



**Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V  
Nachtrag mit Wirkung zum 1. Januar 2013**

**Übersicht über die wesentlichen Regelungen des Nachtrags**

**Nachtrag 1:** Aufwandspauschale bei erfolgloser MDK-Prüfung bei § 115b-Abrechnung

Die Erstattung der Aufwandspauschale bei Abrechnung ambulanter Operationen erfolgt über eine eigene Einzelvergütung mit Schlüssel „53“ im Rechnungssatz Ambulante Operation.

**Nachtrag 12:** Teilzahlung bei Anwendung des § 17d KHG

Für die Ermittlung des „regulären Rechnungsbetrags“ wurde ein Hinweis aufgenommen.

Die „Technischen Beispiele“ wurden korrigiert. Zusätzlich wurde der Hinweis aufgenommen, dass Tage der vollständigen Abwesenheit vor Beginn einer neuen Vergütungsstufe bei der „alten“ Vergütungsstufe ausgewiesen werden und eine neue Vergütungsstufe stets mit dem ersten für sie zutreffenden Berechnungstag beginnt.

**Nachtrag 14:** Aufwandspauschale bei erfolgloser MDK-Prüfung - § 115b-Abrechnung

Bei nachträglicher Berechnung ist eine Gutschrift mit anschließend entsprechend erhöhter Rechnung (AMBO) zu übermitteln.

Leistungen vor- und nachstationärer Behandlungen

Aufnahme des Hinweises, dass Leistungen (Prozeduren) der vor- und nachstationären Behandlung bei der Gruppierung und Abrechnung des Behandlungsfalls nach PEPPV 2013 nicht zu berücksichtigen sind.

**Nachtrag 17:** Umsetzung der PEPPV 2013

Aufnahme der Regelung in § 2 Abs.1 Satz 2 PEPPV 2013, wonach das Kriterium der Einstufung in dieselbe Strukturkategorie keine Anwendung findet, wenn Fälle aus unterschiedlichen Jahren zusammenzufassen sind.

Klarstellung zur Entlassung zum Jahresende für Zwecke der Abrechnung (§ 4 PEPPV 2013), dass für das „Altjahr“ eine Schlussrechnung (mit „Entlassungstag“ 31.12. als Berechnungstag) und für den im neuen Jahr fortgesetzten Aufenthalt ein neuer Aufnahmesatz mit eigener Entlassungsanzeige und Schlussrechnung zu übermitteln ist.

Neuer Hinweis, dass für die Abrechnung von Dialyseleistungen im eigenen Krankenhaus (§ 1 Abs. 8 PEPPV 2013) ein eigener Fall zu übermitteln ist.

# Nachtrag<sup>1</sup> vom 27.11.2012

zur Fortschreibung der § 301–Vereinbarung

mit Wirkung zum 1.1.2013

(für Nachtrag 1 & 14 (Seite 25) zum 1.7.2013

Nachtrag 9 zum 1.4.2013 bzw. 1.1.2014)

---

<sup>1</sup> Grundlage des Nachtrags (Anlage):

1. Verordnung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2013 (Verordnung pauschalierende Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik 2013 – PEPPV 2013)
2. PEPP-Katalog Version 2013 (Anlagen 1– 4 der Verordnung pauschalierende Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik 2013 – PEPPV 2013)

---

## Nachträge zur Anlage 2

### Nachtrag 1 (zum 1.7.2013)

#### **Schlüssel 3: Einzelvergütung Ambulante Operation, Erläuterung**

*wird wie folgt ergänzt:*

1. u. 2. Stelle      01      Im Körper verbleibende Implantate in Summe (siehe Hinweis)

...

53      [Aufwandspauschale bei erfolgloser MDK-Prüfung – nur für Ambulantes Operieren im Krankenhaus §115b SGB V](#)

**Nachtrag 2****Schlüssel 4 Teil I: Entgeltart stationär***wird wie folgt aktualisiert:*

...

**Wahlleistung Unterkunft (gilt nur für Knappschaft)<sup>2</sup>**

00001 Einbettzimmer-Zuschlag (wird bei Zahlung durch  
übernahmefähigen Zweibettzimmer-Zuschlag ersetzt)

00002

bis

00009 Zweibettzimmer-Zuschlag, krankenhaushausindividuelle Staffelung

...

---

<sup>2</sup> Gilt nur für Knappschaft: Auch zur Verwendung in psychiatrischen/psychosomatischen Behandlungsfällen gemäß BpflV bei Anwendung des §17d KHG neben Teilzahlungsentgelten oder ggf. nach Gutschrift in der Schlussrechnung/Nachtragsrechnung zu übermitteln.

Nachtrag 3**Schlüssel 4 Teil II: Entgeltart ambulant***wird wie folgt geändert:***1. Stelle      Einrichtungsart**

0	Ambulantes Operieren nach § 115b SGB V, Ambulante Behandlung nach § 116b SGB V
1	-
2	Hochschulambulanzen nach § 117 Abs. 1 SGB V
3	Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V
4	Sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V
5	Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V
6	Kinderspezialambulanzen (ergänzende fall- oder einrichtungsbezogene Pauschale) nach § 120 Abs. 1a SGB V
7	Ambulanzen an Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG – § 117 Abs. 2 SGB V

**2. Stelle      Abrechnungsart****0      EBM**

3. Stelle	0	<a href="#">ohne Differenzierung</a>
	<b>B</b>	<a href="#">Einbeziehung von Bezugsperson(en) des Patienten gemäß § 14 Abs. 5 Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage zum BMV-Ä bzw. EKV)</a>
4. – 8. Stelle	01100 ff.	EBM-Ziffern, Schlüssel 20

...

**6      sonstige Pauschale**

3. – 4.	00	keine Differenzierung
5. Stelle	0	keine Differenzierung
	1	Impfpauschale
6. – 8. Stelle	000	keine Differenzierung
	001	Notfallpauschale
	002	Abklärungsuntersuchung
	003	Kinderpauschale ab 60 Behandlungstage
	004	medizinisch-therapeutische Leistungen
	005	Einsatzpauschale für Notfälle außerhalb des Krankenhauses
	...	
	<b>006</b>	<a href="#">Notfallbehandlung in der Zentralen Notfallaufnahme</a>

...

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

wird wie folgt aktualisiert und ergänzt:

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

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

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

Hinweis:

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

**1. Stelle    Behandlungsbereich**

- A    vollstationärer Behandlungsbereich
- B    teilstationärer Behandlungsbereich
- C    stationärer Behandlungsbereich (gilt für Entgeltbereiche 5, 9, V und N)

...

**Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 6 [Zuschläge u.a. gemäß KHG]****Entgeltbezug**

- |           |              |                         |   |
|-----------|--------------|-------------------------|---|
| 3. Stelle | 1            | Tagesbezogene Zuschläge |   |
|           | 4.-8. Stelle | 00000                   | Zuschlag Begleitperson<br>[§ 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 1. HS BPfIV]           |
|           |              | 00001                   | Zuschlag Mitaufnahme Pflegekraft<br>[§ 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 2. HS BPfIV] |
|           |              | 00002                   | Investitionszuschlag bis 2014<br>[§8 Abs. 3 BPfIV]                      |
| 3. Stelle | 2            | Fallbezogene Zuschläge  |   |
|           | 4.-8. Stelle | 00000                   | Ausbildungszuschlag<br>[§17a Abs. 6 KHG]                                |

00001	Zuschlag Teilnahme an der regionalen Versorgungsverpflichtung
00002	<del>Zuschlag Notfallversorgung</del> <del>[§17b Abs. 1 Satz 4 KHG]</del> <a href="#">reserviert</a>
00003	Zuschlag Qualitätssicherung [§17b Abs. 1 Satz 5 KHG]
00004	Zuschlag Sicherstellung [§17b Abs. 1 Sätze 6–9 KHG]
00005	DRG-Systemzuschlag [§17b Abs. 5 KHG]
00006	Zuschlag Gemeinsamer Bundesausschuss [§ 91 Abs. 3 Satz 1 SGB V]
00007	Zuschlag Institut § 139c SGB V [§139 c Satz 1 SGB V]
00008	Telematikzuschlag [§ 291a Abs. 7a SGB V]

[3. Stelle](#)     [3](#)     [Sonstige Zuschläge](#)

<a href="#">4.–8. Stelle</a>	<a href="#">00000</a>	<a href="#">Kostenpauschale für Verwaltungsverfahren</a>
	<a href="#">00001</a>	<a href="#">Aufwandspauschale bei erfolgloser MDK-Prüfung (§ 275 Abs.1c SGB V)</a>

...

### Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 7 [Abschläge u.a. gemäß KHG]

#### Entgeltbezug

3. Stelle	1	Tagesbezogene Abschläge
	4.–8. Stelle	00000ff.
3. Stelle	2	Fallbezogene Abschläge
	4.–8. Stelle	00000     Korrektur Ausbildungszuschlag
		00001     Abschlag Nichtteilnahme Qualitätssicherung [§ 8 Abs. 4 BpflV]
		<a href="#">00002</a> <a href="#">Abschlag für Nichtbeteiligung an der Notfallversorgung [§17b Abs. 1 Satz 4 KHG]</a>

...

### Zusatzschlüssel für Entgeltbereich 8 [krankenhausindividuell vereinbarte PEPP-Entgelte]

#### Entgeltbezug

3. Stelle	1	Tagesbezogene Entgelte [E3.3] <a href="#">Vergütungsstufe 1</a>
		<a href="#">2</a> <a href="#">Tagesbezogene Entgelte [E3.3], Vergütungsstufe 2</a>
		<a href="#">3</a> <a href="#">Tagesbezogene Entgelte [E3.3], Vergütungsstufe 3</a>
		<a href="#">4</a> <a href="#">Tagesbezogene Entgelte [E3.3], Vergütungsstufe 4</a>
		<a href="#">5</a> <a href="#">Tagesbezogene Entgelte [E3.3], Vergütungsstufe 5</a>
	4.–8. Stelle	00000ff.
3. Stelle	<del>2</del>	Fallbezogene Entgelte [E3.1.]
		<a href="#">8</a>

	4.-8. Stelle	00000ff.
3. Stelle	<del>3</del> Zeitraumbezogene Entgelte	
	<u>9</u>	
	4.-8. Stelle	00000ff.



**Nachtrag 5****Schlüssel 5: Entlassungs-/Verlegungsgrund***wird wie folgt ergänzt:*

1. u. 2. Stelle	01	Behandlung regulär beendet
	02	Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
	...	...
	22	Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung
	23	Beginn eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht (BPfIV-Bereich – für verlegende Fachabteilung)
	24	Beendigung eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht (BPfIV-Bereich – für Pseudofachabteilung 0003)
3. Stelle	<a href="#">25</a>	<a href="#">Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung – PEPP)<sup>3</sup></a>
	1	arbeitsfähig entlassen
	2	arbeitsunfähig entlassen
...	9	keine Angabe

---

<sup>3</sup> [§ 4 PEPPV 2013](#)

**Nachtrag 6****Schlüssel 24: Leistungsart***wird wie folgt aktualisiert:*

A1	PIA Leistungsdokumentation gemäß Schlüssel 23
A2	Leistungsbereich der Behandlung nach § 116b SGB V gemäß Schlüssel 22
A3	geplante ambulante Operation ist nicht zustande gekommen
A4	Dokumentation für Einrichtungen nach § 119 SGB V (soweit vereinbart)

**Hinweis:** 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 Leistungsart A4 wird im Leistungsschlüssel an den ersten beiden Stellen je Bundesland wie folgt unterschieden:](#)

<a href="#">Stelle 1 und 2 des Leistungsschlüssels</a>	<a href="#">Bundesland</a>
<a href="#">01</a>	<a href="#">Schleswig-Holstein</a>
<a href="#">02</a>	<a href="#">Hamburg</a>
<a href="#">03</a>	<a href="#">Niedersachsen</a>
<a href="#">04</a>	<a href="#">Bremen</a>
<a href="#">05</a>	<a href="#">Nordrhein-Westfalen</a>
<a href="#">06</a>	<a href="#">Hessen</a>
<a href="#">07</a>	<a href="#">Rheinland-Pfalz</a>
<a href="#">08</a>	<a href="#">Baden-Württemberg</a>
<a href="#">09</a>	<a href="#">Bayern</a>
<a href="#">10</a>	<a href="#">Saarland</a>
<a href="#">11</a>	<a href="#">Berlin</a>
<a href="#">12</a>	<a href="#">Brandenburg</a>
<a href="#">13</a>	<a href="#">Mecklenburg-Vorpommern</a>
<a href="#">14</a>	<a href="#">Sachsen</a>
<a href="#">15</a>	<a href="#">Sachsen-Anhalt</a>
<a href="#">16</a>	<a href="#">Thüringen</a>

## Nachträge zu Anhang B Teil I und II (Anlage 2) Korrekturen/Ergänzungen

### Nachtrag 7

#### Anhang B Teil I:

*wird wie folgt geändert:*

Entgeltschlüssel	Entgeltbezeichnung	gueltigab	gueltigbis
76197575	Wachstumslenkende Epiphyseodese; OPS 5-789.1h in Verbindung mit OPS 5-789.1k	01.01.2012	31.12. <del>9999</del> <u>2012</u>
76197575	<u>Wachstumslenkende Epiphyseodese; OPS 5-789.1h oder 5-789.1k</u>	01. <del>01</del> <u>11</u> .2012	31.12.9999
76096741	ZE2012-71 Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga, Dotatoc, intraarteriell; <u>OPS 8-530.a0</u>	01.01.2012	31.12.9999
76096742	ZE2012-71 Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga, Dotanoc, <u>intraarteriell; OPS 8-530.60</u>	01.01.2012	31.12.9999
76096743	ZE2012-71 Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga, Dotanoc, intraarteriell; <u>OPS 8-530.a0</u>	01.01.2012	31.12.9999

**Nachtrag 8****Anhang C Anlage 2:***wird wie folgt aktualisiert:*

...

**Spezifische Fehler der Prüfstufe 3**

Fehlercode	Fehlertext
...	
34100	Es wurde nur FAB = 0000, 0001 <del>oder</del> 0002 <u>oder 0003</u> übermittelt
34109	Angabe von Nebendiagnosen für Pseudo-Fachabteilung 0001 <del>und</del> 0002 <u>und 0003</u> nicht zulässig
...	
34124 *	Zuzahlungsbetrag > 20,00 EUR unzulässig
34125 *	Punktzahl entspricht nicht 0,3625 x Punktzahl im EBM-Katalog
34126 *	Punktzahl entspricht nicht 0,5 x Punktzahl im EBM-Katalog
...	

~~\*) Sollte für Leistungen der künstlichen Befruchtung die vorgesehene Kürzung der Punktzahlen in den ENA-Segmenten durch die Krankenhaus-Software nicht möglich sein, können der Zuzahlungsbetrag um den Eigenanteil additiv zur Praxisgebühr erhöht und die Punktzahlen ungekürzt angegeben sein. In diesem Falle darf der Fehlercode nicht angewendet werden.~~

## Nachträge zur Anlage 4

### Nachtrag 9 (ab 1.4.2013 (BKK Mobil Oil) bzw. 1.1.2014 (BKK vor Ort))

#### Anlage 4 (Abschnitt 9, Pkt. 9.1 Annahmestellen bei den Krankenkassen)

wird wie folgt aktualisiert:

...

#### 9.1 Annahmestellen bei den Krankenkassen

...

##### Ersatzkassen:

2 Annahmestellen: T-Systems International GmbH (ohne Entschlüsselungsberechtigung)  
BITMARCK SERVICE GMBH (mit Entschlüsselungsberechtigung)

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

6 Vorprüfstellen (BITMARCK SERVICE GMBH und selbstprüfende Kassen):

Kürzel	Ersatzkasse	Vorprüfung
BARMER GEK	BARMER GEK	selbst
TK	Techniker Krankenkasse	selbst
DAK-Gesundheit	DAK-Gesundheit	selbst
KKH- <del>Allianz</del>	KKH- <del>Kaufmännische Krankenkasse</del> Allianz	selbst
HEK	Hanseatische Krankenkasse	selbst
hkk	hkk	bei BITMARCK SERVICE GMBH

Annahmestelle der selbstprüfenden Ersatzkassen:

T-Systems International GmbH

für Datenträgerannahme Postfach 50 11 60, 70341 Stuttgart

für DFÜ 0800/3324785 (DAV-Hotline)

– dort wird die aktuelle DFÜ-Telefonnummer bekanntgegeben –

##### Betriebskrankenkassen:

+2 Annahme- und Vorprüfstellen (mit Entschlüsselungsberechtigung)

<u>Name</u>	<u>Anschrift/Ansprechpartner</u>	<u>IK</u>
<u>Betriebskrankenkassen (ohne BKK Mobil Oil ab 1.4.2013 und ohne BKK vor Ort ab 1.1.2014)</u>	<u>BITMARCK SERVICE GMBH, Lindenallee 6-8, 45127 Essen</u>	<u>ohne 102193212 (ab 1.4.2013) ohne 102193234 (ab 1.1.2014)</u>
<u>BKK Mobil Oil ab 1.4.2013</u>	<u>Mobil ISC GmbH, Raiffeisenstr. 12, 31275 Lehrte, Telefon 05132 83051-41</u>	<u>102193212</u>
<u>BKK vor Ort ab 1.1.2014</u>	<u>Mobil ISC GmbH, Raiffeisenstr. 12, 31275 Lehrte, Telefon 05132 83051-41</u>	<u>102193234</u>

**Innungskrankenkassen:**

1 Annahme- und Vorprüfstelle (mit Entschlüsselungsberechtigung)

**Knappschaft:**

1 Annahmestelle (ohne Entschlüsselungsberechtigung)

1 Vorprüfstelle

**Landwirtschaftliche Krankenkassen:**

1 Annahmestelle (ohne Entschlüsselungsberechtigung)

1 Vorprüfstelle

Annahmestelle der Knappschaft und der landwirtschaftlichen Krankenkassen:

T-Systems International GmbH

für Datenträgerannahme Postfach 501160, 70341 Stuttgart

für DFÜ 0800/3324785 (DAV-Hotline)

- dort wird die aktuelle DFÜ-Telefonnummer bekanntgegeben

-

Annahme- und Vorprüfstelle der ~~Betriebskrankenkassen~~, Innungskrankenkassen und der hkk:

BITMARCK SERVICE GMBH

Lindenallee 6-8

45127 Essen

...

**Nachtrag 10**

**Anlage 4 (Abschnitt 11, Anhang zur Anlage 4 (Verschlüsselung, Übertragungsdateien, Pkt. 11.1.4 Hashfunktion, Signaturalgorithmus)**

*wird wie folgt aktualisiert:*

**1.4 Hashfunktion/Signaturalgorithmus**

Als Hash Funktion ist SHA-~~1~~<sup>256</sup> (Secure Hash Algorithm) vorzusehen. Für die Weiterverwendung der Formate nach PEM ist MD5<sup>2)</sup> vorzusehen.

## Nachträge zur Anlage 5

### Nachtrag 11

#### **Anlage 5 (Abschnitt 1, Pkt. 1.2.1 Aufnahmesatz)** *wird wie folgt ergänzt:*

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

...

Eine Änderung des Aufnahmegrundes, des Aufnahmetages, der Aufnahmezeit 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 §17d KHG):**

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



**Nachtrag 12****Anlage 5 (Abschnitt 1, Pkt. 1.2.4 Rechnungssatz)***wird wie folgt ergänzt:*

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

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

Bei Zwischenrechnungen werden Rechnungssätze jeweils für zeitlich aufeinanderfolgende, abgegrenzte Abrechnungszeiträume übermittelt. Die Beträge von prozentualen Zu- oder Abschlägen sind hierbei auf die je Zwischen- oder Schlussrechnung angegebenen Entgelte zu beziehen. [Zu- oder Abschläge werden im Entgeltbereich des Vergütungssystems der BpflV \(bei Anwendung §17d KHG\) mit der Schlussrechnung in Rechnung gestellt.](#) Der gesamte Abrechnungsbetrag ergibt sich aus der Summe aller in Rechnungssätzen (Zwischenrechnungen 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 wiederverwendet 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 erstellen. Der Rechnungsbetrag der Gutschrift / Stornierung ist ohne Vorzeichen zu übermitteln.

Zur Abrechnung von Abteilungspflegesätzen in Verbindung mit Sonderentgelten für operative Leistungen 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 \(BpflV bei Anwendung §17d KHG\) anfallen, sind keine Berechnungstage. Sie sind in den Segmenten ENT im Datenelement „Tage ohne Berechnung/Behandlung“ auszuweisen und werden bei der Ermittlung der Vergütungsstufen nicht berücksichtigt. Tage des Antritts und der Wiederkehr werden mit einem entsprechenden tagesbezogenen PEPP in voller Höhe abgerechnet und nicht im Datenelement „Tage ohne Berechnung/Behandlung“ ausgewiesen.](#)

Einigt sich ein Krankenhaus mit dem Kostenträger nach einer Einzelfallprüfung durch den MDK darauf, dass ein Krankenhausfall nach einer kürzeren Behandlungszeit hätte abgeschlossen sein müssen, so dass die letzten Behandlungstage nicht mehr vergütet werden, werden diese Tage bei der Abrechnung der Hauptleistung oder Zuschlägen nach Überschreiten der oberen Grenzerweildauer 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. Mit dem Aufnahmesatz gibt das Krankenhaus der Krankenkasse die Aufnahme eines Versicherten bekannt. Der Aufnahmegrund ist entsprechend Schlüssel 1 anzugeben.

