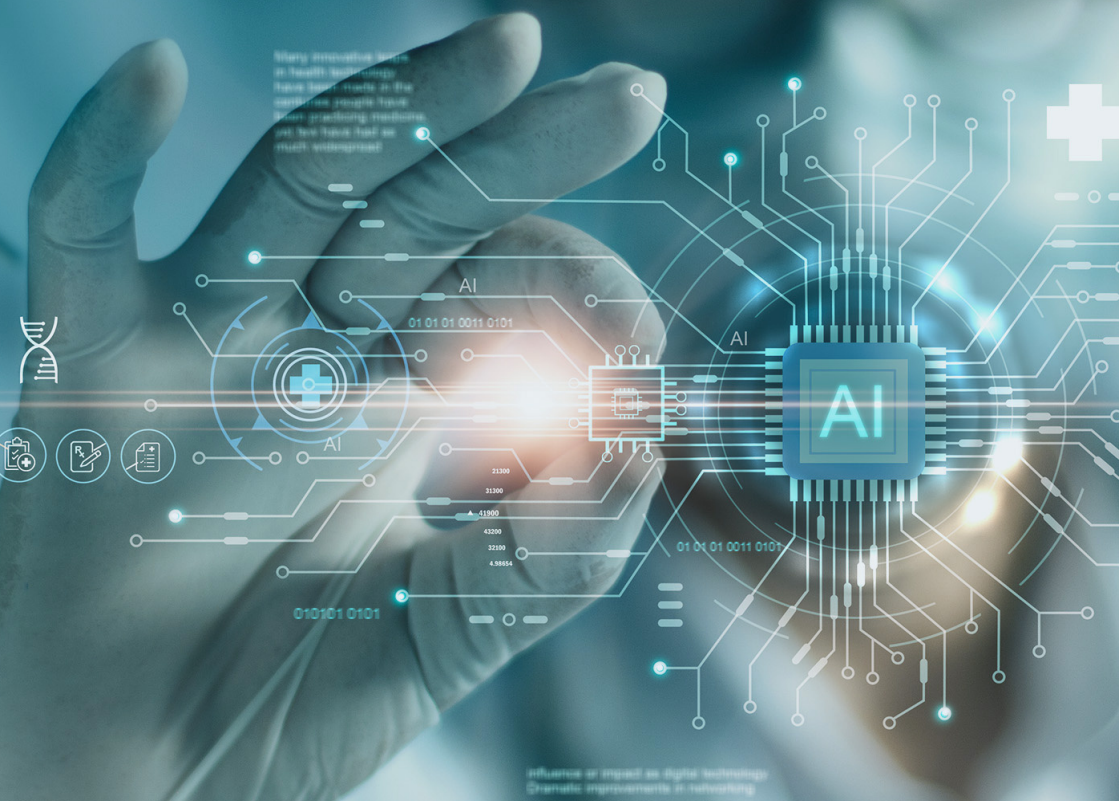


# Finanzierung stationärer Krankenhausleistungen in Deutschland im Jahr 2023



**Zusatzentgelte  
(ZE)**

**Neue Untersuchungs-  
und Behandlungsmethoden (NUB)**

Inhalt	Seite
<b>1 Krankenhausfinanzierung 2023</b>	<b>4</b>
2 aG-DRGs, Zusatzentgelte und Pflegebudget	4
2.1. Selbstkostendeckung für die Pflege am Bett – Umsetzung des Pflegebudgets	5
2.2. Zuordnung einer Leistung zur DRG (G-DRG-Gruppierung)	6
2.3. Weiterentwicklung der G-DRG-Systematik	7
2.4. Anforderungen an die Leistungsdokumentation	8
2.5. Zusatzentgelte	8
2.5.1. Zusatzentgelte für Arzneimittel	9
2.5.1. A) Dosisklassen	9
2.5.1. B) Kinderdosisklassen	12
2.5.2. Zusatzentgelttypen (bewertet / unbewertet)	13
2.5.3. Differenzierung der Zusatzentgelte für Blutgerinnungsfaktoren	15
2.6. Wie kommen Zusatzentgelte in das DRG-System?	15
2.7. Bedeutung von Leistungsmengenveränderungen für das Krankenhausbudget	16
2.7.1. In Vereinbarung mit den Kostenträgern (Fixkostendegressionsabschlag)	17
2.7.2. Ohne Vereinbarung mit den Kostenträgern (Mehr- und Mindererlösausgleich)	18
2.7.2. A) Ausgleichsquoten bei Mehr- und Mindererlösen	19
2.7.2. B) Beispiel zur Berechnung eines Mehrerlösausgleiches (Vereinf. Darst.)	20
2.8. Bevorstehende Veränderungen der Krankenhausfinanzierung	21
2.8.1. Geplante Einführung einer Vorhaltefinanzierung	22
2.8.2. Tagesstationäre Behandlungen und Hybrid-DRGs ab 2023	22
2.8.3. Förderprogramme für Pädiatrie und Geburtshilfe und Ausgleich für Energiekostensteigerungen	23
2.8.4. Zusatzentgelte-Katalog	23
<b>3. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)</b>	<b>64</b>
3.1. Was sind NUB-Entgelte?	65
3.2. NUB-Verfahren	66
3.3. Bedeutung der NUB-Leistungen für das Krankenhausbudget	68
3.3.1. Verhandlung von NUB-Leistungen	68
3.3.2. Kalkulation der NUB-Entgelte	68
3.4. Wie kommen NUB in das DRG-System?	69
3.5. Aufstellung der Informationen nach § 6 Abs. 2 Krankenhausentgeltgesetz für das Jahr 2023	70
Ambulante Leistungserbringung im Krankenhaus	81

Alle Angaben in dieser Broschüre ohne Gewähr.

# Zusatzentgelte (ZE)



Das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern wird auch zu Beginn des Jahres 2023 durch die COVID-19-Pandemie und die eingeschränkte Fachkräfteverfügbarkeit beeinflusst. Während in den Vorjahren mit den sogenannten Freihaltepauschalen und Versorgungsaufschlägen die Liquidität der Krankenhäuser auch bei geringeren Fallzahlen und damit geringeren DRG-Erlösen weitestgehend gesichert wurde, sind derartige Hilfsprogramme für die Krankenhäuser für das Jahr 2023 vom Gesetzgeber nicht mehr vorgesehen. Gleiches gilt für den in den Jahren 2020 bis 2022 geltenden Ausgleich bei Mindererlösen, der ebenfalls 2023 nicht mehr zur Anwendung kommen soll (Stand Mai 2023). Verkürzt dargestellt resultieren damit die Krankenhauserlöse 2023 wieder fast ausschließlich aus den aG-DRGs und Zusatzentgelten für die erbrachten Leistungen.

### 2. aG-DRGs, Zusatzentgelte und Pflegebudget

Autor: Dr. Holger Bunzemeier

Die Krankenhausfinanzierung wurde bis 2019 vor allem durch das G-DRG-System mit seinen Fallpauschalen und Zusatzentgelten bestimmt. G-DRG steht für German Diagnosis Related Groups, also Fallpauschalen, deren Zuordnungskriterien sich für gewöhnlich aus Diagnosen, häufig in Kombination mit Prozeduren (interventionelle und operative Leistungen sowie Komplexbehandlungen), bilden. Teilweise werden für die Zuordnung eines Behandlungsfalles zu einer G-DRG weitere Fallmerkmale, wie z. B. Beatmungszeiten oder das Alter der Patientinnen und Patienten berücksichtigt. Ausgewählte Leistungen, wie z. B. bestimmte Arzneimitteltherapien, Implantate oder Dialysen, werden zusätzlich zu den G-DRGs über Zusatzentgelte finanziert. Die Leistungen der Krankenhäuser werden, abgesehen von den pflegerischen Leistungen am Bett auf bettenführenden Stationen, weitestgehend unabhängig vom patientenindividuellen Leistungsrahmen (z.B. Verweildauer, OP-Dauer) pauschal vergütet. Dafür stehen annähernd 1.300 G-DRGs zur Verfügung.

Mit dem Ziel, eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Pflege am Bett auf bettenführenden Stationen zu schaffen, wurde 2020 das Pflegebudget als zusätzliches Element der Krankenhausfinanzierung etabliert. Mit dem Pflegebudget wurde die Selbstkostendeckung für die Pflege am Bett eingeführt und damit gezielt ein Anreiz zum Personalaufbau gesetzt, da zusätzliches Personal vollständig von den Kostenträgern finanziert werden soll. Dies gilt insbesondere bei Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen.

Um eine Doppelvergütung zu verhindern, mussten dafür die Bewertungsrelationen der G-DRGs um den Anteil für die Pflege am Bett abgesenkt werden. In Folge der Änderung wird der Bezeichnung G-DRG nun der Buchstabe „a“ vorangestellt, mit dem zum Aus-

druck gebracht werden soll, dass der Bewertungsrelationsanteil für die Pflege am Bett aus den G-DRG-Bewertungsrelationen ausgegliedert wurde. In dieser Broschüre wird aus Gründen der Vereinheitlichung und Vereinfachung die Abkürzung G-DRG verwendet – dabei ist allerdings die „ausgegliederte“ G-DRG gemeint.

Gut zu wissen:



Die Krankenhausverweildauer nimmt lediglich Einfluss auf den Fallpauschalenerlös, wenn die untere Grenzverweildauer unter- oder die obere Grenzverweildauer der zur Abrechnung kommenden G-DRG überschritten wird. Auch bei zwischen zwei Krankenhäusern verlegten Patienten kann die Verweildauer einen erlösmindernden Einfluss auf den Fallpauschalenerlös nehmen. Die Regelungen dazu finden sich in der Fallpauschalenvereinbarung 2023.

## 2.1. Selbstkostendeckung für die Pflege am Bett – Umsetzung des Pflegebudgets

Da erst nach Ablauf des Geschäftsjahres die tatsächlichen Kosten für die Pflege am Bett bekannt sind, erhalten Krankenhäuser seit 2020 zunächst fallbezogene Abschlagszahlungen auf ihr Pflegebudget. Die Abschlagszahlungen erfolgen in Abhängigkeit der patientenindividuellen Verweildauer, einer Pflegebewertungsrelation, die DRG-spezifisch kalkuliert wurde sowie eines krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwertes. Im Folgejahr, nachdem die tatsächlichen Pflegekosten für das Vorjahr festgestellt wurden, erfolgt dann zum nächstmöglichen Zeitpunkt ein Ausgleich zwischen der Summe der Abschlagszahlungen und den tatsächlichen Kosten, so dass das Krankenhaus eine vollständige Refinanzierung seiner Kosten für Pflege am Bett erfährt (**Abbildung 1**). Mit der Abkehr von der pauschalierten Vergütung für Pflege am Bett und Einführung der Selbstkostendeckung sollen Krankenhäuser seit 2020 mit der Pflege weder Verluste noch Gewinne erwirtschaften können.

In der Praxis ist zu beobachten, dass Krankenhäuser und Krankenkassen häufig nicht einer Meinung sind, welche Pflegekräfte im Pflegebudget zu berücksichtigen sind. Hierbei stehen insbesondere Pflegekräfte ohne spezifische Ausbildung häufig im Mittelpunkt der Diskussionen.



Abbildung 1 Vergütungssystematik 2023 für stationäre Leistungen

<sup>1</sup>Zur Verbesserung der Lesbarkeit wird in dieser Broschüre auf das vorangestellte „a“ vor dem Wort G-DRG verzichtet.

## 2.2. Zuordnung einer Leistung zur DRG (G-DRG-Gruppierung)

**Abbildung 2** zeigt ein Beispiel für eine G-DRG-Gruppierung. Die Patientin mit einer akuten myeloischen Leukämie, diversen Nebendiagnosen, einer hochgradig komplexen Chemotherapie sowie weiteren diagnostischen Prozeduren wird im G-DRG-System 2023 der G-DRG R60B zugeordnet.

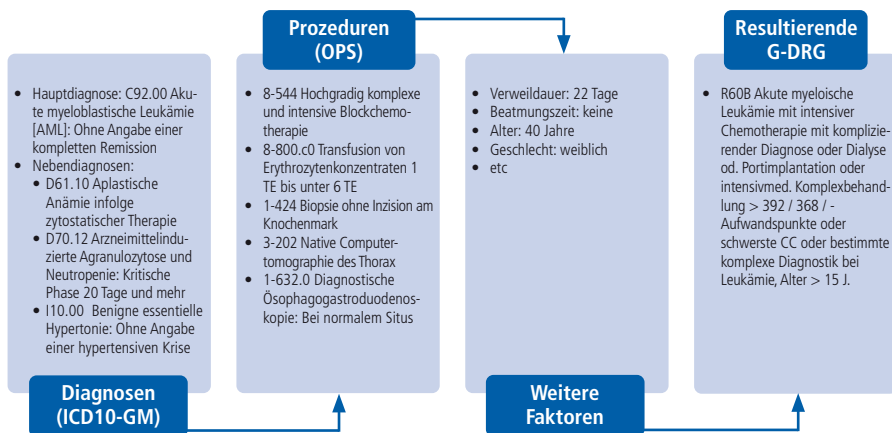


Abbildung 2 – G-DRG Gruppierungsbeispiel

Dabei wirkt neben der Hauptdiagnose und der Chemotherapie auch die Diagnose „Arzneimittel induzierte Agranulozytose und Neutropenie, Kritische Phase 20 Tage und mehr“ (ICD-Kode D70.12) als „komplizierende Diagnose“ gruppierungsrelevant. Alle weiteren Diagnosen und Prozeduren nehmen in diesem Fall keinen Einfluss auf die DRG-Gruppierung. Ohne die Diagnose D70.12 würde die Gruppierung in die G-DRG R60D erfolgen. Sie steht für die Bezeichnung „Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie, ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Diagnostik bei Leukämie oder mit Dialyse oder äußerst schweren CC“. Die Abkürzung „CC“ steht für einen Schweregradscore für Komorbiditäten. Mit Abrechnung der G-DRG R60B kommt es im Vergleich zur G-DRG R60D zu annähernd einer Verdreifachung des DRG-Erlöses. An diesem Beispiel wird deutlich, dass es für Krankenhäuser von großer Bedeutung ist, dass sie ihre Leistungen vollständig dokumentieren.

An dieser Fallpauschale zeigen sich auch die Effekte der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems. In der G-DRG Version 2015 wurden Patienten der hoch bewerteten G-DRG R60B zugeordnet, wenn die kritische Phase der arzneimittelinduzierten Agranulozytose und Neutropenie mindestens 7 Tagen betrug. 2016 bis 2018 musste die kritische Phase

mindestens 10 Tage andauern. Ab 2019 erfolgt die Zuordnung nunmehr nur noch, wenn die kritische Phase 20 Tage oder mehr andauert. Neben der Differenzierung der Fallpauschale über die Dauer der kritischen Phase der arzneimittelinduzierten Agranulozytose und Neutropenie wurde zusätzlich die „intensivmedizinische Komplexbehandlung“ als ein weiteres Gruppierungskriterium mit in die Definition der G-DRG aufgenommen. Hierüber werden ausgewählte intensivmedizinisch versorgte Patienten besser abgebildet. Schließlich zeigt sich in dieser G-DRG auch die Weiterentwicklung des o.g. Nebendiagnosescores. Der PCCL (Patient Clinical Complexity Level) kann ab 2016 Werte auch von 5 und 6 annehmen. Zuvor wurde der PCCL auf den Maximalwert von 4 beschränkt. Werte von 5 und 6 werden in der Beschreibung der G-DRGs mit „schwerste CC“ angegeben.



Gut zu wissen:

Die DRG-Research-Group Münster stellt auf ihrer Webseite (<https://www.roederpartner.de/drg-research-group/drg-grouper/>) einen Online-Grupper kostenfrei zur Verfügung, mit dem DRG-Gruppierungen durchgeführt werden können.

### 2.3. Weiterentwicklung der G-DRG-Systematik

Die Komplexität des G-DRG-Systems lässt sich anhand der Bezeichnung der einzelnen G-DRGs, wie z.B. G-DRG R60D, erahnen. Welche Behandlungsfallkollektive sich hinter der Definition der G-DRG verbergen, kann nur mit entsprechender Fachkenntnis hergeleitet werden. Die Komplexität ist einer der größten Kritikpunkte am G-DRG-System. Sie ist aber letztlich Folge der Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems, bei der Jahr für Jahr an einer immer sachgerechteren Abbildungsqualität des Systems gearbeitet wird. Die hohe Systemkomplexität in der Onkologie ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass der Aufwand für die Diagnostik und die Therapien der Patienten mit onkologischen Erkrankungen stark variiert. Entsprechend differenziert muss das G-DRG-System die unterschiedlichen Leistungsinhalte abbilden, um eine sachgerechte Vergütung der stationären Krankenhausleistungen sicherzustellen. Dies ermöglicht es, dass weiterhin differenzierte onkologische Therapien nach dem aktuellen Stand des medizinischen Fortschritts durchgeführt werden können.

Insbesondere für die sachgerechte Abbildung onkologischer Leistungen wurde neben der Differenzierung des G-DRG-Systems für die Refinanzierung teurer und ungenügend fallpauschaliert abzubildenden Leistungen das „Zusatzentgelt“ als additives Vergütungselement zu den G-DRGs in der Krankenhausfinanzierung etabliert.

## 2.4. Anforderungen an die Leistungsdokumentation

Voraussetzung für die korrekte Abrechnung einer G-DRG ist die Dokumentation und regelkonforme Kodierung der behandelten Erkrankungen und der medizinischen Maßnahmen. Abbildung 3 zeigt die Abläufe der Dokumentation, die typischerweise für die Ermittlung einer G-DRG für einen Patienten erforderlich sind.

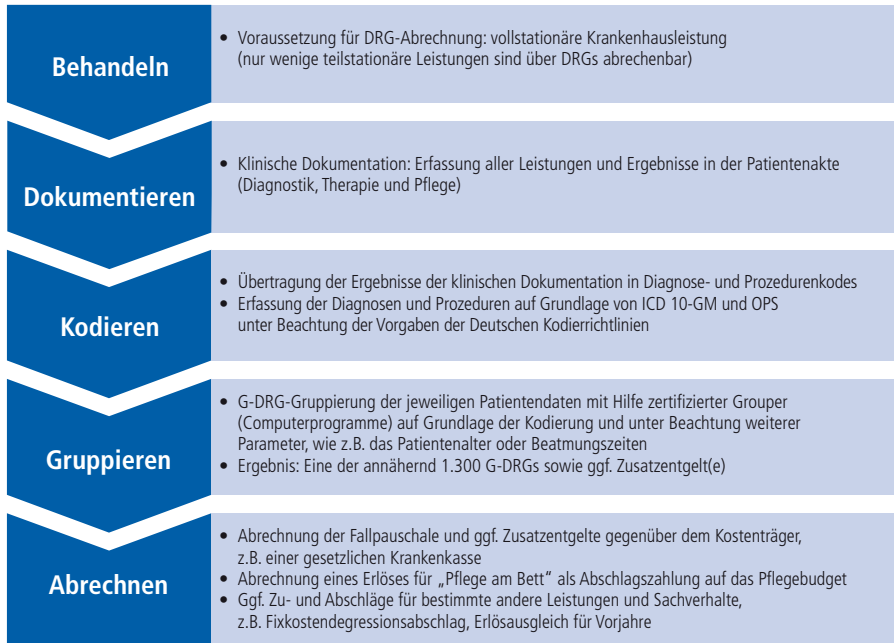


Abbildung 3 – Von der Behandlung zur G-DRG

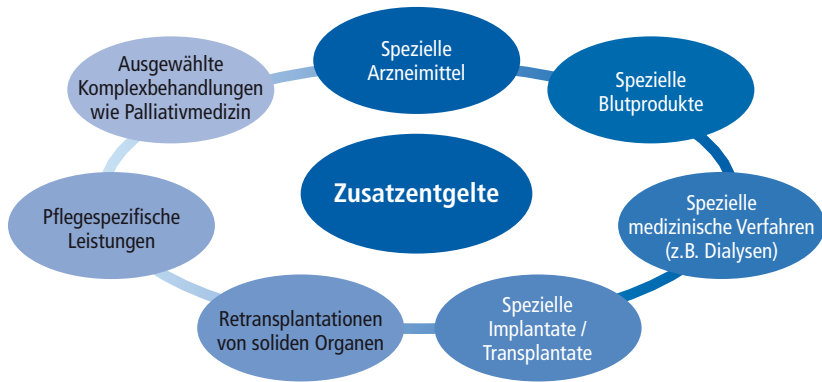
## 2.5. Zusatzentgelte

Zusatzentgelte stellen ein Vergütungselement der Krankenhausfinanzierung dar, das neben den G-DRG-Pauschalen abgerechnet werden kann. Nach dem Willen des Gesetzgebers sollen Zusatzentgelte aber nur in sehr begrenzten Ausnahmefällen eingeführt werden. Vor diesem Hintergrund mussten Kriterien definiert werden, die bei der Entscheidungsfindung für ein Zusatzentgelt berücksichtigt werden:

- Streuung der besonderen Leistung über mehrere G-DRGs
- Sporadisches Auftreten ohne regelhaften Bezug zu bestimmten G-DRGs
- Definierbare Leistung mit eindeutigen Identifikations- und Abrechnungsmerkmal (OPS-Kode)
- Relevante Höhe der Kosten
- Strukturelle Schieflage (Erlösnachteil einzelner Krankenhäuser) bei der Leistungserbringung



**Abbildung 4** zeigt die Kategorien zusatzentgeltfähiger Leistungen im G-DRG-System 2023



Obwohl die Pflege am Bett aus der fallpauschalierten Vergütung ausgegliedert wurde, existieren 2023 weiterhin pflegespezifische Zusatzentgelte, deren Entgeltbeträge aber nach Ausschluss der Pflegekosten deutlich abgesenkt wurden. Es bleibt abzuwarten, ob diese Zusatzentgelte auch in Zukunft Bestand haben werden.

Die Übersicht der Zusatzentgelte findet sich im Anschluss an das erste Kapitel

### 2.5.1. Zusatzentgelte für Arzneimittel

Für hochpreisigere Arzneimittel stellen Zusatzentgelte eine additive Vergütungskomponente zu den G-DRGs dar, die die sachgerechte Vergütung der Gesamtleistung sicherstellen sollen. Günstigere Produkte werden üblicherweise bereits mit den Fallpauschalenerlösen sachgerecht vergütet. Die differenzierte, aufwandsgerechte Vergütung der Leistungen soll dazu beitragen, dass Therapieentscheidungen nicht aufgrund von ökonomischen Fehlanreizen getroffen werden.

#### A) Dosisklassen

Zusatzentgelt	Dosisklasse	Entgeltbetrag
ZE157.01 <sup>6)</sup>	80 mg bis unter 200 mg	327,62 €
ZE157.02 <sup>6)</sup>	200 mg bis unter 320 mg	655,25 €
ZE157.03	320 mg bis unter 480 mg	982,87 €
ZE157.04	480 mg bis unter 640 mg	1.419,70 €
ZE157.05	640 mg bis unter 800 mg	1.856,54 €
ZE157.06	800 mg bis unter 960 mg	2.208,40 €
ZE157.07	960 mg bis unter 1.120 mg	2.730,20 €

Zusatzentgelt	Dosisklasse	Entgeltbetrag
ZE157.08	1.120 mg bis unter 1.280 mg	3.167,03 €
ZE157.09	1.280 mg bis unter 1.440 mg	3.603,86 €
ZE157.10	1.440 mg bis unter 1.600 mg	4.040,70 €
ZE157.11	1.600 mg bis unter 1.760 mg	4.402,61 €
ZE157.12	1.760 mg bis unter 1.920 mg	4.914,36 €
ZE157.13	1.920 mg bis unter 2.080 mg	5.351,19 €
ZE157.15	2.080 mg bis unter 2.400 mg	5.897,23 €
ZE157.16	2.400 mg bis unter 2.720 mg	6.770,90 €
ZE157.17	2.720 mg bis unter 3.040 mg	7.644,56 €
ZE157.18	3.040 mg bis unter 3.360 mg	8.518,22 €
ZE157.19	3.360 mg bis unter 3.680 mg	9.391,89 €
ZE157.20	3.680 mg bis unter 4.000 mg	10.265,55 €
ZE157.22	4.000 mg bis unter 4.640 mg	11.357,63 €
ZE157.23	4.640 mg bis unter 5.280 mg	13.104,96 €
ZE157.24	5.280 mg bis unter 5.920 mg	14.852,29 €
ZE157.25	5.920 mg bis unter 6.560 mg	16.599,62 €
ZE157.26	6.560 mg bis unter 7.200 mg	18.346,94 €
ZE157.27	7.200 mg bis unter 7.840 mg	20.094,27 €
ZE157.28	7.840 mg bis unter 8.480 mg	21.841,60 €
ZE157.29	8.480 mg oder mehr	23.588,93 €

Tabelle 1 Dosisklassen des Zusatzentgeltes ZE157 Gabe von Tocilizumab, intravenös

Die Zusatzentgelte für Arzneimittel sind üblicherweise nach Dosisklassen unterteilt. **Tabelle 1** zeigt dies am Beispiel des Zusatzentgeltes ZE157 (Gabe von Tocilizumab, intravenös).

Zu beachten ist, dass eine Differenzierung des Zusatzentgeltes für Tocilizumab abhängig von der Applikationsart erfolgt. Die intravenöse Tocilizumab-Therapie wird über das ZE157 abgebildet, die subkutane Therapie über das Zusatzentgelt ZE2023-110. Auch für einige andere Arzneimittel finden sich derartige Differenzierungen nach Applikationsarten. In diesem Zusammenhang ist neu für 2023, dass für die parenterale Gabe von Daratumumab, die 2022 über das Zusatzentgelt ZE2022-168 abgebildet wurde, eine Differenzierung vorgenommen wurde. Die intravenöse Gabe von Daratumumab wird ab 2023 über das ZE2023-200 und die subkutane Gabe über das ZE2023-201 finanziert. Die Zusatzentgelte für die parenteralen Gaben von Gemcitabin, Irinotecan, Topotecan, Paclitaxel, Docetaxel und Palifermin wurden für 2023 gestrichen.

Zusatzentgelte werden nur für Leistungen mit deutlichen Mehrkosten im Vergleich zum üblichen Leistungsumfang der abzurechnenden G-DRGs eingeführt. Für Zusatzentgelte werden deshalb Einstiegsdosisklassen definiert, bei denen entsprechende Mehrkosten für die Leistungserbringer entstehen. In dem Beispiel der Tabelle 1 beginnt die Einstiegsdosisklasse für Kinder unter 15 Jahren bei 80 mg und bei allen älteren Patienten bei 320mg. Die Kennzeichnung der Kinderdosisklassen erfolgt im Fallpauschalenkatalog durch Ausweisung einer Fußnote, in diesem Beispiel die Fußnote 6. Zu beachten ist, dass in die G-DRG Kosten für nicht zusatzentgeltfähige Arzneimittelverbräuche und nicht zusatzentgeltfähige Arzneimittel „eingepreist“ werden. Die Gabe eines zusatzentgeltfähigen Arzneimittels unterhalb der Einstiegsdosisklasse des Zusatzentgeltkataloges wird demnach pauschal über den G-DRG-Erlös vergütet.

## Kumulativdosis

Für jeden stationären Aufenthalt eines Patienten sind die Arzneimittelverbräuche zu summieren. Diese Kumulativdosis ist Grundlage für die Herleitung der abzurechnenden Dosisklasse eines Zusatzentgeltes. **Nur die tatsächlich verabreichten Mengen dürfen berücksichtigt werden, verworfene Anteile gehen nicht in die Berechnung ein.** Ein Beispiel zur Berechnung der Kumulativdosis zeigt **Abbildung 5**.

