, parenteral; OPS 6-003.eq
ZP2014-19	Gabe von Ambrisentan, oral
C9219000	- (ZP2014-19.000) Gabe von Ambrisentan, oral; OPS 6-004.2*
C9219001	- (ZP2014-19.001) Gabe von Ambrisentan, oral; OPS 6-004.20
C9219002	- (ZP2014-19.002) Gabe von Ambrisentan, oral; OPS 6-004.21
C9219003	- (ZP2014-19.003) Gabe von Ambrisentan, oral; OPS 6-004.22
C9219004	- (ZP2014-19.004) Gabe von Ambrisentan, oral; OPS 6-004.23
C9219005	- (ZP2014-19.005) Gabe von Ambrisentan, oral; OPS 6-004.24
C9219006	- (ZP2014-19.006) Gabe von Ambrisentan, oral; OPS 6-004.25

C9219007 - (ZP2014-19.007) Gabe von Ambrisentan, oral; OPS 6-004.26  
 C9219008 - (ZP2014-19.008) Gabe von Ambrisentan, oral; OPS 6-004.27  
 C9219009 - (ZP2014-19.009) Gabe von Ambrisentan, oral; OPS 6-004.28  
 C9219010 - (ZP2014-19.010) Gabe von Ambrisentan, oral; OPS 6-004.29  
 C9219011 - (ZP2014-19.011) Gabe von Ambrisentan, oral; OPS 6-004.2a  
 C9219012 - (ZP2014-19.012) Gabe von Ambrisentan, oral; OPS 6-004.2b  
 C9219013 - (ZP2014-19.013) Gabe von Ambrisentan, oral; OPS 6-004.2c  
 C9219014 - (ZP2014-19.014) Gabe von Ambrisentan, oral; OPS 6-004.2d  
 C9219015 - (ZP2014-19.015) Gabe von Ambrisentan, oral; OPS 6-004.2e  
 C9219016 - (ZP2014-19.016) Gabe von Ambrisentan, oral; OPS 6-004.2f  
 C9219017 - (ZP2014-19.017) Gabe von Ambrisentan, oral; OPS 6-004.2g

ZP2014-20 Gabe von Temsirolimus, parenteral

C9220000 - (ZP2014-20.000) Gabe von Temsirolimus, parenteral; OPS 6-004.e\*  
 C9220001 - (ZP2014-20.001) Gabe von Temsirolimus, parenteral; OPS 6-004.e0  
 C9220002 - (ZP2014-20.002) Gabe von Temsirolimus, parenteral; OPS 6-004.e1  
 C9220003 - (ZP2014-20.003) Gabe von Temsirolimus, parenteral; OPS 6-004.e2  
 C9220004 - (ZP2014-20.004) Gabe von Temsirolimus, parenteral; OPS 6-004.e3  
 C9220005 - (ZP2014-20.005) Gabe von Temsirolimus, parenteral; OPS 6-004.e4  
 C9220006 - (ZP2014-20.006) Gabe von Temsirolimus, parenteral; OPS 6-004.e5  
 C9220007 - (ZP2014-20.007) Gabe von Temsirolimus, parenteral; OPS 6-004.e6  
 C9220008 - (ZP2014-20.008) Gabe von Temsirolimus, parenteral; OPS 6-004.e7  
 C9220009 - (ZP2014-20.009) Gabe von Temsirolimus, parenteral; OPS 6-004.e8  
 C9220010 - (ZP2014-20.010) Gabe von Temsirolimus, parenteral; OPS 6-004.e9  
 C9220011 - (ZP2014-20.011) Gabe von Temsirolimus, parenteral; OPS 6-004.ea  
 C9220012 - (ZP2014-20.012) Gabe von Temsirolimus, parenteral; OPS 6-004.eb  
 C9220013 - (ZP2014-20.013) Gabe von Temsirolimus, parenteral; OPS 6-004.ec

ZP2014-21 Gabe von Dasatinib, oral

C9221000 - (ZP2014-21.000) Gabe von Dasatinib, oral; OPS 6-004.3\*  
 C9221001 - (ZP2014-21.001) Gabe von Dasatinib, oral; OPS 6-004.30  
 C9221002 - (ZP2014-21.002) Gabe von Dasatinib, oral; OPS 6-004.31  
 C9221003 - (ZP2014-21.003) Gabe von Dasatinib, oral; OPS 6-004.32  
 C9221004 - (ZP2014-21.004) Gabe von Dasatinib, oral; OPS 6-004.33  
 C9221005 - (ZP2014-21.005) Gabe von Dasatinib, oral; OPS 6-004.34  
 C9221006 - (ZP2014-21.006) Gabe von Dasatinib, oral; OPS 6-004.35  
 C9221007 - (ZP2014-21.007) Gabe von Dasatinib, oral; OPS 6-004.36  
 C9221008 - (ZP2014-21.008) Gabe von Dasatinib, oral; OPS 6-004.37  
 C9221009 - (ZP2014-21.009) Gabe von Dasatinib, oral; OPS 6-004.38  
 C9221010 - (ZP2014-21.010) Gabe von Dasatinib, oral; OPS 6-004.39  
 C9221011 - (ZP2014-21.011) Gabe von Dasatinib, oral; OPS 6-004.3a  
 C9221012 - (ZP2014-21.012) Gabe von Dasatinib, oral; OPS 6-004.3b  
 C9221013 - (ZP2014-21.013) Gabe von Dasatinib, oral; OPS 6-004.3c  
 C9221014 - (ZP2014-21.014) Gabe von Dasatinib, oral; OPS 6-004.3d  
 C9221015 - (ZP2014-21.015) Gabe von Dasatinib, oral; OPS 6-004.3e  
 C9221016 - (ZP2014-21.016) Gabe von Dasatinib, oral; OPS 6-004.3f  
 C9221017 - (ZP2014-21.017) Gabe von Dasatinib, oral; OPS 6-004.3g  
 C9221018 - (ZP2014-21.018) Gabe von Dasatinib, oral; OPS 6-004.3h

ZP2014-22 Gabe von Catumaxomab, parenteral

C9222000 - (ZP2014-22.000) Gabe von Catumaxomab, parenteral; OPS 6-005.1\*  
 C9222001 - (ZP2014-22.001) Gabe von Catumaxomab, parenteral; OPS 6-005.10  
 C9222002 - (ZP2014-22.002) Gabe von Catumaxomab, parenteral; OPS 6-005.11  
 C9222003 - (ZP2014-22.003) Gabe von Catumaxomab, parenteral; OPS 6-005.12  
 C9222004 - (ZP2014-22.004) Gabe von Catumaxomab, parenteral; OPS 6-005.13  
 C9222005 - (ZP2014-22.005) Gabe von Catumaxomab, parenteral; OPS 6-005.14  
 C9222006 - (ZP2014-22.006) Gabe von Catumaxomab, parenteral; OPS 6-005.15