Schlussrechnungen von Krankenhäusern, die das Vergütungssystem nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes anwenden, werden entsprechend der BpflV ~~in der Fassung des PsychEntgG~~ und der zugehörigen Abrechnungsbestimmungen ([PEPPV 2013](#)) wie folgt erstellt.

Hat das Krankenhaus vor Entlassung des Patienten der Krankenkasse über eine Zwischenrechnung (oder mehrere) mit der Entgeltart ~~XXXXXXXX (Entgeltart wird noch gesondert festgelegt)~~ [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 ~~YYYYYYYY (Entgeltart wird noch gesondert festgelegt)~~ [AD100002](#) bzw. [BD100002](#) (Teilzahlungskorrektur ~~—Entgeltart wird noch gesondert festgelegt~~) 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 ~~XXXXXXXX~~ (bei Zwischenrechnung) und AD100002 bzw. BD100002 ~~YYYYYYYY~~ (zur Teilzahlungskorrektur bei Schlussrechnung) sind jeweils im Datenelement „Entgeltbetrag“ als tagesbezogener Einzelbetrag ~~entsprechend den Vorgaben der Abrechnungsbestimmungen~~ auszuweisen.

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

Wird der Patient nach Übermittlung einer Schlussrechnung erneut aufgenommen und treffen die Voraussetzungen für eine Fallzusammenführung zu, ist die Schlussrechnung der ersten Behandlungsepisode gutzuschreiben. Das Krankenhaus kann eine Teilzahlung (und ggf. weitere) über die noch nicht mit vorausgegangenen Zwischenrechnungen berechneten Behandlungstage in Rechnung stellen.<sup>4</sup>

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

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

<u>Aufnahme vollstationär:</u>	<u>10.01.2013</u>
<u>Tag mit vollständiger Abwesenheit:</u>	<u>25.01.2013</u>
<u>Entlassung vollstationär:</u>	<u>03.02.2013</u>
<u>BEW:</u>	<u>250,00€</u>
<u>Teilzahlungsentgelt (AD100001, AD100002)</u>	<u>300,00€</u>

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

#### 1. Zwischenrechnung am 20.01.2013, ENT-Segment (über 3.000 Euro):

<u>Entgeltart:</u>	<u>AD100001</u>
<u>Entgeltbetrag:</u>	<u>300,00</u>
<u>Abrechnung von:</u>	<u>10.01.2013</u>
<u>Abrechnung bis:</u>	<u>19.01.2013</u>
<u>Entgeltanzahl:</u>	<u>10</u>

REC-Rechnungsbetrag: 3000,00

#### 2. Zwischenrechnung am 30.01.2013, ENT-Segment (über 2.700 Euro):

<u>Entgeltart:</u>	<u>AD100001</u>
<u>Entgeltbetrag:</u>	<u>300,00</u>
<u>Abrechnung von:</u>	<u>20.01.2013</u>
<u>Abrechnung bis:</u>	<u>29.01.2013</u>
<u>Entgeltanzahl:</u>	<u>9</u>
<u>Tage ohne Berechnung/Behandlung:</u>	<u>1</u>

REC-Rechnungsbetrag: 2700,00

<sup>4</sup> Nähere Ausführungen zur Abrechnung der Mehrleistungen bei Knappschaft-Patienten: siehe Schlüssel 4 Teil I Anlage 2 (Nachtrag 1)

**Schlussrechnung am 04.02.2013 (über 859,84 Euro nach Verrechnung der Teilzahlungen):****1. ENT-Segment:**

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

**2. ENT-Segment:**

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

**3. ENT-Segment:**

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

REC-Rechnungsbetrag: 859,84

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

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

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

**1. Zwischenrechnung am 20.01.2013, ENT-Segment (über 3.000 Euro):**

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

**2. Zwischenrechnung am 30.01.2013, ENT-Segment (über 2.700 Euro):**

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

REC-Rechnungsbetrag: 2700,00

**3. Zwischenrechnung am 09.02.2013, ENT-Segment (über 3.000 Euro):**

Entgeltart:	AD100001
Entgeltbetrag:	300,00
Abrechnung von:	30.01.2013
Abrechnung bis:	08.02.2013
Entgeltanzahl:	10

REC-Rechnungsbetrag: 3000,00

**Die Schlussrechnung am 10.02.2013 ergäbe ohne Berücksichtigung der Teilzahlungen in Höhe von insgesamt 8.700 Euro einen geringeren Rechnungsbetrag von 8.307,60 Euro. Die drei Zwischenrechnungen (Teilzahlungen) müssen daher storniert werden:**

**Rechnungsstorno 1. Zwischenrechnung vor Schlussrechnung am 10.02.2013**

**Rechnungsstorno 2. Zwischenrechnung vor Schlussrechnung am 10.02.2013**

**Rechnungsstorno 3. Zwischenrechnung vor Schlussrechnung am 10.02.2013**

**Schlussrechnung am 10.02.2013:****1. ENT-Segment (über 2.814,64 Euro):**

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

**2 ENT-Segment (über 5.492,96 Euro):**

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

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

Definition: Ein PEPP setzt sich entsprechend der im Katalog ausgewiesenen Vergütungsstufen aus einer oder mehreren PEPP-Entgeltarten zusammen. Bei der Abrechnung von PEPP wird in den Datenfeldern „Abrechnung von“ bzw. „Abrechnung bis“ (Segment „ENT“) der kalendarische Beginn bzw. das Ende der Zugehörigkeit zu der jeweiligen Vergütungsstufe angegeben. Im Datenfeld „Entgeltanzahl“ wird die Anzahl der Berechnungstage in der PEPP-Vergütungsstufe angegeben. „Tage ohne Berechnung/Behandlung“ sind die Tage, die nicht vergütet werden (Tage der vollständigen Abwesenheit). Der tagesbezogene Entgeltbetrag für eine PEPP-Entgeltart (vergütungsstufenbezogen) wird ermittelt, indem die Bewertungsrelation nach Anlage 1a oder 2a des PEPP-Katalogs für die maßgebliche Vergütungsstufe mit dem Basisentgeltwert multipliziert wird. Das Ergebnis wird kaufmännisch auf 2 Nachkommastellen gerundet. Die Multiplikation dieses Entgeltbetrages mit der Anzahl der zugehörigen Berechnungstage (Entgeltanzahl) geht in den Rechnungsbetrag (Segment REC) ein.

Beispiel A):

<u>Aufnahme vollstationär:</u>	<u>14.01.2013</u>
<u>Tag mit vollständiger Abwesenheit:</u>	<u>19.01.2013</u>
<u>Entlassung vollstationär:</u>	<u>24.01.2013</u>
<u>BEW:</u>	<u>250,00€</u>

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

1. ENT-Segment:

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

2. ENT-Segment:

<u>Entgeltart:</u>	<u>A1PA01A2</u>
<u>Entgeltbetrag:</u>	<u>249,68</u>
<u>Abrechnung von:</u>	<u>23.01.2013</u>
<u>Abrechnung bis:</u>	<u>23.01.2013</u>
<u>Entgeltanzahl:</u>	<u>1</u>

Beispiel B):

<u>Aufnahme vollstationär:</u>	<u>14.01.2013</u>
<u>1. Tag mit vollständiger Abwesenheit:</u>	<u>19.01. 2013</u>
<u>2. Tag mit vollständiger Abwesenheit:</u>	<u>22.01. 2013</u>
<u>Entlassung vollstationär:</u>	<u>24.01.2013</u>
<u>BEW:</u>	<u>250,00€</u>

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

1. ENT-Segment:

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

Beispiel c):

<u>Aufnahme vollstationär:</u>	<u>14.01.2013</u>
<u>Tag mit vollständiger Abwesenheit:</u>	<u>22.01.2013</u>
<u>Entlassung vollstationär:</u>	<u>24.01.2013</u>
<u>BEW:</u>	<u>250,00€</u>

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

1. ENT-Segment:

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

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

2. ENT-Segment:

<u>Entgeltart:</u>	<u>A1PA01A2</u>
<u>Entgeltbetrag:</u>	<u>249,68</u>
<u>Abrechnung von:</u>	<u>23.01.2013</u>
<u>Abrechnung bis:</u>	<u>23.01.2013</u>
<u>Entgeltanzahl:</u>	<u>1</u>

**Nachtrag 13****Anlage 5 (Abschnitt 1, Pkt. 1.2.7 Entlassungsanzeige)***wird wie folgt ergänzt:*

...

Erfolgt eine interne Verlegung, Rückverlegung oder Wiederaufnahme oder bei Versicherten in Krankenhäusern, die gemäß BPfIV vergütet werden, eine Unterbrechung des stationären Aufenthalts durch einen externen Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht, muss zusätzlich zu den ETL-Segmenten für die behandelnden Fachabteilungen (und deren Daten) die für den gesamten Krankenhausfall maßgebliche Hauptdiagnose, [bei Anwendung des Vergütungssystems nach § 17d KHG: Hauptdiagnose gemäß § 2 PEPPV 2013](#) (ggf. mit Nebendiagnosen) durch eine weitere (letzte !) Segmentgruppe SG1 übermittelt werden, die im Segment ETL den Pseudo-Fachabteilungscode "0000" für den Krankenhausbezug sowie die Daten der Entlassung/Verlegung enthält. Für die Gruppierung in eine DRG [bzw. PEPP](#) werden nur die Diagnoseangaben dieser letzten Segmentgruppe SG1 verwendet.

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

Die Hauptdiagnose für den Krankenhausfall ist in der als "Hauptdiagnose" bezeichneten Datenelementgruppe anzugeben. Ausschließlich in den Fällen, in denen nach den Deutschen Kodierrichtlinien [und den Deutschen Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik](#) als Hauptdiagnose eine "Stern-Diagnose" verschlüsselt werden muss, ist es zulässig, den Sterncode 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 Diagnoseangaben sind die Deutschen Kodierrichtlinien [bzw. die Deutschen Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik](#) zu beachten.

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

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

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

- Operation, keine Fallpauschale/kein Sonderentgelt nach BPfIV:  
Im Datenelement Diagnose ist die für den Operationseingriff maßgebliche Diagnose anzugeben. Im Datenelement Operation ist der für die Operation maßgebliche Operationenschlüssel anzugeben.
- Operation in Verbindung mit Fallpauschale/Sonderentgelt nach BPfIV:  
Im Datenelement Diagnose ist die für den Operationseingriff maßgebliche abrechnungsrelevante Diagnose anzugeben. Wenn im Fallpauschalen-/Sonderentgeltkatalog



ein zweiter Diagnoseschlüssel und/oder ein zweiter oder dritter Operationenschlüssel gefordert ist, müssen diese Angaben über die Datenelemente Zusatzschlüssel Diagnose und Zusatzschlüssel 1. Operation bzw. Zusatzschlüssel 2. Operation übermittelt werden.

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

...

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 – 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 der Gutschrift/Stornierung des Rechnungssatzes kann die Entlassungsanzeige storniert oder geändert und ein erneuter Rechnungssatz übermittelt werden.

**[BPfIV \(bei Anwendung §17d KHG\):](#)**

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

## Nachtrag 14

### **Anlage 5 (Abschnitt 1, Pkt. 1.2.8 Rechnungssatz Ambulante Operation)**

*wird wie folgt ergänzt:*

...

#### **1.2.8 Rechnungssatz Ambulante Operation**

...

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

Mit dem Rechnungssatz Ambulante Operation stellt das Krankenhaus der Krankenkasse die Vergütung für eine ambulante Operation in Rechnung. Die Entgelte sind entsprechend EBM-Katalog Schlüssel 20 (zuzüglich Pauschale und ggf. Einzelvergütung) zu berechnen. Die behandelnde Fachabteilung ist nach Schlüssel 6 anzugeben. Im Rahmen einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit einem Vertragsarzt bei Leistungen nach § 115b SGB V ist die Arztnummer des 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. Über das Zuzahlungs-kennzeichen (Schlüssel 15: „1“, „2“, „4“, „5“, „6“ oder „9“) im ZLG-Segment informiert das Krankenhaus die Krankenkasse über die Zuzahlungspflicht, die Leistung des Zuzahlungsbetrages durch den Versicherten, eine vom Versicherten vorgelegte Quittung über die Verringerung oder den Wegfall der Zuzahlungspflicht oder eine vorgelegte gültige Bescheinigung über die Befreiung von der Zuzahlungspflicht oder darüber, ob der Versicherte trotz Aufforderung keine/keine vollständige Zuzahlung geleistet hat. Die Abrechnung einer Aufwandspauschale nach erfolgloser MDK-Prüfung (§ 275 Abs. 1c SGB V) bei ambulanter Krankenhausbehandlung nach § 115b SGB V erfolgt im Segment EZV mit dem EZV-Schlüssel „53“ (Aufwandspauschale bei erfolgloser MDK-Prüfung – nur für Ambulantes Operieren im Krankenhaus § 115b SGB V). Nachträgliche Abrechnungen sind wie folgt zu realisieren: es ist mit dem Verarbeitungskennzeichen „10“ (Normalfall), Rechnungsart „04“ (Gutschrift/Stornierung) mit um 1 erhöhter laufender Nummer des 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.

...

##### **1.2.8.2 Ambulante Behandlungen nach §§ 117 bis 119 SGB V**

Für die Einrichtungen nach § 117 Abs. 1 und § 118 SGB V erfolgt ab dem 01.01.2012 und für die Einrichtungen nach § 117 Abs. 2 und § 119 SGB V ab dem 01.07.2012 die Abrechnung wie folgt (Regelverfahren):

Die Abrechnung von Leistungserbringern nach §§ 117, 118 und 119 SGB V erfolgt ebenso wie ambulante Operationen mit dem Nachrichtentyp „Rechnungssatz Ambulante Operation“. Das Verarbeitungskennzeichen im FKT-Segment ist hierbei mit „17“, „18“, „19“ oder „07“ (Normalfall) anzugeben (Verarbeitungskennzeichen „37“, „38“, „39“ oder „47“ für Fallstorno). Über das Zuzahlungskennzeichen (Schlüssel 15: „1“, „2“, „4“, „5“ oder „9“) im ZLG-Segment informiert das Krankenhaus/die Einrichtung die Krankenkasse über den Wegfall der Zuzahlungspflicht, die Leistung des Zuzahlungsbetrages durch den Versicherten, eine vorgelegte gültige Bescheinigung über die Befreiung von der Zuzahlungspflicht oder eine vom Versicherten vorgelegte Quittung über den Wegfall der Zuzahlungspflicht oder darüber, ob der Versicherte trotz Aufforderung keine/keine vollständige Zuzahlung geleistet hat. Die Diagnoseangaben werden durch die Angabe eines Kennzeichens für die Diagnosesicherheit ergänzt. Die Übermittlung von Zwischen- oder Nachtragsrechnungen ist nicht zulässig. Die Abrechnungen erfolgen quartalsweise entsprechend der Vereinbarung nach § 120 Abs. 3 SGB V über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für die Einrichtungen nach §§ 117 bis 119 SGB V. [Bei Abrechnung von vor- bzw. nachstationären Behandlungen in der BpflV \(bei Anwendung §17d KHG\) ist die gleichzeitige Abrechnung von Entgelten nach §118 SGB V \(AMBO\) nicht zulässig.](#)

## Nachtrag 15

### **Anlage 5 (Abschnitt 1, Pkt. 1.4 Vorgaben für besondere Fallkonstellationen)**

*wird wie folgt ergänzt:*

...

#### **1.4.4 Rückverlegung oder Wiederaufnahme in den DRG–Fallpauschalenbereich**

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 eine Aufnahmeanzeige mit neuem krankenhausinternen Kennzeichen als neuer Krankenhausfall an die Krankenkasse zu übermitteln. Die Krankenkasse übermittelt hierauf eine Kostenübernahmeerklärung.

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

Nach Beendigung des Falles 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 KFPV 2004 / FPV vorzunehmen ist.

...

#### **1.4.5 Rückverlegung in einen Entgeltbereich nach der BpflV oder einen Entgeltbereich 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 für besondere Einrichtungen 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.)

**Nachtrag 16****Anlage 5 (Abschnitt 1, Pkt. 1.4 Vorgaben für besondere Fallkonstellationen)**

*wird wie folgt aktualisiert:*

...

**1.4.8 Zuzahlung bei vollstationären Patienten**

...

Bei einer Fallzusammenführung entsprechend § 2 FPV / [PEPPV 2013](#) kann es zu einer mehrfachen Berechnung der Kosten des Verfahrens 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.

...

## Nachtrag 17

### **Anlage 5 (Abschnitt 1, Pkt. 1.4 Vorgaben für besondere Fallkonstellationen)**

*wird wie folgt ergänzt:*

...

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

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

##### 1.4.11.1 Rückverlegung oder Wiederaufnahme in den Entgeltbereich nach der BPfIV (bei Anwendung §17d KHG)

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 VPE fallenden Krankenhausaufenthaltes wieder aufgenommen.

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

##### 1.4.11.1.1 Keine Neueinstufung

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

##### 1.4.11.1.2 Neueinstufung

Erfolgt eine Neueinstufung auf der Grundlage der zusammengefassten Falldaten, ist der gesamte zusammengefasste Fall über das 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, Version 2013). Als Hauptdiagnose des zusammengeführten Falles ist die Hauptdiagnose des längsten Aufenthaltes zu wählen (§ 2 Abs. 3 PEPPV 2013). 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 BPFIV 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–/Verlegungsdauer 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 FAB `0003` (siehe Nachtrag vom 01.08.2012 mit Wirkung zum 01.07.2013) 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 FAB `0001` und `0002` dokumentiert.

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

- Tagen der Abwesenheit über Mitternacht, bei denen mindestens 1 Tag vollständige Abwesenheit vorlag (ab 1.7.2013 FABT `0003`) und
- Tagen des externen Aufenthaltes (FAB `0001` bzw. FAB `0002`) zwischen den zusammengeführten Fällen.

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

#### **1.4.11.2 Entlassungen zum Jahresende für Zwecke der Abrechnung**

Sofern ein im Vorjahr aufgenommener Patient am 31.12.<sup>5</sup> 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“) mit dem zum 31.12. des laufenden Jahres. Eine Fallzusammenführung findet nicht statt. Dies findet auch für vor dem Umstiegszeitpunkt aufgenommene Patienten Anwendung. Als Entlassungstag ist dann der 31.12. zu verwenden.

Der 31. Dezember ist dabei ebenfalls ein Berechnungstag für die Schlussrechnung des mit Entlassungsgrund „25“ entlassenen Falls.

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

#### **1.4.11.3 Dialyse in eigener Dialyseeinrichtung**

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

---

<sup>5</sup> gemäß § 4 PEPPV 2013 erstmalig zum 31.12.2013 für vor dem Umstiegszeitpunkt aufgenommene Patienten



## Nachtrag 18

### **Anlage 5 (Abschnitt 2, Pkt. 2.9 Segment Entgelt )**

*wird wie folgt aktualisiert oder ergänzt:*

...

#### **3.Abrechnung von:**

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

Abrechnung von Fallpauschalen für Neugeborene (FP 16.01 und FP 16.02):

Es ist der erste Belegungstag auf der Säuglingsstation oder im Säuglingszimmer anzugeben.

Zuzahlungseinzugsverfahren bei vollstationären Patienten:

Für die Abrechnung der dem Krankenhaus im Rahmen des Zuzahlungseinzugsverfahrens entstandenen Kosten ist der Aufnahmetag des zugehörigen Krankenhausfalles anzugeben.

Abrechnung von PEPP:

Für die Abrechnung einer PEPP-Entgeltart ist der erste Kalendertag des Beginns der jeweiligen Vergütungsstufe anzugeben.

#### **4.Abrechnung bis:**

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

Abrechnung von Fallpauschalen für Neugeborene (FP 16.01 und FP 16.02):

Es ist der letzte Belegungstag auf der Säuglingsstation oder im Säuglingszimmer anzugeben.

Zuzahlungseinzugsverfahren bei vollstationären Patienten:

Für die Abrechnung der dem Krankenhaus im Rahmen des Zuzahlungseinzugsverfahrens entstandenen Kosten ist der Tag vor der Entlassung des zugehörigen Krankenhausfalles anzugeben.

Abrechnung von PEPP:

Für die Abrechnung einer PEPP-Entgeltart ist der letzte Kalendertag der Zugehörigkeit in der jeweiligen Vergütungsstufe, einschließlich der Tage der vollständigen Abwesenheit vor Beginn der folgenden Vergütungsstufe, anzugeben.

#### **5.Entgeltanzahl**

Es ist die für die Rechnungsstellung maßgebliche Entgeltanzahl (Anzahl Berechnungstage oder Leistungen) anzugeben.

Sonderregelung bei Fallpauschalen bei Zusammenarbeit zweier Krankenhäuser:

Das erste Krankenhaus rechnet die Fallpauschale ab. Das zweite Krankenhaus (neuer Krankenhausfall) übermittelt den (restlichen) Behandlungszeitraum innerhalb der Grenzverweildauer für die Fallpauschale mit dem eigenen gültigen Entgeltbetrag und Entgeltanzahl '0'.