### Aufnahmetag

- Gabe von 70mg eines zusatzentgeltfähigen Arzneimittels
- Verwurf: 30mg

### 3. Behandlungstag

- Gabe von 50mg des zusatzentgeltfähigen Arzneimittels
- Kein Verwurf

Abbildung 4 – Beispiel zur Berechnung der Kumulativdosis für die Abrechnung eines Zusatzentgeltes



### 2. Behandlungstag

- Gabe von 50mg des zusatzentgeltfähigen Arzneimittels
- Kein Verwurf

### Entlassungstag

- Keine Gabe des zusatzentgeltfähigen Arzneimittels
- Kumulativdosis am Ende des stationären Aufenthaltes:  $70\text{mg} + 2 \times 50\text{mg} = 170\text{mg}$



Gut zu wissen:

Werden mehrere stationäre Aufenthalte im Sinne der DRG-Abrechnungsregeln zusammengefasst, sind die kumulierten Arzneimittelverbräuche sämtlicher zusammengefasster Aufenthalte aufzusummieren.

## B) Kinderdosisklassen

Aufgrund drohender struktureller Unterfinanzierung bei der Behandlung von Kindern mit Arzneimitteln in typischer Dosierung wurden für einige Arzneimittel zusätzliche Kinderdosisklassen eingeführt. Diese Dosisklassen liegen unter den Standardeinstiegsdosisklassen und können nur bei Unterschreitung der angegebenen Altersgrenze abgerechnet werden. Im G-DRG-System 2023 existieren für folgende bewertete Zusatzentgelte Kinderdosisklassen:

### Altersgrenze < 3 Jahre

ZE98 Gabe von Palivizumab, parenteral (sämtliche Dosisklassen dieses Zusatzentgeltes können nur bei Kindern < 3 Jahre abgerechnet werden)

### Altersgrenze < 5 Jahre

ZE64 Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Zytomegalie-Virus, parenteral

ZE78 Gabe von Temozolomid, oral

### Altersgrenze < 10 Jahre

ZE113 Gabe von Itraconazol, parenteral

### Altersgrenze < 15 Jahre

ZE47 Gabe von Antithrombin III, parenteral

ZE52 Gabe von Liposomalem Doxorubicin, parenteral

ZE67 Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Varicella-Zoster-Virus, parenteral

ZE72 Gabe von Pegyliertem liposomalen Doxorubicin, parenteral

ZE93 Gabe von Human-Immunglobulin, polyvalent, parenteral

ZE107 Gabe von Erythrozytenkonzentraten

ZE110 Gabe von Liposomalem Amphotericin B, parenteral

ZE117 Gabe von Trabectedin, parenteral

ZE128 Gabe von Micafungin, parenteral

ZE144 Gabe von Romiplostim, parenteral

ZE146 Gabe von Thrombozytenkonzentraten

ZE147 Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten

ZE151 Gabe von Abatacept, intravenös

ZE157 Gabe von Tocilizumab, intravenös

ZE164 Gabe von pathogeninaktivierten Thrombozytenkonzentraten

ZE165 Gabe von pathogeninaktivierten Apherese-Thrombozytenkonzentraten

ZE168 Gabe von Ipilimumab, parenteral

ZE171 Gabe von Pembrolizumab, parenteral

Tabelle 2 Bewertete Zusatzentgelte mit Kinderdosisklassen

## 2.5.2. Zusatzgelttypen (bewertet / unbewertet)

Das G-DRG-System wird jährlich auf Basis von fallbezogen kalkulierten Behandlungskosten deutscher Krankenhäuser neu berechnet und angepasst. Krankenhäuser können an diesem Kalkulationsverfahren auf freiwilliger Basis teilnehmen. Zur Steigerung der Repräsentativität der Stichprobe werden seit der G-DRG-Version 2019 einzelne Krankenhäuser zur Teilnahme an der Kalkulation verpflichtet. Die Kalkulationskrankenhäuser müssen den Vorgaben des DRG-Kalkulationshandbuches folgen ([http://g-drg.de/Kalkulation2/DRG-Fallpauschalen\\_17b\\_KHG/Kalkulationshandbuch](http://g-drg.de/Kalkulation2/DRG-Fallpauschalen_17b_KHG/Kalkulationshandbuch)). Für die Kalkulation der G-DRG-Version 2023 wurden die Kosten- und Leistungsdaten des Jahres 2021 aus 225 Krankenhäusern herangezogen.

### Warum sind einige Zusatzgelte nicht bepreist (bewertet)?

Für zusatzgeltfähige Leistungen, die sehr selten in den an der G-DRG-Kalkulation beteiligten Krankenhäusern erbracht werden oder bei denen die Kosten stark variieren, stehen im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems keine ausreichend belastbaren Kostendaten zur Verfügung, so dass von einer bundeseinheitlichen Festlegung der Entgeltbeträge abgesehen wird. Die Entgeltbeträge für unbewertete Zusatzgelte müssen durch jedes Krankenhaus individuell kalkuliert und auf Ortsebene mit den Kostenträgern im Rahmen der jährlichen Leistungs- und Entgeltverhandlung vereinbart werden. Die unbewerteten Zusatzgelte werden in Anlage 4 des Fallpauschalenkataloges aufgeführt.

In den vergangenen Jahren konnte beobachtet werden, dass zuvor bewertete Zusatzgelte für Arzneimittel in unbewertete Zusatzgelte überführt wurden. Teilweise hatten die Arzneimittel ihren Patentschutz verloren bzw. hätten ihn im Jahr der Anwendung des neuen Fallpauschalenkataloges verloren, so dass ein deutlicher Preisrückgang für die Produkte nicht auszuschließen war. Für 2023 wurde das zuvor bewertete Zusatzgelt ZE48 Gabe von Aldesleukin, parenteral in das unbewertete Zusatzgelt ZE2023-202 überführt, so dass die Entgelthöhe hierfür nun krankenspezifisch vereinbart werden muss.

Für die parenterale Gabe von Pembrolizumab, die 2022 über das unbewertete Zusatzgelt ZE2022-160 abgebildet wurde, erfolgte für 2023 hingegen eine Überleitung in das bewertete Zusatzgelt ZE171.

Sofern bei einem hohen Preisrückgang die Zusatzgeltkriterien nicht mehr erfüllt werden und eine sachgerechte Abbildung des Arzneimittels ausschließlich mit der Fallpauschale

schalenvergütung sichergestellt ist, können Zusatzentgelte für entsprechende Produkte in Folgejahren gestrichen werden.

Gut zu wissen:

Nicht bundeseinheitlich bewertete Zusatzentgelte müssen von jedem Krankenhaus, das die Leistung erbringt und abrechnen möchte, kalkuliert werden. **Die Entgeltbeträge müssen lokal mit den Kostenträgern vereinbart werden.** Die Hilfestellung des InEK für die Kalkulation von Zusatzentgelten gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG und Zusatzentgelten für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG stellt weitere Information zur Kalkulation von unbewerteten Zusatzentgelten bereit ([http://g-drg.de/cms/Kalkulation2/Empfehlung\\_fuer\\_die\\_Kalkulation\\_von\\_Zusatzentgelten](http://g-drg.de/cms/Kalkulation2/Empfehlung_fuer_die_Kalkulation_von_Zusatzentgelten)).



Mit der Fallpauschalenvereinbarung 2023 (<https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2023/abrechnungsbestimmungen>) wird geregelt, dass sofern erstmals eine über ein unbewertetes Zusatzentgelt abgebildete Leistung vor Abschluss der Leistungs- und Entgeltverhandlung erbracht wird, diese zunächst nur mit 600 € abgerechnet werden kann. Wird später im Jahr eine Entgeltvereinbarung für das Zusatzentgelt erzielt, sollten im Regelfall die von den abgerechneten 600 € abweichend vereinbarten Erlöse in einem Ausgleichsverfahren erstattet werden. Wird für ein Zusatzentgelt im Rahmen der Leistungs- und Entgeltverhandlung keine Entgeltvereinbarung getroffen, so kann im Einzelfall für jedes Zusatzentgelt 600 € abgerechnet werden. Voraussetzung ist, dass die Behandlung im Rahmen des Versorgungsauftrages des Krankenhauses erfolgt oder die Leistung im Zuge einer Notfallversorgung erbracht wird.

Sofern für ein krankenhausindividuell zu vereinbarendes Entgelt bereits aus Vorjahren eine Vereinbarung besteht, ist zunächst dieses Entgelt der Höhe nach bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Für das neue unbewertete Zusatzentgelt ZE2023-202 (Gabe von Aldesleukin, parenteral) gibt der Fallpauschalenkatalog 2023 vor, dass bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2023 das für diese Leistung zuvor geltende bewertete Zusatzentgelt ZE48 des Jahres 2022 der Höhe nach weiter zu erheben ist. Dies gelte auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.

Gut zu wissen:

Sofern für das Vorjahr (Budgetjahr 2022) noch keine Budgetvereinbarung geschlossen wurde, gilt für Zusatzentgelte, die 2021 bundesweit bewertet waren und 2022 in ein unbewertetes Zusatzentgelt überführt wurden, dass bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2022 die Entgeltbeträge des G-DRG-Katalogs 2021 nur noch in Höhe von 70 Prozent weiter zu erheben sind.



### 2.5.3. Differenzierung der Zusatzentgelte für Blutgerinnungsfaktoren

Für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren bzw. die Gabe von Blutgerinnungsfaktoren existieren vier unbewertete Zusatzentgelte. Abweichend von den übrigen Zusatzentgelten für Arzneimittel können die Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren bzw. die Gabe von Blutgerinnungsfaktoren nur bei Behandlungsfällen mit bestimmten Diagnosen abgerechnet werden. Die Diagnosen finden sich in Anlage 7 des Fallpauschalenkatalogs.

Das Zusatzentgelt ZE2023-97 (Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren) dient der Finanzierung von Blutgerinnungsfaktoren, die zur Behandlung von Patienten mit angeborenen oder dauerhaft erworbenen Blutgerinnungsstörungen eingesetzt werden. Dieses Zusatzentgelt unterliegt keiner Budgetierung.

Anders ist die Finanzierung von Blutgerinnungsfaktoren bei Patienten mit temporären Blutgerinnungsstörungen geregelt. Diese werden über die Zusatzentgelte ZE2023-137 Gabe von rekombinatem aktivierten Faktor VII, ZE2023-138 Gabe von Fibrinogenkonzentrat sowie ZE2023-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren, abgebildet. Die Abrechnung dieser Zusatzentgelte ist nur vorgesehen, sofern die Kosten für die Blutgerinnungsfaktoren einen Schwellenwert überschreiten. Für das ZE2023-137 liegt der Schwellenwert bei 20.000€, für das ZE2023-138 bei 2.500€ und für das ZE2023-139 bei 6.000€. Ab Überschreitung des jeweiligen Schwellenwertes ist der gesamte für die Behandlung mit dem Blutgerinnungsfaktor angefallene Betrag abzurechnen. Die Zusatzentgelte ZE2023-137, ZE2023-138 sowie ZE2023-139 unterliegen den selben Regelungen der Budgetierung, wie die übrigen Zusatzentgelte (siehe Kapitel 1.4 Bedeutung von Leistungsmengenveränderungen für das Krankenhausbudget).

### 2.6. Wie kommen Zusatzentgelte in das DRG-System?

Das G-DRG-System und der zugehörige Zusatzentgeltkatalog werden jährlich überarbeitet und neu kalkuliert. Grundlage für die Anpassung des G-DRG-Systems ist unter anderem das so genannte „Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständes bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems“. Medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaften, Verbände, aber auch Krankenhäuser können im Rahmen dieses Vorschlagsverfahrens Anpassungsvorschläge grundsätzlich bis zum 31. März des laufenden Jahres für die G-DRG-Version des Folgejahres beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) einreichen. Zu beachten ist, dass nur bei Vorschlägen, die bis zum 28. Februar des laufenden Jahres eingebracht werden, im Falle

von Unklarheiten Rückfragen vom InEK zur Präzisierung bei komplexen Problemstellungen vorgenommen werden.

Das InEK prüft die fristgerecht eingegangenen Änderungsvorschläge anhand von Kostendaten der an der DRG-Kalkulation beteiligten Krankenhäuser und entscheidet über die Einführung eines Zusatzentgeltes. Ist die potenziell zusatzentgeltfähige Leistung noch nicht z.B. anhand eines OPS-Kodes identifizierbar, kann in der Regel jedoch noch kein Zusatzentgelt eingerichtet werden. Auf Basis ergänzender Datenlieferungen von den an der DRG-Kalkulation teilnehmenden Krankenhäusern kann aber in Einzelfällen auch ohne OPS-Kodes eine Kalkulation erfolgen.



Gut zu wissen:

Die Antragsmodalitäten können auf der Webseite des InEK abgefragt werden (<http://g-drg.de/cms/G-DRG-Vorschlagsverfahren2>).

## 2.7. Bedeutung von Leistungsmengenveränderungen für das Krankenhausbudget

Krankenhäuser und Krankenkassen treffen jedes Jahr eine Leistungs- und Entgeltvereinbarung. Das Krankenhausbudget ergibt sich aus der vereinbarten Leistungsmenge, der Bewertung der G-DRGs und Zusatzentgelte und dem für die Berechnung des G-DRG-Entgeltbetrages erforderlichen Landesbasisfallwert. Abgesehen von wenigen Ausnahmen, sind die G-DRGs mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen bewertet, die multipliziert mit dem jeweiligen Landesbasisfallwert den Erlös für einen Behandlungsfall ergeben. Die Höhe der Landesbasisfallwerte differiert z.T. deutlich zwischen den Bundesländern. 2023 liegt beispielsweise der Landesbasisfallwert Rheinland-Pfalz ca. 2,6 % über dem Landesbasisfallwert Brandenburg.

**Abbildung 6** zeigt den Zusammenhang von G-DRG-Bewertungsrelation und Landesbasisfallwert.

Regelmäßig kommt es in den Krankenhäusern zu Leistungsmengenveränderungen. Diese Veränderungen nehmen Einfluss auf die Krankenhausbudgets. Die Krankenhausbudgets sind, abhängig von der Leistungsentwicklung, „flexibel“. Bezüglich der Auswirkungen von Leistungsmengenveränderungen auf das Krankenhausbudget ist zu unterscheiden, ob die Veränderung im Rahmen der Leistungs- und Entgeltverhandlung zwischen Krankenhaus und Kostenträgern vereinbart wird, oder ob es nachträglich zu einer Abweichung von der getroffenen Vereinbarung kommt. Nachfolgend werden die grundlegenden Regelungen zum budgettechnischen Umgang mit Leistungsmengenveränderungen im Jahr



2023 vorgestellt. Die Darstellung bezieht sich auf die gültigen Regelungen zum Redaktionschluss dieser Broschüre Ende Februar 2023. Es ist nicht auszuschließen, dass die Regelungen, wie in den Pandemie Jahren 2020 bis 2022, unterjährig noch angepasst werden.

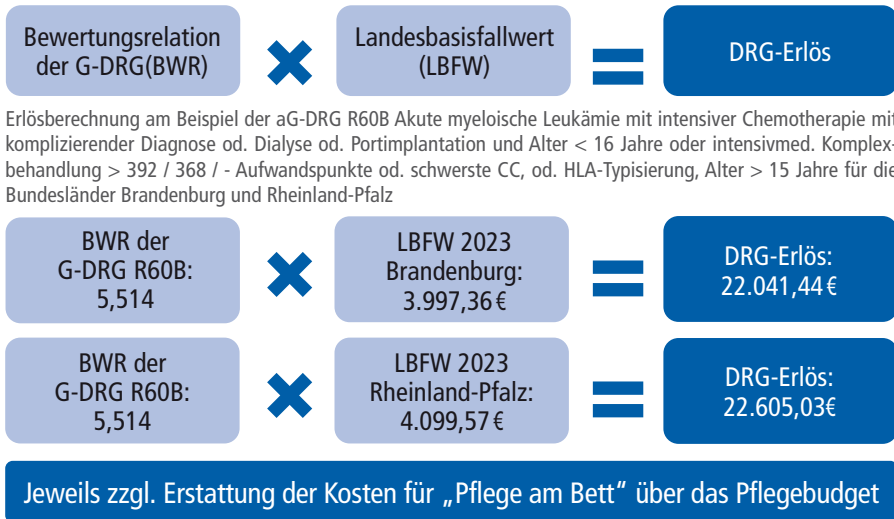


Abbildung 6 – Berechnung des G-DRG-Erlöses

### 2.7.1. In Vereinbarung mit den Kostenträgern (Fixkostendegressionsabschlag)

Weicht die zu vereinbarende Leistungsmenge bei den bewerteten G-DRGs von der Vorjahresvereinbarung ab, wirkt sich dies unmittelbar auf das Krankenhausbudget aus. Bei einem vereinbarten Leistungsmengentrückgang wird das Krankenhausbudget um die entsprechenden Erlöse reduziert. Leistungssteigerungen von Krankenhäusern, die während der Pandemie Leistungsrückgänge verzeichnet haben, führen bis zum Erreichen des Leistungsniveaus 2019 in der Regel zu einer vollständigen Berücksichtigung der zusätzlichen Erlöse im Budget des Krankenhauses. Für Leistungssteigerungen über das Leistungsniveau 2019 hinaus, muss das Krankenhaus hingegen in der Regel sowohl 2023 als auch in den beiden darauffolgenden Jahren (2024/2025) einen so genannten Fixkostendegressionsabschlag (FDA) von 35 Prozent gewähren. Dies gilt aber nur für die vereinbarten Leistungsmengen oberhalb des Leistungsniveaus 2019. Nach Ablauf des dreijährigen FDA soll die Mehrleistung dann vollständig, ohne Abschlag, in das Krankenhausbudget eingehen.

Zu beachten ist, dass der Gesetzgeber diverse Ausnahmeregelungen vom FDA definiert hat. **Kein FDA** ist für Steigerungen bei folgenden Leistungen bzw. Konstellationen vorgesehen:

- Transplantationen, Polytraumata, schwer brandverletzten Patientinnen und Patienten, der Versorgung von Frühgeborenen und bei Leistungen der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation nach einem Schlaganfall oder einer Schwerstschädelhirnverletzung der Patientin oder des Patienten
  - Leistungen mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln
  - Leistungen aufgrund von zusätzlich bewilligten Versorgungsaufträgen, für die bislang keine Abrechnungsmöglichkeit bestand
  - Leistungen von nach § 2 Absatz 2 Satz 4 KHEntG krankenhauserplanerisch ausgewiesenen Zentren
  - Von der Selbstverwaltung auf Bundesebene festzulegende „mengenanfällige“ Leistungen, die abgewertet wurden
  - Leistungen zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer SARS-CoV-2-Infektion oder mit Verdacht auf eine SARS-CoV-2-Infektion,
  - Leistungen, die von den Vertragsparteien nach § 11 Absatz 1 KHEntG von der Erhebung des Abschlags ausgenommen werden, um unzumutbare Härten zu vermeiden
- Kommt es zu Steigerungen von Leistungen, die von der Selbstverwaltung auf Bundesebene als „nicht-mengenanfällig“ vereinbart wurden oder ist die Leistungssteigerung auf Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern innerhalb des Einzugsgebietes des Krankenhauses zurückzuführen, ohne dass es im Einzugsgebiet zu einem Leistungsanstieg kommt, dann ist nur **der halbe FDA** anzuwenden.

**Zusatzentgelte** und unbewertete G-DRGs sind vom **FDA ausgenommen**.

Gut zu wissen:

Sofern sich vor der Leistungs- und Entgeltverhandlung abzeichnet, dass Leistungsmengensteigerungen im Vereinbarungsjahr erfolgen werden, sollte dies im Rahmen der Verhandlung durch das Krankenhaus angezeigt und entsprechend in der Forderung berücksichtigt werden. Die Hintergründe einer geforderten Leistungsmengensteigerung sollten den Kostenträgern transparent dargestellt werden. Dafür ist eine enge Abstimmung zwischen den verantwortlichen Ärztinnen und Ärzten und dem Krankenhausmanagement erforderlich.



### 2.7.2. Ohne Vereinbarung mit den Kostenträgern (Mehr- und Mindererlösausgleich)

Sofern Leistungsmengenveränderungen nicht im Rahmen der Leistungs- und Entgeltverhandlung vereinbart werden, können Ausgleichszahlungen (Erlösausgleiche) für Mehr- oder Mindererlöse notwendig werden. Es gelten unterschiedliche gesetzliche Vorgaben für die Ausgleichs von Mehr- bzw. Mindererlösen.

Erlösausgleiche werden dann erforderlich, wenn die **Gesamtsumme** der Ist-Erlöse für G-DRGs und Zusatzentgelte die vereinbarte, gesamte Erlössumme des Krankenhauses über- oder unterschreitet (Gesamtsummenausgleich). Abweichungen zwischen den tatsächlichen Ist-Erlösen und den vereinbarten Erlösen für einzelne Entgelte, z.B. bei einem einzelnen Zusatzentgelt, sind nur dann im Sinne von Ausgleichen relevant, wenn die Gesamterlöse aller Entgelte über der insgesamt vereinbarten Budgetsumme des Krankenhauses liegen. In **Abbildung 7** wird der Zusammenhang der Ist-Erlöse und der vereinbarten Erlössumme dargestellt.

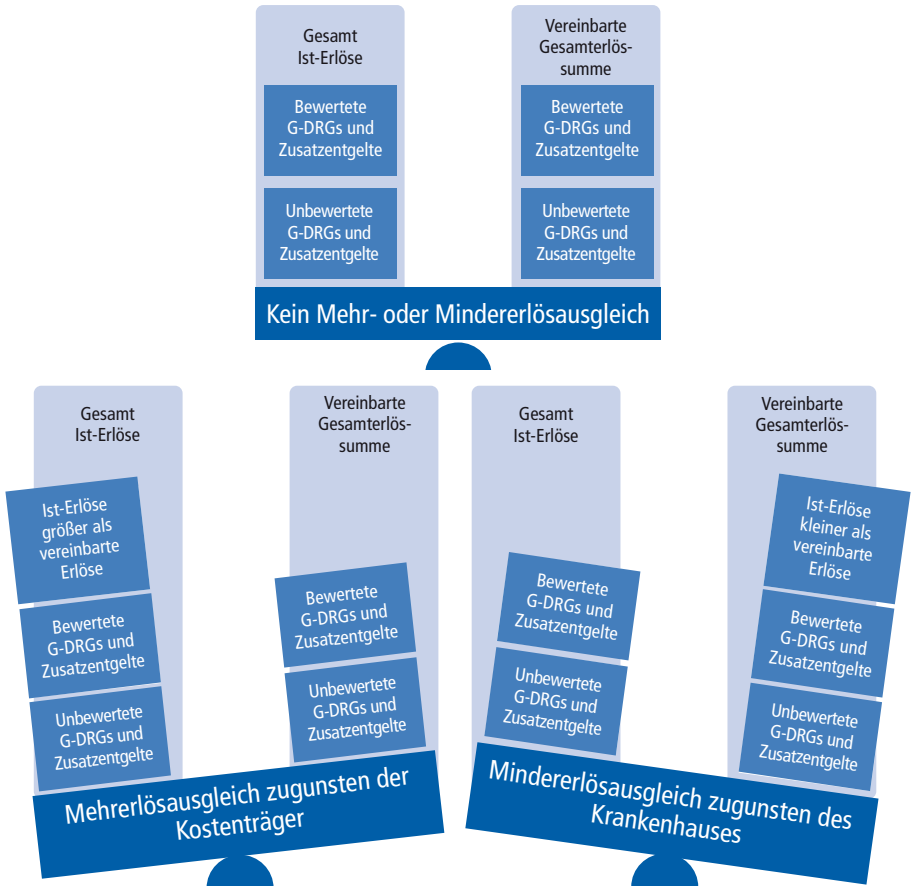
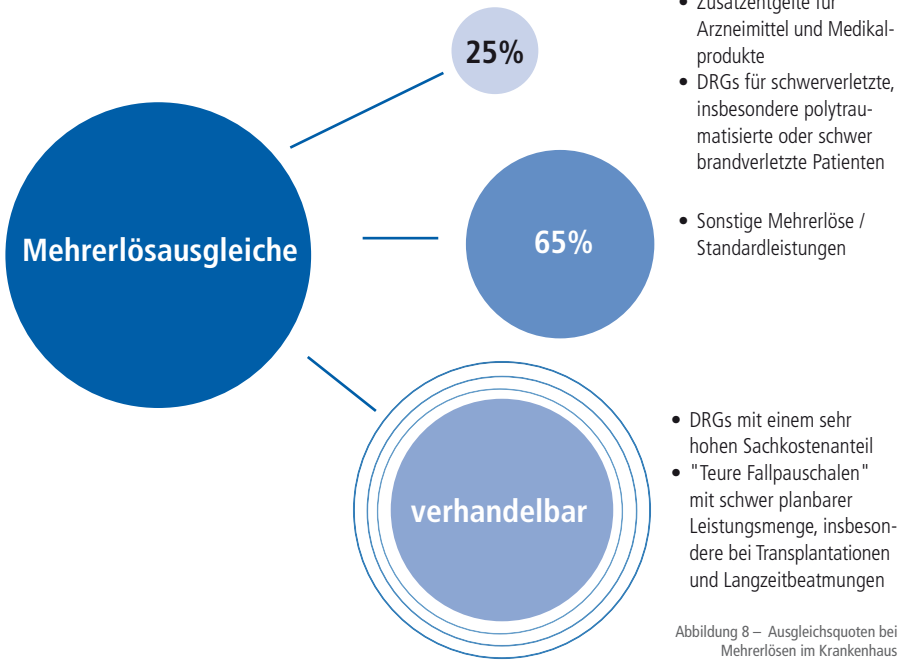


Abbildung 7 Erlösausgleiche

## A) Ausgleichsquoten bei Mehr- und Mindererlösen

Mehrerlöse bei G-DRGs und Zusatzentgelten werden im so genannten Gesamtsummenvergleich betrachtet. Dazu wird die Summe der vereinbarten Erlöse für G-DRGs und Zusatzentgelte den tatsächlichen Erlösen (Ist-Erlöse) gegenübergestellt. Hat ein Kranken-

haus in diesem Gesamtsummenvergleich mehr erlöst als vereinbart, werden (Mehrerlös-) Ausgleiche fällig. Dazu sind verschiedene Entgelttypen, die unterschiedlich ausgeglichen werden, zu berücksichtigen (**Abbildung 8**).



Hat ein Krankenhaus in diesem Gesamtsummenvergleich weniger erlöst als vereinbart, werden Mindererlöse für Arzneimittel und Medikalprodukte nicht ausgeglichen, für die restlichen Zusatzentgelte und G-DRGs erfolgt ein Ausgleich in Höhe von 20% zugunsten des Krankenhauses.

Entstehen Mehr- oder Mindererlöse auf Grund einer Epidemie, können die Vertragsparteien auch nach Ablauf des Vereinbarungszeitraums abweichende Ausgleichsvereinbarungen vereinbaren.

**B) Beispiel zur Berechnung eines Mehrerlösausgleiches (Vereinfachte Darstellung)**

In der nachfolgenden Tabelle werden die Eckdaten einer Krankenhausbudgetvereinbarung und die Ist-Erlöse für das Jahr 2023 dargestellt. Zu beachten ist, dass hier eine verkürzte Darstellung gewählt wurde, um auf die grundsätzliche Bedeutung der Mehrerlösausgleichssystematik fokussieren zu können.