C9222007 - (ZP2014-22.007) Gabe von Catumaxomab, parenteral; OPS 6-005.16  
 C9222008 - (ZP2014-22.008) Gabe von Catumaxomab, parenteral; OPS 6-005.17  
 C9222009 - (ZP2014-22.009) Gabe von Catumaxomab, parenteral; OPS 6-005.18  
 C9222010 - (ZP2014-22.010) Gabe von Catumaxomab, parenteral; OPS 6-005.19  
 C9222011 - (ZP2014-22.011) Gabe von Catumaxomab, parenteral; OPS 6-005.1a  
 C9222012 - (ZP2014-22.012) Gabe von Catumaxomab, parenteral; OPS 6-005.1b  
 C9222013 - (ZP2014-22.013) Gabe von Catumaxomab, parenteral; OPS 6-005.1c  
 C9222014 - (ZP2014-22.014) Gabe von Catumaxomab, parenteral; OPS 6-005.1d  
 C9222015 - (ZP2014-22.015) Gabe von Catumaxomab, parenteral; OPS 6-005.1e  
 C9222016 - (ZP2014-22.016) Gabe von Catumaxomab, parenteral; OPS 6-005.1f  
 C9222017 - (ZP2014-22.017) Gabe von Catumaxomab, parenteral; OPS 6-005.1g  
 C9222018 - (ZP2014-22.018) Gabe von Catumaxomab, parenteral; OPS 6-005.1h

ZP2014-24 Gabe von Eculizumab, parenteral

C9224000 - (ZP2014-24.000) Gabe von Eculizumab, parenteral; OPS 6-003.h\*  
 C9224001 - (ZP2014-24.001) Gabe von Eculizumab, parenteral; OPS 6-003.h0  
 C9224002 - (ZP2014-24.002) Gabe von Eculizumab, parenteral; OPS 6-003.h1  
 C9224003 - (ZP2014-24.003) Gabe von Eculizumab, parenteral; OPS 6-003.h2  
 C9224004 - (ZP2014-24.004) Gabe von Eculizumab, parenteral; OPS 6-003.h3  
 C9224005 - (ZP2014-24.005) Gabe von Eculizumab, parenteral; OPS 6-003.h4  
 C9224006 - (ZP2014-24.006) Gabe von Eculizumab, parenteral; OPS 6-003.h5  
 C9224007 - (ZP2014-24.007) Gabe von Eculizumab, parenteral; OPS 6-003.h6  
 C9224008 - (ZP2014-24.008) Gabe von Eculizumab, parenteral; OPS 6-003.h7  
 C9224009 - (ZP2014-24.009) Gabe von Eculizumab, parenteral; OPS 6-003.h8  
 C9224010 - (ZP2014-24.010) Gabe von Eculizumab, parenteral; OPS 6-003.h9  
 C9224011 - (ZP2014-24.011) Gabe von Eculizumab, parenteral; OPS 6-003.ha  
 C9224012 - (ZP2014-24.012) Gabe von Eculizumab, parenteral; OPS 6-003.hb  
 C9224013 - (ZP2014-24.013) Gabe von Eculizumab, parenteral; OPS 6-003.hc  
 C9224014 - (ZP2014-24.014) Gabe von Eculizumab, parenteral; OPS 6-003.hd  
 C9224015 - (ZP2014-24.015) Gabe von Eculizumab, parenteral; OPS 6-003.he  
 C9224016 - (ZP2014-24.016) Gabe von Eculizumab, parenteral; OPS 6-003.hf  
 C9224017 - (ZP2014-24.017) Gabe von Eculizumab, parenteral; OPS 6-003.hg  
 C9224018 - (ZP2014-24.018) Gabe von Eculizumab, parenteral; OPS 6-003.hh  
 C9224019 - (ZP2014-24.019) Gabe von Eculizumab, parenteral; OPS 6-003.hj  
 C9224020 - (ZP2014-24.020) Gabe von Eculizumab, parenteral; OPS 6-003.hk

ZP2014-25 Gabe von Ofatumumab, parenteral

C9225000 - (ZP2014-25.000) Gabe von Ofatumumab, parenteral; OPS 6-006.4\*  
 C9225001 - (ZP2014-25.001) Gabe von Ofatumumab, parenteral; OPS 6-006.40  
 C9225002 - (ZP2014-25.002) Gabe von Ofatumumab, parenteral; OPS 6-006.41  
 C9225003 - (ZP2014-25.003) Gabe von Ofatumumab, parenteral; OPS 6-006.42  
 C9225004 - (ZP2014-25.004) Gabe von Ofatumumab, parenteral; OPS 6-006.43  
 C9225005 - (ZP2014-25.005) Gabe von Ofatumumab, parenteral; OPS 6-006.44  
 C9225006 - (ZP2014-25.006) Gabe von Ofatumumab, parenteral; OPS 6-006.45  
 C9225007 - (ZP2014-25.007) Gabe von Ofatumumab, parenteral; OPS 6-006.46  
 C9225008 - (ZP2014-25.008) Gabe von Ofatumumab, parenteral; OPS 6-006.47  
 C9225009 - (ZP2014-25.009) Gabe von Ofatumumab, parenteral; OPS 6-006.48  
 C9225010 - (ZP2014-25.010) Gabe von Ofatumumab, parenteral; OPS 6-006.49  
 C9225011 - (ZP2014-25.011) Gabe von Ofatumumab, parenteral; OPS 6-006.4a  
 C9225012 - (ZP2014-25.012) Gabe von Ofatumumab, parenteral; OPS 6-006.4b  
 C9225013 - (ZP2014-25.013) Gabe von Ofatumumab, parenteral; OPS 6-006.4c  
 C9225014 - (ZP2014-25.014) Gabe von Ofatumumab, parenteral; OPS 6-006.4d  
 C9225015 - (ZP2014-25.015) Gabe von Ofatumumab, parenteral; OPS 6-006.4e  
 C9225016 - (ZP2014-25.016) Gabe von Ofatumumab, parenteral; OPS 6-006.4f  
 C9225017 - (ZP2014-25.017) Gabe von Ofatumumab, parenteral; OPS 6-006.4g

ZP2014-26	Gabe von Paliperidon, intramuskulär
C9226000	ZP2014-26.000 Gabe von Paliperidon, intramuskulär; OPS 6-006.a*
C9226001	ZP2014-26.001 Gabe von Paliperidon, intramuskulär; OPS 6-006.a0
C9226002	ZP2014-26.002 Gabe von Paliperidon, intramuskulär; OPS 6-006.a1
C9226003	ZP2014-26.003 Gabe von Paliperidon, intramuskulär; OPS 6-006.a2
C9226004	ZP2014-26.004 Gabe von Paliperidon, intramuskulär; OPS 6-006.a3
C9226005	ZP2014-26.005 Gabe von Paliperidon, intramuskulär; OPS 6-006.a4
C9226006	ZP2014-26.006 Gabe von Paliperidon, intramuskulär; OPS 6-006.a5
C9226007	ZP2014-26.007 Gabe von Paliperidon, intramuskulär; OPS 6-006.a6
C9226008	ZP2014-26.008 Gabe von Paliperidon, intramuskulär; OPS 6-006.a7
C9226009	ZP2014-26.009 Gabe von Paliperidon, intramuskulär; OPS 6-006.a8
C9226010	ZP2014-26.010 Gabe von Paliperidon, intramuskulär; OPS 6-006.a9
C9226011	ZP2014-26.011 Gabe von Paliperidon, intramuskulär; OPS 6-006.aa
C9226012	ZP2014-26.012 Gabe von Paliperidon, intramuskulär; OPS 6-006.ab
C9226013	ZP2014-26.013 Gabe von Paliperidon, intramuskulär; OPS 6-006.ac
C9226014	ZP2014-26.014 Gabe von Paliperidon, intramuskulär; OPS 6-006.ad
C9226015	ZP2014-26.015 Gabe von Paliperidon, intramuskulär; OPS 6-006.ae
C9226016	ZP2014-26.016 Gabe von Paliperidon, intramuskulär; OPS 6-006.af
C9226017	ZP2014-26.017 Gabe von Paliperidon, intramuskulär; OPS 6-006.ag