**6. Tage ohne Berechnung/Behandlung**

Das Feld enthält die Anzahl der Tage, die nicht in die Berechnung einfließen (z. B. Tage der Beurlaubung bzw. Tage der vollständigen Abwesenheit im Bereich der PEPP).

Bei vor-, teil- und nachstationärer Behandlung dient das Feld dazu, die Tage ohne Behandlung innerhalb des durch 'Abrechnung von' und 'Abrechnung bis' definierten kalendermäßigen Zeitraums anzugeben. Die Angabe wird u. a. bei Fallpauschalen benötigt, um die Überschreitung der Grenzverweildauer zu ermitteln (Beispiele siehe Anhang B).

Abrechnung von Fallpauschalen für Neugeborene (FP 16.01 und FP 16.02):

Im Falle einer Verlegung in die Pädiatrie und anschließender Rückverlegung auf die Säuglingsstation oder in das Säuglingszimmer ist die Anzahl der Tage in der Pädiatrie anzugeben.

**Verordnung  
zum pauschalierenden Entgeltsystem  
für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2013  
(Verordnung pauschalierende Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik 2013 – PEPPV 2013)**

Vom

2012

Auf Grund des § 17d Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vom 10. April 1991 (BGBL I S. 886), der durch Artikel 1 Nummer 5 des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBL I S. 534) eingefügt worden ist, verordnet das Bundesministerium für Gesundheit:

## § 1

**Abrechnungsgrundsätze**

(1) Die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik werden jeweils von dem die Leistung erbringenden Krankenhaus nach dem am Tag der voll- oder teilstationären Aufnahme geltenden Entgeltkatalog und den dazugehörenden Abrechnungsbestimmungen abgerechnet.

(2) Zur Einstufung in die jeweils abzurechnenden Entgelte sind Programme (Grouper) einzusetzen, die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus der Selbstverwaltungspartner zertifiziert sind. Die Einstufung nach den Anlagen zu dieser Verordnung erfolgt in Entgelte und innerhalb dieser Entgelte in kalkulationsbasierte Vergütungsstufen. Ist bei der Zuordnung von Behandlungsfällen zu einem Entgelt auch das Alter der behandelten Person zu berücksichtigen, ist das Alter am Tag der Aufnahme in das Krankenhaus maßgeblich. Die Entgelthöhe je Tag wird ermittelt, indem die im Entgeltkatalog ausgewiesene maßgebliche Bewertungsrelation nach Anlage 1a oder Anlage 2a mit dem Basisentgeltwert multipliziert wird (Preis je Vergütungsstufe). Das Ergebnis wird kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen gerundet. Für die Rechnungsstellung wird die Anzahl der Berechnungstage je Vergütungsstufe addiert und mit dem Preis je Vergütungsstufe multipliziert.

(3) Maßgeblich für die Ermittlung der Verweildauer ist die Zahl der Berechnungstage. Berechnungstage sind der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthalts ohne den Verlegungs- oder Entlassungstag aus dem Krankenhaus; wird ein Patient oder eine Patientin am gleichen Tag aufgenommen und verlegt oder entlassen, gilt dieser Tag als Aufnahmetag. Für Fallzusammenfassungen nach § 2 sind zur Ermittlung der Verweildauer der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthalts zusammenzurechnen; hierbei ist nur der Verlegungs- oder Entlassungstag des zusammengeführten Falles nicht mit in die Verweildauerermittlung einzubeziehen. Vollständige Tage der Abwesenheit nach Absatz 4, die während eines Behandlungsfalles anfallen, sind keine Berechnungstage. Sie sind gesondert in der Rechnung auszuweisen und werden bei der Ermittlung der Vergütungsstufen nicht berücksichtigt.

(4) Vollständige Tage der Abwesenheit sind Kalendertage, an denen die Patientin oder der Patient sich während einer stationären Behandlung nicht im Krankenhaus befindet. Für diese Tage kann kein Entgelt abgerechnet werden. Für Kalendertage des Antritts und der Wiederkehr aus einer Abwesenheit der Patientin oder des Patienten sind die Entgelte in voller Höhe abzurechnen. Bei Fortsetzung der Krankenhausbehandlung nach einer Abwesenheit liegt keine Wiederaufnahme im Sinne von § 2 vor.

(5) Bei Abrechnung von tagesbezogenen voll- oder teilstationären Entgelten zählt jede Aufnahme als ein Fall. Abweichend von Satz 1 sind Aufenthalte, die unter die Regelungen der Wiederaufnahme nach § 2 oder der Rückverlegung nach § 3 fallen, zusammenzufassen und nur als ein Fall zu zählen. Bei teilstationärer Behandlung sind die Vorgaben zu den §§ 2 und 3 auf den jeweiligen Berechnungstag anzuwenden.

(6) Bei Umstieg auf das neue Entgeltsystem sind nach § 15 Absatz 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung für alle Fälle, die vor dem Zeitpunkt des Umstiegs in das Krankenhaus aufgenommen wurden, die vor dem Umstieg geltenden Entgelte bis zum Zeitpunkt der Entlassung des Patienten oder der Patientin weiter zu erheben.

(7) Vor- und nachstationäre Behandlungen sind nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gesondert zu vergüten. Die Leistungen der vor- und nachstationären Behandlung sind bei der Gruppierung des Behandlungsfalles nicht zu berücksichtigen.

(8) Wenn eine Dialysebehandlung während der stationären Behandlung in einer psychiatrischen oder psychosomatischen Abteilung an einem Krankenhaus mit eigener Dialyseeinrichtung im Geltungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes durchgeführt wird, kann diese Dialyse entweder ambulant oder in der eigenen Dialyseeinrichtung erbracht werden. Sofern die Dialyse in der eigenen Dialyseeinrichtung des Krankenhauses durchgeführt wird, ist die Dialyse nach § 2 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes als Leistung des Krankenhauses berechenbar. An den Tagen der Dialysebehandlung können neben den Entgelten nach der Bundespflegesatzverordnung für die psychiatrische oder psychosomatische Behandlung die Entgelte für teilstationäre Dialyse (Basis-DRG L90) nach den Vorgaben des Krankenhausentgeltgesetzes abgerechnet werden.

(9) Sofern keine Vereinbarung nach § 8 Absatz 5 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung getroffen ist, kann für eine Abschlagszahlung eine Zwischenrechnung erstellt werden, indem für jeden vollstationären Berechnungstag eine Bewertungsrelation in Höhe von 1,0000 und für jeden teilstationären Berechnungstag

eine Bewertungsrelation in Höhe von 0,7500 herangezogen wird; § 8 Absatz 5 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung bleibt unberührt.

## § 2

### Wiederaufnahmen in dasselbe Krankenhaus

(1) Das Krankenhaus hat eine Zusammenfassung der Aufenthaltsdaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in ein Entgelt vorzunehmen, wenn eine Patientin oder ein Patient innerhalb von 21 Kalendertagen, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Entlassungstag der vorangegangenen Behandlung, wieder aufgenommen wird und in dieselbe Strukturkategorie einzustufen ist. Das Kriterium der Einstufung in dieselbe Strukturkategorie findet keine Anwendung, wenn Fälle aus unterschiedlichen Jahren zusammenzufassen sind.

(2) Eine Zusammenfassung und Neueinstufung nach Absatz 1 ist nur vorzunehmen, wenn eine Patientin oder ein Patient innerhalb von 120 Kalendertagen ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift der Zusammenfassung fallenden Krankenhausaufenthalts wieder aufgenommen wird.

(3) Bei der Anwendung der Absätze 1 und 2 hat das Krankenhaus eine Neueinstufung in ein Entgelt mit den Daten aller zusammenzufassenden Krankenhausaufenthalte durchzuführen. Als Hauptdiagnose des zusammengefassten Falles ist die Hauptdiagnose des Aufenthaltes mit der höchsten Anzahl an Berechnungstagen zu wählen. Bei mehr als zwei zusammenzufassenden 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. Hat das Krankenhaus einen der zusammenzufassenden Aufenthalte bereits abgerechnet, ist die Abrechnung zu stornieren.

(4) Die Regelungen zur Wiederaufnahme nach den Absätzen 1 bis 3 sowie die Regelungen zur Verlegung nach § 3 gelten nur für mit Bewertungsrelationen bewertete Entgelte nach den Anlagen 1a und 2a. Eine Zusammenfassung von voll- und teilstationär bewerteten Leistungen erfolgt nicht.

## § 3

### Verlegung

(1) Im Falle der Verlegung in ein anderes Krankenhaus rechnet jedes beteiligte Krankenhaus die Entgelte auf Basis der im eigenen Krankenhaus erfassten Daten ab. Eine Verlegung im Sinne des Satzes 1 liegt vor, wenn zwischen der Entlassung aus einem Krankenhaus und der Aufnahme in einem anderen Krankenhaus nicht mehr als 24 Stunden vergangen sind.

(2) Wird eine Patientin oder ein Patient in ein anderes Krankenhaus verlegt und von diesem oder einem anderen Krankenhaus in dasselbe Krankenhaus zurückverlegt (Rückverlegung), gelten die Regelungen zur Fallzusammenfassung entsprechend den Vorgaben zur Wiederaufnahme nach § 2.

(3) Unterliegt ein Krankenhaus neben dem Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung auch dem

Geltungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes, sind diese unterschiedlichen Geltungsbereiche im Falle von internen Verlegungen wie eigenständige Krankenhäuser zu behandeln. Für den Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung sind die Absätze 1 und 2 entsprechend anzuwenden.

(4) Wird eine Patientin oder ein Patient in demselben Krankenhaus sowohl voll- als auch teilstationär behandelt, so sind diese Fälle jeweils getrennt zu betrachten. Eine Zusammenfassung von voll- und teilstationären Behandlungsfällen erfolgt nicht. Innerhalb der Bereiche finden die Regelungen zur Wiederaufnahme nach § 2 und zur Verlegung nach den Absätzen 1 bis 3 Anwendung.

## § 4

### Jahreswechsel

Sofern ein im Vorjahr aufgenommener Patient oder eine im Vorjahr aufgenommene Patientin am 31. Dezember des laufenden Jahres noch nicht entlassen wurde, wird für Zwecke der Abrechnung eine Entlassung zum 31. Dezember des laufenden Jahres angenommen; der 31. Dezember ist dabei ebenfalls ein Berechnungstag. Eine Fallzusammenfassung nach § 2 Absatz 1 und 2 findet nicht statt. Die Sätze 1 und 2 finden auch für vor dem Umstiegszeitpunkt aufgenommene Patienten oder Patientinnen Anwendung.

## § 5

### Zusatzentgelte

(1) Zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten nach den Anlagen 1a und 2a oder zu den Entgelten nach § 6 Absatz 1 der Bundespflegesatzverordnung können bundeseinheitliche Zusatzentgelte nach dem Zusatzentgelte-Katalog nach Anlage 3 abgerechnet werden.

(2) Für die in Anlage 4 benannten, mit dem bundeseinheitlichen Zusatzentgelte-Katalog nicht bewerteten Leistungen vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung krankenhausespezifische Zusatzentgelte nach § 6 Absatz 1 der Bundespflegesatzverordnung. Diese können zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten nach den Anlagen 1a und 2a oder den nach § 6 Absatz 1 der Bundespflegesatzverordnung vereinbarten Entgelten abgerechnet werden. Für die unbewerteten Zusatzentgelte der Anlage 4 gilt § 15 Absatz 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung entsprechend. Können für die Leistungen nach Anlage 4 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2013 noch keine krankenhausespezifischen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt 600 Euro abzurechnen. Wurden für Leistungen nach Anlage 4 im Jahr 2013 keine Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Absatz 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung für jedes Zusatzentgelt 600 Euro abzurechnen.

## § 6

### Teilstationäre Leistungen

(1) Für teilstationäre Leistungen können für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag der Krankenhausbehandlung teilstationäre Entgelte nach Anlage 2a oder

Entgelte, die nach § 6 Absatz 1 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung krankenhausesindividuell vereinbart worden sind, abgerechnet werden. Dies gilt abweichend von § 1 Absatz 3 auch für den Verlegung- oder Entlassungstag, der nicht zugleich Aufnahmetag ist.

(2) Für mit Bewertungsrelationen bewertete teilstationäre Leistungen gelten die Regelungen der Wiederaufnahme nach § 2 und die Regelungen zur Verlegung nach § 3 entsprechend. Eine Zusammenfassung von vollstationären Leistungen mit teilstationären Leistungen erfolgt nicht.

(3) Wird eine Patientin oder ein Patient an demselben Tag innerhalb des Krankenhauses von einer teilstationären Behandlung in eine vollstationäre Behandlung verlegt, kann für den Verlegungstag kein teilstationäres Entgelt abgerechnet werden.

#### § 7

##### **Sonstige Entgelte**

Für die unbewerteten Entgelte der Anlagen 1b und 2b gilt § 15 Absatz 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung entsprechend. Können für die Leistungen nach Anlage 1b auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2013 noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden vollstationären Berechnungstag 250 Euro abzurechnen. Können für die Leistungen nach Anlage 2b auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2013 noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden teilstationären Berechnungstag 190 Euro abzurechnen. Wurden für Leistungen nach den Anlagen 1b und 2b im Jahr 2013 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Absatz 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung für jeden vollstationären Berechnungstag 250 Euro und für jeden teilstationären Berechnungstag 190 Euro abzurechnen.

#### § 8

##### **Kostenträgerwechsel**

Tritt während der voll- oder teilstationären Behandlung ein Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers ein, wird der gesamte Krankenhausfall mit dem Kostenträ-

ger abgerechnet, der am Tag der Aufnahme leistungspflichtig ist.

#### § 9

##### **Laufzeit der Entgelte**

(1) Die ab dem 1. Januar 2013 geltenden Entgelte nach den Anlagen 1a, 2a und 3 sind für Patientinnen oder Patienten abzurechnen, die ab dem Zeitpunkt des Umstiegs auf das neue Entgeltsystem in das Krankenhaus aufgenommen werden.

(2) Bis zum Beginn der Laufzeit der nach § 6 Absatz 1 der Bundespflegesatzverordnung zu vereinbarenden Entgelte werden nach Maßgabe des § 15 Absatz 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung die für diese Leistungen bisher vereinbarten Entgelte weiter abgerechnet.

#### § 10

##### **Vorschlagsverfahren**

Für die Entwicklung des Entgeltkatalogs 2014 hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. November 2012 ein Vorschlagsverfahren zu eröffnen. Mit dem Vorschlagsverfahren sollen Änderungsvorschläge zu dem Entgeltkatalog 2013 strukturiert zur Weiterentwicklung des Entgeltsystems berücksichtigt werden. Das Vorschlagsverfahren steht allen Beteiligten offen.

#### § 11

##### **Inkrafttreten, Außerkräfttreten, Übergangsregelung**

(1) Diese Verordnung tritt vorbehaltlich des Absatzes 2 am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(2) Die §§ 1 bis 9 einschließlich der Anlagen zu dieser Verordnung treten am 1. Januar 2013 in Kraft und treten mit Ablauf des 31. Dezember 2013 außer Kraft. Kann der Entgeltkatalog 2014 erst nach dem 1. Januar 2014 angewendet werden, sind die §§ 1 bis 9 einschließlich der Anlagen zu dieser Verordnung bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach § 17d Absatz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes entsprechend weiter anzuwenden.

Bonn, den

2012

Der Bundesminister für Gesundheit

D. Bahr

### **Anlagen**

- Anlage 1a Bewertungsrelationen bei vollstationärer Versorgung
- Anlage 1b Unbewertete Entgelte bei vollstationärer Versorgung  
(Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung)
- Anlage 2a Bewertungsrelationen bei teilstationärer Versorgung
- Anlage 2b Unbewertete Entgelte bei teilstationärer Versorgung  
(Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung)
- Anlage 3 Zusatzentgelte-Katalog – bewertete Entgelte
- Anlage 4 Zusatzentgelte-Katalog – unbewertete Entgelte

**PEPP-Entgeltkatalog**  
**Bewertungsrelationen bei vollstationärer Versorgung**

		1. Vergütungsstufe			2. Vergütungsstufe			3. Vergütungsstufe			4. Vergütungsstufe			5. Vergütungsstufe		
		Verweil-dauer		Bewertungs-relation/Tag	Verweil-dauer		Bewertungs-relation/Tag	Verweil-dauer		Bewertungs-relation/Tag	Verweil-dauer		Bewertungs-relation/Tag	Verweil-dauer		Bewertungs-relation/Tag
PEPP	Bezeichnung	von	bis		von	bis		von	bis		von	bis		von	bis	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
<b>Prä-Strukturkategorie</b>																
P002A	Intensivbehandlung bei Kindern und Jugendlichen mit sehr hohem Bedarf an intensiver Beaufsichtigung in einer Kleinstgruppe bzw. Einzelbetreuung	1	55	2,3653	56	88	1,9049	89		1,6454						
P002B	Intensivbehandlung bei Kindern und Jugendlichen mit hohem Bedarf an intensiver Beaufsichtigung in einer Kleinstgruppe bzw. Einzelbetreuung	1	41	2,0379	42		1,7051									
P003A	Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung mit äußerst hohem Aufwand	1	34	3,5422	35	54	1,3434	55	97	1,1381	98		0,8422			
P003B	Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung mit sehr hohem Aufwand	1	22	3,0872	23	41	1,2717	42		0,8169						
P003C	Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung mit hohem Aufwand	1	18	2,7552	19	40	1,1006	41		0,8263						
P003D	Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung mit erhöhtem Aufwand	1	17	2,3356	18	40	1,0344	41		0,8494						
P004Z	Intensivbehandlung bei Erwachsenen, ab 3 Merkmalen, mit sehr hohem Anteil	1	9	1,5095	10	18	1,0523	19		0,9613						

		1. Vergütungsstufe			2. Vergütungsstufe			3. Vergütungsstufe			4. Vergütungsstufe			5. Vergütungsstufe		
		Verweildauer		Bewertungsrelation/Tag	Verweildauer		Bewertungsrelation/Tag	Verweildauer		Bewertungsrelation/Tag	Verweildauer		Bewertungsrelation/Tag	Verweildauer		Bewertungsrelation/Tag
PEPP	Bezeichnung	von	bis		von	bis		von	bis		von	bis		von	bis	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
<b>Strukturkategorie Psychiatrie, vollstationär</b>																
PA01A	Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen oder andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, mit komplizierender Konstellation	1	8	1,4073	9	24	0,9987	25		0,9709						
PA01B	Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen oder andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, ohne komplizierende Konstellation	1	7	1,3095	8	22	0,9434	23		0,8172						
PA02A	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, mit komplizierender Konstellation	1	6	1,4581	7	17	0,9525	18		0,8918						
PA02B	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, ohne komplizierende Konstellation	1	6	1,3639	7	13	0,7924	14		0,7379						
PA03A	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen, Alter > 65 Jahre oder mit komplizierender Konstellation	1	20	1,1267	21	40	0,9169	41		0,8870						
PA03B	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen, Alter < 66 Jahre, ohne komplizierende Konstellation	1	16	1,0243	17	41	0,8391	42		0,8281						



		1. Vergütungsstufe			2. Vergütungsstufe			3. Vergütungsstufe			4. Vergütungsstufe			5. Vergütungsstufe		
		Verweildauer		Bewertungsrelation/Tag	Verweildauer		Bewertungsrelation/Tag	Verweildauer		Bewertungsrelation/Tag	Verweildauer		Bewertungsrelation/Tag	Verweildauer		Bewertungsrelation/Tag
PEPP	Bezeichnung	von	bis		von	bis		von	bis		von	bis		von	bis	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
PA04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, Alter > 65 Jahre und mit komplizierender Nebendiagnose, oder mit komplizierender Konstellation	1	16	1,2238	17	35	0,9649	36		0,9441						
PA04B	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, Alter > 65 Jahre oder mit komplizierender Nebendiagnose	1	19	1,0547	20	38	0,8473	39		0,8213						
PA04C	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, Alter < 66 Jahre, ohne komplizierende Nebendiagnose, ohne komplizierende Konstellation	1	17	1,0299	18	38	0,7722	39		0,7550						
PA14A	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Essstörungen oder andere Störungen, Alter > 65 Jahre oder mit komplizierender Konstellation	1	9	1,2479	10	33	0,9835	34		0,9427						
PA14B	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Essstörungen oder andere Störungen, Alter < 66 Jahre, ohne komplizierende Konstellation	1	9	1,2467	10	30	0,8713	31		0,8027						
PA15A	Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, mit komplizierender Konstellation	1	10	1,5486	11	20	1,1374	21	32	1,0584	33		1,0411			

		1. Vergütungsstufe			2. Vergütungsstufe			3. Vergütungsstufe			4. Vergütungsstufe			5. Vergütungsstufe		
		Verweildauer		Bewertungsrelation/Tag	Verweildauer		Bewertungsrelation/Tag	Verweildauer		Bewertungsrelation/Tag	Verweildauer		Bewertungsrelation/Tag	Verweildauer		Bewertungsrelation/Tag
PEPP	Bezeichnung	von	bis		von	bis		von	bis		von	bis		von	bis	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
PA15B	Amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, ohne komplizierende Konstellation	1	9	1,4431	10	18	1,0269	19	28	0,9844	29		0,9415			
PA15C	Organische Störungen, ohne komplizierende Konstellation	1	9	1,3598	10	20	0,9393	21	31	0,9057	32		0,8346			
<b>Strukturkategorie Kinder- und Jugendpsychiatrie, vollstationär</b>																
PK01Z	Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen oder andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	1	21	1,9231	22	55	1,3167	56		1,2738						
PK02Z	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	1	10	1,9701	11	24	1,2479	25		1,2229						
PK03Z	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen	1	19	1,7107	20	67	1,4721	68		1,3594						
PK04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, mit komplizierender Nebendiagnose	1	10	1,9963	11	54	1,3498	55		1,3429						
PK04B	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, ohne komplizierende Nebendiagnose	1	9	1,8927	10	49	1,2898	50		1,2436						
PK10Z	Ess- oder Fütterstörungen	1	26	1,6019	27	62	1,4861	63		1,4236						
PK14Z	Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen	1	15	1,8341	16	53	1,3112	54		1,2922						

		1. Vergütungsstufe			2. Vergütungsstufe			3. Vergütungsstufe			4. Vergütungsstufe			5. Vergütungsstufe		
		Verweildauer		Bewertungsrelation/Tag	Verweildauer		Bewertungsrelation/Tag	Verweildauer		Bewertungsrelation/Tag	Verweildauer		Bewertungsrelation/Tag	Verweildauer		Bewertungsrelation/Tag
PEPP	Bezeichnung	von	bis		von	bis		von	bis		von	bis		von	bis	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
<b>Strukturkategorie Psychosomatik, vollstationär</b>																
PP00Z	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung, mit sehr hohem Anteil	1		1,1760												
PP04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, Alter > 65 Jahre oder mit komplizierender Konstellation	1		1,0052												
PP04B	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, Alter < 66 Jahre, ohne komplizierende Konstellation	1		0,9381												
PP10A	Anorexia nervosa, Ess- oder Fütterstörungen mit komplizierender Nebendiagnose	1		1,0440												
PP10B	Ess- oder Fütterstörungen ohne komplizierende Nebendiagnose	1		0,9437												
PP14Z	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen	1	17	0,9977	18		0,8470									
<b>Fehler-PEPP und sonstige PEPP</b>																
PF01Z	Fehlkodierung bei erhöhtem Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung															
PF02Z	Fehlkodierung bei psychosomatisch-psychotherapeutischer Komplexbehandlung bei Erwachsenen															
PF96Z	Nicht gruppierbar															

## Anlage 1b

PEPP-Version 2013

**PEPP-Entgeltkatalog**  
**Unbewertete PEPP-Entgelte bei vollstationärer Versorgung**

Für die nachfolgend aufgeführten Leistungen sind krankenhausindividuelle Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 BpflV zu vereinbaren, soweit diese als Krankenhausleistung erbracht werden dürfen.