Das Krankenhaus hat für das Jahr 2023 ein Gesamtbudget in Höhe von 38 Mio. € vereinbart. Der Erlössumme liegen Erlöse für G-DRGs in Höhe von 35 Mio. € und für Zusatzentgelte von 3 Mio. € zugrunde.

Nach Abschluss des Jahres 2023 zeigt sich bei der Auswertung der Ist-Leistungsmenge, dass die Erlöse für G-DRGs mit 34,5 Mio. € leicht unter und die Erlöse für Zusatzentgelte mit 4 Mio. € deutlich über der vereinbarten Budgetsumme lagen. Im Ergebnis erzielte das Krankenhaus einen Mehrerlös von 500.000 €. Für die Berechnung des Mehrerlösausgleichs ist die Abweichung des Gesamterlöses von der vereinbarten Gesamtbudgetsumme relevant.

	DRGs	Zusatzentgelte	Gesamt
Budgetvereinbarung 2023	35.000.000 €	3.000.000 €	38.000.000 €
Ist-Erlössumme 2023	34.500.000 €	4.000.000 €	38.500.000 €
Mehr-/Mindererlös	– 500.000 €	1.000.000 €	500.000 €

Dieser Mehrerlös des Krankenhauses von 500.000 € muss im Zuge der Erlösausgleichsberechnungen unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben zugunsten der Kostenträger ausgeglichen werden. Dafür muss geprüft werden, bei welchen Zusatzentgelten ein Mehrerlös produziert wurde. Wurde der Mehrerlös ausschließlich bei Zusatzentgelten für Arzneimittel und Medikalprodukte erzielt, erfolgt ein Ausgleich von 125.000 € (25 % Mehrerlösausgleich bei Zusatzentgelten für Arzneimittel und Medikalprodukte). Wurde der Mehrerlös nur bei anderen Zusatzentgelten erzielt, erfolgt ein Ausgleich von 325.000 € (65 % Mehrerlösausgleich), sofern keine abweichenden Regelungen vereinbart wurden.

## 2.8. Bevorstehende Veränderungen der Krankenhausfinanzierung

Eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit durch Personalmangel, Überkapazitäten bei zurückgehenden Patientenzahlen, unzureichende Ambulantisierung und Finanzierung der Investitionskosten stellen das Gesundheitswesen und ihre Leistungserbringer vor große Herausforderungen. Der Gesetzgeber hat vor diesem Hintergrund eine grundlegende Reform der Krankenhausfinanzierung angekündigt, die auf Grundlage einer Empfehlung der „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ entwickelt werden soll. Die Empfehlung der Regierungskommission wurde am 6. Dezember 2022 veröffentlicht. Ein erster Referentenentwurf zum Gesetz soll im Herbst 2023 vorgestellt werden.

Die Regierungskommission empfiehlt, dass die Behandlung von Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern künftig „mehr nach medizinischen und weniger nach ökonomischen Kriterien“ erfolgen soll. Dafür sollen die Kliniken nach neuen Kriterien honoriert werden.

### 2.8.1. Geplante Einführung einer Vorhaltefinanzierung

Für die Finanzierung von Vorhaltekosten soll eine fallmengenunabhängige Vergütung eingeführt werden, die an Leistungsgruppen mit entsprechenden Mindestvoraussetzungen gekoppelt wird. Zur Refinanzierung dieser „Vorhaltebudgets“ sollen im Gegenzug die Fallpauschalen pauschal abgesenkt werden. Die heute bereits um die Kostenanteile für die Pflege am Bett bereinigten aDRGs sollen dann zu Residual-DRGs (rDRGs) werden. Das Gesamtfinanzierungsvolumen soll bei der Umstellung auf das neue Vergütungssystem gleichbleiben. Im Ergebnis würde dies dazu beitragen, dass die Leistungsorientierung und der damit verbundene Mengenanreiz der Krankenhausfinanzierung reduziert wird. Grundsätzlich sollen aber auch zukünftig Leistungsanreize über das DRG-System erhalten bleiben. Eine vollständige Kostendeckung der Krankenhäuser wird von der Kommission nicht empfohlen.

Eine Umstellung der Finanzierung wäre mit einem größeren Kalkulationsaufwand verbunden. Zusätzlich dürfte eine Übergangszeit im Sinne einer Konvergenzphase benötigt werden, um die Finanzierungsregeln umzustellen und den Krankenhäusern und Krankenkassen Zeit für die Anpassungen ihrer Strukturen an die neuen Rahmenbedingungen zu gewähren. Es ist deshalb zu erwarten, dass die Anpassung der Finanzierung mehrere Jahre in Anspruch nehmen würde.

### 2.8.2. Tagesstationäre Behandlungen und Hybrid-DRGs ab 2023

Die Krankenhausversorgung soll ressourcenschonender und die Ambulantisierung der Leistungserbringung in Deutschland vorangetrieben werden. Mit dem im Dezember 2022 verabschiedeten Krankenhauspflegeentlastungsgesetz hat der Gesetzgeber für 2023 die Einführung der tagesstationären Behandlungsform sowie einer speziellen sektorengleichen Vergütung über Hybrid-DRGs vorgesehen. Bei der tagesstationären Behandlungsform sollen Krankenhäuser bei medizinischer Eignung Patientinnen und Patienten über Nacht aus dem Krankenhaus entlassen dürfen, um die Behandlung dann am Folgetag fortzusetzen. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass eine stationäre Behandlungsnotwendigkeit gegeben ist, die Patientinnen und Patienten mindestens 6 Stunden im Kran-

kenhaus anwesend sind und in dieser Zeit überwiegend ärztlich und pflegerisch behandelt werden. Für die Nächte, in denen die Patienten nicht anwesend sind, müssen die Krankenhäuser ihren DRG-Erlös um ca. 160 € (0,04 Bewertungsrelationspunkte) absenken.

Bis Ende März 2023 sollten darüber hinaus die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene erste Leistungen bestimmen, die über Hybrid-DRGs abgerechnet werden können. Hierbei sollten DRGs mit relevantem Anteil von Leistungen des Katalogs für ambulantes Operieren und stationersetzende Maßnahmen (Katalog nach §115b SGB V) im Fokus stehen, die aktuell noch vorrangig stationär erbracht werden. Krankenhäuser und Vertragsärzte sollen die Hybrid-DRGs abrechnen können, sofern sie die Mindestvoraussetzungen zum ambulanten Operieren nach § 115b SGB V erfüllen. Mit dieser speziellen sektorengleichen Vergütung soll ein wirtschaftlicher Anreiz zur Hebung der Ambulantisierungspotenziale gesetzt werden. Die Leistungsvergütung soll der Höhe nach gleich sein, unabhängig davon, ob die Leistung stationär oder ambulant erbracht wird. Da die Selbstverwaltungspartner ihr Scheitern der Verhandlungen zu den Hybrid-DRGs erklärt haben, wird nun voraussichtlich das Bundesministerium für Gesundheit per Verordnung die ersten Hybrid-DRGs bestimmen.

### 2.8.3. Förderprogramme für Pädiatrie und Geburtshilfe und Ausgleich für Energiekostensteigerungen

Für eine bessere Finanzierung der Behandlung von Kindern und geburtshilfliche Leistungen sieht der Gesetzgeber für die Jahre 2023 und 2024 besondere Förderprogramme in Höhe von 420 Millionen Euro vor, davon 300 Millionen für die pädiatrische Versorgung. Auf die Ausgestaltung dieser Finanzhilfen soll an dieser Stelle aber nicht weiter eingegangen werden.

Zur Kompensation der gestiegenen Energiekosten werden Krankenhäusern bis zu 6 Mrd. € über ein Hilfspaket bereitgestellt. Grundlage hierfür ist das Gesetz zur Einführung von Preisbremsen für leitungsgebundenes Erdgas und Wärme und zur Änderung weiterer Vorschriften.

### 2.8.4. Zusatzentgelte-Katalog 2023<sup>1)</sup> Anlage 2

ZE	Bezeichnung	Betrag
ZE01.01 <sup>2)</sup>	Hämodialyse, intermittierend, Alter > 14 Jahre	158,75 €
ZE01.02 <sup>2)</sup>	Hämodialyse, intermittierend, Alter < 15 Jahre	356,58 €
ZE02 <sup>2)</sup>	Hämodiafiltration, intermittierend	165,34 €

ZE09	Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit programmierbarem variablen Tagesprofil	8.695,00 €
ZE10	Künstlicher Blasenschließmuskel	3.021,95 €
ZE11	Wirbelkörperersatz	siehe Anlage 5
ZE30 <sup>3)</sup>	Gabe von Prothrombinkomplex, parenteral	siehe Anlage 5
ZE36	Plasmapherese	siehe Anlage 5
ZE37	Extrakorporale Photopherese	1.271,54 €
ZE47	Gabe von Antithrombin III, parenteral	siehe Anlage 5
ZE50	Gabe von Cetuximab, parenteral	siehe Anlage 5
ZE51	Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Hepatitis-B-surface-Antigen, parenteral	siehe Anlage 5
ZE52	Gabe von Liposomalem Doxorubicin, parenteral	siehe Anlage 5
ZE56	Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit konstanter Flussrate	3.488,13 €
ZE58	Hydraulische Penisprothesen	6.002,05 €
ZE60	Palliativmedizinische Komplexbehandlung	siehe Anlage 5
ZE61	LDL-Apherese	1.020,56 €
ZE62 <sup>2)</sup>	Hämofiltration, intermittierend	222,03 €
ZE64	Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Zytomegalie-Virus, parenteral	siehe Anlage 5
ZE67	Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Varicella-Zoster-Virus, parenteral	siehe Anlage 5
ZE70	Gabe von C1-Esteraseinhibitor, parenteral	siehe Anlage 5
ZE72	Gabe von Pegyliertem liposomalem Doxorubicin, parenteral	siehe Anlage 5
ZE78	Gabe von Temozolomid, oral	siehe Anlage 5
ZE93	Gabe von Human-Immunglobulin, polyvalent, parenteral	siehe Anlage 5
ZE96	Gabe von Carmustin, Implantat, intrathekal	siehe Anlage 5
ZE97	Gabe von Natalizumab, parenteral	siehe Anlage 5
ZE98	Gabe von Palivizumab, parenteral	siehe Anlage 5
ZE100	Implantation eines endobronchialen Klappensystems	siehe Anlage 5
ZE101	Medikamente-freisetzende Koronarstents	siehe Anlage 5
ZE105	Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils) an Kopf, Hals (intra- und extrakraniell) und spinalen Gefäßen oder mit großlumigem Gefäßverschlusskörper	siehe Anlage 5
ZE106	Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisationen	siehe Anlage 5
ZE107	Gabe von Erythrozytenkonzentraten	siehe Anlage 5
ZE108	Gabe von patientenbezogenen Thrombozytenkonzentraten	siehe Anlage 5
ZE110	Gabe von Liposomalem Amphotericin B, parenteral	siehe Anlage 5
ZE113	Gabe von Itraconazol, parenteral	siehe Anlage 5
ZE116	Gabe von Panitumumab, parenteral	siehe Anlage 5
ZE117	Gabe von Trabectedin, parenteral	siehe Anlage 5
ZE119 <sup>2)</sup>	Hämofiltration, kontinuierlich	siehe Anlage 5
ZE120 <sup>2)</sup>	Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD)	siehe Anlage 5
ZE121 <sup>2)</sup>	Hämodiafiltration, kontinuierlich	siehe Anlage 5
ZE122 <sup>2)</sup>	Peritonealdialyse, intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)	195,68 €
ZE123 <sup>2)</sup>	Peritonealdialyse, kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt (CAPD)	siehe Anlage 5
ZE125	Implantation oder Wechsel eines interspinösen Spreizers	siehe Anlage 5
ZE126	Autogene / Autologe matrixinduzierte Chondrozytentransplantation	4.086,22 €
ZE132	Implantation eines Wachstumsstents	siehe Anlage 5
ZE135	Gabe von Vinflunin, parenteral	siehe Anlage 5
ZE136	Medikamente-freisetzende Ballons an Koronargefäßen	siehe Anlage 5
ZE137	Medikamente-freisetzende Ballons an anderen Gefäßen	siehe Anlage 5
ZE138	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalstimulator, mit Sondenimplantation	7.215,32 €
ZE139	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalstimulator, ohne Sondenimplantation	5.379,55 €
ZE140	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation	11.969,24 €



ZE141	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, ohne Sondenimplantation	9.568,35 €
ZE143	Gabe von Plerixafor, parenteral	siehe Anlage 5
ZE144	Gabe von Romiplostim, parenteral	siehe Anlage 5
ZE145	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung	siehe Anlage 5
ZE146	Gabe von Thrombozytenkonzentraten	siehe Anlage 5
ZE147	Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten	siehe Anlage 5
ZE151	Gabe von Abatacept, intravenös	siehe Anlage 5
ZE152	Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Stentretreiver	siehe Anlage 5
ZE153	Zügeloperation mit alloplastischem Material, adjustierbar	126,25 €
ZE154	Gabe von Eculizumab, parenteral	siehe Anlage 5
ZE156	Gabe von Decitabin, parenteral	siehe Anlage 5
ZE157	Gabe von Tocilizumab, intravenös	siehe Anlage 5
ZE158	Vagusnervstimulationssysteme, mit Sondenimplantation	11.707,71 €
ZE159	Vagusnervstimulationssysteme, ohne Sondenimplantation	9.932,63 €
ZE161	Radiofrequenzablation Ösophagus	1.424,00 €
ZE162 <sup>4)</sup>	Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (DRG-Tabelle 1)	31,25 €
ZE163 <sup>5)</sup>	Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (DRG-Tabelle 2)	66,56 €
ZE164	Gabe von pathogeninaktivierten Thrombozytenkonzentraten	siehe Anlage 5
ZE165	Gabe von pathogeninaktivierten Apherese-Thrombozytenkonzentraten	siehe Anlage 5
ZE168	Gabe von Ipilimumab, parenteral	siehe Anlage 5
ZE169	Adjustierbare Harnkontinenztherapien	2.752,31 €
ZE170	Suspensionsoperation bei Harninkontinenz des Mannes	1.429,17 €
ZE171	Gabe von Pembrolizumab, parenteral	siehe Anlage 5

<sup>1)</sup> Die jeweiligen Definitionen (OPS-Kodes und OPS-Texte) sowie die fehlenden differenzierten €-Beträge sind in Anlage 5 aufgeführt.

<sup>2)</sup> Eine zusätzliche Abrechnung ist im Zusammenhang mit einer Fallpauschale der Basis-DRG L60 oder L71 oder der DRG L90B oder L90C und dem nach Anlage 3b krankenhausindividuell zu vereinbarenden Entgelt L90A nicht möglich.

<sup>3)</sup> Bei der Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren erfolgt die Abrechnung der Gabe von Prothrombinkomplex über das ZE2023-97 nach Anlage 4 beziehungsweise 6, die gleichzeitige Abrechnung des ZE30 ist ausgeschlossen.

<sup>4)</sup> Das Zusatzentgelt ist ab einer Mindestverweildauer von 5 Belegungstagen und nur in Verbindung mit einer der in Anlage 8 Tabelle 1 genannten DRG-Fallpauschale abrechenbar.

<sup>5)</sup> Das Zusatzentgelt ist ab einer Mindestverweildauer von 5 Belegungstagen und nur in Verbindung mit einer der in Anlage 8 Tabelle 2 genannten DRG-Fallpauschale abrechenbar.

Quelle: InEK, Download [www.g-drg.de](http://www.g-drg.de). Mit Beginn eines neuen Geltungsstandes können sich inhaltliche Änderungen ergeben.

## Zusatzentgelte-Katalog 2023<sup>1)</sup> Anlage 5

ZE	Bezeichnung	ZE <sub>0</sub>	OPS Version 2023		Betrag
			OPS-Kode	OPS-Text	
1	2	3	4	5	6
ZE01.01 1)	Hämodialyse, intermittierend, Alter > 14 Jahre		8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	siehe Anlage 2
			8-854.3	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	
			8-854.4	Hämodialyse: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	
			8-854.5	Hämodialyse: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	
ZE01.02 1)	Hämodialyse, intermittierend, Alter < 15 Jahre		8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	siehe Anlage 2
			8-854.3	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	
			8-854.4	Hämodialyse: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	

			8-854.5	Hämodialyse: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	
ZE02 <sup>1)</sup>	Hämodiafiltration, intermittierend		8-855.3	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	siehe Anlage 2
			8-855.4	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	
			8-855.5	Hämodiafiltration: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	
			8-855.6	Hämodiafiltration: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	
ZE09	Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit programmierbarem variablen Tagesprofil		5-028.11	Funktionelle Eingriffe an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten: Implantation oder Wechsel einer Medikamentenpumpe zur intraventrikulären Infusion: Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit programmierbarem variablen Tagesprofil	siehe Anlage 2
			5-038.41	Operationen am spinalen Liquorsystem: Implantation oder Wechsel einer Medikamentenpumpe zur intrathekalen und/oder epiduralen Infusion: Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit programmierbarem variablen Tagesprofil	
ZE10	Künstlicher Blasenschließmuskel		5-597.0*	Eingriffe bei artifiziellem Harnblasensphinkter: Implantation	siehe Anlage 2
			5-597.30	Eingriffe bei artifiziellem Harnblasensphinkter: Wechsel: Vollständig, bulbär, 1 Cuff	
			5-597.31	Eingriffe bei artifiziellem Harnblasensphinkter: Wechsel: Vollständig, bulbär, 2 Cuffs	
			5-597.32	Eingriffe bei artifiziellem Harnblasensphinkter: Wechsel: Vollständig, am Blasenhal	
ZE11	Wirbelkörperersatz			Wirbelkörperersatz: Wirbelkörperersatz durch Implantat	
		ZE11.01	5-837.00	1 Wirbelkörper	889,96 €
		ZE11.02	5-837.01	2 Wirbelkörper	1.523,32 €
		ZE11.03	5-837.02	3 Wirbelkörper	2.156,68 €
		ZE11.04	5-837.04	4 Wirbelkörper	2.790,04 €
		ZE11.05	5-837.05	5 oder mehr Wirbelkörper	3.423,40 €
ZE30 <sup>8)</sup>	Gabe von Prothrombinkomplex, parenteral			Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex	
		ZE30.02	8-812.53	3.500 IE bis unter 4.500 IE	843,15 €
		ZE30.03	8-812.54	4.500 IE bis unter 5.500 IE	1.070,58 €
		ZE30.04	8-812.55	5.500 IE bis unter 6.500 IE	1.292,08 €
		ZE30.05	8-812.56	6.500 IE bis unter 7.500 IE	1.513,58 €
		ZE30.06	8-812.57	7.500 IE bis unter 8.500 IE	1.735,08 €
		ZE30.07	8-812.58	8.500 IE bis unter 9.500 IE	1.954,87 €
		ZE30.08	8-812.59	9.500 IE bis unter 10.500 IE	2.178,08 €
		ZE30.09	8-812.5a	10.500 IE bis unter 15.500 IE	2.694,92 €
		ZE30.10	8-812.5b	15.500 IE bis unter 20.500 IE	3.802,42 €
		ZE30.11	8-812.5c	20.500 IE bis unter 25.500 IE	4.909,92 €
		ZE30.12	8-812.5d	25.500 IE bis unter 30.500 IE	6.017,42 €
		ZE30.13		Siehe weitere Differenzierung ZE30.14 bis ZE30.23	
		ZE30.14	8-812.5f	30.500 IE bis unter 40.500 IE	7.309,50 €
		ZE30.15	8-812.5g	40.500 IE bis unter 50.500 IE	9.524,50 €
		ZE30.16	8-812.5h	50.500 IE bis unter 60.500 IE	11.739,50 €
		ZE30.17	8-812.5j	60.500 IE bis unter 80.500 IE	14.508,25 €
		ZE30.18	8-812.5k	80.500 IE bis unter 100.500 IE	18.938,25 €
		ZE30.19	8-812.5m	100.500 IE bis unter 120.500 IE	23.368,25 €
		ZE30.20	8-812.5n	120.500 IE bis unter 140.500 IE	27.798,25 €
		ZE30.21	8-812.5p	140.500 IE bis unter 160.500 IE	32.228,25 €
		ZE30.22	8-812.5q	160.500 IE bis unter 200.500 IE	37.765,75 €
		ZE30.23	8-812.5r	200.500 IE oder mehr	46.625,75 €
ZE36	Plasmapherese			Therapeutische Plasmapherese	
		ZE36.01	8-820.00	1 Plasmapherese	1.092,31 €

		8-820.10	1 Plasmapherese	
		8-820.20	1 Plasmapherese	
		8-826.*0	1 Doppelfiltrationsplasmapherese	
	ZE36.02	8-820.01	2 Plasmapheresen	2.184,62 €
		8-820.11	2 Plasmapheresen	
		8-820.21	2 Plasmapheresen	
		8-826.*1	2 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
	ZE36.03	8-820.02	3 Plasmapheresen	3.276,93 €
		8-820.12	3 Plasmapheresen	
		8-820.22	3 Plasmapheresen	
		8-826.*2	3 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
	ZE36.04	8-820.03	4 Plasmapheresen	4.369,24 €
		8-820.13	4 Plasmapheresen	
		8-820.23	4 Plasmapheresen	
		8-826.*3	4 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
	ZE36.05	8-820.04	5 Plasmapheresen	5.461,55 €
		8-820.14	5 Plasmapheresen	
		8-820.24	5 Plasmapheresen	
		8-826.*4	5 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
	ZE36.06	8-820.08	6 Plasmapheresen	6.553,86 €
		8-820.18	6 Plasmapheresen	
		8-820.25	6 Plasmapheresen	
		8-826.*5	6 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
	ZE36.07	8-820.09	7 Plasmapheresen	7.646,17 €
		8-820.19	7 Plasmapheresen	
		8-820.26	7 Plasmapheresen	
		8-826.*6	7 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
	ZE36.08	8-820.0a	8 Plasmapheresen	8.738,48 €
		8-820.1a	8 Plasmapheresen	
		8-820.27	8 Plasmapheresen	
		8-826.*7	8 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
	ZE36.09	8-820.0b	9 Plasmapheresen	9.830,79 €
		8-820.1b	9 Plasmapheresen	
		8-820.28	9 Plasmapheresen	
		8-826.*8	9 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
	ZE36.10	8-820.0c	10 Plasmapheresen	10.923,10 €
		8-820.1c	10 Plasmapheresen	
		8-820.29	10 Plasmapheresen	
		8-826.*9	10 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
	ZE36.11	8-820.0d	11 Plasmapheresen	12.015,41 €
		8-820.1d	11 Plasmapheresen	
		8-820.2a	11 Plasmapheresen	
		8-826.*a	11 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
	ZE36.12	8-820.0e	12 Plasmapheresen	13.107,72 €
		8-820.1e	12 Plasmapheresen	
		8-820.2b	12 Plasmapheresen	
		8-826.*b	12 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
	ZE36.13	8-820.0f	13 Plasmapheresen	14.200,03 €
		8-820.1f	13 Plasmapheresen	
		8-820.2c	13 Plasmapheresen	
		8-826.*c	13 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
	ZE36.14	8-820.0g	14 Plasmapheresen	15.292,34 €

		8-820.1g	14 Plasmapheresen	
		8-820.2d	14 Plasmapheresen	
		8-826.*d	14 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
	ZE36.15	8-820.0h	15 Plasmapheresen	16.384,65 €
		8-820.1h	15 Plasmapheresen	
		8-820.2e	15 Plasmapheresen	
		8-826.*e	15 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
	ZE36.16	8-820.0j	16 bis 17 Plasmapheresen	18.023,12 €
		8-820.1j	16 bis 17 Plasmapheresen	
		8-820.2f	16 bis 17 Plasmapheresen	
		8-826.*f	16 bis 17 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
	ZE36.17	8-820.0k	18 bis 19 Plasmapheresen	20.207,74 €
		8-820.1k	18 bis 19 Plasmapheresen	
		8-820.2g	18 bis 19 Plasmapheresen	
		8-826.*g	18 bis 19 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
	ZE36.18	8-820.0m	20 bis 21 Plasmapheresen	22.392,36 €
		8-820.1m	20 bis 21 Plasmapheresen	
		8-820.2h	20 bis 21 Plasmapheresen	
		8-826.*h	20 bis 21 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
	ZE36.19	8-820.0n	22 bis 23 Plasmapheresen	24.576,98 €
		8-820.1n	22 bis 23 Plasmapheresen	
		8-820.2j	22 bis 23 Plasmapheresen	
		8-826.*j	22 bis 23 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
	ZE36.20	8-820.0p	24 bis 25 Plasmapheresen	26.761,60 €
		8-820.1p	24 bis 25 Plasmapheresen	
		8-820.2k	24 bis 25 Plasmapheresen	
		8-826.*k	24 bis 25 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
	ZE36.21	8-820.0q	26 bis 28 Plasmapheresen	29.492,37 €
		8-820.1q	26 bis 28 Plasmapheresen	
		8-820.2m	26 bis 28 Plasmapheresen	
		8-826.*m	26 bis 28 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
	ZE36.22	8-820.0r	29 bis 31 Plasmapheresen	32.769,30 €
		8-820.1r	29 bis 31 Plasmapheresen	
		8-820.2n	29 bis 31 Plasmapheresen	
		8-826.*n	29 bis 31 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
	ZE36.23	8-820.0s	32 bis 34 Plasmapheresen	36.046,23 €
		8-820.1s	32 bis 34 Plasmapheresen	
		8-820.2p	32 bis 34 Plasmapheresen	
		8-826.*p	32 bis 34 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
	ZE36.24	8-820.0t	35 bis 39 Plasmapheresen	40.415,47 €
		8-820.1t	35 bis 39 Plasmapheresen	
		8-820.2q	35 bis 39 Plasmapheresen	
		8-826.*q	35 bis 39 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
	ZE36.25	8-820.0u	40 bis 44 Plasmapheresen	45.877,02 €
		8-820.1u	40 bis 44 Plasmapheresen	
		8-820.2r	40 bis 44 Plasmapheresen	
		8-826.*r	40 bis 44 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
	ZE36.26	8-820.0v	45 bis 49 Plasmapheresen	51.338,57 €
		8-820.1v	45 bis 49 Plasmapheresen	
		8-820.2s	45 bis 49 Plasmapheresen	