## 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
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	<del>30007</del>	<del>Versichertenstatus entspricht nicht Schlüssel Versichertenstatus und ist nicht 99999</del>
	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	<del>Tag der Wundheilung &lt; Aufnahmetag</del>
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	<del>Abrechnung bis ungleich Abrechnung von bei Abrechnung von Sonderentgelten nicht zulässig</del>
34053	Abrechnung von kleiner Aufnahmetag nicht zulässig
34054	Anzahl abgerechneter Tage bei Fallpauschale > Grenzverweildauer
34055	<del>Tag der Wundheilung gefüllt, aber Entgeltart keine A-Fallpauschale</del>
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 Zahnarztnummer 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 <del>und 47120002</del> 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 <del>und 47120002</del> muss das Zuzahlungskennzeichen 2, 6, 7 oder 8 sein
	34148	Bei Entgelten <del>47120003 und</del> 47120004 muss das Zuzahlungskennzeichen 7 oder 8 sein
	34149	Entgelte <del>47120003 und</del> 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-/Investitionskosten­summe (für Pauschale) mit Wert 0,00 bei § 116b (neu) und öffentlich geförderten 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-/Investitionskosten­summe für Pauschale enthalten bei Verarbeitungskennzeichen „10“ bzw. „11“ bzw. „30“ ungleich „J“
F12	34169	in Honorar-/Investitionskosten­summe 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
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/DES.

Die Schlüsselerzeugung erfolgt dezentral.

Das Schlüsselmanagement erfolgt zentral über Zertifizierungs- bzw. Schlüsselverwaltungsstellen.

#### 1.1 Datenformate

Die Datenformate sind entsprechend PKCS#7 (Public Key Cryptography Standard #7) zu strukturieren. Solange die Formate nach PEM (Privacy Enhanced Mail) <sup>1)</sup> noch gültig sind, können diese weiter verwendet werden (spätestens zum 30.6.2010 auslaufend).

#### 1.2 Session-Key

Als Session-Key ist tripleDES vorzusehen. Für die Weiterverwendung der Formate nach PEM ist der Data Encryption Standard Algorithmus im Cipher Block Chaining Mode (DES-CBC, beschrieben in PEM, Request for Comments (RFC) 1423) vorzusehen.

#### 1.3 Interchange Key

Als Interchange Key ist RSA mit den unter 1.10 beschriebenen Parametern einzusetzen.

#### 1.4 Hashfunktion/Signaturalgorithmus

Als Hash Funktion ist SHA-256 (Secure Hash Algorithm) vorzusehen. Für die Weiterverwendung der Formate nach PEM ist MD5 <sup>2)</sup> vorzusehen.

#### 1.5 RSA Schlüssellänge

Die RSA Schlüssellänge beträgt 2048 Bit (Standard). Für die Weiterverwendung der Formate nach PEM muss die RSA Schlüssellänge 768 Bit betragen (siehe auch RFC 1423 Kap. 4.1.1).

#### 1.6 Öffentlicher Exponent des RSA Algorithmus

Als RSA Exponent soll die Fermat-4 Zahl ( $2^{16}+1$ ) gewählt werden (siehe X.509, Annex C).

### 1.7 Public Key Format

Hier ist die ASN.1 Syntax <sup>3)</sup> sowie X.509 <sup>4)</sup> 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 <sup>5)</sup> vorgesehen.

Die Vereinbarungspartner sehen jeweils für ihre Zuständigkeitsbereiche ein oder mehrere Trust-Center/Schlüsselverwaltungsstellen vor. Sie sorgen dafür, dass das/die Trust-Center bzw. die Schlüsselverwaltungsstelle(n) der Spitzenverbände der Krankenkassen für die Krankenkassen und das/die Trust-Center bzw. die Schlüsselverwaltungsstelle(n) der DKG für die Krankenhäuser ihre Schlüssel-Management-Politik abstimmen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die DKG geben die jeweils von ihnen eingerichteten/bestellten TrustCenter/Schlüsselverwaltungsstellen allen am Verfahren Beteiligten spätestens im 4. Quartal 1996 bekannt.

### 1.9 Struktur der X.500-Adresse

Die X.500-Adresse hat den Empfehlungen/Standards nach X.500 ff. zu entsprechen.

C	Country	DE
O	Organization	(Name des Trust Centers)
OU	Organization Unit	(Name der Institution)
OU	Organization Unit	(IK der Institution)
CN	Common Name (Allgemeiner Name)	(Name des Ansprechpartners)

### 1.10 Zusammenfassende Darstellung der Schnittstelle

Datenformate:	PKCS#7, bisher PEM
Hash:	SHA-256, bisher MD5 (Message Digest 5)
RSA Schlüssellänge:	2048 Bit, bisher 768 Bit
RSA Exponent:	Fermat-4 Zahl: ( $2^{16} + 1$ )
Public Key Format:	ASN.1/X.509
Private Key Format:	nicht definiert
Zertifikate:	ASN.1/X.509

#### Literaturhinweise

- 1) J. Linn. RFC 1421: Privacy Enhancement for Internet Electronic Mail: Part I: Message Encryption and Authentication Procedures. February 1993.  
S. Kent. RFC 1422: Privacy Enhancement for Internet Electronic Mail: Part II: Certificate-Based Key Management, February 1993.  
D. Balenson. RFC 1423: Privacy Enhancement for Internet Electronic Mail: Part III: Algorithms, Modes, and Identifiers February 1993.  
B. Kaliski. RFC 1424: Privacy Enhancement for Internet Electronic Mail: Part IV: Key Certification and Related Services. February 1993.
- 2) R. Rivest. RFC 1321: The MD5 Message Digest Algorithm
- 3) CCITT Recommendation X.208: Specification of Abstract Syntax Notation One (ASN.1), 1988  
CCITT Recommendation X.209: Specification of basic encoding rules for Abstract Syntax Notation One (ASN.1), 1988
- 4) CCITT Recommendation X.509: The Directory - Authentication Framework. 1988.
- 5) CCITT Recommendation X.500: The Directory - Overview of Concepts, Models and Services. 1988.

## 2. Struktur der Übertragungsdateien

### 2.1 Übertragungsdateien bei FTAM

Zu jeder Nutzdatendatei muss für die Übertragung die nachfolgend definierte Auftragsdatei generiert werden, die z. B. für das Routing benutzt wird. Die Übertragung jeder Nutzdatendatei erfolgt als separate Datei. Vor der Übertragung einer Nutzdatendatei wird die dazugehörige Auftragsdatei übertragen.

#### 2.1.1 Übertragung per DFÜ

Im Rahmen einer DFÜ-Verbindung wird zunächst die Auftragsdatei und danach die Nutzdatendatei übermittelt. Ein Übertragungsvorgang besteht aus der Übertragung dieser zwei Dateien in der festgelegten Reihenfolge.

#### 2.1.2 Übertragung per Datenträger

*Magnetband/Magnetbandkassette:*

Die Datenübertragung mittels dieser Datenträger kann mehrere Nutzdatendateien beinhalten, jedoch jeweils versehen mit der zugehörigen Auftragsdatei in der festgelegten Reihenfolge. Im jeweiligen Datei-Anfangskennsatz (HDR1) ist in dem Feld „Dateiname“ der Transferdateiname (Festlegung siehe unten) einzutragen.

*Diskette:*

Die Datenübermittlung per Diskette kann mehrere Nutzdatendateien beinhalten, jedoch jeweils versehen mit der zugehörigen Auftragsdatei in der festgelegten Reihenfolge.