PEPP	Bezeichnung
1	2
<b>Prä-Strukturkategorie</b>	
P001Z	Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie, VWD < 14 Tage
<b>Strukturkategorie Psychiatrie, vollstationär</b>	
PA16Z	Krankheiten des Nervensystems, zerebrovaskuläre Krankheiten oder Thiaminmangel
PA17Z	Andere psychosomatische Störungen
PA18Z	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome
PA98Z	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose
PA99Z	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose
<b>Strukturkategorie Kinder- und Jugendpsychiatrie, vollstationär</b>	
PK15Z	Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems
PK16Z	Krankheiten des Nervensystems, zerebrovaskuläre Krankheiten oder Thiaminmangel
PK17Z	Andere psychosomatische Störungen
PK18Z	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome
PK98Z	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose
PK99Z	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose
<b>Strukturkategorie Psychosomatik, vollstationär</b>	
PP15Z	Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems
PP16Z	Krankheiten des Nervensystems, zerebrovaskuläre Krankheiten oder Thiaminmangel
PP17Z	Andere psychosomatische Störungen
PP18Z	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome
PP98Z	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose
PP99Z	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose

## Anlage 2a

PEPP-Version 2013

**PEPP-Entgeltkatalog**  
**Bewertungsrelationen bei teilstationärer Versorgung**

PEPP	Bezeichnung	Bewertungs- relation/Tag
1	2	3
<b>Strukturkategorie Psychiatrie, teilstationär</b>		
TA02Z	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	0,7073
TA15Z	Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems	0,8653
TA19Z	Psychotische, affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme, Schlaf-, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen, Alter > 65 Jahre oder mit komplizierender Konstellation	0,7550
TA20Z	Psychotische, affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme, Schlaf-, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen, Alter < 66 Jahre, ohne komplizierende Konstellation	0,6897
<b>Strukturkategorie Kinder- und Jugendpsychiatrie, teilstationär</b>		
TK04Z	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen ohne komplizierende Nebendiagnose	1,0033
TK14Z	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen mit komplizierender Nebendiagnose oder Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen	1,0432
<b>Strukturkategorie Psychosomatik, teilstationär</b>		
TP20Z	Psychosomatische oder psychiatrische Störungen	0,7561

## Anlage 2b

PEPP-Version 2013

**PEPP-Entgeltkatalog**  
**Unbewertete PEPP-Entgelte bei teilstationärer Versorgung**

Für die nachfolgend aufgeführten Leistungen sind krankenspezifische Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 BpflV zu vereinbaren, soweit diese als Krankenhausleistung erbracht werden dürfen.

PEPP	Bezeichnung
1	2
<b>Strukturkategorie Psychiatrie, teilstationär</b>	
TA16Z	Krankheiten des Nervensystems, zerebrovaskuläre Krankheiten oder Thiaminmangel
TA17Z	Andere psychosomatische Störungen
TA18Z	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome
TA98Z	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose
TA99Z	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose
<b>Strukturkategorie Kinder- und Jugendpsychiatrie, teilstationär</b>	
TK15Z	Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems
TK16Z	Krankheiten des Nervensystems, zerebrovaskuläre Krankheiten oder Thiaminmangel
TK17Z	Andere psychosomatische Störungen
TK18Z	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome
TK98Z	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose
TK99Z	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose
<b>Strukturkategorie Psychosomatik, teilstationär</b>	
TP98Z	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose
TP99Z	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose

## Anlage 3

PEPP-Version 2013

**PEPP-Entgeltkatalog**  
**Zusatzentgelte-Katalog – bewertete Entgelte**

ZP	Bezeichnung	ZP <sub>D</sub>	OPS Version 2013		Betrag
			OPS-Kode	OPS-Text	
1	2	3	4	5	6
ZP01	Gabe von Gemcitabin, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 1: Gemcitabin, parenteral	
		ZP01.10	6-001.19	19,0 g bis unter 22,0 g	426,87 €
		ZP01.11	6-001.1a	22,0 g bis unter 25,0 g	490,90 €
		ZP01.12	6-001.1b	25,0 g bis unter 28,0 g	554,93 €
		ZP01.13	6-001.1c	28,0 g bis unter 31,0 g	618,96 €
		ZP01.14	6-001.1d	31,0 g bis unter 34,0 g	682,99 €
		ZP01.15	6-001.1e	34,0 g und mehr	747,02 €
ZP02	Gabe von Irinotecan, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 1: Irinotecan, parenteral	
		ZP02.14	6-001.3d	2 000 mg bis unter 2 200 mg	479,47 €
		ZP02.15	6-001.3e	2 200 mg bis unter 2 400 mg	525,87 €
		ZP02.16	6-001.3f	2 400 mg bis unter 2 600 mg	572,27 €
		ZP02.17	6-001.3g	2 600 mg bis unter 2 800 mg	618,67 €
		ZP02.18	6-001.3h	2 800 mg bis unter 3 000 mg	665,07 €
		ZP02.19	6-001.3j	3 000 mg und mehr	711,47 €
ZP03	Gabe von Trastuzumab, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 1: Trastuzumab, parenteral	
		ZP03.01	6-001.70	100 mg bis unter 150 mg	602,04 €
		ZP03.02	6-001.71	150 mg bis unter 200 mg	840,55 €
		ZP03.03	6-001.72	200 mg bis unter 250 mg	1 118,08 €
		ZP03.04	6-001.73	250 mg bis unter 300 mg	1 376,10 €
		ZP03.05	6-001.74	300 mg bis unter 350 mg	1 634,12 €
		ZP03.06	6-001.75	350 mg bis unter 400 mg	1 892,14 €
		ZP03.07	6-001.76	400 mg bis unter 450 mg	2 150,16 €
		ZP03.08	6-001.77	450 mg bis unter 500 mg	2 408,18 €
		ZP03.09	6-001.78	500 mg bis unter 600 mg	2 752,21 €
		ZP03.10	6-001.79	600 mg bis unter 700 mg	3 268,24 €
		ZP03.11	6-001.7a	700 mg bis unter 800 mg	3 784,28 €
		ZP03.12	6-001.7b	800 mg bis unter 900 mg	4 300,32 €
		ZP03.13	6-001.7c	900 mg bis unter 1 000 mg	4 807,54 €
		ZP03.14	6-001.7d	1 000 mg bis unter 1 200 mg	5 504,41 €
		ZP03.15	6-001.7e	1 200 mg bis unter 1 400 mg	6 536,49 €
		ZP03.16	6-001.7f	1 400 mg bis unter 1 600 mg	7 568,57 €
		ZP03.17		siehe weitere Differenzierung ZP03.18 – ZP03.22	
		ZP03.18	6-001.7h	1 600 mg bis unter 1 800 mg	8 600,64 €
ZP03.19	6-001.7j	1 800 mg bis unter 2 000 mg	9 632,72 €		

ZP	Bezeichnung	ZP <sub>D</sub>	OPS Version 2013		Betrag
			OPS-Kode	OPS-Text	
1	2	3	4	5	6
		ZP03.20	6-001.7k	2 000 mg bis unter 2 200 mg	10 664,80 €
		ZP03.21	6-001.7m	2 200 mg bis unter 2 400 mg	11 668,40 €
		ZP03.22	6-001.7n	2 400 mg und mehr	12 728,95 €
ZP04	Gabe von Prothrombinkomplex, parenteral			Transfusion von Plasma und anderen Plasmaproteinbestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex	
		ZP04.02	8-812.53	3 500 IE bis unter 4 500 IE	765,94 €
		ZP04.03	8-812.54	4 500 IE bis unter 5 500 IE	966,67 €
		ZP04.04	8-812.55	5 500 IE bis unter 6 500 IE	1 174,34 €
		ZP04.05	8-812.56	6 500 IE bis unter 7 500 IE	1 371,23 €
		ZP04.06	8-812.57	7 500 IE bis unter 8 500 IE	1 575,33 €
		ZP04.07	8-812.58	8 500 IE bis unter 9 500 IE	1 772,02 €
		ZP04.08	8-812.59	9 500 IE bis unter 10 500 IE	1 965,88 €
		ZP04.09	8-812.5a	10 500 IE bis unter 15 500 IE	2 449,34 €
		ZP04.10	8-812.5b	15 500 IE bis unter 20 500 IE	3 455,92 €
		ZP04.11	8-812.5c	20 500 IE bis unter 25 500 IE	4 462,50 €
		ZP04.12	8-812.5d	25 500 IE bis unter 30 500 IE	5 469,08 €
		ZP04.13	8-812.5e	30 500 IE und mehr	6 475,66 €
ZP05	Gabe von Filgrastim, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 2: Filgrastim, parenteral	
		ZP05.01 <sup>4</sup>	6-002.10	70 Mio. IE bis unter 130 Mio. IE	87,82 €
		ZP05.02 <sup>4</sup>	6-002.11	130 Mio. IE bis unter 190 Mio. IE	146,38 €
		ZP05.03 <sup>4</sup>	6-002.12	190 Mio. IE bis unter 250 Mio. IE	204,93 €
		ZP05.04	6-002.13	250 Mio. IE bis unter 350 Mio. IE	276,49 €
		ZP05.05	6-002.14	350 Mio. IE bis unter 450 Mio. IE	374,07 €
		ZP05.06	6-002.15	450 Mio. IE bis unter 550 Mio. IE	471,65 €
		ZP05.07	6-002.16	550 Mio. IE bis unter 650 Mio. IE	569,24 €
		ZP05.08	6-002.17	650 Mio. IE bis unter 750 Mio. IE	666,82 €
		ZP05.09	6-002.18	750 Mio. IE bis unter 850 Mio. IE	764,40 €
		ZP05.10	6-002.19	850 Mio. IE bis unter 950 Mio. IE	861,99 €
		ZP05.11	6-002.1a	950 Mio. IE bis unter 1 050 Mio. IE	959,57 €
		ZP05.12	6-002.1b	1 050 Mio. IE bis unter 1 250 Mio. IE	1 089,68 €
		ZP05.13	6-002.1c	1 250 Mio. IE bis unter 1 450 Mio. IE	1 284,85 €
		ZP05.14	6-002.1d	1 450 Mio. IE bis unter 1 650 Mio. IE	1 480,01 €
		ZP05.15	6-002.1e	1 650 Mio. IE bis unter 1 850 Mio. IE	1 675,18 €
		ZP05.16	6-002.1f	1 850 Mio. IE bis unter 2 050 Mio. IE	1 870,35 €
		ZP05.17	6-002.1g	2 050 Mio. IE bis unter 2 250 Mio. IE	2 065,51 €
		ZP05.18	6-002.1h	2 250 Mio. IE bis unter 2 450 Mio. IE	2 260,68 €
		ZP05.19	6-002.1j	2 450 Mio. IE und mehr	2 455,85 €
ZP06	Gabe von Lenograstim, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 2: Lenograstim, parenteral	
		ZP06.01 <sup>4</sup>	6-002.20	75 Mio. IE bis unter 150 Mio. IE	115,53 €



ZP	Bezeichnung	ZP <sub>D</sub>	OPS Version 2013		Betrag
			OPS-Kode	OPS-Text	
1	2	3	4	5	6
		ZP06.02 <sup>4</sup>	6-002.21	150 Mio. IE bis unter 225 Mio. IE	202,17 €
		ZP06.03 <sup>4</sup>	6-002.22	225 Mio. IE bis unter 300 Mio. IE	288,82 €
		ZP06.04	6-002.23	300 Mio. IE bis unter 400 Mio. IE	385,09 €
		ZP06.05	6-002.24	400 Mio. IE bis unter 500 Mio. IE	500,61 €
		ZP06.06	6-002.25	500 Mio. IE bis unter 600 Mio. IE	616,14 €
		ZP06.07	6-002.26	600 Mio. IE bis unter 800 Mio. IE	770,18 €
		ZP06.08	6-002.27	800 Mio. IE bis unter 1 000 Mio. IE	1 001,23 €
		ZP06.09	6-002.28	1 000 Mio. IE bis unter 1 200 Mio. IE	1 232,28 €
		ZP06.10	6-002.29	1 200 Mio. IE bis unter 1 400 Mio. IE	1 463,33 €
		ZP06.11	6-002.2a	1 400 Mio. IE bis unter 1 600 Mio. IE	1 694,39 €
		ZP06.12	6-002.2b	1 600 Mio. IE bis unter 1 800 Mio. IE	1 925,44 €
		ZP06.13	6-002.2c	1 800 Mio. IE bis unter 2 000 Mio. IE	2 156,49 €
		ZP06.14	6-002.2d	2 000 Mio. IE bis unter 2 200 Mio. IE	2 387,54 €
		ZP06.15	6-002.2e	2 200 Mio. IE bis unter 2 400 Mio. IE	2 618,60 €
		ZP06.16	6-002.2f	2 400 Mio. IE bis unter 2 600 Mio. IE	2 849,65 €
		ZP06.17	6-002.2g	2 600 Mio. IE bis unter 2 800 Mio. IE	3 080,70 €
		ZP06.18	6-002.2h	2 800 Mio. IE bis unter 3 000 Mio. IE	3 311,75 €
		ZP06.19	6-002.2j	3 000 Mio. IE und mehr	3 542,81 €
ZP07	Gabe von Antithrombin III, parenteral			Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Antithrombin III	
		ZP07.01 <sup>4</sup>	8-810.g1	2 000 IE bis unter 3 500 IE	166,12 €
		ZP07.02 <sup>4</sup>	8-810.g2	3 500 IE bis unter 5 000 IE	265,80 €
		ZP07.03 <sup>4</sup>	8-810.g3	5 000 IE bis unter 7 000 IE	376,55 €
		ZP07.04	8-810.g4	7 000 IE bis unter 10 000 IE	531,60 €
		ZP07.05	8-810.g5	10 000 IE bis unter 15 000 IE	773,54 €
		ZP07.06	8-810.g6	15 000 IE bis unter 20 000 IE	1 107,49 €
		ZP07.07	8-810.g7	20 000 IE bis unter 25 000 IE	1 439,74 €
		ZP07.08	8-810.g8	25 000 IE bis unter 30 000 IE	1 771,99 €
		ZP07.09	8-810.ga	30 000 IE bis unter 40 000 IE	2 214,99 €
		ZP07.10	8-810.gb	40 000 IE bis unter 50 000 IE	2 879,49 €
		ZP07.11	8-810.gc	50 000 IE bis unter 60 000 IE	3 543,98 €
		ZP07.12	8-810.gd	60 000 IE bis unter 70 000 IE	4 208,48 €
		ZP07.13	8-810.ge	70 000 IE bis unter 90 000 IE	5 094,48 €
		ZP07.14	8-810.gf	90 000 IE bis unter 110 000 IE	6 423,47 €
		ZP07.15	8-810.gg	110 000 IE bis unter 130 000 IE	7 752,46 €
		ZP07.16	8-810.gh	130 000 IE bis unter 150 000 IE	9 081,46 €
		ZP07.17	8-810.gj	150 000 IE und mehr	10 410,45 €
ZP08	Gabe von Aldesleukin, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 1: Aldesleukin, parenteral	
		ZP08.01	6-001.80	45 Mio. IE bis unter 65 Mio. IE	913,67 €
		ZP08.02	6-001.81	65 Mio. IE bis unter 85 Mio. IE	1 266,70 €

ZP	Bezeichnung	ZP <sub>D</sub>	OPS Version 2013		Betrag
			OPS-Kode	OPS-Text	
1	2	3	4	5	6
		ZP08.03	6-001.82	85 Mio. IE bis unter 105 Mio. IE	1 621,03 €
		ZP08.04	6-001.83	105 Mio. IE bis unter 125 Mio. IE	1 974,71 €
		ZP08.05	6-001.84	125 Mio. IE bis unter 145 Mio. IE	2 328,39 €
		ZP08.06	6-001.85	145 Mio. IE bis unter 165 Mio. IE	2 682,07 €
		ZP08.07	6-001.86	165 Mio. IE bis unter 185 Mio. IE	3 035,75 €
		ZP08.08	6-001.87	185 Mio. IE bis unter 205 Mio. IE	3 389,43 €
		ZP08.09	6-001.88	205 Mio. IE bis unter 245 Mio. IE	3 861,01 €
		ZP08.10	6-001.89	245 Mio. IE bis unter 285 Mio. IE	4 568,37 €
		ZP08.11	6-001.8a	285 Mio. IE bis unter 325 Mio. IE	5 275,73 €
		ZP08.12	6-001.8b	325 Mio. IE bis unter 365 Mio. IE	5 983,09 €
		ZP08.13	6-001.8c	365 Mio. IE bis unter 405 Mio. IE	6 690,45 €
		ZP08.14	6-001.8d	405 Mio. IE bis unter 445 Mio. IE	7 397,81 €
		ZP08.15	6-001.8e	445 Mio. IE bis unter 485 Mio. IE	8 105,17 €
		ZP08.16	6-001.8f	485 Mio. IE bis unter 525 Mio. IE	8 812,53 €
		ZP08.17	6-001.8g	525 Mio. IE bis unter 565 Mio. IE	9 519,89 €
		ZP08.18	6-001.8h	565 Mio. IE bis unter 625 Mio. IE	10 345,14 €
		ZP08.19	6-001.8j	625 Mio. IE bis unter 685 Mio. IE	11 406,18 €
		ZP08.20	6-001.8k	685 Mio. IE bis unter 745 Mio. IE	12 467,22 €
		ZP08.21	6-001.8m	745 Mio. IE bis unter 805 Mio. IE	13 528,26 €
		ZP08.22	6-001.8n	805 Mio. IE und mehr	14 589,30 €
ZP09	Gabe von Bortezomib, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 1: Bortezomib, parenteral	
		ZP09.01	6-001.90	1,5 mg bis unter 2,5 mg	748,42 €
		ZP09.02	6-001.91	2,5 mg bis unter 3,5 mg	1 100,59 €
		ZP09.03	6-001.92	3,5 mg bis unter 4,5 mg	1 564,88 €
		ZP09.04	6-001.93	4,5 mg bis unter 5,5 mg	1 973,10 €
		ZP09.05	6-001.94	5,5 mg bis unter 6,5 mg	2 381,33 €
		ZP09.06	6-001.95	6,5 mg bis unter 7,5 mg	2 789,56 €
		ZP09.07	6-001.96	7,5 mg bis unter 8,5 mg	3 197,79 €
		ZP09.08	6-001.97	8,5 mg bis unter 9,5 mg	3 606,02 €
		ZP09.09	6-001.98	9,5 mg bis unter 10,5 mg	4 014,25 €
		ZP09.10	6-001.99	10,5 mg bis unter 11,5 mg	4 422,48 €
		ZP09.11	6-001.9a	11,5 mg bis unter 13,5 mg	4 966,78 €
		ZP09.12	6-001.9b	13,5 mg bis unter 15,5 mg	5 783,24 €
		ZP09.13	6-001.9c	15,5 mg bis unter 17,5 mg	6 599,69 €
		ZP09.14	6-001.9d	17,5 mg bis unter 19,5 mg	7 416,15 €
		ZP09.15	6-001.9e	19,5 mg bis unter 21,5 mg	8 232,61 €
		ZP09.16	6-001.9f	21,5 mg bis unter 23,5 mg	9 036,79 €
		ZP09.17	6-001.9g	23,5 mg bis unter 25,5 mg	9 865,52 €
		ZP09.18	6-001.9h	25,5 mg bis unter 27,5 mg	10 681,98 €
		ZP09.19	6-001.9j	27,5 mg bis unter 29,5 mg	11 498,43 €