			8-826.*s	45 bis 49 Doppelfiltrationsplasmapheresen	
		ZE36.27	8-820.0w	50 oder mehr Plasmapheresen	56.800,12 €
			8-820.1w	50 oder mehr Plasmapheresen	
			8-820.2t	50 oder mehr Plasmapheresen	
			8-826.*t	50 oder mehr Doppelfiltrationsplasmapheresen	
ZE37	Extrakorporale Photopherese		8-824	Photopherese	siehe Anlage 2
ZE47	Gabe von Antithrombin III, parenteral			Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Antithrombin III	
		ZE47.016)	8-810.g1	2.000 IE bis unter 3.500 IE	143,75 €
		ZE47.026)	8-810.g2	3.500 IE bis unter 5.000 IE	230,00 €
		ZE47.036)	8-810.g3	5.000 IE bis unter 7.000 IE	325,83 €
		ZE47.04	8-810.g4	7.000 IE bis unter 10.000 IE	460,00 €
		ZE47.05	8-810.g5	10.000 IE bis unter 15.000 IE	670,83 €
		ZE47.06	8-810.g6	15.000 IE bis unter 20.000 IE	958,33 €
		ZE47.07	8-810.g7	20.000 IE bis unter 25.000 IE	1.245,83 €
		ZE47.08	8-810.g8	25.000 IE bis unter 30.000 IE	1.533,33 €
		ZE47.09	8-810.ga	30.000 IE bis unter 40.000 IE	1.916,67 €
		ZE47.10	8-810.gb	40.000 IE bis unter 50.000 IE	2.491,67 €
		ZE47.11	8-810.gc	50.000 IE bis unter 60.000 IE	3.066,67 €
		ZE47.12	8-810.gd	60.000 IE bis unter 70.000 IE	3.641,67 €
		ZE47.13	8-810.ge	70.000 IE bis unter 90.000 IE	4.408,33 €
		ZE47.14	8-810.gf	90.000 IE bis unter 110.000 IE	5.558,33 €
		ZE47.15	8-810.gg	110.000 IE bis unter 130.000 IE	6.708,33 €
		ZE47.16	8-810.gh	130.000 IE bis unter 150.000 IE	7.858,33 €
		ZE47.17	8-810.gj	150.000 IE oder mehr	9.008,33 €
ZE50	Gabe von Cetuximab, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 1: Cetuximab, parenteral	
		ZE50.01	6-001.a0	250 mg bis unter 350 mg	752,82 €
		ZE50.02	6-001.a1	350 mg bis unter 450 mg	1.018,52 €
		ZE50.03	6-001.a2	450 mg bis unter 550 mg	1.284,22 €
		ZE50.04	6-001.a3	550 mg bis unter 650 mg	1.549,92 €
		ZE50.05	6-001.a4	650 mg bis unter 750 mg	1.815,62 €
		ZE50.06	6-001.a5	750 mg bis unter 850 mg	2.081,32 €
		ZE50.07	6-001.a6	850 mg bis unter 1.050 mg	2.435,58 €
		ZE50.08	6-001.a7	1.050 mg bis unter 1.250 mg	2.966,98 €
		ZE50.09	6-001.a8	1.250 mg bis unter 1.450 mg	3.498,38 €
		ZE50.10	6-001.a9	1.450 mg bis unter 1.650 mg	4.029,78 €
		ZE50.11	6-001.aa	1.650 mg bis unter 1.850 mg	4.561,18 €
		ZE50.12	6-001.ab	1.850 mg bis unter 2.150 mg	5.181,15 €
		ZE50.13	6-001.ac	2.150 mg bis unter 2.450 mg	5.978,25 €
		ZE50.14	6-001.ad	2.450 mg bis unter 2.750 mg	6.775,35 €
		ZE50.15	6-001.ae	2.750 mg bis unter 3.050 mg	7.572,45 €
		ZE50.16	6-001.af	3.050 mg bis unter 3.350 mg	8.369,55 €
		ZE50.17		Siehe weitere Differenzierung ZE50.18 bis ZE50.20	
		ZE50.18	6-001.ah	3.350 mg bis unter 3.950 mg	9.432,35 €
		ZE50.19	6-001.aj	3.950 mg bis unter 4.550 mg	11.026,55 €
		ZE50.20	6-001.ak	4.550 mg oder mehr	12.620,75 €
ZE51	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]	
		ZE51.01	8-810.q0	2.000 IE bis unter 4.000 IE	1.724,80 €
		ZE51.02	8-810.q1	4.000 IE bis unter 6.000 IE	3.449,60 €

		ZE51.03	8-810.q2	6.000 IE bis unter 8.000 IE	5.174,40 €
		ZE51.04	8-810.q3	8.000 IE bis unter 10.000 IE	6.899,20 €
		ZE51.05	8-810.q4	10.000 IE bis unter 12.000 IE	8.624,00 €
		ZE51.06	8-810.q5	12.000 IE bis unter 14.000 IE	10.348,80 €
		ZE51.07	8-810.q6	14.000 IE bis unter 16.000 IE	12.073,60 €
		ZE51.08	8-810.q7	16.000 IE bis unter 18.000 IE	13.798,40 €
		ZE51.09	8-810.q8	18.000 IE bis unter 20.000 IE	15.523,20 €
		ZE51.10	8-810.q9	20.000 IE bis unter 22.000 IE	17.248,00 €
		ZE51.11	8-810.qa	22.000 IE bis unter 24.000 IE	18.972,80 €
		ZE51.12	8-810.qb	24.000 IE bis unter 28.000 IE	20.697,60 €
		ZE51.13	8-810.qc	28.000 IE bis unter 32.000 IE	24.147,20 €
		ZE51.14	8-810.qd	32.000 IE bis unter 36.000 IE	27.596,80 €
		ZE51.15	8-810.qe	36.000 IE bis unter 40.000 IE	31.046,40 €
		ZE51.16	8-810.qf	40.000 IE bis unter 46.000 IE	34.496,00 €
		ZE51.17	8-810.qg	46.000 IE bis unter 52.000 IE	39.670,40 €
		ZE51.18	8-810.qh	52.000 IE bis unter 58.000 IE	44.844,80 €
		ZE51.19	8-810.qj	58.000 IE bis unter 64.000 IE	50.019,20 €
		ZE51.20	Siehe weitere Differenzierung ZE51.21 bis ZE51.25		
		ZE51.21	8-810.qm	64.000 IE bis unter 76.000 IE	55.193,60 €
		ZE51.22	8-810.qn	76.000 IE bis unter 88.000 IE	65.542,40 €
		ZE51.23	8-810.qp	88.000 IE bis unter 100.000 IE	75.891,20 €
		ZE51.24	8-810.qq	100.000 IE bis unter 112.000 IE	86.240,00 €
		ZE51.25	8-810.qr	112.000 IE oder mehr	96.588,80 €
ZE52	Gabe von Liposomalem Doxorubicin, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Liposomales Doxorubicin, parenteral			
		ZE52.016)	6-001.b0	10 mg bis unter 20 mg	299,55 €
		ZE52.026)	6-001.b1	20 mg bis unter 30 mg	524,22 €
		ZE52.03	6-001.b2	30 mg bis unter 40 mg	748,88 €
		ZE52.04	6-001.b3	40 mg bis unter 50 mg	973,54 €
		ZE52.05	6-001.b4	50 mg bis unter 60 mg	1.198,21 €
		ZE52.06	6-001.b5	60 mg bis unter 70 mg	1.422,87 €
		ZE52.07	6-001.b6	70 mg bis unter 80 mg	1.647,54 €
		ZE52.08	6-001.b7	80 mg bis unter 90 mg	1.872,20 €
		ZE52.09	6-001.b8	90 mg bis unter 100 mg	2.096,86 €
		ZE52.10	6-001.b9	100 mg bis unter 110 mg	2.321,53 €
		ZE52.11	6-001.ba	110 mg bis unter 120 mg	2.546,19 €
		ZE52.12	6-001.bb	120 mg bis unter 140 mg	2.845,74 €
		ZE52.13	6-001.bc	140 mg bis unter 160 mg	3.295,07 €
		ZE52.14	6-001.bd	160 mg bis unter 180 mg	3.744,40 €
		ZE52.15	6-001.be	180 mg bis unter 200 mg	4.193,73 €
		ZE52.16	6-001.bf	200 mg bis unter 220 mg	4.643,06 €
		ZE52.17	6-001.bg	220 mg bis unter 240 mg	5.092,38 €
		ZE52.18	6-001.bh	240 mg bis unter 260 mg	5.541,71 €
		ZE52.19	6-001.bj	260 mg bis unter 280 mg	5.991,04 €
		ZE52.20	6-001.bk	280 mg bis unter 300 mg	6.440,37 €
		ZE52.21	6-001.bm	300 mg bis unter 320 mg	6.889,70 €
		ZE52.22	Siehe weitere Differenzierung ZE52.23 bis ZE52.30		
		ZE52.23	6-001.bp	320 mg bis unter 360 mg	7.488,80 €
		ZE52.24	6-001.bq	360 mg bis unter 400 mg	8.387,46 €
		ZE52.25	6-001.br	400 mg bis unter 440 mg	9.286,11 €
		ZE52.26	6-001.bs	440 mg bis unter 480 mg	10.184,77 €

		ZE52.27	6-001.bt	480 mg bis unter 520 mg	11.083,42 €
		ZE52.28	6-001.bu	520 mg bis unter 560 mg	11.982,08 €
		ZE52.29	6-001.bv	560 mg bis unter 600 mg	12.880,74 €
		ZE52.30	6-001.bw	600 mg oder mehr	13.779,39 €
ZE56	Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit konstanter Flussrate		5-028.10	Funktionelle Eingriffe an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten: Implantation oder Wechsel einer Medikamentenpumpe zur intraventrikulären Infusion; Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit konstanter Flussrate	siehe Anlage 2
			5-038.40	Operationen am spinalen Liquorsystem: Implantation oder Wechsel einer Medikamentenpumpe zur intrathekalen und/oder epiduralen Infusion; Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit konstanter Flussrate	
ZE58	Hydraulische Penisprothesen		5-649.51	Andere Operationen am Penis: Implantation einer Penisprothese; Hydraulische Prothese	siehe Anlage 2
			5-649.a1	Andere Operationen am Penis: Wechsel einer semirigidgen Penisprothese: In eine hydraulische Prothese	
			5-649.b1	Andere Operationen am Penis: Wechsel einer hydraulischen Penisprothese: Vollständig, in eine hydraulische Prothese	
ZE60	Palliativmedizinische Komplexbehandlung	ZE60.01	8-982.1	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	842,34 €
		ZE60.02	8-982.2	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage	1.064,82 €
		ZE60.03	8-982.3	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage	1.203,49 €
ZE61	LDL-Apherese		8-822	LDL-Apherese	siehe Anlage 2
ZE62 <sup>1)</sup>	Hämofiltration, intermittierend		8-853.3	Hämofiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	siehe Anlage 2
			8-853.4	Hämofiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	
			8-853.5	Hämofiltration: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	
			8-853.6	Hämofiltration: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	
ZE64	Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Zytomegalie-Virus, parenteral			Transfusion von Plasmapbestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Zytomegalie-Virus [CMV]	
		ZE64.014)	8-810.s0	1,0 g bis unter 2,0 g	359,81 €
		ZE64.024)	8-810.s1	2,0 g bis unter 3,0 g	629,66 €
		ZE64.034)	8-810.s2	3,0 g bis unter 5,0 g	989,47 €
		ZE64.04	8-810.s3	5,0 g bis unter 7,5 g	1.349,28 €
		ZE64.05	8-810.s4	7,5 g bis unter 10,0 g	2.023,92 €
		ZE64.06	8-810.s5	10,0 g bis unter 12,5 g	2.698,56 €
		ZE64.07	8-810.s6	12,5 g bis unter 15,0 g	3.373,20 €
		ZE64.08	8-810.s7	15,0 g bis unter 20,0 g	4.047,84 €
		ZE64.09	8-810.s8	20,0 g bis unter 25,0 g	5.397,12 €
		ZE64.10	8-810.s9	25,0 g bis unter 30,0 g	6.746,40 €
		ZE64.11	8-810.sa	30,0 g bis unter 35,0 g	8.095,68 €
		ZE64.12	8-810.sb	35,0 g bis unter 40,0 g	9.444,96 €
		ZE64.13	8-810.sc	40,0 g bis unter 45,0 g	10.794,24 €
		ZE64.14	8-810.sd	45,0 g bis unter 50,0 g	12.143,52 €
		ZE64.15		Siehe weitere Differenzierung ZE64.16 bis ZE64.24	
		ZE64.16	8-810.sf	50,0 g bis unter 60,0 g	13.492,80 €
		ZE64.17	8-810.sg	60,0 g bis unter 70,0 g	16.191,36 €
		ZE64.18	8-810.sh	70,0 g bis unter 80,0 g	18.889,92 €
		ZE64.19	8-810.sj	80,0 g bis unter 90,0 g	21.588,48 €
		ZE64.20	8-810.sk	90,0 g bis unter 100,0 g	24.287,04 €
		ZE64.21	8-810.sm	100,0 g bis unter 120,0 g	26.985,60 €
		ZE64.22	8-810.sn	120,0 g bis unter 140,0 g	32.382,72 €

		ZE64.23	8-810.sp	140,0 g bis unter 160,0 g	37.779,84 €
		ZE64.24	8-810.sq	160,0 g oder mehr	43.176,96 €
ZE67	Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Varicella-Zoster-Virus, parenteral			Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Varicella-Zoster-Virus [VZV]	
		ZE67.016)	8-810.t0	250 IE bis unter 500 IE	360,87 €
		ZE67.026)	8-810.t1	500 IE bis unter 750 IE	631,52 €
		ZE67.036)	8-810.t2	750 IE bis unter 1.000 IE	902,17 €
		ZE67.04	8-810.t3	1.000 IE bis unter 1.500 IE	1.082,60 €
		ZE67.05	8-810.t4	1.500 IE bis unter 2.000 IE	1.623,90 €
		ZE67.06	8-810.t5	2.000 IE bis unter 2.500 IE	2.165,20 €
		ZE67.07	8-810.t6	2.500 IE bis unter 3.000 IE	2.706,50 €
		ZE67.08	8-810.t7	3.000 IE bis unter 3.500 IE	3.247,80 €
		ZE67.09	8-810.t8	3.500 IE bis unter 4.000 IE	3.789,10 €
		ZE67.10	8-810.t9	4.000 IE bis unter 5.000 IE	4.330,40 €
		ZE67.11	8-810.ta	5.000 IE bis unter 6.000 IE	5.413,00 €
		ZE67.12	8-810.tb	6.000 IE bis unter 7.000 IE	6.495,60 €
		ZE67.13	8-810.tc	7.000 IE bis unter 8.000 IE	7.578,20 €
		ZE67.14	8-810.td	8.000 IE oder mehr	8.660,80 €
ZE70	Gabe von C1-Esteraseinhibitor, parenteral			Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: C1-Esteraseinhibitor	
		ZE70.01	8-810.h3	500 Einheiten bis unter 1.000 Einheiten	797,20 €
		ZE70.02	8-810.h4	1.000 Einheiten bis unter 1.500 Einheiten	1.594,40 €
		ZE70.03	8-810.h5	1.500 Einheiten bis unter 2.000 Einheiten	2.391,60 €
		ZE70.04	8-810.h6	2.000 Einheiten bis unter 2.500 Einheiten	3.188,80 €
		ZE70.05	8-810.h7	2.500 Einheiten bis unter 3.000 Einheiten	3.986,00 €
		ZE70.06	8-810.h8	3.000 Einheiten bis unter 4.000 Einheiten	5.181,80 €
		ZE70.07	8-810.h9	4.000 Einheiten bis unter 5.000 Einheiten	6.776,20 €
		ZE70.08	8-810.ha	5.000 Einheiten bis unter 6.000 Einheiten	8.370,60 €
		ZE70.09	8-810.hb	6.000 Einheiten bis unter 7.000 Einheiten	9.965,00 €
		ZE70.10	8-810.hc	7.000 Einheiten bis unter 9.000 Einheiten	12.223,73 €
		ZE70.11	8-810.hd	9.000 Einheiten bis unter 11.000 Einheiten	15.412,53 €
		ZE70.12	8-810.he	11.000 oder mehr Einheiten	18.601,33 €
ZE72	Gabe von Pegyliertem liposomalen Doxorubicin, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 2: Pegyliertes liposomales Doxorubicin, parenteral	
		ZE72.016)	6-002.80	10 mg bis unter 20 mg	406,51 €
		ZE72.026)	6-002.81	20 mg bis unter 30 mg	711,39 €
		ZE72.03	6-002.82	30 mg bis unter 40 mg	1.016,27 €
		ZE72.04	6-002.83	40 mg bis unter 50 mg	1.321,15 €
		ZE72.05	6-002.84	50 mg bis unter 60 mg	1.626,03 €
		ZE72.06	6-002.85	60 mg bis unter 70 mg	1.930,91 €
		ZE72.07	6-002.86	70 mg bis unter 80 mg	2.235,79 €
		ZE72.08	6-002.87	80 mg bis unter 90 mg	2.540,67 €
		ZE72.09	6-002.88	90 mg bis unter 100 mg	2.845,55 €
		ZE72.10	6-002.89	100 mg bis unter 110 mg	3.139,65 €
		ZE72.11	6-002.8a	110 mg bis unter 120 mg	3.455,31 €
		ZE72.12	6-002.8b	120 mg bis unter 140 mg	3.861,81 €
		ZE72.13	6-002.8c	140 mg bis unter 160 mg	4.471,57 €
		ZE72.14	6-002.8d	160 mg bis unter 180 mg	5.081,33 €
		ZE72.15	6-002.8e	180 mg bis unter 200 mg	5.691,09 €
		ZE72.16	6-002.8f	200 mg bis unter 220 mg	6.300,85 €
		ZE72.17	6-002.8g	220 mg bis unter 240 mg	6.910,61 €



		ZE72.18		Siehe weitere Differenzierung ZE72.19 bis ZE72.30	
		ZE72.19	6-002.8j	240 mg bis unter 260 mg	7.520,37 €
		ZE72.20	6-002.8k	260 mg bis unter 280 mg	8.130,13 €
		ZE72.21	6-002.8m	280 mg bis unter 300 mg	8.739,89 €
		ZE72.22	6-002.8n	300 mg bis unter 320 mg	9.349,65 €
		ZE72.23	6-002.8p	320 mg bis unter 360 mg	10.162,67 €
		ZE72.24	6-002.8q	360 mg bis unter 400 mg	11.382,19 €
		ZE72.25	6-002.8r	400 mg bis unter 440 mg	12.601,71 €
		ZE72.26	6-002.8s	440 mg bis unter 480 mg	13.821,23 €
		ZE72.27	6-002.8t	480 mg bis unter 520 mg	15.040,75 €
		ZE72.28	6-002.8u	520 mg bis unter 560 mg	16.260,27 €
		ZE72.29	6-002.8v	560 mg bis unter 600 mg	17.479,79 €
		ZE72.30	6-002.8w	600 mg oder mehr	18.699,31 €
ZE78	Gabe von Temozolomid, oral			Applikation von Medikamenten, Liste 2: Temozolomid, oral	
		ZE78.014)	6-002.e0	200 mg bis unter 350 mg	28,63 €
		ZE78.024)	6-002.e1	350 mg bis unter 500 mg	45,80 €
		ZE78.034)	6-002.e2	500 mg bis unter 750 mg	66,79 €
		ZE78.044)	6-002.e3	750 mg bis unter 1.000 mg	95,42 €
		ZE78.05	6-002.e4	1.000 mg bis unter 1.250 mg	124,04 €
		ZE78.06	6-002.e5	1.250 mg bis unter 1.500 mg	152,67 €
		ZE78.07	6-002.e6	1.500 mg bis unter 1.750 mg	180,18 €
		ZE78.08	6-002.e7	1.750 mg bis unter 2.000 mg	209,92 €
		ZE78.09	6-002.e8	2.000 mg bis unter 2.250 mg	238,54 €
		ZE78.10	6-002.e9	2.250 mg bis unter 2.500 mg	267,17 €
		ZE78.11	6-002.ea	2.500 mg bis unter 2.750 mg	295,79 €
		ZE78.12	6-002.eb	2.750 mg bis unter 3.000 mg	324,42 €
		ZE78.13	6-002.ec	3.000 mg bis unter 3.500 mg	362,58 €
		ZE78.14	6-002.ed	3.500 mg bis unter 4.000 mg	419,83 €
		ZE78.15	6-002.ee	4.000 mg bis unter 4.500 mg	477,08 €
		ZE78.16	6-002.ef	4.500 mg bis unter 5.000 mg	534,33 €
		ZE78.17	6-002.eg	5.000 mg bis unter 5.500 mg	591,58 €
		ZE78.18	6-002.eh	5.500 mg bis unter 6.000 mg	648,83 €
		ZE78.19	6-002.ej	6.000 mg bis unter 7.000 mg	725,17 €
		ZE78.20	6-002.ek	7.000 mg oder mehr	839,67 €
ZE93	Gabe von Human-Immunglobulin, polyvalent, parenteral			Transfusion von Plasmaproteinbestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Human-Immunglobulin, polyvalent	
		ZE93.016)	8-810.w0	2,5 g bis unter 5 g	174,17 €
		ZE93.026)	8-810.w1	5 g bis unter 10 g	348,34 €
		ZE93.03	8-810.w2	10 g bis unter 15 g	548,11 €
		ZE93.04	8-810.w3	15 g bis unter 25 g	957,92 €
		ZE93.05	8-810.w4	25 g bis unter 35 g	1.480,43 €
		ZE93.06	8-810.w5	35 g bis unter 45 g	2.002,93 €
		ZE93.07	8-810.w6	45 g bis unter 55 g	2.525,44 €
		ZE93.08	8-810.w7	55 g bis unter 65 g	3.047,94 €
		ZE93.09	8-810.w8	65 g bis unter 75 g	3.570,44 €
		ZE93.10	8-810.w9	75 g bis unter 85 g	4.092,95 €
		ZE93.11	8-810.wa	85 g bis unter 105 g	4.789,62 €
		ZE93.12	8-810.wb	105 g bis unter 125 g	5.834,63 €
		ZE93.13	8-810.wc	125 g bis unter 145 g	6.879,64 €
		ZE93.14	8-810.wd	145 g bis unter 165 g	7.924,64 €
		ZE93.15	8-810.we	165 g bis unter 185 g	8.969,65 €

		ZE93.16	8-810.wf	185 g bis unter 205 g	10.014,66 €
		ZE93.17	8-810.wg	205 g bis unter 225 g	11.059,67 €
		ZE93.18	8-810.wh	225 g bis unter 245 g	12.104,68 €
		ZE93.19	8-810.wj	245 g bis unter 285 g	13.498,02 €
		ZE93.20	8-810.wk	285 g bis unter 325 g	15.588,04 €
		ZE93.21	8-810.wm	325 g bis unter 365 g	17.678,05 €
		ZE93.22	8-810.wn	365 g bis unter 445 g	20.464,74 €
		ZE93.23	8-810.wp	445 g bis unter 525 g	25.341,45 €
		ZE93.24	8-810.wq	525 g bis unter 605 g	29.521,48 €
		ZE93.25	8-810.wr	605 g bis unter 685 g	33.701,51 €
		ZE93.26	8-810.ws	685 g bis unter 765 g	37.881,54 €
		ZE93.27	8-810.wt	765 g bis unter 845 g	42.061,58 €
		ZE93.28	8-810.wu	845 g oder mehr	46.241,61 €
ZE96	Gabe von Carmustin, Implantat, intrathekal			Applikation von Medikamenten, Liste 3: Carmustin, Implantat, intrathekal	
		ZE96.01	6-003.30	4 Implantate bis unter 7 Implantate	7.758,86 €
		ZE96.02	6-003.31	7 Implantate bis unter 10 Implantate	12.414,17 €
		ZE96.03	6-003.32	10 oder mehr Implantate	17.069,49 €
ZE97	Gabe von Natalizumab, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 3: Natalizumab, parenteral	
		ZE97.01	6-003.f0	300 mg bis unter 600 mg	2.258,82 €
		ZE97.02	6-003.f1	600 mg bis unter 900 mg	4.517,64 €
		ZE97.03	6-003.f2	900 mg oder mehr	6.776,46 €
ZE98	Gabe von Palivizumab, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 4: Palivizumab, parenteral	
		ZE98.013)	6-004.00	15 mg bis unter 30 mg	242,72 €
		ZE98.023)	6-004.01	30 mg bis unter 45 mg	424,77 €
		ZE98.033)	6-004.02	45 mg bis unter 60 mg	606,81 €
		ZE98.043)	6-004.03	60 mg bis unter 75 mg	788,85 €
		ZE98.053)	6-004.04	75 mg bis unter 90 mg	970,90 €
		ZE98.063)	6-004.05	90 mg bis unter 120 mg	1.213,62 €
		ZE98.073)	6-004.06	120 mg bis unter 150 mg	1.577,71 €
		ZE98.083)	6-004.07	150 mg bis unter 180 mg	1.941,79 €
		ZE98.093)	6-004.08	180 mg bis unter 240 mg	2.427,24 €
		ZE98.103)	6-004.09	240 mg bis unter 300 mg	3.155,41 €
		ZE98.113)	6-004.0a	300 mg bis unter 360 mg	3.883,58 €
		ZE98.123)	6-004.0b	360 mg bis unter 420 mg	4.611,76 €
		ZE98.133)	6-004.0c	420 mg bis unter 480 mg	5.339,93 €
		ZE98.143)	6-004.0d	480 mg bis unter 540 mg	6.068,10 €
		ZE98.153)	6-004.0e	540 mg bis unter 600 mg	6.796,27 €
		ZE98.163)	6-004.0f	600 mg oder mehr	7.524,44 €
ZE100	Implantation eines endobronchialen Klappensystems			Implantation oder Wechsel eines endobronchialen Klappensystems, endoskopisch	
		ZE100.01	5-339.50	1 Ventil	1.283,54 €
		ZE100.02	5-339.51	2 Ventile	2.567,08 €
		ZE100.03	5-339.52	3 Ventile	3.850,62 €
		ZE100.04	5-339.53	4 Ventile	5.134,16 €
		ZE100.05		Siehe weitere Differenzierung ZE100.06 bis ZE100.09	
		ZE100.06	5-339.55	5 Ventile	6.417,70 €
		ZE100.07	5-339.56	6 Ventile	7.701,24 €
		ZE100.08	5-339.57	7 Ventile	8.984,78 €
		ZE100.09	5-339.58	8 oder mehr Ventile	10.268,32 €

ZE101	Medikamente-freisetzende Koronarstents	ZE101.01	8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	42,17 €
			8-83d.20	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden selbstexpandierenden Stents: Ein selbstexpandierender Stent in eine Koronararterie	
		ZE101.02	8-837.m1	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie	84,34 €
			8-837.m2	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 2 Stents in mehrere Koronararterien	
			8-83d.21	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden selbstexpandierenden Stents: 2 selbstexpandierende Stents in eine Koronararterie	
			8-83d.22	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden selbstexpandierenden Stents: 2 selbstexpandierende Stents in mehrere Koronararterien	
		ZE101.03	8-837.m3	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 3 Stents in eine Koronararterie	126,51 €
			8-837.m4	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 3 Stents in mehrere Koronararterien	
			8-83d.23	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden selbstexpandierenden Stents: 3 selbstexpandierende Stents in eine Koronararterie	
			8-83d.24	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden selbstexpandierenden Stents: 3 selbstexpandierende Stents in mehrere Koronararterien	
		ZE101.04	8-837.m5	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 4 Stents in eine Koronararterie	168,68 €
			8-837.m6	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 4 Stents in mehrere Koronararterien	
			8-83d.25	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden selbstexpandierenden Stents: 4 selbstexpandierende Stents in eine Koronararterie	
			8-83d.26	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden selbstexpandierenden Stents: 4 selbstexpandierende Stents in mehrere Koronararterien	
		ZE101.05	8-837.m7	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 5 Stents in eine Koronararterie	210,85 €
			8-837.m8	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 5 Stents in mehrere Koronararterien	
			8-83d.27	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden selbstexpandierenden Stents: 5 selbstexpandierende Stents in eine Koronararterie	
			8-83d.28	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden selbstexpandierenden Stents: 5 selbstexpandierende Stents in mehrere Koronararterien	