## 2.2 Festlegung der Transferdateinamen

Auf der Seite des Absenders besteht der Transferdateiname aus der Dateitypbezeichnung (Feld VERFAHREN\_KENNUNG) und einer laufenden Nummer (Feld TRANSFER\_NUMMER).

Der Name der zugehörigen Auftragsdatei besteht aus dem vorstehend beschriebenen Transferdateinamen mit dem Zusatz „.AUF“.

Auftragsdatei 1		Nutzdatendatei 1		Auftragsdatei 2		Nutzdatendatei 2	
z.B.: EKRH0007.AUF		EKRH0007		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 Auftragsatz ist nur aus logischen Gründen in mehrere Tabellen (Objekte) aufgeteilt worden. Physikalisch handelt es sich um einen zusammenhängenden Satz. Alle Objekte müssen vorhanden sein.

Die Abkürzungen in den folgenden Spalten haben die Bedeutung:

- L Länge
- N Nutzungstypen
  - R: Routing-Informationen
  - L: Logging- und Statusinformationen
  - K: Information für KKS-Verfahren
  - D: Datenträgerspezifische Informationen
  - I: Interne Nutzung
  - A: Allgemeine Informationen
  - S: Informationen zur Verschlüsselung
- T (Feld-) Typen
  - N: Numerisch (rechtsbündig mit führenden Nullen)
  - A: Alpha (linksbündig mit Leerzeichen aufgefüllt)
  - AN: Alphanumerisch (linksbündig mit Leerzeichen aufgefüllt)
- A (Feld-) Art
  - M: Muß versorgt werden
  - K: Kann versorgt werden

### 1. Teil: Allgemeine Beschreibung

Bezeichnung	Stellen	L	N	T	A	Inhalt/Bemerkung
IDENTIFIKATOR	01–06	6	A	N	M	Inhalt: „500000“
VERSION	07–08	2	A	N	M	Inhalt: „01“
LÄNGE_AUFTRAG	09–16	8	A	N	M	Länge der Auftragsdatei in Bytes Inhalt: „00000348“
SEQUENZ_NR	17–19	3	A	N	M	Laufende Nummer bei Teillieferung „000“ Nachricht ist komplett vorhanden
VERFAHREN_KENNUNG	20–24	5	R	AN	M	Kennung des Verfahrens: Stelle 20-23: „EKRH“ (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 zwi- schen 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 Aus- wirkungen 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**

Die Informationen für die Verschlüsselung (DES-Session-Key, ...) werden gemäß der Definition der Security-Schnittstelle für das Gesundheitswesen in den dafür definierten Feldern in der Nutzdatendatei festgelegt.

## 2.3 Übertragungsdatei bei MHS

Der MHS-Dienst benötigt die für den FTAM-Dienst vorgesehene Aufteilung der Übertragungsdateien in eine unverschlüsselte Auftragsdatei und eine verschlüsselte Nutzdatendatei nicht. Die nachfolgende Definition der Struktur einer MHS-Übertragungsdatei stellt insofern einen Kompromiss mit Rücksicht auf die unter 2.1 definierte FTAM-Lösung dar. Sie ist eine Übergangsregelung in Richtung auf eine MHS-konforme Lösung.

### 2.3.1 Struktur der MHS-Nachricht

Die Übertragungsdatei entsprechend dem in X.400 definierten MHS-System setzt sich als Interpersonal-Nachricht (Interpersonal Message, IPM) zusammen aus:

Umschlag	(Envelope header)
Inhalt	(Envelope contents)
Kopf	(Contents heading)
Rumpf	(Contents body)

Die verschlüsselte Nutzdatendatei und der Auftragsatz (s. 2.2.1) sind Bestandteile (Body parts) des Rumpfes:

Nutzdatendatei	1. Bestandteil, undefined
Auftragsatz	2. Bestandteil, im IA5-Format.

Der Kopf der IP-Nachricht enthält folgende Elemente:

Identifikation der Nachricht (Message Id):	(vom Anwender/-system festzulegen)
Absendername (Originator's name):	(Absendername)
Empfängername (Recipient's name):	(Empfängername)
Kopie (copy recipient names):	leer
Betreff (Subject):	logischer Dateiname, s. Anlage 4, 4.1.3
Art des Inhalts (Contents type):	-
Vertraulichkeit (Sensitivity):	(vertraulich)

Der Umschlag enthält folgende Elemente:

Identifikation der Nachricht (Message Id):	(vom MHS-Dienst festzulegen)
Absenderadresse (Originator's address):	siehe 2.3.2
Empfängeradresse (Recipient's address):	siehe 2.3.2
Art des Inhalts (Contents Type):	-
Verschlüsselung (Encryption Id):	leer

Gemäß ENV 41201 darf die vollständige Nachricht die Größe von insgesamt 2 MB nicht überschreiten.

### 2.3.2 Struktur der MHS-/X.400-Adresse

Für die Struktur der MHS-/X.400-Adresse wird die Form 1 Variant 1 (Mnemonic O/R Address) der X.400-Version 1988 zugrundegelegt:

C	Country	an..3	DE
A	Administrative Management Domain	an..16	(abhängig von ADMD)
P	Private Management Domain	an..16	(abhängig von PRMD)
O	Organization	an..64	(Organisation)
OU	Organization Unit (OU1 bis OU4 möglich)	an..32	(Organisationseinheit)
CN	Common Name (Allgemeiner Name)	an..64	Absendername
PN	Personal Name		Ansprechpartner
S	Surname	an..40	(Name)
G	Given Name	an..16	(Vorname)
I	Initials	an..5	(Initialen)
GQ	Generation Qualifier	an..3	(z.B. jr.)



## Anhang B zu Anlage 5

## Beispieldatensätze (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-/Verlegungsurzeit	0900
Entlassungs-/Verlegungsgrund	069
Fachabteilung	0100
Hauptdiagnose	I10.00
Sekundär-Diagnose	
IK der aufnehmenden Institution	260500017
Segment Fachabteilung	FAB
Fachabteilung	0100

*Entlassungsanzeige*

```

UNH+00001+ENTL:07:000:00 '
FKT+10+01+260500005+100500016 '
INV+123456001+10001+0812+2008-00001+00001+AZ00001 '
NAD+Beispielname1+Beispielvorname1+m '
DPV+2008 '
DAU+20080109+20080111 '
ETL+20080111+0900+069+0100+I10.00++260500017 '
FAB+0100 '
UNT+9+00001 '

```



## Rechnungssatz

Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	260500005
IK des Empfängers	100500016
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456001
Versichertenstatus	10001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00001
Fall-Nummer der Krankenkasse	00001
Aktenzeichen der Krankenkasse	AZ00001
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname1
Vorname des Versicherten	Beispielvorname1
Geschlecht	m
Segment Währung	CUX
Währungskennzeichen	EUR
Segment Rechnung	REC
Rechnungsnummer	RE20080001
Rechnungsdatum	20080113
Rechnungsart	02
Aufnahmetag	20080109
Rechnungsbetrag	602,32
Segment Zuzahlung	ZLG
Zuzahlungsbetrag	20,00
Zuzahlungskennzeichen	2
Segment Fachabteilung	FAB
Fachabteilung	0100
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	7010F67D
Entgeltbetrag	1124,20
Abrechnung von:	20080109
Abrechnung bis:	20080110
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	7210F67D
Entgeltbetrag	167,20
Abrechnung von:	20080109
Abrechnung bis:	20080110
Entgeltanzahl	3
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	47200002
Entgeltbetrag	3,11
Abrechnung von:	20080109
Abrechnung bis:	20080110
Entgeltanzahl	1

Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	48000001
Entgeltbetrag	0,90
Abrechnung von:	20080109
Abrechnung bis:	20080110
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	46005000
Entgeltbetrag	1,29
Abrechnung von:	20080109
Abrechnung bis:	20080110
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	47100001
Entgeltbetrag	0,64
Abrechnung von:	20080109
Abrechnung bis:	20080110
Entgeltanzahl	1

*Rechnungssatz*

UNH+00001+RECH:07:000:00 '  
 FKT+10+01+260500005+100500016 '  
 INV+123456001+10001+0812+2008-00001+00001+AZ00001 '  
 NAD+Beispielname1+Beispielvorname1+m '  
 CUX+EUR '  
 REC+RE20080001+20080113+02+20080109+602,32 '  
 ZLG+20,00+2 '  
 FAB+0100 '  
 ENT+7010F67D+1124,20+20080109+20080110+1 '  
 ENT+7210F67D+167,20+20080109+20080110+3 '  
 ENT+47200002+3,11+20080109+20080110+1 '  
 ENT+48000001+0,90+20080109+20080110+1 '  
 ENT+46005000+1,29+20080109+20080110+1 '  
 ENT+47100001+0,64+20080109+20080110+1 '  
 UNT+15+00001 '

**DRG-Beispiel 2**

Fallpauschale (B05Z) mit vor- und nachstationärer Behandlung und Überschreiten der oberen GVD (Aufnahme mit abgelaufener Krankenversichertenkarte)

Vorstat. Behandlung	am 9.1.2008	in der Neurologie (2800)
Vorstat. Behandlung	am 11.1.2008	in der Neurologie (2800)
Aufnahme	am 14.1.2008	in die Neurologie (2800)
Operation	am 15.1.2008	
Entlassung	am 1.2.2008	
Nachstat. Behandlung	am 3.2.2008	in der Neurologie (2800)
Nachstat. Behandlung	am 5.2.2008	in der Neurologie (2800)

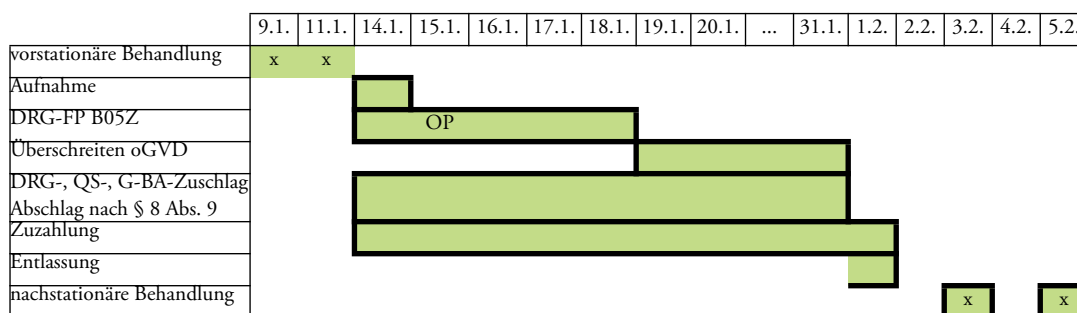
vorstat. Fallpauschale	EUR 114,02	Entgeltschlüssel: 41092800
DRG-FP B05Z	EUR 1064,80	Entgeltschlüssel: 7010B05Z (Bew.Rel.: 0,484)
Entgelt wg. oGVD	EUR 140,80	Entgeltschlüssel: 7110B05Z (Bew.Rel.: 0,064)
Abschlag nach § 8 Abs. 9	EUR 14,48	Entgeltschlüssel: 47200002 (0,5 v.H.)
nachstat. Tagespauschale	EUR 40,90	Entgeltschlüssel: 42092800
QS-Zuschlag	EUR 1,29	Entgeltschlüssel: 46005000
DRG-Systemzuschlag	EUR 0,90	Entgeltschlüssel: 48000001
G-BA-Zuschlag	EUR 0,64	Entgeltschlüssel: 47100001

Vorstat. Behandlung	2 Behandlungstage	9. und 11.1.2008
DRG-FP B05Z	5 Belegungstage	14.–18.1.2008
	<i>mittlere VD: 2,8 Tage, erster Tag mit Zuschlag: 6</i>	

Entgelt wg. oGVD 13 Belegungstage 19.–31.1.2008  
*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-/Verlegungsurzeit	1100
Entlassungs-/Verlegungsgrund	022
Fachabteilung	2800
Hauptdiagnose	G56.0:L
Segment Fachabteilung	FAB
Fachabteilung	2800
Diagnose	G56.0:L (kann hier auch entfallen)
Sekundär-Diagnose	
Zusatzschlüssel Diagnose	
Sekundär-Diagnose Zusatzschlüssel	
Operationstag	20080115
Operation	505640:L

*Entlassungsanzeige*

```

UNH+00001+ENTL:07:000:00 '
FKT+10+01+260500005+100500016 '
INV+123456002+10001+0812+2008-00002+00002+AZ00002 '
NAD+Beispielname2+Beispielvorname2+m '
DPV+2008+2008 '
DAU+20080114+20080201 '
ETL+20080201+1100+022+2800+G56.0:L '
FAB+2800+G56.0++++20080115+505640:L '
UNT+9+00001 '

```

## Rechnungssatz

Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	260500005
IK des Empfängers	100500016
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456002
Versichertenstatus	10001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0712
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00002
Fall-Nummer der Krankenkasse	00002
Aktenzeichen der Krankenkasse	AZ00002
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname2
Vorname des Versicherten	Beispielvorname2
Geschlecht	m
Segment Währung	CUX
Währungskennzeichen	EUR
Segment Rechnung	REC
Rechnungsnummer	RE20080002
Rechnungsdatum	20080205
Rechnungsart	02
Aufnahmetag	20080114
Rechnungsbetrag	2775,35
Segment Zuzahlung	ZLG
Zuzahlungsbetrag	190,00
Zuzahlungskennzeichen	2
Segment Fachabteilung	FAB
Fachabteilung	2800
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	41092800
Entgeltbetrag	114,02
Abrechnung von:	20080109
Abrechnung bis:	20080111
Entgeltanzahl	0
Tage ohne Berechnung/Behandlung	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	7010B05Z
Entgeltbetrag	1064,80
Abrechnung von:	20080114
Abrechnung bis:	20080118
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	7110B05Z
Entgeltbetrag	140,80
Abrechnung von:	20080119
Abrechnung bis:	20080131
Entgeltanzahl	13

Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	47200002
Entgeltbetrag	14,48
Abrechnung von:	20080114
Abrechnung bis:	20080131
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	46005000
Entgeltbetrag	1,29
Abrechnung von:	20080114
Abrechnung bis:	20080131
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	48000001
Entgeltbetrag	0,90
Abrechnung von:	20080114
Abrechnung bis:	20080131
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	47100001
Entgeltbetrag	0,64
Abrechnung von:	20080114
Abrechnung bis:	20080131
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	42092800
Entgeltbetrag	40,90
Abrechnung von:	20080203
Abrechnung bis:	20080205
Entgeltanzahl	2
Tage ohne Berechnung/Behandlung	1