ZP	Bezeichnung	ZP <sub>D</sub>	OPS Version 2013		Betrag
			OPS-Kode	OPS-Text	
1	2	3	4	5	6
		ZP09.20	6-001.9k	29,5 mg und mehr	12 314,89 €
ZP10	Gabe von Cetuximab, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 1: Cetuximab, parenteral	
		ZP10.01	6-001.a0	250 mg bis unter 350 mg	689,60 €
		ZP10.02	6-001.a1	350 mg bis unter 450 mg	932,99 €
		ZP10.03	6-001.a2	450 mg bis unter 550 mg	1 176,38 €
		ZP10.04	6-001.a3	550 mg bis unter 650 mg	1 419,77 €
		ZP10.05	6-001.a4	650 mg bis unter 750 mg	1 663,16 €
		ZP10.06	6-001.a5	750 mg bis unter 850 mg	1 906,55 €
		ZP10.07	6-001.a6	850 mg bis unter 1 050 mg	2 231,07 €
		ZP10.08	6-001.a7	1 050 mg bis unter 1 250 mg	2 717,85 €
		ZP10.09	6-001.a8	1 250 mg bis unter 1 450 mg	3 204,62 €
		ZP10.10	6-001.a9	1 450 mg bis unter 1 650 mg	3 691,40 €
		ZP10.11	6-001.aa	1 650 mg bis unter 1 850 mg	4 178,18 €
		ZP10.12	6-001.ab	1 850 mg bis unter 2 150 mg	4 746,09 €
		ZP10.13	6-001.ac	2 150 mg bis unter 2 450 mg	5 476,26 €
		ZP10.14	6-001.ad	2 450 mg bis unter 2 750 mg	6 206,42 €
		ZP10.15	6-001.ae	2 750 mg bis unter 3 050 mg	6 936,59 €
		ZP10.16	6-001.af	3 050 mg bis unter 3 350 mg	7 666,76 €
		ZP10.17		siehe weitere Differenzierung ZP10.18 – ZP10.20	
		ZP10.18	6-001.ah	3 350 mg bis unter 3 950 mg	8 640,32 €
		ZP10.19	6-001.aj	3 950 mg bis unter 4 550 mg	10 100,65 €
		ZP10.20	6-001.ak	4 550 mg und mehr	11 560,99 €
ZP11	Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Hepatitis-B-surface-Antigen, parenteral			Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Hepatitis-B-surface-Antigen (HBsAg)	
		ZP11.01	8-810.q0	2 000 IE bis unter 4 000 IE	1 507,14 €
		ZP11.02	8-810.q1	4 000 IE bis unter 6 000 IE	3 014,29 €
		ZP11.03	8-810.q2	6 000 IE bis unter 8 000 IE	4 521,43 €
		ZP11.04	8-810.q3	8 000 IE bis unter 10 000 IE	6 028,57 €
		ZP11.05	8-810.q4	10 000 IE bis unter 12 000 IE	7 535,71 €
		ZP11.06	8-810.q5	12 000 IE bis unter 14 000 IE	9 042,86 €
		ZP11.07	8-810.q6	14 000 IE bis unter 16 000 IE	10 550,00 €
		ZP11.08	8-810.q7	16 000 IE bis unter 18 000 IE	12 057,14 €
		ZP11.09	8-810.q8	18 000 IE bis unter 20 000 IE	13 564,29 €
		ZP11.10	8-810.q9	20 000 IE bis unter 22 000 IE	15 071,43 €
		ZP11.11	8-810.qa	22 000 IE bis unter 24 000 IE	16 578,57 €
		ZP11.12	8-810.qb	24 000 IE bis unter 28 000 IE	18 085,71 €
		ZP11.13	8-810.qc	28 000 IE bis unter 32 000 IE	21 100,00 €
		ZP11.14	8-810.qd	32 000 IE bis unter 36 000 IE	24 114,29 €
		ZP11.15	8-810.qe	36 000 IE bis unter 40 000 IE	27 128,57 €

ZP	Bezeichnung	ZP <sub>D</sub>	OPS Version 2013		Betrag
			OPS-Kode	OPS-Text	
1	2	3	4	5	6
		ZP11.16	8-810.qf	40 000 IE bis unter 46 000 IE	30 142,86 €
		ZP11.17	8-810.qg	46 000 IE bis unter 52 000 IE	34 664,29 €
		ZP11.18	8-810.qh	52 000 IE bis unter 58 000 IE	39 185,71 €
		ZP11.19	8-810.qj	58 000 IE bis unter 64 000 IE	43 707,14 €
		ZP11.20	8-810.qk	64 000 IE und mehr	48 228,57 €
ZP12	Gabe von Liposomalem Doxorubicin, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 1: Liposomales Doxorubicin, parenteral	
		ZP12.01 <sup>4</sup>	6-001.b0	10 mg bis unter 20 mg	292,97 €
		ZP12.02 <sup>4</sup>	6-001.b1	20 mg bis unter 30 mg	512,69 €
		ZP12.03	6-001.b2	30 mg bis unter 40 mg	732,42 €
		ZP12.04	6-001.b3	40 mg bis unter 50 mg	952,15 €
		ZP12.05	6-001.b4	50 mg bis unter 60 mg	1 142,58 €
		ZP12.06	6-001.b5	60 mg bis unter 70 mg	1 378,14 €
		ZP12.07	6-001.b6	70 mg bis unter 80 mg	1 611,33 €
		ZP12.08	6-001.b7	80 mg bis unter 90 mg	1 831,05 €
		ZP12.09	6-001.b8	90 mg bis unter 100 mg	2 030,27 €
		ZP12.10	6-001.b9	100 mg bis unter 110 mg	2 199,88 €
		ZP12.11	6-001.ba	110 mg bis unter 120 mg	2 490,23 €
		ZP12.12	6-001.bb	120 mg bis unter 140 mg	2 783,20 €
		ZP12.13	6-001.bc	140 mg bis unter 160 mg	3 222,65 €
		ZP12.14	6-001.bd	160 mg bis unter 180 mg	3 662,11 €
		ZP12.15	6-001.be	180 mg bis unter 200 mg	4 101,56 €
		ZP12.16	6-001.bf	200 mg bis unter 220 mg	4 541,01 €
		ZP12.17	6-001.bg	220 mg bis unter 240 mg	4 980,46 €
		ZP12.18	6-001.bh	240 mg bis unter 260 mg	5 419,92 €
		ZP12.19	6-001.bj	260 mg bis unter 280 mg	5 859,37 €
		ZP12.20	6-001.bk	280 mg bis unter 300 mg	6 298,82 €
		ZP12.21	6-001.bm	300 mg bis unter 320 mg	6 738,27 €
		ZP12.22	6-001.bn	320 mg und mehr	7 177,73 €
ZP13	Gabe von Pemetrexed, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 1: Pemetrexed, parenteral	
		ZP13.01	6-001.c0	600 mg bis unter 700 mg	2 059,87 €
		ZP13.02	6-001.c1	700 mg bis unter 800 mg	2 385,12 €
		ZP13.03	6-001.c2	800 mg bis unter 900 mg	2 710,36 €
		ZP13.04	6-001.c3	900 mg bis unter 1 000 mg	3 035,60 €
		ZP13.05	6-001.c4	1 000 mg bis unter 1 100 mg	3 280,12 €
		ZP13.06	6-001.c5	1 100 mg bis unter 1 200 mg	3 644,15 €
		ZP13.07	6-001.c6	1 200 mg bis unter 1 400 mg	4 119,75 €
		ZP13.08	6-001.c7	1 400 mg bis unter 1 600 mg	4 770,23 €
		ZP13.09	6-001.c8	1 600 mg bis unter 1 800 mg	5 405,82 €
		ZP13.10	6-001.c9	1 800 mg bis unter 2 000 mg	6 071,21 €

ZP	Bezeichnung	ZP <sub>D</sub>	OPS Version 2013		Betrag
			OPS-Kode	OPS-Text	
1	2	3	4	5	6
		ZP13.11	6-001.ca	2 000 mg bis unter 2 200 mg	6 677,94 €
		ZP13.12	6-001.cb	2 200 mg bis unter 2 400 mg	7 372,18 €
		ZP13.13	6-001.cc	2 400 mg bis unter 2 600 mg	8 022,67 €
		ZP13.14	6-001.cd	2 600 mg bis unter 2 800 mg	8 673,15 €
		ZP13.15	6-001.ce	2 800 mg bis unter 3 000 mg	9 323,64 €
		ZP13.16	6-001.cf	3 000 mg bis unter 3 300 mg	10 035,26 €
		ZP13.17	6-001.cg	3 300 mg bis unter 3 600 mg	11 058,27 €
		ZP13.18	6-001.ch	3 600 mg bis unter 3 900 mg	12 034,00 €
		ZP13.19	6-001.cj	3 900 mg und mehr	13 009,73 €
ZP14	LDL-Apherese		8-822	LDL-Apherese	1 129,32 €
ZP15	Gabe von Paclitaxel, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 1: Paclitaxel, parenteral	
		ZP15.08	6-001.f7	1 320 mg bis unter 1 500 mg	212,67 €
		ZP15.09	6-001.f8	1 500 mg bis unter 1 680 mg	240,41 €
		ZP15.10	6-001.f9	1 680 mg bis unter 1 860 mg	268,15 €
		ZP15.11	6-001.fa	1 860 mg bis unter 2 040 mg	295,89 €
		ZP15.12	6-001.fb	2 040 mg bis unter 2 220 mg	323,63 €
		ZP15.13	6-001.fc	2 220 mg bis unter 2 400 mg	351,36 €
		ZP15.14	6-001.fd	2 400 mg und mehr	379,10 €
ZP16	Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Zytomegalie-Virus, parenteral			Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Zytomegalie-Virus (CMV)	
		ZP16.01 <sup>2</sup>	8-810.s0	1,0 g bis unter 2,0 g	313,16 €
		ZP16.02 <sup>2</sup>	8-810.s1	2,0 g bis unter 3,0 g	548,04 €
		ZP16.03 <sup>2</sup>	8-810.s2	3,0 g bis unter 5,0 g	861,20 €
		ZP16.04	8-810.s3	5,0 g bis unter 7,5 g	1 174,37 €
		ZP16.05	8-810.s4	7,5 g bis unter 10,0 g	1 761,55 €
		ZP16.06	8-810.s5	10,0 g bis unter 12,5 g	2 348,74 €
		ZP16.07	8-810.s6	12,5 g bis unter 15,0 g	2 935,92 €
		ZP16.08	8-810.s7	15,0 g bis unter 20,0 g	3 523,10 €
		ZP16.09	8-810.s8	20,0 g bis unter 25,0 g	4 697,47 €
		ZP16.10	8-810.s9	25,0 g bis unter 30,0 g	5 871,84 €
		ZP16.11	8-810.sa	30,0 g bis unter 35,0 g	7 046,21 €
		ZP16.12	8-810.sb	35,0 g bis unter 40,0 g	8 220,58 €
		ZP16.13	8-810.sc	40,0 g bis unter 45,0 g	9 394,95 €
		ZP16.14	8-810.sd	45,0 g bis unter 50,0 g	10 569,31 €
		ZP16.15	8-810.se	50,0 g und mehr	11 743,68 €
ZP17	Gabe von Adalimumab, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 1: Adalimumab, parenteral	
		ZP17.01 <sup>4</sup>	6-001.d0	10 mg bis unter 25 mg	309,59 €
		ZP17.02 <sup>4</sup>	6-001.d1	25 mg bis unter 40 mg	619,18 €
		ZP17.03	6-001.d2	40 mg bis unter 80 mg	825,57 €

ZP	Bezeichnung	ZP <sub>D</sub>	OPS Version 2013		Betrag
			OPS-Kode	OPS-Text	
1	2	3	4	5	6
		ZP17.04	6-001.d3	80 mg bis unter 120 mg	1 651,15 €
		ZP17.05	6-001.d4	120 mg bis unter 160 mg	2 476,72 €
		ZP17.06	6-001.d5	160 mg bis unter 200 mg	3 302,29 €
		ZP17.07	6-001.d6	200 mg bis unter 240 mg	4 127,87 €
		ZP17.08	6-001.d7	240 mg bis unter 280 mg	4 953,44 €
		ZP17.09	6-001.d8	280 mg bis unter 320 mg	5 779,01 €
		ZP17.10	6-001.d9	320 mg bis unter 360 mg	6 604,59 €
		ZP17.11	6-001.da	360 mg bis unter 400 mg	7 430,16 €
		ZP17.12	6-001.db	400 mg bis unter 440 mg	8 255,73 €
		ZP17.13	6-001.dc	440 mg und mehr	9 081,31 €
ZP18	Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Varicella-Zoster-Virus, parenteral			Transfusion von Plasmaproteinen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Varicella-Zoster-Virus (VZV)	
		ZP18.01 <sup>4</sup>	8-810.t0	250 IE bis unter 500 IE	308,29 €
		ZP18.02 <sup>4</sup>	8-810.t1	500 IE bis unter 750 IE	539,51 €
		ZP18.03 <sup>4</sup>	8-810.t2	750 IE bis unter 1 000 IE	770,72 €
		ZP18.04	8-810.t3	1 000 IE bis unter 1 500 IE	924,87 €
		ZP18.05	8-810.t4	1 500 IE bis unter 2 000 IE	1 387,30 €
		ZP18.06	8-810.t5	2 000 IE bis unter 2 500 IE	1 849,73 €
		ZP18.07	8-810.t6	2 500 IE bis unter 3 000 IE	2 312,17 €
		ZP18.08	8-810.t7	3 000 IE bis unter 3 500 IE	2 774,60 €
		ZP18.09	8-810.t8	3 500 IE bis unter 4 000 IE	3 237,04 €
		ZP18.10	8-810.t9	4 000 IE bis unter 5 000 IE	3 699,47 €
		ZP18.11	8-810.ta	5 000 IE bis unter 6 000 IE	4 624,34 €
		ZP18.12	8-810.tb	6 000 IE bis unter 7 000 IE	5 549,20 €
		ZP18.13	8-810.tc	7 000 IE bis unter 8 000 IE	6 474,07 €
		ZP18.14	8-810.td	8 000 IE und mehr	7 398,94 €
ZP19	Gabe von Infliximab, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 1: Infliximab, parenteral	
		ZP19.01 <sup>4</sup>	6-001.e0	50 mg bis unter 100 mg	406,72 €
		ZP19.02 <sup>4</sup>	6-001.e1	100 mg bis unter 150 mg	711,76 €
		ZP19.03	6-001.e2	150 mg bis unter 200 mg	991,38 €
		ZP19.04	6-001.e3	200 mg bis unter 300 mg	1 348,38 €
		ZP19.05	6-001.e4	300 mg bis unter 400 mg	1 919,10 €
		ZP19.06	6-001.e5	400 mg bis unter 500 mg	2 528,92 €
		ZP19.07	6-001.e6	500 mg bis unter 600 mg	3 112,84 €
		ZP19.08	6-001.e7	600 mg bis unter 700 mg	3 743,28 €
		ZP19.09	6-001.e8	700 mg bis unter 800 mg	4 423,09 €
		ZP19.10	6-001.e9	800 mg bis unter 900 mg	4 933,69 €
		ZP19.11	6-001.ea	900 mg bis unter 1 000 mg	5 643,25 €
		ZP19.12	6-001.eb	1 000 mg bis unter 1 200 mg	6 238,18 €
		ZP19.13	6-001.ec	1 200 mg bis unter 1 400 mg	7 626,01 €

ZP	Bezeichnung	ZP <sub>D</sub>	OPS Version 2013		Betrag
			OPS-Kode	OPS-Text	
1	2	3	4	5	6
		ZP19.14	6-001.ed	1 400 mg bis unter 1 600 mg	8 846,18 €
		ZP19.15	6-001.ee	1 600 mg bis unter 1 800 mg	10 066,34 €
		ZP19.16	6-001.ef	1 800 mg bis unter 2 000 mg	11 286,50 €
		ZP19.17	6-001.eg	2 000 mg und mehr	12 506,66 €
ZP20	Gabe von C1-Esteraseinhibitor, parenteral			Transfusion von Plasmaproteinbestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: C1-Esteraseinhibitor	
		ZP20.01	8-810.h3	500 Einheiten bis unter 1 000 Einheiten	702,55 €
		ZP20.02	8-810.h4	1 000 Einheiten bis unter 1 500 Einheiten	1 405,10 €
		ZP20.03	8-810.h5	1 500 Einheiten bis unter 2 000 Einheiten	2 107,65 €
		ZP20.04	8-810.h6	2 000 Einheiten bis unter 2 500 Einheiten	2 810,20 €
		ZP20.05	8-810.h7	2 500 Einheiten bis unter 3 000 Einheiten	3 512,74 €
		ZP20.06	8-810.h8	3 000 Einheiten bis unter 4 000 Einheiten	4 566,57 €
		ZP20.07	8-810.h9	4 000 Einheiten bis unter 5 000 Einheiten	5 971,66 €
		ZP20.08	8-810.ha	5 000 Einheiten bis unter 6 000 Einheiten	7 376,76 €
		ZP20.09	8-810.hb	6 000 Einheiten bis unter 7 000 Einheiten	8 781,86 €
		ZP20.10	8-810.hc	7 000 Einheiten bis unter 9 000 Einheiten	10 772,41 €
		ZP20.11	8-810.hd	9 000 Einheiten bis unter 11 000 Einheiten	13 582,61 €
		ZP20.12	8-810.he	11 000 Einheiten und mehr	16 392,81 €
ZP21	Gabe von Pegfilgrastim, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 2: Pegfilgrastim, parenteral	
		ZP21.01 <sup>4</sup>	6-002.70	1 mg bis unter 3 mg	261,66 €
		ZP21.02 <sup>4</sup>	6-002.71	3 mg bis unter 6 mg	627,97 €
		ZP21.03	6-002.72	6 mg bis unter 12 mg	750,84 €
		ZP21.04	6-002.73	12 mg bis unter 18 mg	1 692,80 €
		ZP21.05	6-002.74	18 mg bis unter 24 mg	2 634,76 €
		ZP21.06	6-002.75	24 mg bis unter 30 mg	3 576,72 €
		ZP21.07	6-002.76	30 mg und mehr	4 518,68 €
ZP22	Gabe von Pegyliertem liposomalen Doxorubicin, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 2: Pegyliertes liposomales Doxorubicin, parenteral	
		ZP22.01 <sup>4</sup>	6-002.80	10 mg bis unter 20 mg	389,72 €
		ZP22.02 <sup>4</sup>	6-002.81	20 mg bis unter 30 mg	682,00 €
		ZP22.03	6-002.82	30 mg bis unter 40 mg	974,29 €
		ZP22.04	6-002.83	40 mg bis unter 50 mg	1 266,58 €
		ZP22.05	6-002.84	50 mg bis unter 60 mg	1 551,91 €
		ZP22.06	6-002.85	60 mg bis unter 70 mg	1 845,05 €
		ZP22.07	6-002.86	70 mg bis unter 80 mg	2 124,54 €
		ZP22.08	6-002.87	80 mg bis unter 90 mg	2 411,70 €
		ZP22.09	6-002.88	90 mg bis unter 100 mg	2 718,19 €
		ZP22.10	6-002.89	100 mg bis unter 110 mg	2 957,18 €
		ZP22.11	6-002.8a	110 mg bis unter 120 mg	3 312,59 €
		ZP22.12	6-002.8b	120 mg bis unter 140 mg	3 702,30 €
		ZP22.13	6-002.8c	140 mg bis unter 160 mg	4 286,88 €