		ZE101.06	8-837.m9	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Mindestens 6 Stents in eine Koronararterie	253,02 €
			8-837.ma	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Mindestens 6 Stents in mehrere Koronararterien	
			8-83d.29	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden selbstexpandierenden Stents: Mindestens 6 selbstexpandierende Stents in eine Koronararterie	
			8-83d.2a	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden selbstexpandierenden Stents: Mindestens 6 selbstexpandierende Stents in mehrere Koronararterien	
ZE105 2), 7)	Selektive Embolisation mit Metallschrauben (Coils) an Kopf, Hals (intra- und extrakraniell) und spinalen Gefäßen oder mit großlumigem Gefäßverschlusskörper		8-836.m0	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallschrauben: Gefäße intrakraniell	
			8-836.m1	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallschrauben: Gefäße Kopf extrakraniell und Hals	
			8-836.mf	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallschrauben: Gefäße spinal	
			8-83b.34	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der Metall- oder Mikroschrauben zur selektiven Embolisation: Nicht gecoverter großlumiger Gefäßverschlusskörper [Vascular Plug]	
			8-83b.35	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der Metall- oder Mikroschrauben zur selektiven Embolisation: Großvolumige Metallschrauben [Volumencoils]	
			8-83b.38	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der Metall- oder Mikroschrauben zur selektiven Embolisation: Gecoverter großlumiger Gefäßverschlusskörper [Vascular Plug]	
		ZE105.01	8-836.n1	1 Metallschrauben	206,69 €
		ZE105.02	8-836.n2	2 Metallschrauben	413,38 €
		ZE105.03	8-836.n3	3 Metallschrauben	620,07 €
		ZE105.04	8-836.n4	4 Metallschrauben	826,76 €
		ZE105.05	8-836.n5	5 Metallschrauben	1.033,45 €
		ZE105.06	8-836.n6	6 Metallschrauben	1.240,14 €
		ZE105.07	8-836.n7	7 Metallschrauben	1.446,83 €
		ZE105.08	8-836.n8	8 Metallschrauben	1.653,52 €
		ZE105.09	8-836.n9	9 Metallschrauben	1.860,21 €
		ZE105.10	8-836.na	10 Metallschrauben	2.066,90 €
		ZE105.11	8-836.nb	11 Metallschrauben	2.273,59 €
		ZE105.12	8-836.nc	12 Metallschrauben	2.480,28 €
		ZE105.13	8-836.nd	13 Metallschrauben	2.686,97 €
		ZE105.14	8-836.ne	14 Metallschrauben	2.893,66 €
		ZE105.15	8-836.nf	15 Metallschrauben	3.100,35 €
		ZE105.16	8-836.ng	16 Metallschrauben	3.307,04 €
		ZE105.17	8-836.nh	17 Metallschrauben	3.513,73 €
		ZE105.18	8-836.nj	18 Metallschrauben	3.720,42 €
		ZE105.19	8-836.nk	19 Metallschrauben	3.927,11 €
		ZE105.20	8-836.nm	20 Metallschrauben	4.133,80 €
		ZE105.21		Siehe weitere Differenzierung ZE105.22 bis ZE105.29	
		ZE105.22	8-836.np	21 Metallschrauben	4.340,49 €
		ZE105.23	8-836.nq	22 Metallschrauben	4.547,18 €
		ZE105.24	8-836.nr	23 Metallschrauben	4.753,87 €
		ZE105.25	8-836.ns	24 Metallschrauben	4.960,56 €
		ZE105.26	8-836.nt	25 Metallschrauben	5.167,25 €

		ZE105.27	8-836.nu	26 Metallspiralen	5.373,94 €
		ZE105.28	8-836.nv	27 Metallspiralen	5.580,63 €
		ZE105.29		Siehe weitere Differenzierung ZE105.30 bis ZE105.45	
		ZE105.30	8-83c.j0	28 Metallspiralen	5.787,32 €
		ZE105.31	8-83c.j1	29 bis 31 Metallspiralen	6.200,70 €
		ZE105.32	8-83c.j2	32 bis 34 Metallspiralen	6.820,77 €
		ZE105.33	8-83c.j3	35 bis 37 Metallspiralen	7.440,84 €
		ZE105.34	8-83c.j4	38 bis 40 Metallspiralen	8.060,91 €
		ZE105.35	8-83c.j5	41 bis 45 Metallspiralen	8.887,67 €
		ZE105.36	8-83c.j6	46 bis 50 Metallspiralen	9.921,12 €
		ZE105.37	8-83c.j7	51 bis 55 Metallspiralen	10.954,57 €
		ZE105.38	8-83c.j8	56 bis 60 Metallspiralen	11.988,02 €
		ZE105.39	8-83c.j9	61 bis 65 Metallspiralen	13.021,47 €
		ZE105.40	8-83c.ja	66 bis 70 Metallspiralen	14.054,92 €
		ZE105.41	8-83c.jb	71 bis 80 Metallspiralen	15.295,06 €
		ZE105.42	8-83c.jc	81 bis 90 Metallspiralen	17.361,96 €
		ZE105.43	8-83c.jd	91 bis 120 Metallspiralen	20.669,00 €
		ZE105.44	8-83c.je	121 bis 150 Metallspiralen	27.076,39 €
		ZE105.45	8-83c.jf	151 oder mehr Metallspiralen	31.210,19 €
ZE106 <sup>2), 7)</sup>	Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisationen		8-836.m2	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen: Gefäße Schulter und Oberarm	
			8-836.m3	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen: Gefäße Unterarm	
			8-836.m4	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen: Aorta	
			8-836.m5	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen: Aortenisthmus	
			8-836.m6	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen: Ductus arteriosus apertus	
			8-836.m7	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen: V. cava	
			8-836.m8	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen: Andere Gefäße thorakal	
			8-836.ma	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen: Gefäße viszeral	
			8-836.mc	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen: Gefäße Unterschenkel	
			8-836.md	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen: Gefäßmalformationen	
			8-836.me	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen: Künstliche Gefäße	
			8-836.mg	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen: V. portae	
			8-836.mh	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen: Andere Arterien abdominal und pelvin	
			8-836.mj	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen: Andere Venen abdominal und pelvin	
			8-836.mk	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen: Arterien Oberschenkel	
			8-836.mm	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen: Venen Oberschenkel	
			8-836.mx	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen: Sonstige	

		8-838.90	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention an Gefäßen des Lungenkreislaufes: Selektive Embolisation mit Partikeln oder Metallschlingen: Pulmonalarterie	
		8-838.91	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention an Gefäßen des Lungenkreislaufes: Selektive Embolisation mit Partikeln oder Metallschlingen: Pulmonalvene	
		8-838.92	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention an Gefäßen des Lungenkreislaufes: Selektive Embolisation mit Partikeln oder Metallschlingen: Aortopulmonale Kollateralgefäße (MAPCA)	
		8-838.93	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention an Gefäßen des Lungenkreislaufes: Selektive Embolisation mit Partikeln oder Metallschlingen: Gefäßmalformationen	
		8-838.94	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention an Gefäßen des Lungenkreislaufes: Selektive Embolisation mit Partikeln oder Metallschlingen: Künstliche aortopulmonale Shunts	
		8-838.95	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention an Gefäßen des Lungenkreislaufes: Selektive Embolisation mit Partikeln oder Metallschlingen: Künstliche Gefäße	
		8-838.9x	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention an Gefäßen des Lungenkreislaufes: Selektive Embolisation mit Partikeln oder Metallschlingen: Sonstige	
		ZE106.01	8-836.n1 1 Metallschlinge	50,11 €
		ZE106.02	8-836.n2 2 Metallschlingen	100,22 €
		ZE106.03	8-836.n3 3 Metallschlingen	150,33 €
		ZE106.04	8-836.n4 4 Metallschlingen	200,44 €
		ZE106.05	8-836.n5 5 Metallschlingen	250,55 €
		ZE106.06	8-836.n6 6 Metallschlingen	300,66 €
		ZE106.07	8-836.n7 7 Metallschlingen	350,77 €
		ZE106.08	8-836.n8 8 Metallschlingen	400,88 €
		ZE106.09	8-836.n9 9 Metallschlingen	450,99 €
		ZE106.10	8-836.na 10 Metallschlingen	501,10 €
		ZE106.11	8-836.nb 11 Metallschlingen	551,21 €
		ZE106.12	8-836.nc 12 Metallschlingen	601,32 €
		ZE106.13	8-836.nd 13 Metallschlingen	651,43 €
		ZE106.14	8-836.ne 14 Metallschlingen	701,54 €
		ZE106.15	8-836.nf 15 Metallschlingen	751,65 €
		ZE106.16	8-836.ng 16 Metallschlingen	801,76 €
		ZE106.17	8-836.nh 17 Metallschlingen	851,87 €
		ZE106.18	8-836.nj 18 Metallschlingen	901,98 €
		ZE106.19	8-836.nk 19 Metallschlingen	952,09 €
		ZE106.20	8-836.nm 20 Metallschlingen	1.002,20 €
		ZE106.21	Siehe weitere Differenzierung ZE106.22 bis ZE106.29	
		ZE106.22	8-836.np 21 Metallschlingen	1.052,31 €
		ZE106.23	8-836.nq 22 Metallschlingen	1.102,42 €
		ZE106.24	8-836.nr 23 Metallschlingen	1.152,53 €
		ZE106.25	8-836.ns 24 Metallschlingen	1.202,64 €
		ZE106.26	8-836.nt 25 Metallschlingen	1.252,75 €
		ZE106.27	8-836.nu 26 Metallschlingen	1.302,86 €
		ZE106.28	8-836.nv 27 Metallschlingen	1.352,97 €
		ZE106.29	Siehe weitere Differenzierung ZE106.30 bis ZE106.45	
		ZE106.30	8-83c.j0 28 Metallschlingen	1.403,08 €
		ZE106.31	8-83c.j1 29 bis 31 Metallschlingen	1.503,30 €
		ZE106.32	8-83c.j2 32 bis 34 Metallschlingen	1.653,63 €
		ZE106.33	8-83c.j3 35 bis 37 Metallschlingen	1.803,96 €
		ZE106.34	8-83c.j4 38 bis 40 Metallschlingen	1.954,29 €
		ZE106.35	8-83c.j5 41 bis 45 Metallschlingen	2.154,73 €

		ZE106.36	8-83c.j6	46 bis 50 Metallspiralen	2.405,28 €
		ZE106.37	8-83c.j7	51 bis 55 Metallspiralen	2.655,83 €
		ZE106.38	8-83c.j8	56 bis 60 Metallspiralen	2.906,38 €
		ZE106.39	8-83c.j9	61 bis 65 Metallspiralen	3.156,93 €
		ZE106.40	8-83c.ja	66 bis 70 Metallspiralen	3.407,48 €
		ZE106.41	8-83c.jb	71 bis 80 Metallspiralen	3.708,14 €
		ZE106.42	8-83c.jc	81 bis 90 Metallspiralen	4.209,24 €
		ZE106.43	8-83c.jd	91 bis 120 Metallspiralen	5.011,00 €
		ZE106.44	8-83c.je	121 bis 150 Metallspiralen	6.564,41 €
		ZE106.45	8-83c.jf	151 oder mehr Metallspiralen	7.566,61 €
ZE107	Gabe von Erythrozytenkonzentraten			Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat	
		ZE107.016)	8-800.c1	6 TE bis unter 11 TE	684,99 €
		ZE107.026)	8-800.c2	11 TE bis unter 16 TE	1.131,72 €
		ZE107.03	8-800.c3	16 TE bis unter 24 TE	1.667,81 €
		ZE107.04	8-800.c4	24 TE bis unter 32 TE	2.382,58 €
		ZE107.05	8-800.c5	32 TE bis unter 40 TE	3.097,35 €
		ZE107.06	8-800.c6	40 TE bis unter 48 TE	3.812,13 €
		ZE107.07	8-800.c7	48 TE bis unter 56 TE	4.526,90 €
		ZE107.08	8-800.c8	56 TE bis unter 64 TE	5.241,67 €
		ZE107.09	8-800.c9	64 TE bis unter 72 TE	5.956,45 €
		ZE107.10	8-800.ca	72 TE bis unter 80 TE	6.671,22 €
		ZE107.11	8-800.cb	80 TE bis unter 88 TE	7.385,99 €
		ZE107.12	8-800.cc	88 TE bis unter 104 TE	8.339,03 €
		ZE107.13	8-800.cd	104 TE bis unter 120 TE	9.768,57 €
		ZE107.14	8-800.ce	120 TE bis unter 136 TE	11.198,12 €
		ZE107.15	8-800.cf	136 TE bis unter 152 TE	12.627,67 €
		ZE107.16	8-800.cg	152 TE bis unter 168 TE	14.057,21 €
		ZE107.17	8-800.ch	168 TE bis unter 184 TE	15.486,76 €
		ZE107.18	8-800.cj	184 TE bis unter 200 TE	16.916,31 €
		ZE107.19	8-800.ck	200 TE bis unter 216 TE	18.345,86 €
		ZE107.20	8-800.cm	216 TE bis unter 232 TE	19.775,40 €
		ZE107.21	8-800.cn	232 TE bis unter 248 TE	21.204,95 €
		ZE107.22	8-800.cp	248 TE bis unter 264 TE	22.634,50 €
		ZE107.23	8-800.cq	264 TE bis unter 280 TE	24.064,04 €
		ZE107.24	8-800.cr	280 TE oder mehr	25.493,59 €
ZE108	Gabe von patientenbezogenen Thrombozytenkonzentraten			Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	
		ZE108.01	8-800.60	1 patientenbezogenes Thrombozytenkonzentrat	402,63 €
		ZE108.02	8-800.61	2 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	805,26 €
		ZE108.03	8-800.62	3 bis unter 5 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	1.368,94 €
		ZE108.04	8-800.63	5 bis unter 7 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	2.202,38 €
		ZE108.05	8-800.64	7 bis unter 9 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	3.019,71 €
		ZE108.06	8-800.65	9 bis unter 11 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	3.804,84 €
		ZE108.07	8-800.66	11 bis unter 13 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	4.630,22 €
		ZE108.08	8-800.67	13 bis unter 15 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	5.435,48 €
		ZE108.09	8-800.68	15 bis unter 17 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	6.240,74 €
		ZE108.10	8-800.69	17 bis unter 19 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	7.045,99 €
		ZE108.11	8-800.6a	19 bis unter 23 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	8.052,56 €
		ZE108.12	8-800.6b	23 bis unter 27 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	9.663,08 €
		ZE108.13	8-800.6c	27 bis unter 31 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	11.273,59 €
		ZE108.14	8-800.6d	31 bis unter 35 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	12.884,10 €

		ZE108.15	8-800.6e	35 bis unter 39 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	14.494,62 €
		ZE108.16	8-800.6g	39 bis unter 43 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	16.105,13 €
		ZE108.17	8-800.6h	43 bis unter 47 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	17.715,64 €
		ZE108.18	8-800.6j	47 bis unter 51 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	19.326,15 €
		ZE108.19	8-800.6k	51 bis unter 55 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	20.936,67 €
		ZE108.20	8-800.6m	55 bis unter 59 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	22.547,18 €
		ZE108.21	8-800.6n	59 bis unter 63 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	24.157,69 €
		ZE108.22	8-800.6p	63 bis unter 67 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	25.768,20 €
		ZE108.23	8-800.6q	67 bis unter 71 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	27.378,72 €
		ZE108.24		Siehe weitere Differenzierung ZE108.25 bis ZE108.30	
		ZE108.25	8-800.6s	71 bis unter 79 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	29.391,86 €
		ZE108.26	8-800.6t	79 bis unter 87 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	32.612,88 €
		ZE108.27	8-800.6u	87 bis unter 95 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	35.833,91 €
		ZE108.28	8-800.6v	95 bis unter 103 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	39.054,94 €
		ZE108.29	8-800.6w	103 bis unter 111 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	42.275,96 €
		ZE108.30	8-800.6z	111 oder mehr patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate	45.496,99 €
ZE110	Gabe von Liposomalem Amphotericin B, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 2: Liposomales Amphotericin B, parenteral	
		ZE110.016)	6-002.q0	100 mg bis unter 175 mg	240,49 €
		ZE110.026)	6-002.q1	175 mg bis unter 250 mg	384,78 €
		ZE110.03	6-002.q2	250 mg bis unter 350 mg	545,11 €
		ZE110.04	6-002.q3	350 mg bis unter 450 mg	737,50 €
		ZE110.05	6-002.q4	450 mg bis unter 550 mg	929,89 €
		ZE110.06	6-002.q5	550 mg bis unter 650 mg	1.122,28 €
		ZE110.07	6-002.q6	650 mg bis unter 750 mg	1.314,67 €
		ZE110.08	6-002.q7	750 mg bis unter 850 mg	1.507,06 €
		ZE110.09	6-002.q8	850 mg bis unter 950 mg	1.699,45 €
		ZE110.10	6-002.q9	950 mg bis unter 1.150 mg	1.955,97 €
		ZE110.11	6-002.qa	1.150 mg bis unter 1.350 mg	2.340,75 €
		ZE110.12	6-002.qb	1.350 mg bis unter 1.550 mg	2.725,53 €
		ZE110.13	6-002.qc	1.550 mg bis unter 1.750 mg	3.110,31 €
		ZE110.14	6-002.qd	1.750 mg bis unter 1.950 mg	3.495,09 €
		ZE110.15	6-002.qe	1.950 mg bis unter 2.150 mg	3.879,87 €
		ZE110.16	6-002.qf	2.150 mg bis unter 3.150 mg	4.777,69 €
		ZE110.17	6-002.qg	3.150 mg bis unter 4.150 mg	6.701,59 €
		ZE110.18	6-002.qh	4.150 mg bis unter 5.150 mg	8.625,49 €
		ZE110.19	6-002.qj	5.150 mg bis unter 6.150 mg	10.549,39 €
		ZE110.20	6-002.qk	6.150 mg bis unter 8.650 mg	13.435,24 €
		ZE110.21	6-002.qm	8.650 mg bis unter 11.150 mg	18.244,99 €
		ZE110.22	6-002.qn	11.150 mg bis unter 13.650 mg	23.054,74 €
		ZE110.23	6-002.qp	13.650 mg bis unter 18.650 mg	29.467,74 €
		ZE110.24	6-002.qq	18.650 mg bis unter 23.650 mg	39.087,24 €
		ZE110.25	6-002.qr	23.650 mg bis unter 28.650 mg	48.706,74 €
		ZE110.26	6-002.qs	28.650 mg bis unter 33.650 mg	58.326,24 €
		ZE110.27	6-002.qt	33.650 mg bis unter 38.650 mg	67.945,74 €
		ZE110.28	6-002.qu	38.650 mg bis unter 43.650 mg	77.565,24 €
		ZE110.29	6-002.qv	43.650 mg oder mehr	87.184,74 €
ZE113	Gabe von Itraconazol, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 2: Itraconazol, parenteral	
		ZE113.015)	6-002.c0	400 mg bis unter 800 mg	188,05 €
		ZE113.025)	6-002.c1	800 mg bis unter 1.200 mg	329,09 €
		ZE113.03	6-002.c2	1.200 mg bis unter 1.600 mg	470,13 €



		ZE113.04	6-002.c3	1.600 mg bis unter 2.000 mg	611,17 €
		ZE113.05	6-002.c4	2.000 mg bis unter 2.400 mg	752,21 €
		ZE113.06	6-002.c5	2.400 mg bis unter 2.800 mg	893,25 €
		ZE113.07	6-002.c6	2.800 mg bis unter 3.200 mg	1.034,29 €
		ZE113.08	6-002.c7	3.200 mg bis unter 3.600 mg	1.175,33 €
		ZE113.09	6-002.c8	3.600 mg bis unter 4.000 mg	1.316,37 €
		ZE113.10	6-002.c9	4.000 mg bis unter 4.800 mg	1.504,43 €
		ZE113.11	6-002.ca	4.800 mg bis unter 5.600 mg	1.786,51 €
		ZE113.12	6-002.cb	5.600 mg bis unter 6.400 mg	2.068,59 €
		ZE113.13	6-002.cc	6.400 mg bis unter 7.200 mg	2.350,67 €
		ZE113.14	6-002.cd	7.200 mg bis unter 8.000 mg	2.632,75 €
		ZE113.15	6-002.ce	8.000 mg bis unter 8.800 mg	2.914,83 €
		ZE113.16	6-002.cg	8.800 mg bis unter 10.400 mg	3.290,93 €
		ZE113.17	6-002.ch	10.400 mg bis unter 12.000 mg	3.855,09 €
		ZE113.18	6-002.cj	12.000 mg bis unter 13.600 mg	4.419,25 €
		ZE113.19	6-002.ck	13.600 mg bis unter 16.800 mg	5.171,47 €
		ZE113.20	6-002.cm	16.800 mg bis unter 20.000 mg	6.299,79 €
		ZE113.21	6-002.cn	20.000 mg bis unter 23.200 mg	7.428,11 €
		ZE113.22	6-002.cp	23.200 mg oder mehr	8.556,43 €
ZE116	Gabe von Panitumumab, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 4: Panitumumab, parenteral	
		ZE116.01	6-004.70	180 mg bis unter 300 mg	1.265,18 €
		ZE116.02	6-004.71	300 mg bis unter 420 mg	1.955,27 €
		ZE116.03	6-004.72	420 mg bis unter 540 mg	2.645,37 €
		ZE116.04	6-004.73	540 mg bis unter 660 mg	3.335,46 €
		ZE116.05	6-004.74	660 mg bis unter 780 mg	4.025,56 €
		ZE116.06	6-004.75	780 mg bis unter 900 mg	4.715,66 €
		ZE116.07	6-004.76	900 mg bis unter 1.020 mg	5.405,75 €
		ZE116.08	6-004.77	1.020 mg bis unter 1.260 mg	6.325,88 €
		ZE116.09	6-004.78	1.260 mg bis unter 1.500 mg	7.706,07 €
		ZE116.10	6-004.79	1.500 mg bis unter 1.740 mg	9.086,26 €
		ZE116.11	6-004.7a	1.740 mg bis unter 1.980 mg	10.466,46 €
		ZE116.12	6-004.7b	1.980 mg bis unter 2.220 mg	11.846,65 €
		ZE116.13	6-004.7c	2.220 mg bis unter 2.460 mg	13.226,84 €
		ZE116.14		Siehe weitere Differenzierung ZE116.15 bis ZE116.26	
		ZE116.15	6-004.7e	2.460 mg bis unter 2.700 mg	14.607,03 €
		ZE116.16	6-004.7f	2.700 mg bis unter 3.180 mg	16.447,29 €
		ZE116.17	6-004.7g	3.180 mg bis unter 3.660 mg	19.207,67 €
		ZE116.18	6-004.7h	3.660 mg bis unter 4.140 mg	21.968,06 €
		ZE116.19	6-004.7j	4.140 mg bis unter 4.620 mg	24.728,44 €
		ZE116.20	6-004.7k	4.620 mg bis unter 5.100 mg	27.488,82 €
		ZE116.21	6-004.7m	5.100 mg bis unter 5.580 mg	30.249,21 €
		ZE116.22	6-004.7n	5.580 mg bis unter 6.060 mg	33.009,59 €
		ZE116.23	6-004.7p	6.060 mg bis unter 6.540 mg	35.769,98 €
		ZE116.24	6-004.7q	6.540 mg bis unter 7.020 mg	38.530,36 €
		ZE116.25	6-004.7r	7.020 mg bis unter 7.500 mg	41.290,74 €
		ZE116.26	6-004.7s	7.500 mg oder mehr	44.051,13 €
ZE117	Gabe von Trabectedin, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 4: Trabectedin, parenteral	
		ZE117.016)	6-004.a0	0,25 mg bis unter 0,50 mg	824,27 €
		ZE117.026)	6-004.a1	0,50 mg bis unter 0,75 mg	1.442,47 €
		ZE117.036)	6-004.a2	0,75 mg bis unter 1,00 mg	2.060,67 €

		ZE117.046)	6-004.a3	1,00 mg bis unter 1,25 mg	2.678,87 €
		ZE117.05	6-004.a4	1,25 mg bis unter 1,50 mg	3.091,00 €
		ZE117.06	6-004.a5	1,50 mg bis unter 1,75 mg	3.709,20 €
		ZE117.07	6-004.a6	1,75 mg bis unter 2,00 mg	4.327,40 €
		ZE117.08	6-004.a7	2,00 mg bis unter 2,25 mg	4.945,60 €
		ZE117.09	6-004.a8	2,25 mg bis unter 2,50 mg	5.563,80 €
		ZE117.10	6-004.a9	2,50 mg bis unter 2,75 mg	6.182,00 €
		ZE117.11	6-004.aa	2,75 mg bis unter 3,00 mg	6.800,20 €
		ZE117.12	6-004.ab	3,00 mg bis unter 3,25 mg	7.418,40 €
		ZE117.13	6-004.ac	3,25 mg bis unter 3,50 mg	8.036,60 €
		ZE117.14	6-004.ad	3,50 mg bis unter 4,00 mg	8.654,80 €
		ZE117.15	6-004.ae	4,00 mg bis unter 4,50 mg	9.891,20 €
		ZE117.16	6-004.af	4,50 mg bis unter 5,00 mg	11.127,60 €
		ZE117.17	6-004.ag	5,00 mg bis unter 5,50 mg	12.364,00 €
		ZE117.18	6-004.ah	5,50 mg bis unter 6,00 mg	13.600,40 €
		ZE117.19		Siehe weitere Differenzierung ZE117.20 bis ZE117.29	
		ZE117.20	6-004.ak	6,00 mg bis unter 7,00 mg	15.661,06 €
		ZE117.21	6-004.am	7,00 mg bis unter 8,00 mg	18.133,86 €
		ZE117.22	6-004.an	8,00 mg bis unter 9,00 mg	20.606,66 €
		ZE117.23	6-004.ap	9,00 mg bis unter 10,00 mg	23.079,46 €
		ZE117.24	6-004.aq	10,00 mg bis unter 12,00 mg	26.376,52 €
		ZE117.25	6-004.ar	12,00 mg bis unter 14,00 mg	31.322,12 €
		ZE117.26	6-004.as	14,00 mg bis unter 16,00 mg	36.267,72 €
		ZE117.27	6-004.at	16,00 mg bis unter 20,00 mg	42.861,85 €
		ZE117.28	6-004.au	20,00 mg bis unter 24,00 mg	52.753,05 €
		ZE117.29	6-004.av	24,00 mg oder mehr	62.644,25 €
ZE119 <sup>1)</sup>	Hämofiltration, kontinuierlich			Hämofiltration: Kontinuierlich	
		ZE119.01	8-853.13	Arteriovenös (CAVH): Bis 24 Stunden	324,40 €
			8-853.70	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Bis 24 Stunden	
			8-853.80	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Bis 24 Stunden	
		ZE119.02	8-853.14	Arteriovenös (CAVH): Mehr als 24 bis 72 Stunden	811,00 €
			8-853.71	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 24 bis 72 Stunden	
			8-853.81	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 24 bis 72 Stunden	
		ZE119.03	8-853.15	Arteriovenös (CAVH): Mehr als 72 bis 144 Stunden	1.622,00 €
			8-853.72	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 72 bis 144 Stunden	
			8-853.82	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 72 bis 144 Stunden	
		ZE119.04	8-853.16	Arteriovenös (CAVH): Mehr als 144 bis 264 Stunden	2.919,60 €
			8-853.73	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 144 bis 264 Stunden	
			8-853.83	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 144 bis 264 Stunden	
		ZE119.05	8-853.17	Arteriovenös (CAVH): Mehr als 264 bis 432 Stunden	4.866,00 €
			8-853.74	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 264 bis 432 Stunden	
			8-853.84	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 264 bis 432 Stunden	
		ZE119.06	8-853.19	Arteriovenös (CAVH): Mehr als 432 bis 600 Stunden	7.136,80 €
			8-853.76	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 432 bis 600 Stunden	