*Rechnungssatz*

UNH+00001+RECH:07:000:00 '  
 FKT+10+01+260500005+100500016 '  
 INV+123456002+10001+0812+2008-00002+00002+AZ00002 '  
 NAD+Beispielname2+Beispielvorname2+m '  
 CUX+EUR '  
 REC+RE20080002+20080205+02+20080114+2775,35 '  
 ZLG+190,00+2 '  
 FAB+2800 '  
 ENT+41092800+114,02+20080109+20080111+0+1 '  
 ENT+7010B05Z+1064,80+20080114+200801018+1 '  
 ENT+7110B05Z+140,80+20080119+20080131+13 '  
 ENT+47200002+14,48+20080114+20080131+1 '  
 ENT+46005000+1,29+20080114+20080131+1 '  
 ENT+48000001+0,90+20080114+20080131+1 '  
 ENT+47100001+0,64+20080114+20080131+1 '  
 ENT+42092800+40,90+20080114+20080205+2+1 '  
 UNT+17+00001 '



**DRG-Beispiel 3**

Fallpauschale (G72B), Überschreiten der oberen GVD, Aufnahme ohne 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. Aufnahme-diagnose	EAD
Aufnahme-diagnose	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+K0UB: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	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	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	■	■			
DRG-, 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+K0UB: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  
*erster Tag mit Abschlag: 1, mittlere VD: 6,9 Tage*

Abschlag bei Verlegung 3 Abschlagstage

DRG-System-, QS-, G-BA-Zuschlag, Abschlag nach § 8 Abs. 9 KHEntgG  
 fallbezogen 2.–5.1.2008

Zuzahlungstage 4 Kalendertage 2.–5.1.2008 (EUR 10,— je Zuzahlungstag)

*2. Aufenthalt (mit Fallzusammenführung):*

DRG-FP I57C 15 Belegungstage 2.–20.1.2008 (ohne 6.–9.1.2008)  
*mittlere VD: 6,9 Tage, erster Tag mit Zuschlag: 16*

DRG-System-, QS-, G-BA-Zuschlag, Abschlag nach § 8 Abs. 9 KHEntgG  
 fallbezogen 2.–20.1.2008

Zuzahlungstage 16 Kalendertage 2.–21.1.2008 (ohne 6.–9.1.2008)

	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+K0UB: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*

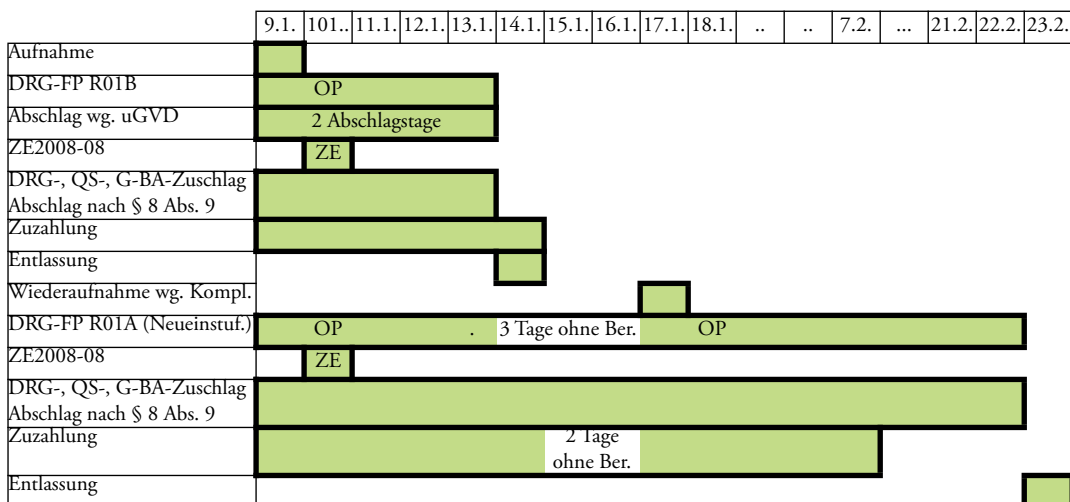
UNH+00001+RECH:07:000:00 '  
 FKT+10+03+260500005+100500016 '  
 INV+123456005+10001+0812+2008-00005+00005+AZ00005 '  
 NAD+Beispielname5+Beispielvorname5+m '  
 CUX+EUR '  
 REC+RE20080005b+20080123+02+20080102+2108,44 '  
 ZLG+160,00+2 '  
 FAB+2300 '  
 FAB+0300 '  
 ENT+7010I57C+2277,00+20080102+20080120+1+4 '  
 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:07:000:00 '  
FKT+10+01+260500005+100500016 '  
INV+123456006+10001+0812+2008-00006+00006+AZ00006 '  
NAD+Beispielname6+Beispielvorname6+w '  
DPV+2008+2008 '  
DAU+20080109+20080114 '  
ETL+20080114+0900+012+2800+C85.1 '  
NDG+J96.0 '  
NDG +N18.84 '  
FAB+2800+C85.1++++20080110+885462 '  
FAB+2800+C85.1++++20080110+15120 '  
UNT+12+00001 '

## Rechnungssatz

Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	260500005
IK des Empfängers	100500016
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456006
Versichertenstatus	10001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00006
Fall-Nummer der Krankenkasse	00006
Aktenzeichen der Krankenkasse	AZ00006
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname6
Vorname des Versicherten	Beispielvorname6
Geschlecht	w
Segment Währung	CUX
Währungskennzeichen	EUR
Segment Rechnung	REC
Rechnungsnummer	RE20080006
Rechnungsdatum	20080115
Rechnungsart	02
Aufnahmetag	20080109
Rechnungsbetrag	6932,31
Segment Zuzahlung	ZLG
Zuzahlungsbetrag	60,00
Zuzahlungskennzeichen	2
Segment Fachabteilung	FAB
Fachabteilung	2800
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	7010R01B
Entgeltbetrag	8450,20
Abrechnung von:	20080109
Abrechnung bis:	20080113
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	7310R01B
Entgeltbetrag	987,80
Abrechnung von:	20080109
Abrechnung bis:	20080113
Entgeltanzahl	2
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	76000080
Entgeltbetrag	550,00
Abrechnung von:	20080110
Abrechnung bis:	20080110
Entgeltanzahl	1

Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	47200002
Entgeltbetrag	35,12
Abrechnung von:	20080109
Abrechnung bis:	20080113
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	46005000
Entgeltbetrag	1,29
Abrechnung von:	20080109
Abrechnung bis:	20080113
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	48000001
Entgeltbetrag	0,90
Abrechnung von:	20080109
Abrechnung bis:	20080113
Entgeltanzahl	1
Segment Entgelt	ENT
Entgeltart	47100001
Entgeltbetrag	0,64
Abrechnung von:	20080109
Abrechnung bis:	20080113
Entgeltanzahl	1

*Rechnungssatz*

UNH+00001+RECH:07:000:00 '  
 FKT+10+01+260500005+100500016 '  
 INV+123456006+10001+0812+2008-00006+00006+AZ00006 '  
 NAD+Beispielname6+Beispielvorname6+w '  
 CUX+EUR '  
 REC+RE20080006+20080115+02+20080109+6932,31 '  
 ZLG+60,00+2 '  
 FAB+2800 '  
 ENT+7010R01B+8450,00+20080109+20080113+1 '  
 ENT+7310R01B+987,80+20080109+20080113+2 '  
 ENT+76000080+550,00+20080110+20080110+1 '  
 ENT+47200002+35,12+20080109+20080113+1 '  
 ENT+46005000+1,29+20080109+20080113+1 '  
 ENT+48000001+0,90+20080109+20080113+1 '  
 ENT+47100001+0,64+20080109+20080113+1 '  
 UNT+16+00001 '

Aufnahmesatz	(Wiederaufnahme)
Segment Funktion	FKT
Verarbeitungskennzeichen	10
Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	01
IK des Absenders	260500005
IK des Empfängers	100500016
Segment Information Versicherter	INV
Krankenversicherten-Nr.	123456006
Versichertenstatus	10001
Gültigkeit der Versichertenkarte	0812
KH-internes Kennzeichen des Versicherten	2008-00006b
Segment Name/Adresse	NAD
Name des Versicherten	Beispielname6
Vorname des Versicherten	Beispielvorname6
Geschlecht	w
Segment Diagnosen- und Prozedurenversion	DPV
ICD-Version	2008
Segment Aufnahme	AUF
Aufnahmetag	20080117
Aufnahmeuhrzeit	1030
Aufnahmegrund	0101
Fachabteilung	1700
Voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung	20080204
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+2008-00006b '
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
Arztnummer des einweisenden Arztes	1234567
Segment Einweisungs- u. Aufnahme-diagnose	EAD
Aufnahme-diagnose	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.)