ZP	Bezeichnung	ZP <sub>D</sub>	OPS Version 2013		Betrag
			OPS-Kode	OPS-Text	
1	2	3	4	5	6
		ZP22.14	6-002.8d	160 mg bis unter 180 mg	4 775,71 €
		ZP22.15	6-002.8e	180 mg bis unter 200 mg	5 456,03 €
		ZP22.16	6-002.8f	200 mg bis unter 220 mg	6 040,60 €
		ZP22.17	6-002.8g	220 mg bis unter 240 mg	6 625,17 €
		ZP22.18	6-002.8h	240 mg und mehr	7 209,75 €
ZP23	Gabe von Bevacizumab, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 2: Bevacizumab, parenteral	
		ZP23.01	6-002.90	150 mg bis unter 250 mg	708,46 €
		ZP23.02	6-002.91	250 mg bis unter 350 mg	1 094,89 €
		ZP23.03	6-002.92	350 mg bis unter 450 mg	1 481,32 €
		ZP23.04	6-002.93	450 mg bis unter 550 mg	1 867,75 €
		ZP23.05	6-002.94	550 mg bis unter 650 mg	2 254,18 €
		ZP23.06	6-002.95	650 mg bis unter 750 mg	2 640,61 €
		ZP23.07	6-002.96	750 mg bis unter 850 mg	3 027,04 €
		ZP23.08	6-002.97	850 mg bis unter 950 mg	3 413,47 €
		ZP23.09	6-002.98	950 mg bis unter 1 150 mg	3 928,71 €
		ZP23.10	6-002.99	1 150 mg bis unter 1 350 mg	4 701,58 €
		ZP23.11	6-002.9a	1 350 mg bis unter 1 550 mg	5 474,44 €
		ZP23.12	6-002.9b	1 550 mg bis unter 1 750 mg	6 247,30 €
		ZP23.13	6-002.9c	1 750 mg bis unter 1 950 mg	7 020,16 €
		ZP23.14	6-002.9d	1 950 mg bis unter 2 350 mg	8 050,64 €
		ZP23.15	6-002.9e	2 350 mg bis unter 2 750 mg	9 596,37 €
		ZP23.16		siehe weitere Differenzierung ZP23.17 – ZP23.20	
		ZP23.17	6-002.9g	2 750 mg bis unter 3 350 mg	11 399,71 €
		ZP23.18	6-002.9h	3 350 mg bis unter 3 950 mg	13 718,29 €
		ZP23.19	6-002.9j	3 950 mg bis unter 4 550 mg	16 036,88 €
		ZP23.20	6-002.9k	4 550 mg und mehr	18 355,46 €
ZP24	Gabe von Liposomalem Cytarabin, intrathekal			Applikation von Medikamenten, Liste 2: Liposomales Cytarabin, intrathekal	
		ZP24.01 <sup>4</sup>	6-002.a0	25 mg bis unter 50 mg	1 305,38 €
		ZP24.02	6-002.a1	50 mg bis unter 100 mg	1 958,08 €
		ZP24.03	6-002.a2	100 mg bis unter 150 mg	3 916,15 €
		ZP24.04	6-002.a3	150 mg bis unter 200 mg	5 874,23 €
		ZP24.05	6-002.a4	200 mg und mehr	7 832,31 €
ZP25	Gabe von Etanercept, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 2: Etanercept, parenteral	
		ZP25.01 <sup>4</sup>	6-002.b0	25 mg bis unter 50 mg	265,17 €
		ZP25.02 <sup>4</sup>	6-002.b1	50 mg bis unter 75 mg	464,04 €
		ZP25.03	6-002.b2	75 mg bis unter 100 mg	596,63 €
		ZP25.04	6-002.b3	100 mg bis unter 125 mg	795,50 €



ZP	Bezeichnung	ZP <sub>D</sub>	OPS Version 2013		Betrag
			OPS-Kode	OPS-Text	
1	2	3	4	5	6
		ZP25.05	6-002.b4	125 mg bis unter 150 mg	994,38 €
		ZP25.06	6-002.b5	150 mg bis unter 200 mg	1 193,25 €
		ZP25.07	6-002.b6	200 mg bis unter 250 mg	1 591,00 €
		ZP25.08	6-002.b7	250 mg bis unter 300 mg	1 988,75 €
		ZP25.09	6-002.b8	300 mg und mehr	2 386,50 €
ZP26	Gabe von Temozolomid, oral			Applikation von Medikamenten, Liste 2: Temozolomid, oral	
		ZP26.01 <sup>2</sup>	6-002.e0	200 mg bis unter 350 mg	130,18 €
		ZP26.02 <sup>2</sup>	6-002.e1	350 mg bis unter 500 mg	208,29 €
		ZP26.03 <sup>2</sup>	6-002.e2	500 mg bis unter 750 mg	303,75 €
		ZP26.04 <sup>2</sup>	6-002.e3	750 mg bis unter 1 000 mg	433,93 €
		ZP26.05	6-002.e4	1 000 mg bis unter 1 250 mg	553,26 €
		ZP26.06	6-002.e5	1 250 mg bis unter 1 500 mg	683,44 €
		ZP26.07	6-002.e6	1 500 mg bis unter 1 750 mg	813,62 €
		ZP26.08	6-002.e7	1 750 mg bis unter 2 000 mg	943,79 €
		ZP26.09	6-002.e8	2 000 mg bis unter 2 250 mg	1 073,97 €
		ZP26.10	6-002.e9	2 250 mg bis unter 2 500 mg	1 204,15 €
		ZP26.11	6-002.ea	2 500 mg bis unter 2 750 mg	1 334,33 €
		ZP26.12	6-002.eb	2 750 mg bis unter 3 000 mg	1 464,51 €
		ZP26.13	6-002.ec	3 000 mg bis unter 3 500 mg	1 627,23 €
		ZP26.14	6-002.ed	3 500 mg bis unter 4 000 mg	1 887,59 €
		ZP26.15	6-002.ee	4 000 mg bis unter 4 500 mg	2 147,95 €
		ZP26.16	6-002.ef	4 500 mg bis unter 5 000 mg	2 408,30 €
		ZP26.17	6-002.eg	5 000 mg bis unter 5 500 mg	2 668,66 €
		ZP26.18	6-002.eh	5 500 mg bis unter 6 000 mg	2 929,02 €
		ZP26.19	6-002.ej	6 000 mg bis unter 7 000 mg	3 254,46 €
		ZP26.20	6-002.ek	7 000 mg und mehr	3 579,91 €
ZP27	Gabe von Busulfan, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 2: Busulfan, parenteral	
		ZP27.01 <sup>4</sup>	6-002.d0	25 mg bis unter 50 mg	213,64 €
		ZP27.02 <sup>4</sup>	6-002.d1	50 mg bis unter 75 mg	373,87 €
		ZP27.03 <sup>4</sup>	6-002.d2	75 mg bis unter 100 mg	534,10 €
		ZP27.04 <sup>4</sup>	6-002.d3	100 mg bis unter 150 mg	747,73 €
		ZP27.05 <sup>4</sup>	6-002.d4	150 mg bis unter 200 mg	1 068,19 €
		ZP27.06 <sup>4</sup>	6-002.d5	200 mg bis unter 250 mg	1 388,65 €
		ZP27.07 <sup>4</sup>	6-002.d6	250 mg bis unter 300 mg	1 709,11 €
		ZP27.08 <sup>4</sup>	6-002.d7	300 mg bis unter 350 mg	2 029,56 €
		ZP27.09 <sup>4</sup>	6-002.d8	350 mg bis unter 400 mg	2 350,02 €
		ZP27.10 <sup>4</sup>	6-002.d9	400 mg bis unter 450 mg	2 670,48 €
		ZP27.11 <sup>4</sup>	6-002.da	450 mg bis unter 500 mg	2 990,94 €

ZP	Bezeichnung	ZP <sub>D</sub>	OPS Version 2013		Betrag
			OPS-Kode	OPS-Text	
1	2	3	4	5	6
		ZP27.12 <sup>4</sup>	6-002.db	500 mg bis unter 600 mg	3 418,21 €
		ZP27.13 <sup>4</sup>	6-002.dc	600 mg bis unter 700 mg	4 059,13 €
		ZP27.14 <sup>4</sup>	6-002.dd	700 mg bis unter 800 mg	4 700,04 €
		ZP27.15 <sup>4</sup>	6-002.de	800 mg bis unter 900 mg	5 340,96 €
		ZP27.16 <sup>4</sup>	6-002.df	900 mg bis unter 1 000 mg	5 981,87 €
		ZP27.17 <sup>4</sup>	6-002.dg	1 000 mg und mehr	6 622,79 €
ZP28	Gabe von Docetaxel, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 2: Docetaxel, parenteral	
		ZP28.13	6-002.hc	720 mg bis unter 840 mg	424,80 €
		ZP28.14	6-002.hd	840 mg bis unter 960 mg	492,59 €
		ZP28.15	6-002.he	960 mg bis unter 1 080 mg	559,76 €
		ZP28.16	6-002.hf	1 080 mg und mehr	626,93 €
ZP29	Gabe von Rituximab, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, parenteral	
		ZP29.01	6-001.60	150 mg bis unter 250 mg	683,40 €
		ZP29.02	6-001.61	250 mg bis unter 350 mg	1 056,16 €
		ZP29.03	6-001.62	350 mg bis unter 450 mg	1 428,93 €
		ZP29.04	6-001.63	450 mg bis unter 550 mg	1 801,69 €
		ZP29.05	6-001.64	550 mg bis unter 650 mg	2 174,45 €
		ZP29.06	6-001.65	650 mg bis unter 750 mg	2 547,22 €
		ZP29.07	6-001.66	750 mg bis unter 850 mg	2 881,74 €
		ZP29.08	6-001.67	850 mg bis unter 950 mg	3 291,53 €
		ZP29.09	6-001.68	950 mg bis unter 1 050 mg	3 665,51 €
		ZP29.10	6-001.69	1 050 mg bis unter 1 250 mg	4 162,52 €
		ZP29.11	6-001.6a	1 250 mg bis unter 1 450 mg	4 908,05 €
		ZP29.12	6-001.6b	1 450 mg bis unter 1 650 mg	5 653,58 €
		ZP29.13	6-001.6c	1 650 mg bis unter 1 850 mg	6 399,10 €
		ZP29.14	6-001.6d	1 850 mg bis unter 2 050 mg	7 144,63 €
		ZP29.15	6-001.6e	2 050 mg bis unter 2 450 mg	8 138,67 €
		ZP29.16	6-001.6f	2 450 mg bis unter 2 850 mg	9 629,72 €
		ZP29.17	6-001.6g	2 850 mg bis unter 3 250 mg	11 120,77 €
		ZP29.18	6-001.6h	3 250 mg bis unter 3 650 mg	12 611,83 €
		ZP29.19	6-001.6j	3 650 mg und mehr	14 102,88 €
ZP30	Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten			Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat	
		ZP30.01 <sup>4</sup>	8-800.9v	1 Apherese-Thrombozytenkonzentrat	370,67 €
		ZP30.02	8-800.90	2 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	741,35 €
		ZP30.03	8-800.91	3 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	1 112,02 €
		ZP30.04	8-800.92	4 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	1 482,70 €
		ZP30.05	8-800.93	5 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	1 853,37 €

ZP	Bezeichnung	ZP <sub>D</sub>	OPS Version 2013		Betrag
			OPS-Kode	OPS-Text	
1	2	3	4	5	6
		ZP30.06	8-800.94	6 bis unter 8 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	2 370,85 €
		ZP30.07	8-800.95	8 bis unter 10 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	3 110,96 €
		ZP30.08	8-800.96	10 bis unter 12 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	3 860,46 €
		ZP30.09	8-800.97	12 bis unter 14 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	4 627,03 €
		ZP30.10	8-800.98	14 bis unter 16 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	5 365,35 €
		ZP30.11	8-800.99	16 bis unter 18 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	6 074,63 €
		ZP30.12	8-800.9a	18 bis unter 20 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	6 851,29 €
		ZP30.13	8-800.9b	20 bis unter 24 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	7 784,15 €
		ZP30.14	8-800.9c	24 bis unter 28 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	9 266,85 €
		ZP30.15	8-800.9d	28 bis unter 32 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	10 749,55 €
		ZP30.16	8-800.9e	32 bis unter 36 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	12 232,24 €
		ZP30.17	8-800.9f	36 bis unter 40 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	13 714,94 €
		ZP30.18	8-800.9g	40 bis unter 46 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	15 382,97 €
		ZP30.19	8-800.9h	46 bis unter 52 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	17 607,02 €
		ZP30.20	8-800.9j	52 bis unter 58 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	19 831,06 €
		ZP30.21	8-800.9k	58 bis unter 64 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	22 055,11 €
		ZP30.22	8-800.9m	64 bis unter 70 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	24 279,15 €
		ZP30.23	8-800.9n	70 bis unter 78 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	26 688,53 €
		ZP30.24	8-800.9p	78 bis unter 86 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	29 653,92 €
		ZP30.25	8-800.9q	86 bis unter 94 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	32 619,32 €
		ZP30.26	8-800.9r	94 bis unter 102 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	35 584,71 €
		ZP30.27	8-800.9s	102 bis unter 110 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	38 550,10 €
		ZP30.28	8-800.9t	110 bis unter 118 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	41 515,49 €
		ZP30.29	8-800.9u	118 Apherese-Thrombozytenkonzentrate und mehr	44 480,88 €

ZP	Bezeichnung	ZP <sub>D</sub>	OPS Version 2013		Betrag
			OPS-Kode	OPS-Text	
1	2	3	4	5	6
ZP31	Gabe von Imatinib, oral			Applikation von Medikamenten, Liste 1: Imatinib, oral	
		ZP31.01 <sup>4</sup>	6-001.g0	800 mg bis unter 1 200 mg	247,89 €
		ZP31.02 <sup>4</sup>	6-001.g1	1 200 mg bis unter 2 000 mg	389,54 €
		ZP31.03 <sup>4</sup>	6-001.g2	2 000 mg bis unter 2 800 mg	602,02 €
		ZP31.04	6-001.g3	2 800 mg bis unter 4 000 mg	849,91 €
		ZP31.05	6-001.g4	4 000 mg bis unter 5 200 mg	1 137,30 €
		ZP31.06	6-001.g5	5 200 mg bis unter 6 400 mg	1 487,34 €
		ZP31.07	6-001.g6	6 400 mg bis unter 7 600 mg	1 806,06 €
		ZP31.08	6-001.g7	7 600 mg bis unter 8 800 mg	2 124,77 €
		ZP31.09	6-001.g8	8 800 mg bis unter 11 200 mg	2 549,73 €
		ZP31.10	6-001.g9	11 200 mg bis unter 13 600 mg	3 187,16 €
		ZP31.11	6-001.ga	13 600 mg bis unter 16 000 mg	3 824,59 €
		ZP31.12	6-001.gb	16 000 mg bis unter 18 400 mg	4 462,02 €
		ZP31.13	6-001.gd	18 400 mg bis unter 20 800 mg	5 099,45 €
		ZP31.14	6-001.ge	20 800 mg bis unter 23 200 mg	5 736,88 €
		ZP31.15	6-001.gf	23 200 mg bis unter 25 600 mg	6 374,31 €
		ZP31.16	6-001.gg	25 600 mg bis unter 30 400 mg	7 224,22 €
		ZP31.17	6-001.gh	30 400 mg bis unter 35 200 mg	8 499,09 €
ZP31.18	6-001.gj	35 200 mg und mehr	9 773,95 €		
ZP32	Gabe von Human-Immunglobulin, polyvalent, parenteral			Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Human-Immunglobulin, polyvalent	
		ZP32.01 <sup>4</sup>	8-810.w0	2,5 g bis unter 5 g	131,62 €
		ZP32.02 <sup>4</sup>	8-810.w1	5 g bis unter 10 g	263,24 €
		ZP32.03	8-810.w2	10 g bis unter 15 g	408,29 €
		ZP32.04	8-810.w3	15 g bis unter 25 g	723,90 €
		ZP32.05	8-810.w4	25 g bis unter 35 g	1 118,76 €
		ZP32.06	8-810.w5	35 g bis unter 45 g	1 513,62 €
		ZP32.07	8-810.w6	45 g bis unter 55 g	1 907,72 €
		ZP32.08	8-810.w7	55 g bis unter 65 g	2 303,33 €
		ZP32.09	8-810.w8	65 g bis unter 75 g	2 698,19 €
		ZP32.10	8-810.w9	75 g bis unter 85 g	3 093,04 €
		ZP32.11	8-810.wa	85 g bis unter 105 g	3 619,52 €
		ZP32.12	8-810.wb	105 g bis unter 125 g	4 409,23 €
		ZP32.13	8-810.wc	125 g bis unter 145 g	5 198,94 €
		ZP32.14	8-810.wd	145 g bis unter 165 g	5 984,26 €
		ZP32.15	8-810.we	165 g bis unter 185 g	6 778,37 €
		ZP32.16	8-810.wf	185 g bis unter 205 g	7 568,08 €
		ZP32.17	8-810.wg	205 g bis unter 225 g	8 357,79 €
ZP32.18	8-810.wh	225 g bis unter 245 g	9 147,51 €		

ZP	Bezeichnung	ZP <sub>D</sub>	OPS Version 2013		Betrag
			OPS-Kode	OPS-Text	
1	2	3	4	5	6
		ZP32.19	8-810.wj	245 g bis unter 285 g	10 200,46 €
		ZP32.20	8-810.wk	285 g bis unter 325 g	11 779,88 €
		ZP32.21	8-810.wm	325 g bis unter 365 g	13 359,31 €
		ZP32.22	8-810.wn	365 g bis unter 445 g	15 465,21 €
		ZP32.23	8-810.wp	445 g bis unter 525 g	19 150,53 €
		ZP32.24	8-810.wq	525 g bis unter 605 g	22 309,38 €
		ZP32.25	8-810.wr	605 g bis unter 685 g	25 468,24 €
		ZP32.26	8-810.ws	685 g bis unter 765 g	28 627,09 €
		ZP32.27	8-810.wt	765 g bis unter 845 g	31 785,94 €
		ZP32.28	8-810.wu	845 g und mehr	34 944,79 €
ZP33	Gabe von Thrombozytenkonzentraten			Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat	
		ZP33.01 <sup>4</sup>	8-800.b1	2 Thrombozytenkonzentrate	506,79 €
		ZP33.02 <sup>4</sup>	8-800.b2	3 Thrombozytenkonzentrate	760,18 €
		ZP33.03	8-800.b3	4 bis unter 6 Thrombozytenkonzentrate	1 099,93 €
		ZP33.04	8-800.b4	6 bis unter 8 Thrombozytenkonzentrate	1 612,61 €
		ZP33.05	8-800.b5	8 bis unter 10 Thrombozytenkonzentrate	2 126,71 €
		ZP33.06	8-800.b6	10 bis unter 12 Thrombozytenkonzentrate	2 647,86 €
		ZP33.07	8-800.b7	12 bis unter 14 Thrombozytenkonzentrate	3 132,78 €
		ZP33.08	8-800.b8	14 bis unter 16 Thrombozytenkonzentrate	3 631,50 €
		ZP33.09	8-800.b9	16 bis unter 18 Thrombozytenkonzentrate	4 178,14 €
		ZP33.10	8-800.ba	18 bis unter 20 Thrombozytenkonzentrate	4 613,88 €
		ZP33.11	8-800.bb	20 bis unter 22 Thrombozytenkonzentrate	5 160,96 €
		ZP33.12	8-800.bc	22 bis unter 24 Thrombozytenkonzentrate	5 652,63 €
		ZP33.13	8-800.bd	24 bis unter 28 Thrombozytenkonzentrate	6 390,13 €
		ZP33.14	8-800.be	28 bis unter 32 Thrombozytenkonzentrate	7 348,42 €
		ZP33.15	8-800.bf	32 bis unter 36 Thrombozytenkonzentrate	8 362,00 €
		ZP33.16	8-800.bg	36 bis unter 40 Thrombozytenkonzentrate	9 375,57 €
		ZP33.17	8-800.bh	40 bis unter 44 Thrombozytenkonzentrate	10 389,15 €
		ZP33.18	8-800.bj	44 bis unter 48 Thrombozytenkonzentrate	11 402,72 €
		ZP33.19	8-800.bk	48 bis unter 56 Thrombozytenkonzentrate	12 669,69 €
		ZP33.20	8-800.bm	56 bis unter 64 Thrombozytenkonzentrate	14 696,84 €
		ZP33.21	8-800.bn	64 bis unter 72 Thrombozytenkonzentrate	16 723,99 €
		ZP33.23	8-800.bp	72 bis unter 80 Thrombozytenkonzentrate	18 751,14 €
		ZP33.24	8-800.bq	80 bis unter 88 Thrombozytenkonzentrate	20 778,29 €
		ZP33.25	8-800.br	88 bis unter 96 Thrombozytenkonzentrate	22 805,44 €
		ZP33.26	8-800.bs	96 bis unter 104 Thrombozytenkonzentrate	24 832,59 €
		ZP33.27	8-800.bt	104 bis unter 112 Thrombozytenkonzentrate	26 859,74 €