			8-853.86	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 432 bis 600 Stunden	
		ZE119.07	8-853.1a	Arteriovenös (CAVH): Mehr als 600 bis 960 Stunden	10.705,20 €
			8-853.77	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 600 bis 960 Stunden	
			8-853.87	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 600 bis 960 Stunden	
		ZE119.08	8-853.1b	Arteriovenös (CAVH): Mehr als 960 bis 1.320 Stunden	15.571,20 €
			8-853.78	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 960 bis 1.320 Stunden	
			8-853.88	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 960 bis 1.320 Stunden	
		ZE119.09	8-853.1c	Arteriovenös (CAVH): Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden	20.437,20 €
			8-853.79	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden	
			8-853.89	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden	
		ZE119.10	8-853.1d	Arteriovenös (CAVH): Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden	25.303,20 €
			8-853.7a	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden	
			8-853.8a	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden	
		ZE119.11	8-853.1e	Arteriovenös (CAVH): Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden	30.169,20 €
			8-853.7b	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden	
			8-853.8b	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden	
		ZE119.12	8-853.1f	Arteriovenös (CAVH): Mehr als 2.400 Stunden	35.035,20 €
			8-853.7c	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 2.400 Stunden	
			8-853.8c	Venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 2.400 Stunden	
ZE120 <sup>1)</sup>	Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD)			Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD)	
		ZE120.01	8-854.60	Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Bis 24 Stunden	267,53 €
			8-854.70	Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Bis 24 Stunden	
		ZE120.02	8-854.61	Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 24 bis 72 Stunden	615,32 €
			8-854.71	Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 24 bis 72 Stunden	
		ZE120.03	8-854.62	Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 72 bis 144 Stunden	1.310,90 €
			8-854.72	Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 72 bis 144 Stunden	
		ZE120.04	8-854.63	Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 144 bis 264 Stunden	2.407,77 €
			8-854.73	Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 144 bis 264 Stunden	
		ZE120.05	8-854.64	Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 264 bis 432 Stunden	3.905,94 €
			8-854.74	Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 264 bis 432 Stunden	
		ZE120.06	8-854.66	Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 432 bis 600 Stunden	5.885,66 €
			8-854.76	Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 432 bis 600 Stunden	

		ZE120.07	8-854.67	Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 600 bis 960 Stunden	8.828,49 €
			8-854.77	Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 600 bis 960 Stunden	
		ZE120.08	8-854.68	Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 960 bis 1.320 Stunden	12.841,44 €
			8-854.78	Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 960 bis 1.320 Stunden	
		ZE120.09	8-854.69	Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden	16.854,39 €
			8-854.79	Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden	
		ZE120.10	8-854.6a	Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden	20.867,34 €
			8-854.7a	Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden	
		ZE120.11	8-854.6b	Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden	24.880,29 €
			8-854.7b	Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden	
		ZE120.12	8-854.6c	Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 2.400 Stunden	28.893,24 €
			8-854.7c	Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 2.400 Stunden	
ZE121 <sup>1)</sup>	Hämodiafiltration, kontinuierlich			Hämodiafiltration: Kontinuierlich	
		ZE121.01	8-855.13	Arteriovenös (CAVHDF): Bis 24 Stunden	286,83 €
			8-855.70	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Bis 24 Stunden	
			8-855.80	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Bis 24 Stunden	
		ZE121.02	8-855.14	Arteriovenös (CAVHDF): Mehr als 24 bis 72 Stunden	688,39 €
			8-855.71	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 24 bis 72 Stunden	
			8-855.81	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 24 bis 72 Stunden	
		ZE121.03	8-855.15	Arteriovenös (CAVHDF): Mehr als 72 bis 144 Stunden	1.405,47 €
			8-855.72	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 72 bis 144 Stunden	
			8-855.82	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 72 bis 144 Stunden	
		ZE121.04	8-855.16	Arteriovenös (CAVHDF): Mehr als 144 bis 264 Stunden	2.581,47 €
			8-855.73	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 144 bis 264 Stunden	
			8-855.83	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 144 bis 264 Stunden	
		ZE121.05	8-855.17	Arteriovenös (CAVHDF): Mehr als 264 bis 432 Stunden	4.302,45 €
			8-855.74	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 264 bis 432 Stunden	
			8-855.84	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 264 bis 432 Stunden	
		ZE121.06	8-855.19	Arteriovenös (CAVHDF): Mehr als 432 bis 600 Stunden	6.310,26 €
			8-855.76	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 432 bis 600 Stunden	
			8-855.86	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 432 bis 600 Stunden	
		ZE121.07	8-855.1a	Arteriovenös (CAVHDF): Mehr als 600 bis 960 Stunden	9.465,39 €
			8-855.77	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 600 bis 960 Stunden	
			8-855.87	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 600 bis 960 Stunden	

		ZE121.08	8-855.1b	Arteriovenös (CAVHDF): Mehr als 960 bis 1.320 Stunden	13.767,84 €
			8-855.78	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 960 bis 1.320 Stunden	
			8-855.88	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 960 bis 1.320 Stunden	
		ZE121.09	8-855.1c	Arteriovenös (CAVHDF): Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden	18.070,29 €
			8-855.79	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden	
			8-855.89	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden	
		ZE121.10	8-855.1d	Arteriovenös (CAVHDF): Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden	22.372,74 €
			8-855.7a	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden	
			8-855.8a	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden	
		ZE121.11	8-855.1e	Arteriovenös (CAVHDF): Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden	26.675,19 €
			8-855.7b	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden	
			8-855.8b	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden	
		ZE121.12	8-855.1f	Arteriovenös (CAVHDF): Mehr als 2.400 Stunden	30.977,64 €
			8-855.7c	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 2.400 Stunden	
			8-855.8c	Venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen: Mehr als 2.400 Stunden	
ZE122 1)	Peritonealdialyse, intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)		8-857.0	Peritonealdialyse: Intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)	siehe Anlage 2
ZE123 1)	Peritonealdialyse, kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt (CAPD)			Peritonealdialyse: Kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt (CAPD)	
		ZE123.01	8-857.10	Bis 24 Stunden	148,94 €
		ZE123.02	8-857.11	Mehr als 24 bis 72 Stunden	342,56 €
		ZE123.03	8-857.12	Mehr als 72 bis 144 Stunden	729,81 €
		ZE123.04	8-857.13	Mehr als 144 bis 264 Stunden	1.280,88 €
		ZE123.05	8-857.14	Mehr als 264 bis 432 Stunden	2.234,10 €
		ZE123.06	8-857.16	Mehr als 432 bis 600 Stunden	3.276,68 €
		ZE123.07	8-857.17	Mehr als 600 bis 960 Stunden	4.915,02 €
		ZE123.08	8-857.18	Mehr als 960 bis 1.320 Stunden	7.149,12 €
		ZE123.09	8-857.19	Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden	9.383,22 €
		ZE123.10	8-857.1a	Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden	11.617,32 €
		ZE123.11	8-857.1b	Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden	13.851,42 €
		ZE123.12	8-857.1c	Mehr als 2.400 Stunden	16.085,52 €
ZE125	Implantation oder Wechsel eines interspinösen Spreizers	ZE125.01	5-839.b0	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Implantation eines interspinösen Spreizers: 1 Segment	265,91 €
			5-839.c0	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Wechsel eines interspinösen Spreizers: 1 Segment	
		ZE125.02	5-839.b2	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Implantation eines interspinösen Spreizers: 2 Segmente	531,82 €
			5-839.c2	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Wechsel eines interspinösen Spreizers: 2 Segmente	
		ZE125.03	5-839.b3	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Implantation eines interspinösen Spreizers: 3 oder mehr Segmente	797,73 €
			5-839.c3	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Wechsel eines interspinösen Spreizers: 3 oder mehr Segmente	
ZE126	Autogene / Autologe matrixinduzierte Chondrozytentransplantation		5-801.k*	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation	siehe Anlage 2
			5-812.h*	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation	
ZE132	Implantation eines Wachstumsstents	ZE132.01	8-838.k*	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention an Gefäßen des Lungenkreislaufes: Einlegen eines ungecoverten Wachstumsstents	1.319,27 €

			8-838.m*	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention an Gefäßen des Lungenkreislaufes: Einlegen eines gecoverten Wachstumsstents	
			8-845.0*	(Perkutan-)transluminale Implantation von ungedeckten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Ein Stent	
			8-846.0*	(Perkutan-)transluminale Implantation von gecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Ein Stent	
			8-847	(Perkutan-)transluminale Implantation eines Wachstumsstents	
		ZE132.02	8-845.1*	(Perkutan-)transluminale Implantation von ungedeckten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Zwei oder mehr Stents	2.638,54 €
			8-846.1*	(Perkutan-)transluminale Implantation von gecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Zwei oder mehr Stents	
ZE135	Gabe von Vinflunin, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 5: Vinflunin, parenteral	
		ZE135.01	6-005.b0	100 mg bis unter 200 mg	795,89 €
		ZE135.02	6-005.b1	200 mg bis unter 300 mg	1.392,81 €
		ZE135.03	6-005.b2	300 mg bis unter 400 mg	1.989,73 €
		ZE135.04	6-005.b3	400 mg bis unter 500 mg	2.586,65 €
		ZE135.05	6-005.b4	500 mg bis unter 600 mg	3.183,57 €
		ZE135.06	6-005.b5	600 mg bis unter 700 mg	3.780,49 €
		ZE135.07	6-005.b6	700 mg bis unter 800 mg	4.377,41 €
		ZE135.08	6-005.b7	800 mg bis unter 900 mg	4.974,33 €
		ZE135.09	6-005.b8	900 mg bis unter 1.000 mg	5.571,25 €
		ZE135.10	6-005.b9	1.000 mg bis unter 1.200 mg	6.367,15 €
		ZE135.11	6-005.ba	1.200 mg bis unter 1.400 mg	7.560,99 €
		ZE135.12	6-005.bb	1.400 mg bis unter 1.600 mg	8.754,83 €
		ZE135.13	6-005.bc	1.600 mg bis unter 1.800 mg	9.948,67 €
		ZE135.14	6-005.bd	1.800 mg bis unter 2.000 mg	11.142,51 €
		ZE135.15	6-005.be	2.000 mg bis unter 2.200 mg	12.336,35 €
		ZE135.16	6-005.bf	2.200 mg bis unter 2.400 mg	13.530,19 €
		ZE135.17	6-005.bg	2.400 mg bis unter 2.600 mg	14.724,03 €
		ZE135.18	6-005.bh	2.600 mg bis unter 2.800 mg	15.917,87 €
		ZE135.19	6-005.bj	2.800 mg oder mehr	17.111,71 €
ZE136 <sup>2)</sup>	Medikamente-freisetzende Ballons an Koronargefäßen		8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	
			8-837.01	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Mehrere Koronararterien	
		ZE136.01	8-83b.b6	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamentfreisetzender Ballon an Koronargefäßen	181,21 €
		ZE136.02	8-83b.b7	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Zwei medikamentfreisetzende Ballons an Koronargefäßen	579,15 €
		ZE136.03	8-83b.b8	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Drei medikamentfreisetzende Ballons an Koronargefäßen	977,09 €
		ZE136.04	8-83b.b9	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Vier oder mehr medikamentfreisetzende Ballons an Koronargefäßen	1.375,03 €
ZE137 <sup>2)</sup>	Medikamente-freisetzende Ballons an anderen Gefäßen		8-836.02	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße Schulter und Oberarm	
			8-836.03	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße Unterarm	
			8-836.08	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Andere Gefäße thorakal	
			8-836.0a	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße viszeral	
			8-836.0c	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße Unterschenkel	
			8-836.0e	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Künstliche Gefäße	

			8-836.0q	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Andere Arterien abdominal und pelvin	
			8-836.0r	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Andere Venen abdominal und pelvin	
			8-836.0s	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Arterien Oberschenkel	
			8-836.0t	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Venen Oberschenkel	
		ZE137.01	8-83b.ba	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamentefreisetzender Ballon an anderen Gefäßen	99,09 €
		ZE137.02	8-83b.bb	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Zwei medikamentefreisetzende Ballons an anderen Gefäßen	528,12 €
		ZE137.03	8-83b.bc	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Drei medikamentefreisetzende Ballons an anderen Gefäßen	957,15 €
		ZE137.04	8-83b.bd	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Vier oder mehr medikamentefreisetzende Ballons an anderen Gefäßen	1.386,18 €
ZE138	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalstimulator, mit Sondenimplantation		5-039.e0	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	siehe Anlage 2
			5-039.k0	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	
			5-059.c0	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	
ZE139	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalstimulator, ohne Sondenimplantation		5-039.f0	Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	siehe Anlage 2
			5-039.m0	Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	
			5-039.n0	Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	
			5-039.q0	Implantation eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	
			5-059.d0	Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	
			5-059.g0	Implantation eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	
ZE140	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation		5-039.e1	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	siehe Anlage 2
			5-039.k1	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	
			5-059.c1	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	

ZE141	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, ohne Sondenimplantation		5-039.f1	Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	siehe Anlage 2
			5-039.m1	Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	
			5-039.n1	Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	
			5-039.q1	Implantation eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	
			5-059.d1	Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	
			5-059.g1	Implantation eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	
ZE143	Gabe von Plerixafor, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 5: Plerixafor, parenteral	
		ZE143.01	6-005.e0	2,5 mg bis unter 5,0 mg	972,37 €
		ZE143.02	6-005.e1	5,0 mg bis unter 10,0 mg	1.944,75 €
		ZE143.03	6-005.e2	10,0 mg bis unter 15,0 mg	3.403,31 €
		ZE143.04	6-005.e3	15,0 mg bis unter 20,0 mg	4.861,87 €
		ZE143.05	6-005.e4	20,0 mg bis unter 25,0 mg	6.320,44 €
		ZE143.06	6-005.e5	25,0 mg bis unter 30,0 mg	7.779,00 €
		ZE143.07	6-005.e6	30,0 mg bis unter 35,0 mg	9.237,56 €
		ZE143.08	6-005.e7	35,0 mg bis unter 40,0 mg	10.696,12 €
		ZE143.09	6-005.e8	40,0 mg bis unter 45,0 mg	11.942,71 €
		ZE143.10	6-005.e9	45,0 mg bis unter 50,0 mg	13.613,25 €
		ZE143.11	6-005.ea	50,0 mg bis unter 60,0 mg	15.557,99 €
		ZE143.12	6-005.eb	60,0 mg bis unter 70,0 mg	18.475,12 €
		ZE143.13	6-005.ec	70,0 mg bis unter 80,0 mg	21.392,24 €
		ZE143.14	6-005.ed	80,0 mg bis unter 100,0 mg	25.281,74 €
		ZE143.15	6-005.ee	100,0 mg bis unter 120,0 mg	31.115,99 €
		ZE143.16	6-005.ef	120,0 mg bis unter 140,0 mg	36.950,24 €
		ZE143.17	6-005.eg	140,0 mg bis unter 160,0 mg	42.784,49 €
		ZE143.18	6-005.eh	160,0 mg bis unter 180,0 mg	48.618,73 €
		ZE143.19	6-005.ej	180,0 mg bis unter 200,0 mg	54.452,98 €
		ZE143.20	6-005.ek	200,0 mg bis unter 220,0 mg	60.287,23 €
		ZE143.21	6-005.em	220,0 mg bis unter 240,0 mg	66.121,48 €
		ZE143.22	6-005.en	240,0 mg oder mehr	71.955,73 €
ZE144	Gabe von Romiplostim, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 5: Romiplostim, parenteral	
		ZE144.016)	6-005.90	100 µg bis unter 200 µg	399,32 €
		ZE144.02	6-005.91	200 µg bis unter 300 µg	698,81 €
		ZE144.03	6-005.92	300 µg bis unter 400 µg	998,30 €
		ZE144.04	6-005.93	400 µg bis unter 500 µg	1.297,79 €
		ZE144.05	6-005.94	500 µg bis unter 600 µg	1.506,67 €
		ZE144.06	6-005.95	600 µg bis unter 700 µg	1.896,77 €
		ZE144.07	6-005.96	700 µg bis unter 800 µg	2.196,26 €
		ZE144.08	6-005.97	800 µg bis unter 900 µg	2.495,75 €
		ZE144.09	6-005.98	900 µg bis unter 1.000 µg	2.795,24 €
		ZE144.10	6-005.99	1.000 µg bis unter 1.200 µg	3.032,58 €



		ZE144.11	6-005.9a	1.200 µg bis unter 1.400 µg	3.793,54 €
		ZE144.12	6-005.9b	1.400 µg bis unter 1.600 µg	4.392,52 €
		ZE144.13	6-005.9c	1.600 µg bis unter 1.800 µg	4.991,50 €
		ZE144.14	6-005.9d	1.800 µg bis unter 2.000 µg	5.590,48 €
		ZE144.15	6-005.9e	2.000 µg bis unter 2.400 µg	6.389,12 €
		ZE144.16	6-005.9f	2.400 µg bis unter 2.800 µg	7.587,08 €
		ZE144.17	6-005.9g	2.800 µg bis unter 3.200 µg	8.785,04 €
		ZE144.18	6-005.9h	3.200 µg bis unter 3.600 µg	9.983,00 €
		ZE144.19	6-005.9j	3.600 µg bis unter 4.000 µg	11.180,96 €
		ZE144.20	6-005.9k	4.000 µg bis unter 4.400 µg	12.378,92 €
		ZE144.21	6-005.9m	4.400 µg bis unter 4.800 µg	13.576,88 €
		ZE144.22	6-005.9n	4.800 µg bis unter 5.200 µg	14.774,84 €
		ZE144.23	6-005.9p	5.200 µg bis unter 5.600 µg	15.972,80 €
		ZE144.24	6-005.9q	5.600 µg oder mehr	17.170,76 €
ZE145	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung	ZE145.01	8-98e.1	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	1.081,51 €
		ZE145.02	8-98e.2	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage	1.120,89 €
		ZE145.03	8-98e.3	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage	1.915,78 €
ZE146	Gabe von Thrombozytenkonzentraten			Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat	
		ZE146.016	8-800.g1	2 Thrombozytenkonzentrate	597,50 €
		ZE146.026	8-800.g2	3 Thrombozytenkonzentrate	896,25 €
		ZE146.03	8-800.g3	4 Thrombozytenkonzentrate	1.194,99 €
		ZE146.04	8-800.g4	5 Thrombozytenkonzentrate	1.493,74 €
		ZE146.05	8-800.g5	6 bis unter 8 Thrombozytenkonzentrate	1.914,98 €
		ZE146.06	8-800.g6	8 bis unter 10 Thrombozytenkonzentrate	2.509,49 €
		ZE146.07	8-800.g7	10 bis unter 12 Thrombozytenkonzentrate	3.127,90 €
		ZE146.08	8-800.g8	12 bis unter 14 Thrombozytenkonzentrate	3.734,36 €
		ZE146.09	8-800.g9	14 bis unter 16 Thrombozytenkonzentrate	4.319,90 €
		ZE146.10	8-800.ga	16 bis unter 18 Thrombozytenkonzentrate	4.914,41 €
		ZE146.11	8-800.gb	18 bis unter 20 Thrombozytenkonzentrate	5.508,92 €
		ZE146.12	8-800.gc	20 bis unter 24 Thrombozytenkonzentrate	6.273,72 €
		ZE146.13	8-800.gd	24 bis unter 28 Thrombozytenkonzentrate	7.468,71 €
		ZE146.14	8-800.ge	28 bis unter 32 Thrombozytenkonzentrate	8.663,70 €
		ZE146.15	8-800.gf	32 bis unter 36 Thrombozytenkonzentrate	9.858,70 €
		ZE146.16	8-800.gg	36 bis unter 40 Thrombozytenkonzentrate	10.984,98 €
		ZE146.17	8-800.gh	40 bis unter 46 Thrombozytenkonzentrate	12.398,06 €
		ZE146.18	8-800.gj	46 bis unter 52 Thrombozytenkonzentrate	14.190,55 €
		ZE146.19	8-800.gk	52 bis unter 58 Thrombozytenkonzentrate	15.983,04 €
		ZE146.20	8-800.gm	58 bis unter 64 Thrombozytenkonzentrate	17.775,53 €
		ZE146.21	8-800.gn	64 bis unter 70 Thrombozytenkonzentrate	19.568,02 €
		ZE146.22	8-800.gp	70 bis unter 78 Thrombozytenkonzentrate	21.509,88 €
		ZE146.23	8-800.gq	78 bis unter 86 Thrombozytenkonzentrate	23.899,87 €
		ZE146.24	8-800.gr	86 bis unter 94 Thrombozytenkonzentrate	26.289,86 €
		ZE146.25	8-800.gs	94 bis unter 102 Thrombozytenkonzentrate	28.679,85 €
		ZE146.26	8-800.gt	102 bis unter 110 Thrombozytenkonzentrate	31.069,83 €
		ZE146.27	8-800.gu	110 bis unter 118 Thrombozytenkonzentrate	33.459,82 €
		ZE146.28	8-800.gv	118 bis unter 126 Thrombozytenkonzentrate	35.849,81 €
		ZE146.29		Siehe weitere Differenzierung ZE146.30 bis ZE146.46	
		ZE146.30	8-800.gz	126 bis unter 134 Thrombozytenkonzentrate	38.239,80 €

		ZE146.31	8-800.m0	134 bis unter 146 Thrombozytenkonzentrate	40.928,53 €
		ZE146.32	8-800.m1	146 bis unter 158 Thrombozytenkonzentrate	44.513,51 €
		ZE146.33	8-800.m2	158 bis unter 170 Thrombozytenkonzentrate	48.098,49 €
		ZE146.34	8-800.m3	170 bis unter 182 Thrombozytenkonzentrate	51.683,47 €
		ZE146.35	8-800.m4	182 bis unter 194 Thrombozytenkonzentrate	55.268,45 €
		ZE146.36	8-800.m5	194 bis unter 210 Thrombozytenkonzentrate	59.152,18 €
		ZE146.37	8-800.m6	210 bis unter 226 Thrombozytenkonzentrate	63.932,16 €
		ZE146.38	8-800.m7	226 bis unter 242 Thrombozytenkonzentrate	68.712,13 €
		ZE146.39	8-800.m8	242 bis unter 258 Thrombozytenkonzentrate	73.492,11 €
		ZE146.40	8-800.m9	258 bis unter 274 Thrombozytenkonzentrate	78.272,08 €
		ZE146.41	8-800.ma	274 bis unter 294 Thrombozytenkonzentrate	83.350,80 €
		ZE146.42	8-800.mb	294 bis unter 314 Thrombozytenkonzentrate	89.325,77 €
		ZE146.43	8-800.mc	314 bis unter 334 Thrombozytenkonzentrate	95.300,74 €
		ZE146.44	8-800.md	334 bis unter 354 Thrombozytenkonzentrate	101.275,71 €
		ZE146.45	8-800.me	354 bis unter 374 Thrombozytenkonzentrate	107.250,68 €
		ZE146.46	8-800.mf	374 oder mehr Thrombozytenkonzentrate	113.225,64 €
ZE147	Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten			Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat	
		ZE147.016)	8-800.f0	1 Apherese-Thrombozytenkonzentrat	353,33 €
		ZE147.02	8-800.f1	2 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	706,65 €
		ZE147.03	8-800.f2	3 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	1.059,98 €
		ZE147.04	8-800.f3	4 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	1.413,31 €
		ZE147.05	8-800.f4	5 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	1.766,64 €
		ZE147.06	8-800.f5	6 bis unter 8 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	2.282,50 €
		ZE147.07	8-800.f6	8 bis unter 10 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	2.989,15 €
		ZE147.08	8-800.f7	10 bis unter 12 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	3.706,40 €
		ZE147.09	8-800.f8	12 bis unter 14 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	4.409,53 €
		ZE147.10	8-800.f9	14 bis unter 16 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	5.123,25 €
		ZE147.11	8-800.fa	16 bis unter 18 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	5.819,30 €
		ZE147.12	8-800.fb	18 bis unter 20 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	6.522,42 €
		ZE147.13	8-800.fc	20 bis unter 24 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	7.419,88 €
		ZE147.14	8-800.fd	24 bis unter 28 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	8.833,19 €
		ZE147.15	8-800.fe	28 bis unter 32 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	10.246,49 €
		ZE147.16	8-800.ff	32 bis unter 36 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	11.659,80 €
		ZE147.17	8-800.fg	36 bis unter 40 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	13.073,11 €
		ZE147.18	8-800.fh	40 bis unter 46 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	14.663,09 €
		ZE147.19	8-800.fj	46 bis unter 52 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	16.783,05 €
		ZE147.20	8-800.fk	52 bis unter 58 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	18.903,02 €
		ZE147.21	8-800.fm	58 bis unter 64 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	21.022,98 €
		ZE147.22	8-800.fn	64 bis unter 70 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	23.142,94 €
		ZE147.23	8-800.fp	70 bis unter 78 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	25.439,57 €
		ZE147.24	8-800.fq	78 bis unter 86 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	28.266,19 €
		ZE147.25	8-800.fr	86 bis unter 94 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	31.092,81 €
		ZE147.26	8-800.fs	94 bis unter 102 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	33.919,43 €
		ZE147.27	8-800.ft	102 bis unter 110 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	36.746,05 €
		ZE147.28	8-800.fu	110 bis unter 118 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	39.572,67 €
		ZE147.29	8-800.fv	118 bis unter 126 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	42.399,29 €
		ZE147.30		Siehe weitere Differenzierung ZE147.31 bis ZE147.47	
		ZE147.31	8-800.fz	126 bis unter 134 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	45.225,91 €
		ZE147.32	8-800.k0	134 bis unter 146 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	48.405,85 €
		ZE147.33	8-800.k1	146 bis unter 158 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	52.645,78 €

		ZE147.34	8-800.k2	158 bis unter 170 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	56.885,71 €
		ZE147.35	8-800.k3	170 bis unter 182 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	61.125,64 €
		ZE147.36	8-800.k4	182 bis unter 194 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	65.365,57 €
		ZE147.37	8-800.k5	194 bis unter 210 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	69.958,83 €
		ZE147.38	8-800.k6	210 bis unter 226 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	75.612,06 €
		ZE147.39	8-800.k7	226 bis unter 242 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	81.265,30 €
		ZE147.40	8-800.k8	242 bis unter 258 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	86.918,54 €
		ZE147.41	8-800.k9	258 bis unter 274 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	92.571,78 €
		ZE147.42	8-800.ka	274 bis unter 294 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	98.578,34 €
		ZE147.43	8-800.kb	294 bis unter 314 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	105.644,89 €
		ZE147.44	8-800.kc	314 bis unter 334 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	112.711,44 €
		ZE147.45	8-800.kd	334 bis unter 354 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	119.777,99 €
		ZE147.46	8-800.ke	354 bis unter 374 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	126.844,54 €
		ZE147.47	8-800.kf	374 oder mehr Apherese-Thrombozytenkonzentrate	133.911,08 €
ZE151	Gabe von Abatacept, intravenös			Applikation von Medikamenten, Liste 3: Abatacept, intravenös	
		ZE151.016)	6-003.s0	125 mg bis unter 250 mg	310,67 €
		ZE151.026)	6-003.s1	250 mg bis unter 500 mg	621,33 €
		ZE151.03	6-003.s2	500 mg bis unter 750 mg	932,00 €
		ZE151.04	6-003.s3	750 mg bis unter 1.000 mg	1.398,00 €
		ZE151.05	6-003.s4	1.000 mg bis unter 1.250 mg	1.864,00 €
		ZE151.06	6-003.s5	1.250 mg bis unter 1.500 mg	2.330,00 €
		ZE151.07	6-003.s6	1.500 mg bis unter 1.750 mg	2.796,00 €
		ZE151.08	6-003.s7	1.750 mg bis unter 2.000 mg	3.262,00 €
		ZE151.09	6-003.s8	2.000 mg bis unter 2.250 mg	3.728,00 €
		ZE151.10	6-003.s9	2.250 mg bis unter 2.500 mg	4.194,00 €
		ZE151.11	6-003.sa	2.500 mg bis unter 2.750 mg	4.660,00 €
		ZE151.12	6-003.sb	2.750 mg bis unter 3.000 mg	5.126,00 €
		ZE151.13	6-003.sc	3.000 mg oder mehr	5.592,00 €
ZE152 <sup>2)</sup>	Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Stentretreiver		8-836.60	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Fremdkörperentfernung: Gefäße intrakraniell	
			8-836.80	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Thrombektomie: Gefäße intrakraniell	
		ZE152.01	8-83b.84	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Instruments zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung: 1 Stentretreiver	1.596,24 €
			8-83b.8a	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Instruments zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung: 1 Multizonen-Stentretreiver	
		ZE152.02	8-83b.85	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Instruments zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung: 2 Stentretreiver	3.192,48 €
			8-83b.8b	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Instruments zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung: 2 Multizonen-Stentretreiver	
		ZE152.03	8-83b.86	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Instruments zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung: 3 oder mehr Stentretreiver	4.788,72 €
			8-83b.8c	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Instruments zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung: 3 oder mehr Multizonen-Stentretreiver	
ZE153	Zügeloperation mit alloplastischem Material, adjustierbar		5-594.31	Suprapubische (urethrosikale) Zügeloperation [Schlingenoperation]: Mit alloplastischem Material: Adjustierbar	siehe Anlage 2
ZE154	Gabe von Eculizumab, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 3: Eculizumab, parenteral	
		ZE154.01	6-003.h0	300 mg bis unter 600 mg	5.361,60 €
		ZE154.02	6-003.h1	600 mg bis unter 900 mg	10.723,20 €