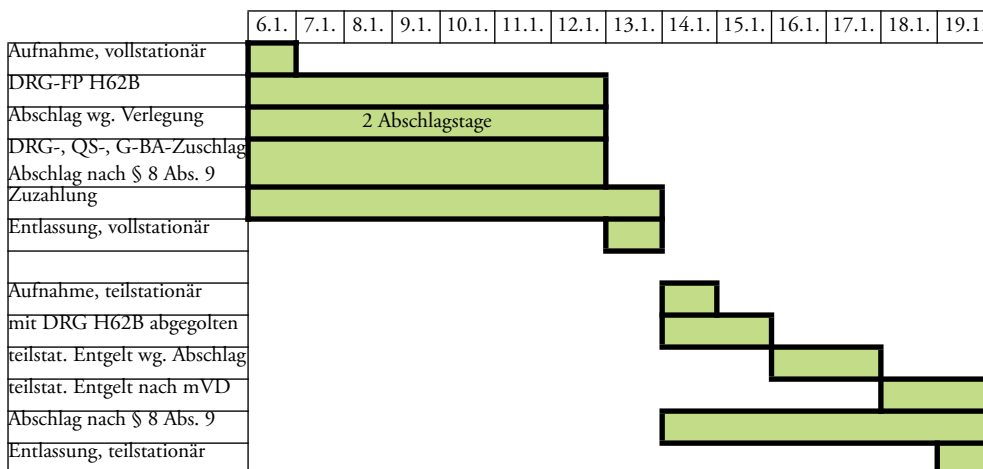
Teilstat. Behandlungstage

–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 Aufnahme-diagnose 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

Nachtrag vom 20. Mai 2015 mit Wirkung zum 1.7.2015 bzw. 1.1.2016





**Nachtrag  
vom 20.5.2015**

**mit Wirkung zum 1.7.2015  
(Nachträge 1, 3, 5–10) und  
mit Wirkung zum 1.1.2016  
(Nachträge 2,4,11)**

zur Fortschreibung der § 301 – Vereinbarung  
vom 20.3.2014

---

## Erläuterungen zu einzelnen Nachträgen

---

### Nachtrag 1:

Die Teamnummer (§116b neu) ist 9-stellig. In der Dokumentation des Vertragskennzeichens ist die 9. Stelle durch ein weiteres `x` kenntlich zu machen. Dies betrifft die Felddescription der Nachrichtentypen „Rechnungssatz Ambulantes Operieren“ und „Zahlungssatz Ambulantes Operieren“.

### Nachtrag 2 (mit Wirkung zum 01.01.2016):

In Verträgen zu Modellvorhaben finden auch Teilzahlungen Anwendung. Um diese in Zwischenrechnungen (separate Kontenzuordnung bei den gesetzlichen Krankenkassen anhand des Kontenrahmens der Gesetzlichen Krankenversicherung) von „normalen“ PEPP Teilzahlungen abzugrenzen, sind gesonderte Teilzahlungsentgelte (und Teilzahlungskorrekturen) vorzusehen. Somit kann die gleiche Logik, wie bereits in der Abrechnung der Teilzahlungsentgelte AD100001, AD100002, BD100001, BD100002 vereinbart, durch die Vereinbarungspartner angewandt werden.

### Nachtrag 3:

Im Rahmen von Modellvorhaben nach § 64b SGB V finden in der Praxis die Anwendung einiger PEPP-Entgelte statt. Um Ergänzende Tagesentgelte (Preisbildung durch Multiplikation von Basisentgeltwert und Relativgewicht) aus den Katalogen mit entsprechenden Preisen zu versehen, ist eine separate Abbildungslogik im Entgeltartenschlüssel vorzunehmen. Die 3.-8. Stelle weist künftig das ET aus (z.B. CAET0101). Dies findet nur Anwendung für den stationären Behandlungsbereich (1.Stelle=C). Die in der Zwischenzeit in der Schlüsselfortschreibung zum 30.04.2015 vergebenen Entgeltschlüssel für ETs bei Modellvorhaben sind mit der Vereinbarung der neuen Vergabelogik umzustellen.

Es wird klargestellt, dass die Zu- bzw. Abschläge nur für den stationären Behandlungsbereich (1.Stelle=C) gelten.

### Nachtrag 4 und 11 (mit Wirkung zum 01.01.2016):

Diese Regelung wird infolge des § 22 Abs. 3 Personenstandsgesetz (PStG) notwendig. Kann das Kind weder dem weiblichen noch dem männlichen Geschlecht zugeordnet werden, so ist der Personenstandsfall ohne eine solche Angabe in das Geburtenregister einzutragen und entsprechend zu übermitteln.

### Nachtrag 5:

Der GBA hat mit den Richtlinien zu Onkologische Erkrankungen (gynäkologische Tumore) und dem Marfan-Syndrom zwei weitere Leistungsbereiche im Rahmen von §116bneu vereinbart. Zur Abbildung dieser Leistungsbereiche wird der Leistungsbereichsschlüssel entsprechend erweitert.

### Nachtrag 6:

Es findet eine Aktualisierung des Fachgruppencodes statt.

**Nachtrag 7:**

Aufnahme eines neuen Fehlercodes bei der unzulässigen Verwendung der „lfd. Nr. des Geschäftsvorfalls“.

**Nachtrag 8:**

Die Bezeichnungsänderung der hkk zu „Handelskrankenkasse“ wird nachgezogen.

**Nachtrag 9:**

Eine Trennung von Rechnungen nur einer Nachrichtenversion in Sammelrechnungen ist nicht notwendig, vielmehr können in einer Sammelrechnung auch Rechnungen mehrerer Nachrichtenversionen zusammengefasst werden. Dies wird klargestellt.

**Nachtrag 10:**

Zur Angabe von Gennummern, die weniger als 12 Stellen aufweisen, wurde – bis zur Anpassung der Felddefinition im Rahmen der nächsten Fortschreibung – eine Klarstellung aufgenommen.