ZP	Bezeichnung	ZP <sub>D</sub>	OPS Version 2013		Betrag
			OPS-Kode	OPS-Text	
1	2	3	4	5	6
		ZP33.28	8-800.bu	112 bis unter 120 Thrombozytenkonzentrate	28 886,89 €
		ZP33.29	8-800.bv	120 bis unter 128 Thrombozytenkonzentrate	30 914,04 €
		ZP33.30	8-800.bw	128 Thrombozytenkonzentrate und mehr	32 941,19 €
ZP34	Gabe von Palifermin, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 3: Palifermin, parenteral	
		ZP34.01 <sup>4</sup>	6-003.20	1,25 mg bis unter 2,50 mg	253,42 €
		ZP34.02 <sup>4</sup>	6-003.21	2,50 mg bis unter 3,75 mg	443,48 €
		ZP34.03 <sup>4</sup>	6-003.22	3,75 mg bis unter 5,00 mg	633,55 €
		ZP34.04	6-003.23	5,00 mg bis unter 10,0 mg	1 013,67 €
		ZP34.05	6-003.24	10,0 mg bis unter 15,0 mg	1 773,93 €
		ZP34.06	6-003.25	15,0 mg bis unter 20,0 mg	2 534,18 €
		ZP34.07	6-003.26	20,0 mg bis unter 25,0 mg	3 294,44 €
		ZP34.08	6-003.27	25,0 mg bis unter 30,0 mg	4 054,69 €
		ZP34.09	6-003.28	30,0 mg bis unter 35,0 mg	4 814,94 €
		ZP34.10	6-003.29	35,0 mg bis unter 40,0 mg	5 575,20 €
		ZP34.11	6-003.2a	40,0 mg bis unter 50,0 mg	6 588,87 €
		ZP34.12	6-003.2b	50,0 mg und mehr	7 602,54 €
ZP35	Gabe von Carmustin-Implantaten, intrathekal			Applikation von Medikamenten, Liste 3: Carmustin-Implantat, intrathekal	
		ZP35.01	6-003.30	4 Implantate bis unter 7 Implantate	7 809,61 €
		ZP35.02	6-003.31	7 Implantate bis unter 10 Implantate	12 495,37 €
		ZP35.03	6-003.32	10 Implantate und mehr	17 181,14 €
ZP36	Gabe von Natalizumab, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 3: Natalizumab, parenteral	
		ZP36.01	6-003.f0	300 mg bis unter 600 mg	1 961,86 €
		ZP36.02	6-003.f1	600 mg bis unter 900 mg	3 923,72 €
		ZP36.03	6-003.f2	900 mg und mehr	5 885,58 €
ZP37	Gabe von Palivizumab, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 4: Palivizumab, parenteral	
		ZP37.01 <sup>1</sup>	6-004.00	15 mg bis unter 30 mg	247,16 €
		ZP37.02 <sup>1</sup>	6-004.01	30 mg bis unter 45 mg	432,53 €
		ZP37.03 <sup>1</sup>	6-004.02	45 mg bis unter 60 mg	617,90 €
		ZP37.04 <sup>1</sup>	6-004.03	60 mg bis unter 75 mg	803,27 €
		ZP37.05 <sup>1</sup>	6-004.04	75 mg bis unter 90 mg	988,64 €
		ZP37.06 <sup>1</sup>	6-004.05	90 mg bis unter 120 mg	1 235,80 €
		ZP37.07 <sup>1</sup>	6-004.06	120 mg bis unter 150 mg	1 606,54 €
		ZP37.08 <sup>1</sup>	6-004.07	150 mg bis unter 180 mg	1 977,28 €
		ZP37.09 <sup>1</sup>	6-004.08	180 mg bis unter 240 mg	2 471,60 €
		ZP37.10 <sup>1</sup>	6-004.09	240 mg bis unter 300 mg	3 213,08 €
		ZP37.11 <sup>1</sup>	6-004.0a	300 mg bis unter 360 mg	3 954,56 €

ZP	Bezeichnung	ZP <sub>D</sub>	OPS Version 2013		Betrag
			OPS-Kode	OPS-Text	
1	2	3	4	5	6
		ZP37.12 <sup>1</sup>	6-004.0b	360 mg bis unter 420 mg	4 696,04 €
		ZP37.13 <sup>1</sup>	6-004.0c	420 mg bis unter 480 mg	5 437,52 €
		ZP37.14 <sup>1</sup>	6-004.0d	480 mg bis unter 540 mg	6 179,00 €
		ZP37.15 <sup>1</sup>	6-004.0e	540 mg bis unter 600 mg	6 920,48 €
		ZP37.16 <sup>1</sup>	6-004.0f	600 mg und mehr	7 661,96 €
ZP38	Gabe von Erythrozytenkonzentraten			Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat	
		ZP38.01 <sup>4</sup>	8-800.c1	6 TE bis unter 11 TE	619,62 €
		ZP38.02 <sup>4</sup>	8-800.c2	11 TE bis unter 16 TE	1 023,73 €
		ZP38.03	8-800.c3	16 TE bis unter 24 TE	1 508,65 €
		ZP38.04	8-800.c4	24 TE bis unter 32 TE	2 155,21 €
		ZP38.05	8-800.c5	32 TE bis unter 40 TE	2 801,78 €
		ZP38.06	8-800.c6	40 TE bis unter 48 TE	3 448,34 €
		ZP38.07	8-800.c7	48 TE bis unter 56 TE	4 094,90 €
		ZP38.08	8-800.c8	56 TE bis unter 64 TE	4 741,47 €
		ZP38.09	8-800.c9	64 TE bis unter 72 TE	5 388,03 €
		ZP38.10	8-800.ca	72 TE bis unter 80 TE	6 034,60 €
		ZP38.11	8-800.cb	80 TE bis unter 88 TE	6 681,16 €
		ZP38.12	8-800.cc	88 TE bis unter 104 TE	7 543,25 €
		ZP38.13	8-800.cd	104 TE bis unter 120 TE	8 836,37 €
		ZP38.14	8-800.ce	120 TE bis unter 136 TE	10 129,50 €
		ZP38.15	8-800.cf	136 TE bis unter 152 TE	11 422,63 €
		ZP38.16	8-800.cg	152 TE bis unter 168 TE	12 715,76 €
		ZP38.17	8-800.ch	168 TE bis unter 184 TE	14 008,88 €
		ZP38.18	8-800.cj	184 TE bis unter 200 TE	15 302,01 €
		ZP38.19	8-800.ck	200 TE bis unter 216 TE	16 595,14 €
		ZP38.20	8-800.cm	216 TE bis unter 232 TE	17 888,27 €
		ZP38.21	8-800.cn	232 TE bis unter 248 TE	19 181,40 €
		ZP38.22	8-800.cp	248 TE bis unter 264 TE	20 474,52 €
		ZP38.23	8-800.cq	264 TE bis unter 280 TE	21 767,65 €
		ZP38.24	8-800.cr	280 TE und mehr	23 060,78 €
ZP39	Gabe von patientenbezogenen Thrombozytenkonzentraten			Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	
		ZP39.01	8-800.60	1 patientenbezogenes Thrombozytenkonzentrat	404,31 €
		ZP39.02	8-800.61	2 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	808,62 €
		ZP39.03	8-800.62	3 bis unter 5 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	1 404,27 €
		ZP39.04	8-800.63	5 bis unter 7 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	2 223,69 €

ZP	Bezeichnung	ZP <sub>D</sub>	OPS Version 2013		Betrag
			OPS-Kode	OPS-Text	
1	2	3	4	5	6
		ZP39.05	8-800.64	7 bis unter 9 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	3 032,31 €
		ZP39.06	8-800.65	9 bis unter 11 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	3 840,92 €
		ZP39.07	8-800.66	11 bis unter 13 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	4 649,54 €
		ZP39.08	8-800.67	13 bis unter 15 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	5 458,16 €
		ZP39.09	8-800.68	15 bis unter 17 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	6 266,77 €
		ZP39.10	8-800.69	17 bis unter 19 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	7 075,39 €
		ZP39.11	8-800.6a	19 bis unter 23 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	8 086,16 €
		ZP39.12	8-800.6b	23 bis unter 27 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	9 703,39 €
		ZP39.13	8-800.6c	27 bis unter 31 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	11 320,62 €
		ZP39.14	8-800.6d	31 bis unter 35 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	12 937,85 €
		ZP39.15	8-800.6e	35 bis unter 39 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	14 555,08 €
		ZP39.16	8-800.6g	39 bis unter 43 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	16 172,31 €
		ZP39.17	8-800.6h	43 bis unter 47 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	17 789,55 €
		ZP39.18	8-800.6j	47 bis unter 51 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	19 406,78 €
		ZP39.19	8-800.6k	51 bis unter 55 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	21 024,01 €
		ZP39.20	8-800.6m	55 bis unter 59 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	22 641,24 €
		ZP39.21	8-800.6n	59 bis unter 63 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	24 258,47 €
		ZP39.22	8-800.6p	63 bis unter 67 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	25 875,70 €
		ZP39.23	8-800.6q	67 bis unter 71 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	27 492,94 €
		ZP39.24	8-800.6r	71 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate und mehr	29 110,17 €
ZP40	Gabe von Caspofungin, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral	
		ZP40.01 <sup>2</sup>	6-002.p0	35 mg bis unter 65 mg	314,92 €
		ZP40.02	6-002.p1	65 mg bis unter 100 mg	495,45 €
		ZP40.03	6-002.p2	100 mg bis unter 150 mg	816,46 €
		ZP40.04	6-002.p3	150 mg bis unter 200 mg	1 165,91 €
		ZP40.05	6-002.p4	200 mg bis unter 250 mg	1 505,32 €



ZP	Bezeichnung	ZP <sub>D</sub>	OPS Version 2013		Betrag
			OPS-Kode	OPS-Text	
1	2	3	4	5	6
		ZP40.06	6-002.p5	250 mg bis unter 300 mg	1 866,19 €
		ZP40.07	6-002.p6	300 mg bis unter 350 mg	2 216,11 €
		ZP40.08	6-002.p7	350 mg bis unter 400 mg	2 559,90 €
		ZP40.09	6-002.p8	400 mg bis unter 450 mg	2 915,93 €
		ZP40.10	6-002.p9	450 mg bis unter 500 mg	3 265,84 €
		ZP40.11	6-002.pa	500 mg bis unter 600 mg	3 732,39 €
		ZP40.12	6-002.pb	600 mg bis unter 700 mg	4 432,21 €
		ZP40.13	6-002.pc	700 mg bis unter 800 mg	5 132,04 €
		ZP40.14	6-002.pd	800 mg bis unter 900 mg	5 831,86 €
		ZP40.15	6-002.pe	900 mg bis unter 1 000 mg	6 531,68 €
		ZP40.16	6-002.pf	1 000 mg bis unter 1 200 mg	7 464,78 €
		ZP40.17	6-002.pg	1 200 mg bis unter 1 400 mg	8 864,43 €
		ZP40.18	6-002.ph	1 400 mg bis unter 1 600 mg	10 264,07 €
		ZP40.19	6-002.pj	1 600 mg bis unter 2 000 mg	12 130,27 €
		ZP40.20	6-002.pk	2 000 mg bis unter 2 400 mg	14 929,56 €
		ZP40.21	6-002.pm	2 400 mg bis unter 2 800 mg	17 728,85 €
		ZP40.22	6-002.pn	2 800 mg bis unter 3 600 mg	21 461,24 €
		ZP40.23	6-002.pp	3 600 mg bis unter 4 400 mg	27 059,83 €
		ZP40.24	6-002.pq	4 400 mg bis unter 5 200 mg	32 658,41 €
		ZP40.25	6-002.pr	5 200 mg bis unter 6 000 mg	38 257,00 €
		ZP40.26	6-002.ps	6 000 mg bis unter 6 800 mg	43 855,58 €
		ZP40.27	6-002.pt	6 800 mg bis unter 7 600 mg	49 454,17 €
		ZP40.28	6-002.pu	7 600 mg bis unter 8 400 mg	55 052,75 €
		ZP40.29	6-002.pv	8 400 mg und mehr	60 651,33 €
ZP41	Gabe von Liposomalem Amphotericin B, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 2: Liposomales Amphotericin B, parenteral	
		ZP41.01 <sup>4</sup>	6-002.q0	100 mg bis unter 175 mg	241,94 €
		ZP41.02 <sup>4</sup>	6-002.q1	175 mg bis unter 250 mg	387,11 €
		ZP41.03	6-002.q2	250 mg bis unter 350 mg	548,40 €
		ZP41.04	6-002.q3	350 mg bis unter 450 mg	741,96 €
		ZP41.05	6-002.q4	450 mg bis unter 550 mg	935,51 €
		ZP41.06	6-002.q5	550 mg bis unter 650 mg	1 127,52 €
		ZP41.07	6-002.q6	650 mg bis unter 750 mg	1 322,62 €
		ZP41.08	6-002.q7	750 mg bis unter 850 mg	1 516,18 €
		ZP41.09	6-002.q8	850 mg bis unter 950 mg	1 709,73 €
		ZP41.10	6-002.q9	950 mg bis unter 1 150 mg	1 967,80 €
		ZP41.11	6-002.qa	1 150 mg bis unter 1 350 mg	2 354,91 €
		ZP41.12	6-002.qb	1 350 mg bis unter 1 550 mg	2 742,02 €
		ZP41.13	6-002.qc	1 550 mg bis unter 1 750 mg	3 129,13 €
		ZP41.14	6-002.qd	1 750 mg bis unter 1 950 mg	3 516,24 €

ZP	Bezeichnung	ZP <sub>D</sub>	OPS Version 2013		Betrag
			OPS-Kode	OPS-Text	
1	2	3	4	5	6
		ZP41.15	6-002.qe	1 950 mg bis unter 2 150 mg	3 903,34 €
		ZP41.16	6-002.qf	2 150 mg bis unter 3 150 mg	4 806,60 €
		ZP41.17	6-002.qg	3 150 mg bis unter 4 150 mg	6 742,14 €
		ZP41.18	6-002.qh	4 150 mg bis unter 5 150 mg	8 677,68 €
		ZP41.19	6-002.qj	5 150 mg bis unter 6 150 mg	10 613,23 €
		ZP41.20	6-002.qk	6 150 mg bis unter 8 650 mg	13 516,54 €
		ZP41.21	6-002.qm	8 650 mg bis unter 11 150 mg	18 355,40 €
		ZP41.22	6-002.qn	11 150 mg bis unter 13 650 mg	23 194,26 €
		ZP41.23	6-002.qp	13 650 mg bis unter 18 650 mg	29 646,07 €
		ZP41.24	6-002.qq	18 650 mg bis unter 23 650 mg	39 323,78 €
		ZP41.25	6-002.qr	23 650 mg bis unter 28 650 mg	49 001,49 €
		ZP41.26	6-002.qs	28 650 mg bis unter 33 650 mg	58 679,21 €
		ZP41.27	6-002.qt	33 650 mg bis unter 38 650 mg	68 356,92 €
		ZP41.28	6-002.qu	38 650 mg bis unter 43 650 mg	78 034,64 €
		ZP41.29	6-002.qv	43 650 mg und mehr	87 712,35 €
ZP42	Gabe von Voriconazol, oral			Applikation von Medikamenten, Liste 2: Voriconazol, oral	
		ZP42.01 <sup>4</sup>	6-002.50	1,00 g bis unter 1,75 g	247,39 €
		ZP42.02 <sup>4</sup>	6-002.51	1,75 g bis unter 2,50 g	395,82 €
		ZP42.03	6-002.52	2,50 g bis unter 3,50 g	560,75 €
		ZP42.04	6-002.53	3,50 g bis unter 4,50 g	758,66 €
		ZP42.05	6-002.54	4,50 g bis unter 6,50 g	1 022,55 €
		ZP42.06	6-002.55	6,50 g bis unter 8,50 g	1 418,37 €
		ZP42.07	6-002.56	8,50 g bis unter 10,50 g	1 814,19 €
		ZP42.08	6-002.57	10,50 g bis unter 15,50 g	2 407,93 €
		ZP42.09	6-002.58	15,50 g bis unter 20,50 g	3 397,49 €
		ZP42.10	6-002.59	20,50 g bis unter 25,50 g	4 385,50 €
		ZP42.11	6-002.5a	25,50 g bis unter 30,50 g	5 376,61 €
		ZP42.12	6-002.5c	30,50 g bis unter 35,50 g	6 366,17 €
		ZP42.13	6-002.5d	35,50 g bis unter 40,50 g	7 355,73 €
		ZP42.14	6-002.5e	40,50 g bis unter 45,50 g	8 345,29 €
		ZP42.15	6-002.5f	45,50 g und mehr	9 334,85 €
ZP43	Gabe von Voriconazol, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 2: Voriconazol, parenteral	
		ZP43.01 <sup>3</sup>	6-002.r0	0,4 g bis unter 0,6 g	287,76 €
		ZP43.02 <sup>3</sup>	6-002.r1	0,6 g bis unter 0,8 g	411,08 €
		ZP43.03	6-002.r2	0,8 g bis unter 1,2 g	565,54 €
		ZP43.04	6-002.r3	1,2 g bis unter 1,6 g	801,34 €
		ZP43.05	6-002.r4	1,6 g bis unter 2,0 g	1 055,43 €
		ZP43.06	6-002.r5	2,0 g bis unter 2,4 g	1 290,84 €

ZP	Bezeichnung	ZP <sub>D</sub>	OPS Version 2013		Betrag
			OPS-Kode	OPS-Text	
1	2	3	4	5	6
		ZP43.07	6-002.r6	2,4 g bis unter 3,2 g	1 644,33 €
		ZP43.08	6-002.r7	3,2 g bis unter 4,0 g	2 131,50 €
		ZP43.09	6-002.r8	4,0 g bis unter 4,8 g	2 625,49 €
		ZP43.10	6-002.r9	4,8 g bis unter 5,6 g	3 124,23 €
		ZP43.11	6-002.ra	5,6 g bis unter 6,4 g	3 617,53 €
		ZP43.12	6-002.rb	6,4 g bis unter 7,2 g	4 110,83 €
		ZP43.13	6-002.rc	7,2 g bis unter 8,8 g	4 768,57 €
		ZP43.14	6-002.rd	8,8 g bis unter 10,4 g	5 755,17 €
		ZP43.15	6-002.re	10,4 g bis unter 12,0 g	6 741,77 €
		ZP43.16	6-002.rf	12,0 g bis unter 13,6 g	7 728,37 €
		ZP43.17	6-002.rg	13,6 g bis unter 16,8 g	9 043,83 €
		ZP43.18	6-002.rh	16,8 g bis unter 20,0 g	11 017,04 €
		ZP43.19	6-002.rj	20,0 g bis unter 23,2 g	12 990,24 €
		ZP43.20	6-002.rk	23,2 g bis unter 26,4 g	14 963,44 €
		ZP43.21	6-002.rm	26,4 g bis unter 32,8 g	17 594,37 €
		ZP43.22	6-002.rn	32,8 g bis unter 39,2 g	21 540,77 €
		ZP43.23	6-002.rp	39,2 g bis unter 45,6 g	25 487,17 €
		ZP43.24	6-002.rq	45,6 g bis unter 52,0 g	29 433,57 €
		ZP43.25	6-002.rr	52,0 g bis unter 64,8 g	34 695,44 €
		ZP43.26	6-002.rs	64,8 g bis unter 77,6 g	42 588,24 €
		ZP43.27	6-002.rt	77,6 g bis unter 90,4 g	50 481,04 €
		ZP43.28	6-002.ru	90,4 g und mehr	58 373,84 €
ZP44	Gabe von Itraconazol, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 2: Itraconazol, parenteral	
		ZP44.01 <sup>3</sup>	6-002.c0	400 mg bis unter 800 mg	189,01 €
		ZP44.02 <sup>3</sup>	6-002.c1	800 mg bis unter 1 200 mg	330,77 €
		ZP44.03	6-002.c2	1 200 mg bis unter 1 600 mg	472,53 €
		ZP44.04	6-002.c3	1 600 mg bis unter 2 000 mg	614,29 €
		ZP44.05	6-002.c4	2 000 mg bis unter 2 400 mg	756,05 €
		ZP44.06	6-002.c5	2 400 mg bis unter 2 800 mg	897,81 €
		ZP44.07	6-002.c6	2 800 mg bis unter 3 200 mg	1 039,57 €
		ZP44.08	6-002.c7	3 200 mg bis unter 3 600 mg	1 181,33 €
		ZP44.09	6-002.c8	3 600 mg bis unter 4 000 mg	1 323,09 €
		ZP44.10	6-002.c9	4 000 mg bis unter 4 800 mg	1 512,11 €
		ZP44.11	6-002.ca	4 800 mg bis unter 5 600 mg	1 795,63 €
		ZP44.12	6-002.cb	5 600 mg bis unter 6 400 mg	2 079,15 €
		ZP44.13	6-002.cc	6 400 mg bis unter 7 200 mg	2 362,67 €
		ZP44.14	6-002.cd	7 200 mg bis unter 8 000 mg	2 646,19 €
		ZP44.15	6-002.ce	8 000 mg bis unter 8 800 mg	2 929,71 €
		ZP44.16	6-002.cg	8 800 mg bis unter 10 400 mg	3 307,73 €