		ZE154.03	6-003.h2	900 mg bis unter 1.200 mg	16.084,80 €
		ZE154.04	6-003.h3	1.200 mg bis unter 1.500 mg	21.446,40 €
		ZE154.05	6-003.h4	1.500 mg bis unter 1.800 mg	26.808,00 €
		ZE154.06	6-003.h5	1.800 mg bis unter 2.100 mg	32.169,60 €
		ZE154.07	6-003.h6	2.100 mg bis unter 2.400 mg	37.531,20 €
		ZE154.08	6-003.h7	2.400 mg bis unter 2.700 mg	42.892,80 €
		ZE154.09	6-003.h8	2.700 mg bis unter 3.000 mg	48.254,40 €
		ZE154.10	6-003.h9	3.000 mg bis unter 3.300 mg	53.616,00 €
		ZE154.11	6-003.ha	3.300 mg bis unter 3.600 mg	58.977,60 €
		ZE154.12	6-003.hb	3.600 mg bis unter 3.900 mg	64.339,20 €
		ZE154.13	6-003.hc	3.900 mg bis unter 4.200 mg	69.700,80 €
		ZE154.14	6-003.hd	4.200 mg bis unter 4.500 mg	75.062,40 €
		ZE154.15	6-003.he	4.500 mg bis unter 4.800 mg	80.424,00 €
		ZE154.16	6-003.hf	4.800 mg bis unter 5.100 mg	85.785,60 €
		ZE154.17	6-003.hg	5.100 mg bis unter 5.400 mg	91.147,20 €
		ZE154.18	6-003.hh	5.400 mg bis unter 5.700 mg	96.508,80 €
		ZE154.19	6-003.hj	5.700 mg bis unter 6.000 mg	101.870,40 €
		ZE154.20		Siehe weitere Differenzierung ZE154.21 bis ZE154.31	
		ZE154.21	6-003.hm	6.000 mg bis unter 6.600 mg	109.912,80 €
		ZE154.22	6-003.hn	6.600 mg bis unter 7.200 mg	120.636,00 €
		ZE154.23	6-003.hp	7.200 mg bis unter 7.800 mg	131.359,20 €
		ZE154.24	6-003.hq	7.800 mg bis unter 8.400 mg	142.082,40 €
		ZE154.25	6-003.hr	8.400 mg bis unter 9.600 mg	155.486,40 €
		ZE154.26	6-003.hs	9.600 mg bis unter 10.800 mg	176.932,80 €
		ZE154.27	6-003.ht	10.800 mg bis unter 13.200 mg	207.315,20 €
		ZE154.28	6-003.hu	13.200 mg bis unter 15.600 mg	250.208,00 €
		ZE154.29	6-003.hv	15.600 mg bis unter 20.400 mg	307.398,40 €
		ZE154.30	6-003.hw	20.400 mg bis unter 25.200 mg	393.184,00 €
		ZE154.31	6-003.hz	25.200 mg oder mehr	478.969,60 €
ZE156	Gabe von Decitabin, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 4: Decitabin, parenteral	
		ZE156.01	6-004.40	30 mg bis unter 60 mg	927,04 €
		ZE156.02	6-004.41	60 mg bis unter 90 mg	1.622,32 €
		ZE156.03	6-004.42	90 mg bis unter 120 mg	2.317,60 €
		ZE156.04	6-004.43	120 mg bis unter 150 mg	3.012,88 €
		ZE156.05	6-004.44	150 mg bis unter 180 mg	3.708,16 €
		ZE156.06	6-004.45	180 mg bis unter 210 mg	4.403,44 €
		ZE156.07	6-004.46	210 mg bis unter 240 mg	5.083,66 €
		ZE156.08	6-004.47	240 mg bis unter 270 mg	5.794,00 €
		ZE156.09	6-004.48	270 mg bis unter 300 mg	6.489,28 €
		ZE156.10	6-004.49	300 mg bis unter 330 mg	7.184,56 €
		ZE156.11	6-004.4a	330 mg bis unter 360 mg	7.879,84 €
		ZE156.12	6-004.4b	360 mg bis unter 390 mg	8.575,12 €
		ZE156.13	6-004.4c	390 mg bis unter 420 mg	9.270,40 €
		ZE156.14	6-004.4d	420 mg bis unter 450 mg	9.965,68 €
		ZE156.15	6-004.4e	450 mg bis unter 480 mg	10.660,96 €
		ZE156.16	6-004.4f	480 mg bis unter 510 mg	11.356,24 €
		ZE156.17	6-004.4g	510 mg oder mehr	12.051,52 €
ZE157	Gabe von Tocilizumab, intravenös			Applikation von Medikamenten, Liste 5: Tocilizumab, intravenös	
		ZE157.016)	6-005.m0	80 mg bis unter 200 mg	327,62 €
		ZE157.026)	6-005.m1	200 mg bis unter 320 mg	655,25 €
		ZE157.03	6-005.m2	320 mg bis unter 480 mg	982,87 €
		ZE157.04	6-005.m3	480 mg bis unter 640 mg	1.419,70 €

		ZE157.05	6-005.m4	640 mg bis unter 800 mg	1.856,54 €
		ZE157.06	6-005.m5	800 mg bis unter 960 mg	2.208,40 €
		ZE157.07	6-005.m6	960 mg bis unter 1.120 mg	2.730,20 €
		ZE157.08	6-005.m7	1.120 mg bis unter 1.280 mg	3.167,03 €
		ZE157.09	6-005.m8	1.280 mg bis unter 1.440 mg	3.603,86 €
		ZE157.10	6-005.m9	1.440 mg bis unter 1.600 mg	4.040,70 €
		ZE157.11	6-005.ma	1.600 mg bis unter 1.760 mg	4.402,61 €
		ZE157.12	6-005.mb	1.760 mg bis unter 1.920 mg	4.914,36 €
		ZE157.13	6-005.mc	1.920 mg bis unter 2.080 mg	5.351,19 €
		ZE157.14		Siehe weitere Differenzierung ZE157.15 bis ZE157.29	
		ZE157.15	6-005.me	2.080 mg bis unter 2.400 mg	5.897,23 €
		ZE157.16	6-005.mf	2.400 mg bis unter 2.720 mg	6.770,90 €
		ZE157.17	6-005.mg	2.720 mg bis unter 3.040 mg	7.644,56 €
		ZE157.18	6-005.mh	3.040 mg bis unter 3.360 mg	8.518,22 €
		ZE157.19	6-005.mj	3.360 mg bis unter 3.680 mg	9.391,89 €
		ZE157.20	6-005.mk	3.680 mg bis unter 4.000 mg	10.265,55 €
		ZE157.21		Siehe weitere Differenzierung ZE157.22 bis ZE157.29	
		ZE157.22	6-005.mn	4.000 mg bis unter 4.640 mg	11.357,63 €
		ZE157.23	6-005.mp	4.640 mg bis unter 5.280 mg	13.104,96 €
		ZE157.24	6-005.mq	5.280 mg bis unter 5.920 mg	14.852,29 €
		ZE157.25	6-005.mr	5.920 mg bis unter 6.560 mg	16.599,62 €
		ZE157.26	6-005.ms	6.560 mg bis unter 7.200 mg	18.346,94 €
		ZE157.27	6-005.mt	7.200 mg bis unter 7.840 mg	20.094,27 €
		ZE157.28	6-005.mu	7.840 mg bis unter 8.480 mg	21.841,60 €
		ZE157.29	6-005.mv	8.480 mg oder mehr	23.588,93 €
ZE158	Vagusnervstimulationssysteme, mit Sondenimplantation		5-059.c8	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Vagusnervstimulationssystem	siehe Anlage 2
ZE159	Vagusnervstimulationssysteme, ohne Sondenimplantation		5-059.d8	Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Vagusnervstimulationssystem	siehe Anlage 2
ZE161	Radiofrequenzablation Ösophagus		5-422.55	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ösophagus: Destruktion, endoskopisch: Radiofrequenzablation	siehe Anlage 2
ZE162 9)	Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (DRG-Tabelle 1)			Pflegebedürftigkeit im Sinne § 14 SGB XI und Pflegegrad gemäß § 15 SGB XI	
			9-984.8	Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	siehe Anlage 2
			9-984.9	Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	siehe Anlage 2
			9-984.a	Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	siehe Anlage 2
ZE163 10)	Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (DRG-Tabelle 2)			Pflegebedürftigkeit im Sinne § 14 SGB XI und Pflegegrad gemäß § 15 SGB XI	
			9-984.8	Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	siehe Anlage 2
			9-984.9	Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	siehe Anlage 2
			9-984.a	Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	siehe Anlage 2
ZE164	Gabe von pathogeninaktivierten Thrombozytenkonzentraten			Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Thrombozytenkonzentrat	
		ZE164.016)	8-800.h1	2 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	737,33 €
		ZE164.026)	8-800.h2	3 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	1.106,00 €
		ZE164.03	8-800.h3	4 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	1.474,67 €
		ZE164.04	8-800.h4	5 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	1.843,33 €
		ZE164.05	8-800.h5	6 bis unter 8 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	2.396,33 €
		ZE164.06	8-800.h6	8 bis unter 10 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	3.133,67 €
		ZE164.07	8-800.h7	10 bis unter 12 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	3.871,00 €

		ZE164.08	8-800.h8	12 bis unter 14 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	4.608,33 €
		ZE164.09	8-800.h9	14 bis unter 16 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	5.345,66 €
		ZE164.10	8-800.ha	16 bis unter 18 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	6.083,00 €
		ZE164.11	8-800.hb	18 bis unter 20 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	6.820,33 €
		ZE164.12	8-800.hc	20 bis unter 24 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	7.742,00 €
		ZE164.13	8-800.hd	24 bis unter 28 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	9.216,66 €
		ZE164.14	8-800.he	28 bis unter 32 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	10.691,33 €
		ZE164.15	8-800.hf	32 bis unter 36 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	12.165,99 €
		ZE164.16	8-800.hg	36 bis unter 40 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	13.640,66 €
		ZE164.17	8-800.hh	40 bis unter 46 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	15.299,66 €
		ZE164.18	8-800.hj	46 bis unter 52 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	17.511,66 €
		ZE164.19	8-800.hk	52 bis unter 58 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	19.723,66 €
		ZE164.20	8-800.hm	58 bis unter 64 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	21.935,66 €
		ZE164.21	8-800.hn	64 bis unter 70 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	24.147,66 €
		ZE164.22	8-800.hp	70 bis unter 78 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	26.543,99 €
		ZE164.23	8-800.hq	78 bis unter 86 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	29.493,32 €
		ZE164.24	8-800.hr	86 bis unter 94 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	32.442,65 €
		ZE164.25	8-800.hs	94 bis unter 102 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	35.391,98 €
		ZE164.26	8-800.ht	102 bis unter 110 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	38.341,32 €
		ZE164.27	8-800.hu	110 bis unter 118 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	41.290,65 €
		ZE164.28	8-800.hv	118 bis unter 126 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	44.239,98 €
		ZE164.29	8-800.hz	126 bis unter 134 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	47.189,31 €
		ZE164.30	8-800.n0	134 bis unter 146 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	50.507,31 €
		ZE164.31	8-800.n1	146 bis unter 158 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	54.931,31 €
		ZE164.32	8-800.n2	158 bis unter 170 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	59.355,31 €
		ZE164.33	8-800.n3	170 bis unter 182 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	63.779,30 €
		ZE164.34	8-800.n4	182 bis unter 194 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	68.203,30 €
		ZE164.35	8-800.n5	194 bis unter 210 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	72.995,97 €
		ZE164.36	8-800.n6	210 bis unter 226 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	78.894,63 €
		ZE164.37	8-800.n7	226 bis unter 242 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	84.793,30 €
		ZE164.38	8-800.n8	242 bis unter 258 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	90.691,96 €
		ZE164.39	8-800.n9	258 bis unter 274 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	96.590,62 €
		ZE164.40	8-800.na	274 bis unter 294 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	102.857,95 €
		ZE164.41	8-800.nb	294 bis unter 314 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	110.231,28 €
		ZE164.42	8-800.nc	314 bis unter 334 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	117.604,61 €
		ZE164.43	8-800.nd	334 bis unter 354 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	124.977,94 €
		ZE164.44	8-800.ne	354 bis unter 374 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	132.351,27 €
		ZE164.45	8-800.nf	374 oder mehr pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate	139.724,60 €
ZE165	Gabe von pathogeninaktivierten Apherese-Thrombozytenkonzentraten			Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrat	
		ZE165.016)	8-800.d0	1 pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrat	426,36 €
		ZE165.02	8-800.d1	2 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	852,72 €
		ZE165.03	8-800.d2	3 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	1.279,08 €
		ZE165.04	8-800.d3	4 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	1.705,44 €
		ZE165.05	8-800.d4	5 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	2.131,80 €
		ZE165.06	8-800.d5	6 bis unter 8 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	2.771,34 €
		ZE165.07	8-800.d6	8 bis unter 10 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	3.624,06 €
		ZE165.08	8-800.d7	10 bis unter 12 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	4.476,79 €
		ZE165.09	8-800.d8	12 bis unter 14 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	5.329,51 €

		ZE165.10	8-800.d9	14 bis unter 16 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	6.182,23 €
		ZE165.11	8-800.da	16 bis unter 18 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	7.034,95 €
		ZE165.12	8-800.db	18 bis unter 20 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	7.887,67 €
		ZE165.13	8-800.dc	20 bis unter 24 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	8.953,57 €
		ZE165.14	8-800.dd	24 bis unter 28 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	10.659,01 €
		ZE165.15	8-800.de	28 bis unter 32 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	12.364,45 €
		ZE165.16	8-800.df	32 bis unter 36 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	14.069,90 €
		ZE165.17	8-800.dg	36 bis unter 40 pathogeninaktivierte pherese-Thrombozytenkonzentrate	15.775,34 €
		ZE165.18	8-800.dh	40 bis unter 46 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	17.693,96 €
		ZE165.19	8-800.dj	46 bis unter 52 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	20.252,12 €
		ZE165.20	8-800.dk	52 bis unter 58 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	22.810,29 €
		ZE165.21	8-800.dm	58 bis unter 64 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	25.368,45 €
		ZE165.22	8-800.dn	64 bis unter 70 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	27.926,61 €
		ZE165.23	8-800.dp	70 bis unter 78 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	30.697,96 €
		ZE165.24	8-800.dq	78 bis unter 86 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	34.108,84 €
		ZE165.25	8-800.dr	86 bis unter 94 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	37.519,72 €
		ZE165.26	8-800.ds	94 bis unter 102 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	40.930,61 €
		ZE165.27	8-800.dt	102 bis unter 110 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	44.341,49 €
		ZE165.28	8-800.du	110 bis unter 118 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	47.752,38 €
		ZE165.29	8-800.dv	118 bis unter 126 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	51.163,26 €
		ZE165.30	8-800.dz	126 bis unter 134 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	54.574,14 €
		ZE165.31	8-800.j0	134 bis unter 146 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	58.411,39 €
		ZE165.32	8-800.j1	146 bis unter 158 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	63.527,71 €
		ZE165.33	8-800.j2	158 bis unter 170 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	68.644,04 €
		ZE165.34	8-800.j3	170 bis unter 182 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	73.760,37 €
		ZE165.35	8-800.j4	182 bis unter 194 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	78.876,69 €
		ZE165.36	8-800.j5	194 bis unter 210 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	84.419,38 €
		ZE165.37	8-800.j6	210 bis unter 226 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	91.241,15 €
		ZE165.38	8-800.j7	226 bis unter 242 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	98.062,92 €
		ZE165.39	8-800.j8	242 bis unter 258 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	104.884,68 €

		ZE165.40	8-800.j9	258 bis unter 274 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	111.706,45 €
		ZE165.41	8-800.ja	274 bis unter 294 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	118.954,58 €
		ZE165.42	8-800.jb	294 bis unter 314 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	127.481,79 €
		ZE165.43	8-800.jc	314 bis unter 334 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	136.009,00 €
		ZE165.44	8-800.jd	334 bis unter 354 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	144.536,21 €
		ZE165.45	8-800.je	354 bis unter 374 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	153.063,42 €
		ZE165.46	8-800.jf	374 oder mehr pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate	161.590,63 €
ZE168	Gabe von Ipilimumab, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 6: Ipilimumab, parenteral	
		ZE168.016	6-006.j0	20 mg bis unter 30 mg	1.649,06 €
		ZE168.02	6-006.j1	30 mg bis unter 40 mg	2.355,80 €
		ZE168.03	6-006.j2	40 mg bis unter 50 mg	3.062,54 €
		ZE168.04	6-006.j3	50 mg bis unter 60 mg	3.769,28 €
		ZE168.05	6-006.j4	60 mg bis unter 70 mg	4.476,02 €
		ZE168.06	6-006.j5	70 mg bis unter 80 mg	5.182,76 €
		ZE168.07	6-006.j6	80 mg bis unter 90 mg	5.875,13 €
		ZE168.08	6-006.j7	90 mg bis unter 100 mg	6.543,71 €
		ZE168.09	6-006.j8	100 mg bis unter 120 mg	7.538,56 €
		ZE168.10	6-006.j9	120 mg bis unter 140 mg	8.952,04 €
		ZE168.11	6-006.ja	140 mg bis unter 160 mg	10.365,52 €
		ZE168.12	6-006.jb	160 mg bis unter 180 mg	11.779,00 €
		ZE168.13	6-006.jc	180 mg bis unter 200 mg	13.192,48 €
		ZE168.14	6-006.jd	200 mg bis unter 220 mg	14.605,96 €
		ZE168.15	6-006.je	220 mg bis unter 240 mg	16.019,44 €
		ZE168.16	6-006.jf	240 mg bis unter 260 mg	17.382,27 €
		ZE168.17	6-006.jg	260 mg bis unter 300 mg	19.317,56 €
		ZE168.18	6-006.jh	300 mg bis unter 340 mg	22.144,52 €
		ZE168.19	6-006.ji	340 mg bis unter 380 mg	24.971,48 €
		ZE168.20	6-006.jk	380 mg bis unter 420 mg	27.798,44 €
		ZE168.21	6-006.jm	420 mg bis unter 460 mg	30.625,40 €
		ZE168.22	6-006.jn	460 mg bis unter 540 mg	34.394,68 €
		ZE168.23	6-006.jp	540 mg bis unter 620 mg	40.048,60 €
		ZE168.24	6-006.jq	620 mg bis unter 700 mg	45.702,52 €
		ZE168.25	6-006.jr	700 mg bis unter 860 mg	53.241,08 €
		ZE168.26	6-006.js	860 mg bis unter 1.020 mg	64.548,92 €
		ZE168.27	6-006.jt	1.020 mg bis unter 1.180 mg	75.856,76 €
		ZE168.28	6-006.ju	1.180 mg bis unter 1.340 mg	87.164,60 €
		ZE168.29	6-006.jv	1.340 mg bis unter 1.500 mg	98.472,44 €
		ZE168.30	6-006.jw	1.500 mg oder mehr	109.780,28 €
ZE169	Adjustierbare Harnkontinenztherapien		5-596.73	Andere Harnkontinenzoperationen: Adjustierbare Kontinenztherapie: Wechsel des Ballons	siehe Anlage 2
			5-596.74	Andere Harnkontinenzoperationen: Adjustierbare Kontinenztherapie: Implantation unter den Harnblasenhals	
			5-596.75	Andere Harnkontinenzoperationen: Adjustierbare Kontinenztherapie: Implantation in die Region der bulbären Harnröhre	
ZE170	Suspensionsoperation bei Harnkontinenz des Mannes		5-598.0	Suspensionsoperation [Zügeloperation] bei Harnkontinenz des Mannes: Mit alloplastischem Material	siehe Anlage 2



ZE171	Gabe von Pembrolizumab, parenteral			Applikation von Medikamenten, Liste 9: Pembrolizumab, parenteral	
		ZE171.016)	6-009.p0	20 mg bis unter 40 mg	751,33 €
		ZE171.026)	6-009.p1	40 mg bis unter 60 mg	1.314,83 €
		ZE171.036)	6-009.p2	60 mg bis unter 80 mg	1.878,33 €
		ZE171.04	6-009.p3	80 mg bis unter 100 mg	2.441,82 €
		ZE171.05	6-009.p4	100 mg bis unter 150 mg	2.817,49 €
		ZE171.06	6-009.p5	150 mg bis unter 200 mg	4.226,24 €
		ZE171.07	6-009.p6	200 mg bis unter 300 mg	5.634,98 €
		ZE171.08	6-009.p7	300 mg bis unter 400 mg	8.452,47 €
		ZE171.09	6-009.p8	400 mg bis unter 600 mg	11.269,96 €
		ZE171.10	6-009.p9	600 mg bis unter 800 mg	16.904,94 €
		ZE171.11	6-009.pa	800 mg bis unter 1.000 mg	22.539,92 €
		ZE171.12	6-009.pb	1.000 mg bis unter 1.200 mg	28.174,90 €
		ZE171.13	6-009.pc	1.200 mg bis unter 1.400 mg	33.809,88 €
		ZE171.14	6-009.pd	1.400 mg bis unter 1.600 mg	39.444,86 €
		ZE171.15	6-009.pe	1.600 mg bis unter 1.800 mg	45.079,84 €
		ZE171.16	6-009.pf	1.800 mg bis unter 2.000 mg	50.714,82 €
		ZE171.17	6-009.pg	2.000 mg bis unter 2.200 mg	56.349,80 €
		ZE171.18	6-009.ph	2.200 mg bis unter 2.400 mg	61.984,78 €
		ZE171.19	6-009.pj	2.400 mg bis unter 2.600 mg	67.619,76 €
		ZE171.20	6-009.pk	2.600 mg oder mehr	73.254,74 €

<sup>1)</sup> Gilt für alle entsprechenden 5-Steller oder 6-Steller des angegebenen OPS-Kodes.

<sup>1)</sup> Eine zusätzliche Abrechnung ist im Zusammenhang mit einer Fallpauschale der Basis-DRG L60 oder L71 oder der DRG L90B oder L90C und dem nach Anlage 3b krankenhausindividuell zu vereinbarenden Entgelt L90A nicht möglich.

<sup>2)</sup> Nur abrechenbar in Kombination mit einem der grau hinterlegten OPS-Kodes.

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

<sup>4)</sup> Dieses Zusatzentgelt ist nur abrechenbar für Patienten mit einem Alter < 5 Jahre.

<sup>5)</sup> Dieses Zusatzentgelt ist nur abrechenbar für Patienten mit einem Alter < 10 Jahre.

<sup>6)</sup> Dieses Zusatzentgelt ist nur abrechenbar für Patienten mit einem Alter < 15 Jahre.

<sup>7)</sup> Für eine Prozedur „(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisierung mit Metallspiralen“

in Kombination mit den Prozeduren 8-83b.34, 8-83b.35 und 8-83b.38 ist lokalisationsunabhängig ausschließlich das ZE105 abrechenbar.

<sup>8)</sup> Bei der Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren erfolgt die Abrechnung der Gabe von Prothrombinkomplex über das ZE203-97 nach Anlage 4 bzw. 6, die gleichzeitige Abrechnung des ZE30 ist ausgeschlossen.

<sup>9)</sup> Das Zusatzentgelt ist ab einer Mindestverweildauer von 5 Belegungstagen und nur in Verbindung mit einer der in Anlage 8 Tabelle 1 genannten DRG-Fallpauschale abrechenbar.

<sup>10)</sup> Das Zusatzentgelt ist ab einer Mindestverweildauer von 5 Belegungstagen und nur in Verbindung mit einer der in Anlage 8 Tabelle 2 genannten DRG-Fallpauschale abrechenbar.

Quelle: InEK, Download [www.g-drg.de](http://www.g-drg.de). Mit Beginn eines neuen Geltungsstandes können sich inhaltliche Änderungen ergeben.