## Nachträge zur Anlage 1

### Nachtrag 1

#### Rechnungssatz und Zahlungssatz Ambulante Operation

Seg- ment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
FKT	Segment Funktion	M	an3	siehe Anlage 4 (7.2.4)
	Verarbeitungskennzeichen	M	an2	Schlüssel 9
	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	M	an2	'01', ...
	IK des Absenders	M	an9	IK des Krankenhauses
	IK des Empfängers	M	an9	IK der Krankenkasse
INV	Segment Information Versicherter	M	an3	'INV'
	Krankenversicherten-Nr.	K	an..12	
	Versichertenart	K	n1	Schlüssel 12 (Teil 1), '9' bei Auslandsversicherten
	Besonderer Personenkreis	K	n1	Schlüssel 12 (Teil 2), '9' bei Auslandsversicherten
	DMP-Teilnahme	K	n1	Schlüssel 12 (Teil 3), '9' bei Auslandsversicherten
	Gültigkeit der Versichertenkarte	K	an4	Bis-Datum (JJMM)
	KH-internes Kennzeichen des Versicherten	M	an..15	
	Fall-Nummer der Krankenkasse	K	an..17	Angabe entfällt
	Aktenzeichen der Krankenkasse	K	an..8	Angabe entfällt
	Tag des Beginns des Versicherungsschutzes	K	an8	Angabe entfällt
	Vertragskennzeichen	K	an..25	Muss angegeben werden bei § 116b (neu) (Teamnummer '00xxxxxx' <u>x</u> )

## Nachträge zur Anlage 2

### Nachtrag 2 (zum 01.01.2016)

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

wird wie folgt geändert:

...

#### Zusatzschlüssel für Entgeltbereich A [Entgelte für Modellvorhaben]

##### Entgeltbezug

3. Stelle      0      reserviert

4.-8. Stelle      00000ff.

99999      intern reserviert (BEW-Modellvorhaben)

[ZZZZT](#)      [Teilzahlungsentgelt Modellvorhaben](#)

[ZZZZK](#)      [Teilzahlungskorrektur Modellvorhaben](#)

3.-7. Stelle      PEPP-Entgelt<sup>1</sup>      Bezeichnung aus gültigem Entgeltkatalog, alphanumerisch

<sup>1</sup> nur für den voll- bzw. teilstationären Behandlungsbereich (1. Stelle des Entgeltartenschlüssels = A oder B)

**Nachtrag 3****Schlüssel 4 Teil III: Entgeltarten BPfIV (bei Anwendung §17d KHG)**

wird wie folgt geändert:

...

**Zusatzschlüssel für Entgeltbereich A [Entgelte für Modellvorhaben]****Entgeltbezug**

...

3.–7. Stelle	PEPP-Entgelt <sup>2</sup>	Bezeichnung aus gültigem Entgeltkatalog, alphanumerisch	
	8. Stelle	1	Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 1 (oder Entgelt ohne Vergütungsstufe)
		2	Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 2
		3–8	Entgelte nach Entgeltkatalog gemäß der Vergütungsklassen 3–8
		9	Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 9
		A	Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 10
		B	Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 11
		...	fortlaufend durch Nutzung aller Buchstaben
		Z	Entgelt nach Entgeltkatalog gemäß Vergütungsklasse 35

[3.–8. Stelle<sup>3</sup>](#) [Ergänzende Tagesentgelte](#) [Orientierung bei der Entgeltvergabe an Bezeichnung Katalog, alphanumerisch \(z.B. ET0101\)](#)

8 <sup>4</sup>	Zuschläge für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)		
	4. Stelle	0	Variabler Zuschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)
		5.–8. Stelle	0000ff.
		1	Fester Zuschlagsbetrag für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)
		5.–8. Stelle	0000ff.

<sup>2</sup> nur für den voll- bzw. teilstationären Behandlungsbereich (1. Stelle des Entgeltartenschlüssels = A oder B)

<sup>3</sup> [nur für den stationären Behandlungsbereich \(1. Stelle des Entgeltartenschlüssels = C\)](#)

<sup>4</sup> [nur für den stationären Behandlungsbereich \(1. Stelle des Entgeltartenschlüssels = C\)](#)

9 <sup>5</sup>	Abschläge für Entgelte bei Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)					
	4. Stelle	0	Variabler	Abschlagsbetrag	für	Entgelte bei
		5.-8. Stelle	Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)			
			0000ff.			
	4. Stelle	1	Fester	Abschlagsbetrag	für	Entgelte bei
		5.-8. Stelle	Modellvorhaben (§64b Abs. 1 SGB V)			
			0000ff.			

...

**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 Vergütungsstufenklassen vorsieht, ist immer die Zusatzinformation 1 an der 8. Stelle zu verwenden.

---

<sup>5</sup> nur für den stationären Behandlungsbereich (1. Stelle des Entgeltartenschlüssels = C)

**Nachtrag 4 (zum 01.01.2016)**

**Schlüssel 21: Geschlecht**

*wird wie folgt ergänzt:*

m	männlich
w	weiblich
x	<u>unbestimmt</u>



**Nachtrag 5****Schlüssel 22: Leistungsbereich (116b)**

Leistungen nach §116b SGB V in seiner ab 01.01.2012 geltenden Fassung (wird entsprechend fortgeschrieben –§ 116b (neu))

<b>1[A-I]0100ff</b>	<b>Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen</b>
1A0100	Onkologische Erkrankungen; Gastrointestinale Tumore und Tumore der Bauchhöhle
<a href="#">1A0200</a>	<a href="#">Onkologische Erkrankungen: gynäkologische Tumore</a>
...	
<b>2[A-N]0100ff</b>	<b>Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen</b>
2A0100	Tuberkulose; Tuberkulose und atypische Mykobakteriose
...	
<a href="#">2K0100</a>	<a href="#">Marfan-Syndrom</a>
...	
<b>3[A-B]0100ff</b>	<b>Hochspezialisierte Leistungen</b>
....	

**Nachtrag 6****Schlüssel 27: Fachgruppencode (§116b)**

<b>Bezeichnung</b>	<b>Fachgruppencode</b>
...	...
FA Innere Medizin und SP Nephrologie	29
SP Nephrologie; obsolet	29
<a href="#">TG Nephrologie, obsolet</a>	<a href="#">29</a>
FA Innere Medizin und SP Pneumologie	30
...	...

## Nachträge zu Anhang C zu Anlage 2

Nachtrag 7

Fehlercode	Fehlertext
...	
...	
34176	KV Bezirk entspricht nicht Schlüssel 26
<a href="#">34177</a>	<a href="#">Ifd. Nummer des Geschäftsvorfalls unzulässig</a>
....	

## Nachträge zur Anlage 4

Nachtrag 8

## 9.1 Datenannahmestellen der Krankenkassen

*wird wie folgt ergänzt:*

...

Kürzel	Ersatzkasse	Vorprüfung
BARMER GEK	BARMER GEK	selbst
TK	Techniker Krankenkasse	selbst
DAK-Gesundheit	DAK-Gesundheit	selbst
KKH	KKH-Kaufmännische Krankenkasse	selbst
HEK	Hanseatische Krankenkasse	selbst
hkk	<del>hkk</del> <a href="#">Handelskrankenkasse</a>	bei BITMARCK SERVICE GMBH

...

## Nachträge zur Anlage 5

**Nachtrag 9****1 Hinweise zur Datenübermittlung** *wird wie folgt ergänzt:*

...

**Vorgehen bei Versionswechsel:**

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

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

**Nachtrag 10**

**2.8 ENA Segment Name/Adresse** *wird wie folgt ergänzt:*

...

**13. Gennummer, codiert**

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.

...

**Nachtrag 11 (zum 01.01.2016)****2.18 NAD Segment Name/Adresse** *wird wie folgt ergänzt:***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 unbestimmten Geschlecht](#) anzugeben.

**3. Geschlecht**

Schlüssel: 21

Es ist mit „w“ für weiblich oder „m“ für männlich das Geschlecht des Versicherten anzugeben. [In Fällen des § 22 Abs. 3 PStG wird „x“ für unbestimmt angegeben.](#)

...