ZP	Bezeichnung	ZP <sub>D</sub>	OPS Version 2013		Betrag
			OPS-Kode	OPS-Text	
1	2	3	4	5	6
		ZP44.17	6-002.ch	10 400 mg bis unter 12 000 mg	3 874,77 €
		ZP44.18	6-002.cj	12 000 mg bis unter 13 600 mg	4 441,81 €
		ZP44.19	6-002.ck	13 600 mg bis unter 16 800 mg	5 197,87 €
		ZP44.20	6-002.cm	16 800 mg bis unter 20 000 mg	6 331,95 €
		ZP44.21	6-002.cn	20 000 mg bis unter 23 200 mg	7 466,03 €
		ZP44.22	6-002.cp	23 200 mg und mehr	8 600,11 €
ZP45	Gabe von Posaconazol, oral			Applikation von Medikamenten, Liste 3: Posaconazol, oral	
		ZP45.01 <sup>3</sup>	6-003.00	1 000 mg bis unter 2 000 mg	238,96 €
		ZP45.02 <sup>3</sup>	6-003.01	2 000 mg bis unter 3 000 mg	418,19 €
		ZP45.03	6-003.02	3 000 mg bis unter 4 200 mg	609,36 €
		ZP45.04	6-003.03	4 200 mg bis unter 5 400 mg	821,08 €
		ZP45.05	6-003.04	5 400 mg bis unter 6 600 mg	1 039,49 €
		ZP45.06	6-003.05	6 600 mg bis unter 7 800 mg	1 254,56 €
		ZP45.07	6-003.06	7 800 mg bis unter 9 000 mg	1 469,63 €
		ZP45.08	6-003.07	9 000 mg bis unter 11 400 mg	1 756,38 €
		ZP45.09	6-003.08	11 400 mg bis unter 13 800 mg	2 186,52 €
		ZP45.10	6-003.09	13 800 mg bis unter 16 200 mg	2 616,65 €
		ZP45.11	6-003.0a	16 200 mg bis unter 18 600 mg	3 046,79 €
		ZP45.12	6-003.0b	18 600 mg bis unter 21 000 mg	3 476,92 €
		ZP45.13	6-003.0c	21 000 mg bis unter 25 800 mg	4 050,44 €
		ZP45.14	6-003.0d	25 800 mg bis unter 30 600 mg	4 910,71 €
		ZP45.15	6-003.0e	30 600 mg bis unter 35 400 mg	5 770,98 €
		ZP45.16	6-003.0g	35 400 mg bis unter 40 200 mg	6 631,25 €
		ZP45.17	6-003.0h	40 200 mg bis unter 45 000 mg	7 491,52 €
		ZP45.18	6-003.0j	45 000 mg bis unter 54 600 mg	8 638,55 €
		ZP45.19	6-003.0k	54 600 mg bis unter 64 200 mg	10 359,09 €
		ZP45.20	6-003.0m	64 200 mg bis unter 73 800 mg	12 079,63 €
		ZP45.21	6-003.0n	73 800 mg bis unter 83 400 mg	13 800,17 €
		ZP45.22	6-003.0p	83 400 mg bis unter 93 000 mg	15 520,71 €
		ZP45.23	6-003.0q	93 000 mg und mehr	17 241,25 €
ZP46	Gabe von Anidulafungin, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 3: Anidulafungin, parenteral	
		ZP46.01 <sup>4</sup>	6-003.k0	75 mg bis unter 125 mg	318,18 €
		ZP46.02 <sup>4</sup>	6-003.k1	125 mg bis unter 200 mg	520,65 €
		ZP46.03	6-003.k2	200 mg bis unter 300 mg	694,20 €
		ZP46.04	6-003.k3	300 mg bis unter 400 mg	1 041,30 €
		ZP46.05	6-003.k4	400 mg bis unter 500 mg	1 388,40 €
		ZP46.06	6-003.k5	500 mg bis unter 600 mg	1 735,50 €
		ZP46.07	6-003.k6	600 mg bis unter 700 mg	2 082,60 €

ZP	Bezeichnung	ZP <sub>D</sub>	OPS Version 2013		Betrag
			OPS-Kode	OPS-Text	
1	2	3	4	5	6
		ZP46.08	6-003.k7	700 mg bis unter 800 mg	2 429,70 €
		ZP46.09	6-003.k8	800 mg bis unter 900 mg	2 776,80 €
		ZP46.10	6-003.k9	900 mg bis unter 1 000 mg	3 123,90 €
		ZP46.11	6-003.ka	1 000 mg bis unter 1 200 mg	3 628,64 €
		ZP46.12	6-003.kb	1 200 mg bis unter 1 400 mg	4 331,82 €
		ZP46.13	6-003.kc	1 400 mg bis unter 1 600 mg	5 032,95 €
		ZP46.14	6-003.kd	1 600 mg bis unter 1 800 mg	5 681,88 €
		ZP46.15	6-003.ke	1 800 mg bis unter 2 000 mg	6 386,64 €
		ZP46.16	6-003.kf	2 000 mg bis unter 2 400 mg	7 404,80 €
		ZP46.17	6-003.kg	2 400 mg bis unter 2 800 mg	8 793,20 €
		ZP46.18	6-003.kh	2 800 mg bis unter 3 200 mg	10 181,60 €
		ZP46.19	6-003.kj	3 200 mg bis unter 4 000 mg	12 032,80 €
		ZP46.20	6-003.kk	4 000 mg bis unter 4 800 mg	14 809,60 €
		ZP46.21	6-003.km	4 800 mg bis unter 5 600 mg	17 586,40 €
		ZP46.22	6-003.kn	5 600 mg bis unter 6 400 mg	20 363,20 €
		ZP46.23	6-003.kp	6 400 mg bis unter 8 000 mg	24 065,60 €
		ZP46.24	6-003.kq	8 000 mg bis unter 9 600 mg	29 619,20 €
		ZP46.25	6-003.kr	9 600 mg bis unter 11 200 mg	35 172,80 €
		ZP46.26	6-003.ks	11 200 mg bis unter 12 800 mg	40 726,40 €
		ZP46.27	6-003.kt	12 800 mg und mehr	46 280,00 €
ZP47	Gabe von Panitumumab, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 4: Panitumumab, parenteral	
		ZP47.01	6-004.70	180 mg bis unter 300 mg	1 218,00 €
		ZP47.02	6-004.71	300 mg bis unter 420 mg	1 882,36 €
		ZP47.03	6-004.72	420 mg bis unter 540 mg	2 546,73 €
		ZP47.04	6-004.73	540 mg bis unter 660 mg	3 211,09 €
		ZP47.05	6-004.74	660 mg bis unter 780 mg	3 875,45 €
		ZP47.06	6-004.75	780 mg bis unter 900 mg	4 539,82 €
		ZP47.07	6-004.76	900 mg bis unter 1 020 mg	5 204,18 €
		ZP47.08	6-004.77	1 020 mg bis unter 1 260 mg	6 090,00 €
		ZP47.09	6-004.78	1 260 mg bis unter 1 500 mg	7 418,73 €
		ZP47.10	6-004.79	1 500 mg bis unter 1 740 mg	8 747,45 €
		ZP47.11	6-004.7a	1 740 mg bis unter 1 980 mg	10 076,18 €
		ZP47.12	6-004.7b	1 980 mg bis unter 2 220 mg	11 404,91 €
		ZP47.13	6-004.7c	2 220 mg bis unter 2 460 mg	12 733,64 €
		ZP47.14	6-004.7d	2 460 mg und mehr	14 062,36 €
ZP48	Gabe von Trabectedin, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 4: Trabectedin, parenteral	
		ZP48.01 <sup>4</sup>	6-004.a0	0,25 mg bis unter 0,50 mg	781,21 €
		ZP48.02 <sup>4</sup>	6-004.a1	0,50 mg bis unter 0,75 mg	1 367,12 €

ZP	Bezeichnung	ZP <sub>D</sub>	OPS Version 2013		Betrag
			OPS-Kode	OPS-Text	
1	2	3	4	5	6
		ZP48.03 <sup>4</sup>	6-004.a2	0,75 mg bis unter 1,00 mg	1 953,03 €
		ZP48.04 <sup>4</sup>	6-004.a3	1,00 mg bis unter 1,25 mg	2 538,94 €
		ZP48.05	6-004.a4	1,25 mg bis unter 1,50 mg	2 929,54 €
		ZP48.06	6-004.a5	1,50 mg bis unter 1,75 mg	3 515,45 €
		ZP48.07	6-004.a6	1,75 mg bis unter 2,00 mg	4 101,36 €
		ZP48.08	6-004.a7	2,00 mg bis unter 2,25 mg	4 687,27 €
		ZP48.09	6-004.a8	2,25 mg bis unter 2,50 mg	5 273,18 €
		ZP48.10	6-004.a9	2,50 mg bis unter 2,75 mg	5 859,08 €
		ZP48.11	6-004.aa	2,75 mg bis unter 3,00 mg	6 444,99 €
		ZP48.12	6-004.ab	3,00 mg bis unter 3,25 mg	7 030,90 €
		ZP48.13	6-004.ac	3,25 mg bis unter 3,50 mg	7 616,81 €
		ZP48.14	6-004.ad	3,50 mg bis unter 4,00 mg	8 202,72 €
		ZP48.15	6-004.ae	4,00 mg bis unter 4,50 mg	9 374,53 €
		ZP48.16	6-004.af	4,50 mg bis unter 5,00 mg	10 546,35 €
		ZP48.17	6-004.ag	5,00 mg bis unter 5,50 mg	11 718,17 €
		ZP48.18	6-004.ah	5,50 mg bis unter 6,00 mg	12 889,98 €
		ZP48.19	6-004.aj	6,00 mg und mehr	14 061,80 €
ZP49	Gabe von Abatacept, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 3: Abatacept, parenteral	
		ZP49.01 <sup>4</sup>	6-003.m0	125 mg bis unter 250 mg	335,73 €
		ZP49.02 <sup>4</sup>	6-003.m1	250 mg bis unter 500 mg	671,47 €
		ZP49.03	6-003.m2	500 mg bis unter 750 mg	1 007,21 €
		ZP49.04	6-003.m3	750 mg bis unter 1 000 mg	1 510,81 €
		ZP49.05	6-003.m4	1 000 mg bis unter 1 250 mg	2 014,41 €
		ZP49.06	6-003.m5	1 250 mg bis unter 1 500 mg	2 518,01 €
		ZP49.07	6-003.m6	1 500 mg bis unter 1 750 mg	3 021,61 €
		ZP49.08	6-003.m7	1 750 mg bis unter 2 000 mg	3 525,22 €
		ZP49.09	6-003.m8	2 000 mg bis unter 2 250 mg	4 028,82 €
		ZP49.10	6-003.m9	2 250 mg bis unter 2 500 mg	4 532,42 €
		ZP49.11	6-003.ma	2 500 mg bis unter 2 750 mg	5 036,02 €
		ZP49.12	6-003.mb	2 750 mg bis unter 3 000 mg	5 539,63 €
		ZP49.13	6-003.mc	3 000 mg und mehr	6 043,23 €
ZP50	Gabe von Azacytidin, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 5: Azacytidin, parenteral	
		ZP50.01	6-005.00	150 mg bis unter 225 mg	776,87 €
		ZP50.02	6-005.01	225 mg bis unter 300 mg	1 109,82 €
		ZP50.03	6-005.02	300 mg bis unter 375 mg	1 379,79 €
		ZP50.04	6-005.03	375 mg bis unter 450 mg	1 775,71 €
		ZP50.05	6-005.04	450 mg bis unter 600 mg	2 219,63 €
		ZP50.06	6-005.05	600 mg bis unter 750 mg	2 885,52 €

ZP	Bezeichnung	ZP <sub>D</sub>	OPS Version 2013		Betrag
			OPS-Kode	OPS-Text	
1	2	3	4	5	6
		ZP50.07	6-005.06	750 mg bis unter 900 mg	3 551,41 €
		ZP50.08	6-005.07	900 mg bis unter 1 200 mg	4 439,27 €
		ZP50.09	6-005.08	1 200 mg bis unter 1 500 mg	5 771,05 €
		ZP50.10	6-005.09	1 500 mg bis unter 1 800 mg	7 102,83 €
		ZP50.11	6-005.0a	1 800 mg bis unter 2 100 mg	8 434,61 €
		ZP50.12	6-005.0b	2 100 mg bis unter 2 400 mg	9 766,39 €
		ZP50.13	6-005.0c	2 400 mg bis unter 2 700 mg	11 098,17 €
		ZP50.14	6-005.0d	2 700 mg bis unter 3 000 mg	12 429,95 €
		ZP50.15	6-005.0e	3 000 mg und mehr	13 761,72 €
ZP51	Gabe von Micafungin, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 4: Micafungin, parenteral	
		ZP51.01 <sup>4</sup>	6-004.50	75 mg bis unter 150 mg	345,86 €
		ZP51.02	6-004.51	150 mg bis unter 250 mg	634,07 €
		ZP51.03	6-004.52	250 mg bis unter 350 mg	979,93 €
		ZP51.04	6-004.53	350 mg bis unter 450 mg	1 325,79 €
		ZP51.05	6-004.54	450 mg bis unter 550 mg	1 671,64 €
		ZP51.06	6-004.55	550 mg bis unter 650 mg	2 017,50 €
		ZP51.07	6-004.56	650 mg bis unter 750 mg	2 363,36 €
		ZP51.08	6-004.57	750 mg bis unter 850 mg	2 709,21 €
		ZP51.09	6-004.58	850 mg bis unter 950 mg	3 055,07 €
		ZP51.10	6-004.59	950 mg bis unter 1 150 mg	3 516,21 €
		ZP51.11	6-004.5a	1 150 mg bis unter 1 350 mg	4 207,93 €
		ZP51.12	6-004.5b	1 350 mg bis unter 1 550 mg	4 899,64 €
		ZP51.13	6-004.5c	1 550 mg bis unter 1 950 mg	5 821,93 €
		ZP51.14	6-004.5d	1 950 mg bis unter 2 350 mg	7 205,36 €
		ZP51.15	6-004.5e	2 350 mg bis unter 2 750 mg	8 588,79 €
		ZP51.16	6-004.5f	2 750 mg bis unter 3 150 mg	9 972,21 €
		ZP51.17	6-004.5g	3 150 mg bis unter 3 950 mg	11 816,79 €
		ZP51.18	6-004.5h	3 950 mg bis unter 4 750 mg	14 583,64 €
		ZP51.19	6-004.5j	4 750 mg bis unter 5 550 mg	17 350,50 €
		ZP51.20	6-004.5k	5 550 mg bis unter 6 350 mg	20 117,36 €
		ZP51.21	6-004.5m	6 350 mg bis unter 7 950 mg	23 806,50 €
		ZP51.22	6-004.5n	7 950 mg bis unter 9 550 mg	29 340,21 €
		ZP51.23	6-004.5p	9 550 mg bis unter 11 150 mg	34 873,93 €
		ZP51.24	6-004.5q	11 150 mg bis unter 12 750 mg	40 407,64 €
		ZP51.25	6-004.5r	12 750 mg bis unter 14 350 mg	45 941,36 €
		ZP51.26	6-004.5s	14 350 mg bis unter 15 950 mg	51 475,07 €
		ZP51.27	6-004.5t	15 950 mg bis unter 17 550 mg	57 008,79 €
		ZP51.28	6-004.5u	17 550 mg und mehr	62 542,50 €

ZP	Bezeichnung	ZP <sub>D</sub>	OPS Version 2013		Betrag
			OPS-Kode	OPS-Text	
1	2	3	4	5	6
ZP52	Gabe von Tocilizumab, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 5: Tocilizumab, parenteral	
		ZP52.01 <sup>4</sup>	6-005.30	80 mg bis unter 200 mg	329,80 €
		ZP52.02 <sup>4</sup>	6-005.31	200 mg bis unter 320 mg	659,60 €
		ZP52.03	6-005.32	320 mg bis unter 480 mg	989,40 €
		ZP52.04	6-005.33	480 mg bis unter 640 mg	1 429,13 €
		ZP52.05	6-005.34	640 mg bis unter 800 mg	1 868,86 €
		ZP52.06	6-005.35	800 mg bis unter 960 mg	2 308,59 €
		ZP52.07	6-005.36	960 mg bis unter 1 120 mg	2 748,32 €
		ZP52.08	6-005.37	1 120 mg bis unter 1 280 mg	3 188,05 €
		ZP52.09	6-005.38	1 280 mg bis unter 1 440 mg	3 627,78 €
		ZP52.10	6-005.39	1 440 mg bis unter 1 600 mg	4 067,52 €
		ZP52.11	6-005.3a	1 600 mg bis unter 1 760 mg	4 507,25 €
		ZP52.12	6-005.3b	1 760 mg bis unter 1 920 mg	4 946,98 €
		ZP52.13	6-005.3c	1 920 mg bis unter 2 080 mg	5 386,71 €
ZP52.14	6-005.3d	2 080 mg und mehr	5 826,44 €		

<sup>1</sup> Dieses Zusatzentgelt ist nur abrechenbar für Patienten mit einem Alter < 3 Jahre.

<sup>2</sup> Dieses Zusatzentgelt ist nur abrechenbar für Patienten mit einem Alter < 5 Jahre.

<sup>3</sup> Dieses Zusatzentgelt ist nur abrechenbar für Patienten mit einem Alter < 10 Jahre.

<sup>4</sup> Dieses Zusatzentgelt ist nur abrechenbar für Patienten mit einem Alter < 15 Jahre.



## Anlage 4

PEPP-Version 2013

**PEPP-Entgeltkatalog**  
**Zusatzentgelte-Katalog – unbewertete Entgelte**

Für die nachfolgend aufgeführten Leistungen sind krankenhausesindividuelle Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 BPfIV zu vereinbaren, soweit diese als Krankenhausleistung erbracht werden dürfen.

ZP <sup>1</sup>	Bezeichnung	OPS Version 2013	
		OPS-Kode	OPS-Text
1	2	3	4
ZP2013-01	Elektrokrampftherapie [EKT]	8-630*	Elektrokrampftherapie [EKT]
ZP2013-02	Strahlentherapie	8-52*	Strahlentherapie
ZP2013-03 <sup>2</sup>	Gabe von Sargramostim, parenteral	6-001.4*	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Sargramostim, parenteral
ZP2013-04	Gabe von Granulozytenkonzentraten	8-802.6*	Transfusion von Leukozyten: Granulozyten
ZP2013-05 <sup>2</sup>	Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral	8-812.3	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin vom Kaninchen, parenteral
		8-812.4	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin vom Pferd, parenteral
ZP2013-06	Gabe von Bosentan, oral	6-002.f*	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Bosentan, oral
ZP2013-07	Gabe von Jod-131-MIBG (Metajodobenzylguanidin), parenteral	6-002.g*	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Jod-131-Metajodobenzylguanidin (MIBG), parenteral
ZP2013-08	Gabe von Alpha-1-Proteinaseinhibitor human, parenteral	8-812.0*	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Alpha-1-Proteinaseinhibitor human, parenteral
ZP2013-09	Gabe von Interferon alfa-2a (nicht pegylierte Form), parenteral	8-812.1*	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Interferon alfa-2a, parenteral
ZP2013-10	Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral	8-812.2*	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Interferon alfa-2b, parenteral
ZP2013-11	Gabe von Hämin, parenteral	6-004.1*	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Hämin, parenteral
ZP2013-12	Radioimmuntherapie mit 90Y-Ibritumomab-Tiuxetan, parenteral	6-003.6	Applikation von Medikamenten, Liste 3: Radioimmuntherapie mit 90Y-Ibritumomab-Tiuxetan, parenteral
ZP2013-13	Radiorezeptortherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga	8-530.60	Therapie mit offenen Radionukliden: Intravenöse Therapie mit radioaktiven rezeptorgerichteten Substanzen: Radiorezeptortherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga
		8-530.a0	Therapie mit offenen Radionukliden: Intraarterielle Therapie mit offenen Radionukliden: Intraarterielle Radiorezeptortherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga
ZP2013-14	Gabe von Sunitinib, oral	6-003.a*	Applikation von Medikamenten, Liste 3: Sunitinib, oral
ZP2013-15	Gabe von Sorafenib, oral	6-003.b*	Applikation von Medikamenten, Liste 3: Sorafenib, oral
ZP2013-16	Gabe von Lenalidomid, oral	6-003.g*	Applikation von Medikamenten, Liste 3: Lenalidomid, oral

ZP <sup>1</sup>	Bezeichnung	OPS Version 2013	
		OPS-Kode	OPS-Text
1	2	3	4
ZP2013-17	Gabe von Clofarabin, parenteral	6-003.j*	Applikation von Medikamenten, Liste 3: Clofarabin, parenteral
ZP2013-18	Gabe von Nelarabin, parenteral	6-003.e*	Applikation von Medikamenten, Liste 3: Nelarabin, parenteral
ZP2013-19	Gabe von Ambrisentan, oral	6-004.2*	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Ambrisentan, oral
ZP2013-20	Gabe von Temsirolimus, parenteral	6-004.e*	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Temsirolimus, parenteral
ZP2013-21	Gabe von Dasatinib, oral	6-004.3*	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Dasatinib, oral
ZP2013-22	Gabe von Catumaxomab, parenteral	6-005.1*	Applikation von Medikamenten, Liste 5: Catumaxomab, parenteral
ZP2013-23	Gabe von Topotecan, parenteral	6-002.4*	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Topotecan, parenteral

\* Gilt für alle entsprechenden 5-Steller oder 6-Steller des angegebenen OPS-Kodes.

<sup>1</sup> Weitere Untergliederungen der Entgelte sind analog oder Zusatzentgelte der Anlage 3 durch Anfügen einer laufenden Nummer zu kennzeichnen.

<sup>2</sup> Das Zulassungsrecht bleibt von der Katalogaufnahme unberührt. Die Kostenträger entscheiden im Einzelfall, ob die Kosten dieser Medikamente übernommen werden.