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

## Zusatzentgelte-Katalog 2023<sup>1)</sup> Anlage 4

Zusatzentgelt	Bezeichnung
1	2
ZE2023-01 <sup>4)</sup>	Beckenimplantate
ZE2023-02 <sup>4)</sup>	Links- und rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“)
ZE2023-03 <sup>4)</sup>	ECMO und PECLA
ZE2023-04 <sup>4)</sup>	Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich
ZE2023-05 <sup>4)</sup>	Distraction am Gesichtsschädel
ZE2023-07 <sup>4)</sup>	Andere implantierbare Medikamentenpumpen
ZE2023-08 <sup>3), 4)</sup>	Sonstige Dialyse
ZE2023-09 <sup>4)</sup>	Hämo-perfusion und Adsorption zur Entfernung hydrophober Substanzen
ZE2023-10 <sup>4)</sup>	Leberersatztherapie
ZE2023-13 <sup>4)</sup>	Immunadsorption
ZE2023-15 <sup>4)</sup>	Zellapherese
ZE2023-16 <sup>4)</sup>	Isolierte Extremitätenperfusion
ZE2023-17 <sup>4)</sup>	Retransplantation von Organen während desselben stationären Aufenthaltes
ZE2023-18 <sup>4)</sup>	Zwerchfellschrittmacher
ZE2023-22 <sup>4)</sup>	IABP
ZE2023-24 <sup>4)</sup>	Andere Penisprothesen
ZE2023-25 <sup>4)</sup>	Modulare Endprothesen
ZE2023-26 <sup>4)</sup>	Anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung
ZE2023-33 <sup>2), 4)</sup>	Gabe von Sargramostim, parenteral
ZE2023-34 <sup>4)</sup>	Gabe von Granulozytenkonzentraten
ZE2023-35 <sup>4)</sup>	Fremdbezug von hämatopoetischen Stammzellen
ZE2023-36 <sup>4)</sup>	Versorgung von Schwerstbehinderten
ZE2023-40 <sup>4)</sup>	Naturheilkundliche Komplexbehandlung
ZE2023-41 <sup>4), 5)</sup>	Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems
ZE2023-44 <sup>4)</sup>	Stammzellboost nach erfolgter Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen, nach In-vitro-Aufbereitung
ZE2023-45 <sup>4)</sup>	Komplexe Diagnostik bei hämatologischen und onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
ZE2023-46 <sup>2), 4)</sup>	Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral
ZE2023-49 <sup>4)</sup>	Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC) in Kombination mit Peritonektomie und ggf. mit Multiviszeralresektion oder hypertherme intrathorakale Chemotherapie (HITOC) in Kombination mit Pleurektomie und ggf. mit Tumorreduktion
ZE2023-50 <sup>4), 6)</sup>	Implantation einer (Hybrid)-Prothese an der Aorta
ZE2023-54 <sup>4)</sup>	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt
ZE2023-56 <sup>4)</sup>	Gabe von Bosentan, oral
ZE2023-57 <sup>4)</sup>	Gabe von Jod-131-MIBG (Metajodobenzylguanidin), parenteral
ZE2023-58 <sup>4)</sup>	Gabe von Alpha-1-Proteinaseinhibitor human, parenteral

ZE2023-59 <sup>4)</sup>	Gabe von Interferon alfa-2a (nicht pegylierte Form), parenteral
ZE2023-60 <sup>4)</sup>	Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral
ZE2023-61 <sup>4)</sup>	Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, wiederaufladbar
ZE2023-62 <sup>4)</sup>	Mikroaxial-Blutpumpe
ZE2023-63 <sup>4)</sup>	Gabe von Diboterin alfa, Implantation am Knochen
ZE2023-65 <sup>4)</sup>	Selektive intravasculäre Radionuklidtherapie [SIRT] mit Yttrium-90- oder Rhenium-188- oder Holmium-166-markierten Mikrosphären
ZE2023-66 <sup>4)</sup>	Enzymersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten
ZE2023-67 <sup>4)</sup>	Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal
ZE2023-69 <sup>4)</sup>	Gabe von Hämin, parenteral
ZE2023-70 <sup>4)</sup>	Radioimmuntherapie mit 90Y-Ibritumomab-Tiuxetan, parenteral
ZE2023-71 <sup>4)</sup>	Radiorezeptortherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga
ZE2023-72 <sup>4)</sup>	Distractionsmarknagel, motorisiert
ZE2023-74 <sup>4)</sup>	Gabe von Sunitinib, oral
ZE2023-75 <sup>4)</sup>	Gabe von Sorafenib, oral
ZE2023-77 <sup>4)</sup>	Gabe von Lenalidomid, oral
ZE2023-79 <sup>4)</sup>	Gabe von Nelarabin, parenteral
ZE2023-80 <sup>2),4)</sup>	Gabe von Amphotericin-B-Lipidkomplex, parenteral
ZE2023-82 <sup>3),4)</sup>	Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD)
ZE2023-84 <sup>4)</sup>	Gabe von Ambrisentan, oral
ZE2023-85 <sup>4)</sup>	Gabe von Temsirolimus, parenteral
ZE2023-86 <sup>4)</sup>	Andere Neurostimulatoren und Neuroprothesen
ZE2023-88 <sup>4)</sup>	Komplexe neuropädiatrische Diagnostik mit weiteren Maßnahmen
ZE2023-91 <sup>4)</sup>	Gabe von Dasatinib, oral
ZE2023-97 <sup>4),7)</sup>	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren
ZE2023-99 <sup>4)</sup>	Fremdbezug von Donor-Lymphozyten
ZE2023-101 <sup>4)</sup>	Gabe von Mifamurtid, parenteral
ZE2023-103 <sup>4)</sup>	Gabe von Rituximab, subkutan
ZE2023-104 <sup>4)</sup>	Gabe von Trastuzumab, subkutan
ZE2023-106 <sup>4)</sup>	Gabe von Abatacept, subkutan
ZE2023-107 <sup>4)</sup>	Medikamente-freisetzende bioresorbierbare Koronarstents
ZE2023-108 <sup>4)</sup>	Implantation einer Irisprothese
ZE2023-109 <sup>3),4)</sup>	Dialyse mit High-Cut-off-Dialysemembran
ZE2023-110 <sup>4)</sup>	Gabe von Tocilizumab, subkutan
ZE2023-111 <sup>4)</sup>	Gabe von Paclitaxel, als an Albumin gebundene Nanopartikel, parenteral
ZE2023-112 <sup>4)</sup>	Gabe von Abirateron, oral
ZE2023-113 <sup>4)</sup>	Gabe von Cabazitaxel, parenteral
ZE2023-115 <sup>4)</sup>	Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: Molekulargenetische Identifikation und Herstellung von patientenspezifischen Markern
ZE2023-116 <sup>4)</sup>	Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: Patientenspezifische molekulargenetische Quantifizierung
ZE2023-117 <sup>4)</sup>	Chemosaturations-Therapie mittels perkutaner Leberperfusion
ZE2023-118 <sup>4)</sup>	Neurostimulatoren zur Hirnstimulation, Einkanalstimulator

ZE2023-119 <sup>4)</sup>	Distraktionsmarknagel, nicht motorisiert
ZE2023-120 <sup>4)</sup>	Gabe von Pemetrexed, parenteral
ZE2023-121 <sup>4)</sup>	Gabe von Etanercept, parenteral
ZE2023-122 <sup>4)</sup>	Gabe von Imatinib, oral
ZE2023-123 <sup>4)</sup>	Gabe von Caspofungin, parenteral
ZE2023-124 <sup>4)</sup>	Gabe von Voriconazol, oral
ZE2023-125 <sup>4)</sup>	Gabe von Voriconazol, parenteral
ZE2023-127 <sup>4)</sup>	Gabe von L-Asparaginase aus <i>Erwinia chrysanthemi</i> [Erwinase], parenteral
ZE2023-128 <sup>4)</sup>	Gabe von nicht pegylierter Asparaginase, parenteral
ZE2023-129 <sup>4)</sup>	Gabe von pegylierter Asparaginase, parenteral
ZE2023-130 <sup>4)</sup>	Gabe von Belimumab, parenteral
ZE2023-131 <sup>4)</sup>	Gabe von Defibrotid, parenteral
ZE2023-132 <sup>4)</sup>	Gabe von Thiotepa, parenteral
ZE2023-133 <sup>4)</sup>	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst
ZE2023-134 <sup>4)</sup>	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen externen Palliativdienst
ZE2023-135 <sup>4)</sup>	Basisdiagnostik bei unklarem Symptomkomplex bei Neugeborenen und Säuglingen mit weiteren Maßnahmen
ZE2023-136 <sup>4)</sup>	Einlegen von endobronchialen Nitinolspiralen
ZE2023-137 <sup>4), 7), 8)</sup>	Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII
ZE2023-138 <sup>4), 7), 9)</sup>	Gabe von Fibrinogenkonzentrat
ZE2023-139 <sup>4), 7), 10)</sup>	Gabe von Blutgerinnungsfaktoren
ZE2023-140 <sup>4)</sup>	Gabe von Brentuximab Vedotin, parenteral
ZE2023-141 <sup>4)</sup>	Gabe von Enzalutamid, oral
ZE2023-142 <sup>4)</sup>	Gabe von Aflibercept, intravenös
ZE2023-143 <sup>4)</sup>	Gabe von Eltrombopag, oral
ZE2023-144 <sup>4)</sup>	Gabe von Obinutuzumab, parenteral
ZE2023-145 <sup>4)</sup>	Gabe von Ibrutinib, oral
ZE2023-146 <sup>4)</sup>	Gabe von Ramucirumab, parenteral
ZE2023-147 <sup>4)</sup>	Gabe von Bortezomib, parenteral
ZE2023-148 <sup>4)</sup>	Gabe von Adalimumab, parenteral
ZE2023-149 <sup>4)</sup>	Gabe von Infliximab, parenteral
ZE2023-150 <sup>4)</sup>	Gabe von Busulfan, parenteral
ZE2023-151 <sup>4)</sup>	Gabe von Rituximab, intravenös
ZE2023-152 <sup>4)</sup>	Mehrdimensionale pädiatrische Diagnostik
ZE2023-153 <sup>4)</sup>	Gabe von Trastuzumab, intravenös
ZE2023-154 <sup>4)</sup>	Gabe von Anidulafungin, parenteral
ZE2023-156 <sup>4)</sup>	Gabe von Posaconazol, parenteral
ZE2023-157 <sup>4)</sup>	Gabe von Pixantron, parenteral
ZE2023-158 <sup>4)</sup>	Gabe von Pertuzumab, parenteral
ZE2023-159 <sup>4)</sup>	Gabe von Blinatumomab, parenteral
ZE2023-161 <sup>4)</sup>	Gabe von Nivolumab, parenteral

ZE2023-162 <sup>4)</sup>	Gabe von Carfilzomib, parenteral
ZE2023-163 <sup>4)</sup>	Gabe von Macitentan, oral
ZE2023-164 <sup>4)</sup>	Gabe von Riociguat, oral
ZE2023-165 <sup>4)</sup>	Gabe von Nusinersen, intrathekal
ZE2023-166 <sup>4)</sup>	Gabe von Isavuconazol, parenteral
ZE2023-167 <sup>4)</sup>	Gabe von Isavuconazol, oral
ZE2023-169 <sup>4)</sup>	Gabe von Liposomalem Irinotecan, parenteral
ZE2023-170 <sup>4)</sup>	Gabe von Bevacizumab, parenteral
ZE2023-171 <sup>4)</sup>	Gabe von Clofarabin, parenteral
ZE2023-172 <sup>4)</sup>	Gabe von Posaconazol, oral, Suspension
ZE2023-173 <sup>4)</sup>	Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten
ZE2023-174 <sup>2), 4)</sup>	Gabe von Liposomalem Cytarabin, intrathekal
ZE2023-175 <sup>4), 11)</sup>	Gabe von Filgrastim, parenteral
ZE2023-176 <sup>4), 11)</sup>	Gabe von Lenograstim, parenteral
ZE2023-177 <sup>4), 11)</sup>	Gabe von Pegfilgrastim, parenteral
ZE2023-178 <sup>4), 11)</sup>	Gabe von Lipegfilgrastim, parenteral
ZE2023-180 <sup>4)</sup>	Gabe von Azacytidin, parenteral
ZE2023-182 <sup>4)</sup>	Gabe von Vedolizumab, parenteral
ZE2023-183 <sup>4)</sup>	Gabe von Elotuzumab, parenteral
ZE2023-184 <sup>4)</sup>	Gabe von Atezolizumab, parenteral
ZE2023-185 <sup>4)</sup>	Gabe von Ocrelizumab, parenteral
ZE2023-186 <sup>4)</sup>	Gabe von Venetoclax, oral
ZE2023-187 <sup>4)</sup>	Neurostimulatoren zur Hypoglossusnerv-Stimulation
ZE2023-188 <sup>4)</sup>	Patientenindividuell hergestellte Stent-Prothesen an der Aorta, ohne Öffnung
ZE2023-189 <sup>4)</sup>	Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung
ZE2023-190 <sup>4)</sup>	Längerfristige Beatmungsentwöhnung
ZE2023-191 <sup>4)</sup>	Gabe von Dinutuximab beta, parenteral
ZE2023-192 <sup>4)</sup>	Gabe von Midostaurin, oral
ZE2023-193 <sup>4)</sup>	Gabe von Onasemnogen Apeparovec, parenteral
ZE2023-194 <sup>4)</sup>	Gabe von Ustekinumab, intravenös
ZE2023-195 <sup>4)</sup>	Gabe von Ustekinumab, subkutan
ZE2023-196 <sup>12)</sup>	Gabe von Micafungin, parenteral
ZE2023-197 <sup>15)</sup>	Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Thrombektomie-Aspirationskatheters
ZE2023-198 <sup>4)</sup>	Molekulares Monitoring der Resttumlast [MRD]: Molekulargenetische Identifikation von krankheitsspezifischen Markern
ZE2023-199 <sup>4)</sup>	Molekulares Monitoring der Resttumlast [MRD]: Krankheitspezifische molekulargenetische Quantifizierung
ZE2023-200 <sup>13)</sup>	Gabe von Daratumumab, intravenös
ZE2023-201 <sup>13)</sup>	Gabe von Daratumumab, subkutan
ZE2023-202 <sup>14)</sup>	Gabe von Aldesleukin, parenteral

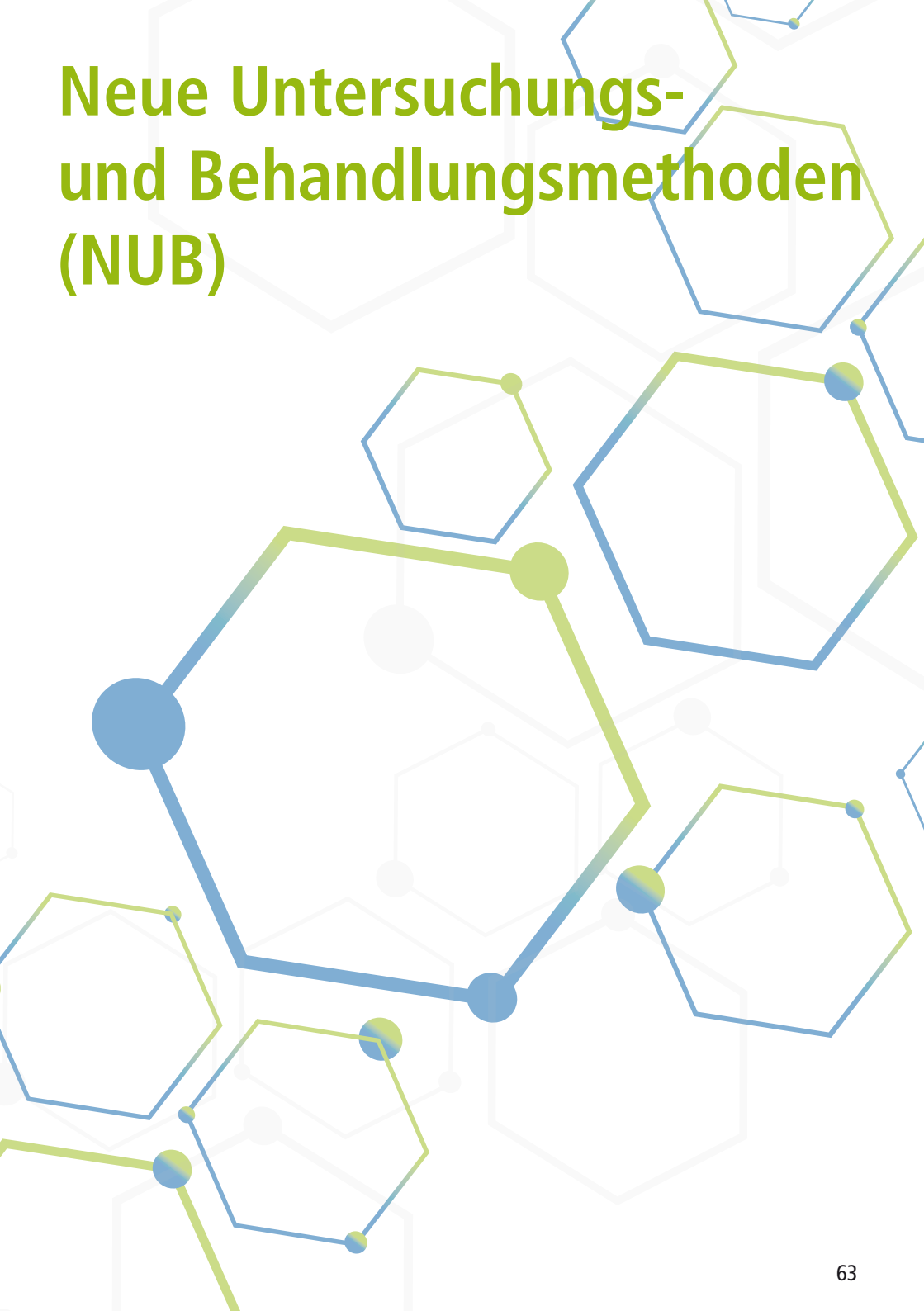
ZE2023-203 <sup>4)</sup>	Gabe von Durvalumab, parenteral
ZE2023-204 <sup>4)</sup>	Gabe von Gemtuzumab Ozogamicin, parenteral
ZE2023-205 <sup>4)</sup>	Gabe von Polatuzumab Vedotin, parenteral

- 1) Die jeweiligen Definitionen (OPS-Kodes und OPS-Texte) sind in Anlage 6 aufgeführt. 2) Das Zulassungsrecht bleibt von der Katalogaufnahme unberührt. Die Kostenträger entscheiden im Einzelfall, ob die Kosten dieser Medikamente übernommen werden.
- 3) Eine zusätzliche Abrechnung ist im Zusammenhang mit einer Fallpauschale der Basis-DRG L60 oder L71 oder der DRG L90B oder L90C und dem nach Anlage 3b krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Entgelt L90A nicht möglich.
- 4) Nach § 5 Absatz 2 Satz 3 der Fallpauschalenvereinbarung 2023 ist für diese Zusatzentgelte das bisher krankenhausesindividuell vereinbarte Entgelt der Höhe nach bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.
- 5) Die Bewertung des Zusatzentgeltes mittels einer Differenzkostenbetrachtung hat in Abhängigkeit der abzurechnenden DRG-Fallpauschalen zu erfolgen.
- 6) Die Bewertung des Zusatzentgeltes mittels einer Differenzkostenbetrachtung hat in Abhängigkeit der abzurechnenden DRG-Fallpauschalen und ggf. weiterer abrechenbarer Zusatzentgelte für Stent-Prothesen an der Aorta zu erfolgen.
- 7) Die jeweils zugehörigen ICD-Kodes und ICD-Texte sind in Anlage 7 aufgeführt.
- 8) Für das Jahr 2023 gilt ein Schwellenwert in der Höhe von 20.000 € für den im Rahmen der Behandlung des Patienten für Blutgerinnungsfaktoren angefallenen Betrag. Ab Überschreitung dieses Schwellenwertes ist der gesamte für die Behandlung des Patienten mit Blutgerinnungsfaktoren angefallene Betrag abzurechnen.
- 9) Für das Jahr 2023 gilt ein Schwellenwert in der Höhe von 2.500 € für den im Rahmen der Behandlung des Patienten für Blutgerinnungsfaktoren angefallenen Betrag. Ab Überschreitung dieses Schwellenwertes ist der gesamte für die Behandlung des Patienten mit Blutgerinnungsfaktoren angefallene Betrag abzurechnen.
- 10) Für das Jahr 2023 gilt ein Schwellenwert in der Höhe von 6.000 € für die Summe der im Rahmen der Behandlung des Patienten für Blutgerinnungsfaktoren angefallenen Beträge. Ab Überschreitung dieses Schwellenwertes ist der gesamte für die Behandlung des Patienten mit Blutgerinnungsfaktoren angefallene Betrag abzurechnen.
- 11) Bei der Vereinbarung der Entgelthöhen für die Zusatzentgelte für Granulozyten-Kolonie-stimulierende Faktoren wird in analoger Umsetzung der bisherigen Bewertung empfohlen, die Verhandlung zu den Entgelthöhen auf Basis der krankenhausesindividuellen Kostensituation zu führen und bei der finalen Vereinbarung die Entgelthöhe der Zusatzentgelte für Pegfilgrastim (ZE2023-177) bzw. Lipefilgrastim (ZE2023-178) um einen Betrag zu reduzieren, der in etwa dem dreifachen Wert der Kosten einer typischen Tagesdosis Filgrastim (ZE2023-175) bzw. Lenograstim (ZE2023-176) entspricht.
- 12) Nach § 5 Absatz 2 Satz 3 der Fallpauschalenvereinbarung 2023 ist für dieses Zusatzentgelt das bisher krankenhausesindividuell vereinbarte Entgelt der Höhe nach bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2023 weiter zu erheben. Bei fehlender Budgetvereinbarung 2022 ist für dieses Zusatzentgelt das bewertete Zusatzentgelt ZE128 in Höhe von 70 Prozent der im DRG-Katalog 2021 bewerteten Höhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2022 weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.
- 13) Nach § 5 Absatz 2 Satz 3 der Fallpauschalenvereinbarung 2023 ist für dieses Zusatzentgelt das bisher krankenhausesindividuell vereinbarte Entgelt für ZE2022-168 der Höhe nach bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.
- 14) Nach § 5 Absatz 2 Satz 3 der Fallpauschalenvereinbarung 2023 ist für dieses Zusatzentgelt das bisherige bewertete Zusatzentgelt ZE48 aus 2022 bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung der Höhe nach weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.
- 15) Nach § 5 Absatz 2 Satz 3 der Fallpauschalenvereinbarung 2023 ist für dieses Zusatzentgelt das bisher krankenhausesindividuell vereinbarte Entgelt der Höhe nach bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2023 weiter zu erheben. Bei fehlender Budgetvereinbarung 2022 ist für dieses Zusatzentgelt das bewertete Zusatzentgelt ZE133 aus 2021 der Höhe nach bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2022 weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.

Quelle: InEK, Download [www.g-drg.de](http://www.g-drg.de). Mit Beginn eines neuen Geltungsstandes können sich inhaltliche Änderungen ergeben.

Die Definition und Zuordnung der OPS-Kodes findet sich in Anlage 6 zum Fallpauschalenkatalog. In Anlage 7 werden die ICD-Kodes für Blutgerinnungsstörungen aufgeführt, die dem Zusatzentgelt ZE2023-97 bzw. den Zusatzentgelten ZE2023-137, ZE2023-138 und ZE2023-139 zugeordnet wurden. Auf die Darstellung der Anlagen 6 und 7 sowie Anhang 1 wird an dieser Stelle verzichtet.

# Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)



Das G-DRG-System wird jährlich auf der Grundlage von Krankenhauskostendaten aktualisiert. Für die Kalkulation der G-DRG-Version 2023 wurden die Kosten- und Leistungsdaten des Jahres 2021 herangezogen. Das G-DRG-System kann damit relativ zeitnah aktuelle Leistungs- und Kostenentwicklungen in Deutschland nachzeichnen. Wurden Innovationen aber erst im Jahr 2022 eingeführt, fallen sie in den „Toten Winkel“ der Kalkulation der G-DRG-Version 2023 und können nicht vom Fallpauschalensystem abgebildet werden. Gleiches gilt für Leistungen, die bereits 2021 oder früher eingeführt wurden, die aber nicht oder nur selten in den Krankenhäusern erbracht wurden, die an der DRG-Kalkulation teilnehmen.



Abbildung 9 – Ablauf der G-DRG-Kalkulation – Abbildungsproblem neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Die aus dem mindestens zweijährigen Verzug der G-DRG-Systementwicklung resultierende Finanzierungsproblematik für innovative Leistungen hat der Gesetzgeber frühzeitig erkannt. Er hat deshalb im § 6 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) festgelegt, dass für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB), die mit den bestehenden Fallpauschalen und Zusatzentgelten noch nicht sachgerecht vergütet werden, zeitlich befristete, fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte (NUB-Entgelte) vereinbart werden können.

Mit dem im Sommer 2015 verabschiedeten GKV-Versorgungsstärkungsgesetz hat der Gesetzgeber im Sinne der Erhöhung der Patientensicherheit festgelegt, dass nach §137h SGB V für in das NUB-Verfahren eingebrachte Medizinprodukte mit hoher Risikoklasse eine frühe Nutzenbewertung erfolgen soll. Es handelt sich um Produkte, die den Risikoklassen IIb oder III nach der einschlägigen EU-Richtlinie oder den aktiven implantierbaren Medizinprodukten zuzuordnen sind, und deren Anwendung einen besonders invasiven Charakter aufweisen. Zeitgleich mit dem NUB-Antrag soll seit 2016 der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) über das Verfahren informiert werden. Der G-BA prüft dann, ob das Verfahren ein neues „theoretisch-wissenschaftliches“ Konzept aufweist. Trifft dies



zu, soll der G-BA innerhalb von 3 Monaten eine frühe Nutzenbewertung vornehmen und feststellen, ob für das Verfahren bereits ein Nutzen belegt ist oder zumindest ein Potenzial besteht. Besteht „nur“ ein Potenzial müssen sich Krankenhäuser, die für das Verfahren ein NUB-Entgelt abrechnen möchten, ggf. an Studien gemäß §137c SGB V beteiligen.

### 3.1. Was sind NUB-Entgelte?

NUB steht für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, also innovative diagnostische und therapeutische Verfahren, die über bestehende G-DRGs und Zusatzentgelte (noch) nicht sachgerecht vergütet werden. Grund dafür ist, dass die Kosten dieser neuen Therapien noch nicht in den DRG-Kalkulationsdaten der Vorjahre enthalten sind. NUB-Entgelte können neben der obligat bei jedem Behandlungsfall abzurechnenden DRG-Fallpauschale abgerechnet werden (**Abbildung 10**). Dafür muss allerdings das so genannte NUB-Verfahren durchlaufen und mit den Kostenträgern anschließend eine Entgeltvereinbarung getroffen werden.



Abbildung 10 – Entgelte für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

#### **Wofür gibt es keine NUB-Entgelte?**

Die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ist nicht immer mit Mehrkosten für das anwendende Krankenhaus verbunden. Trägt z.B. ein neues OP-Verfahren dazu bei, dass die OP-Zeit im Vergleich zum konventionellen Verfahren verkürzt wird und die Kosten im Krankenhaus insgesamt reduziert werden, muss das neue Verfahren nicht zwingend als NUB-Verfahren klassifiziert werden. Eine sachgerechte Vergütung des Verfahrens über die bestehenden G-DRGs und Zusatzentgelte könnte bereits sichergestellt sein.

Vor diesem Hintergrund prüft das INEK für jede beantragte NUB-Leistung, ob durch den Einsatz des Verfahrens im Krankenhaus insgesamt Mehrkosten entstehen. Dabei wird auch berücksichtigt, ob es sich um ein neues Verfahren handelt. Nur für neue Verfahren wird der „NUB-Status“ erteilt.



Gut zu wissen:

Ältere Verfahren, die bislang nicht sachgerecht im G-DRG-System abgebildet werden, müssen im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständes bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems eingebracht werden, zum Beispiel als Zusatzentgelt.

### 3.2. NUB-Verfahren

**Abbildung 11** zeigt den Ablauf des NUB-Verfahrens, das 2022 für Arzneimittel für neuartige Therapien (ATMP) eine Änderung erfahren hat. Jedes Krankenhaus, das eine neue Therapieform als NUB abrechnen möchte, muss die Leistung **bis zum 31. Oktober für das Folgejahr** beim InEK zur Prüfung anmelden. Für **ATMP** besteht die Möglichkeit **zusätzlich bis zum 30. April des laufenden Jahres** einen NUB-Antrag beim InEK zur Prüfung einzureichen. Für Krankenhäuser eines Krankenhausverbundes kann ein Krankenhaus stellvertretend für die anderen Krankenhäuser den Antrag stellen. Einzelheiten dazu sind den Ausfüllhinweisen des InEK zum NUB-Verfahren zu entnehmen.

Das InEK benötigt zur Prüfung für das gemeldete Verfahren umfangreiche Informationen, z.B. eine Beschreibung der Methode sowie Angaben zur Indikation, zum Zeitpunkt der Einführung des Verfahrens und zu den erwarteten Mehrkosten im Vergleich zu konventionellen Verfahren. NUB-Anträge müssen über das InEK-Datenportal ([http://g-drg.de/cms/InEK\\_Datenportal](http://g-drg.de/cms/InEK_Datenportal)) zur Verfügung gestellt werden.



#### Zusätzliche Frist für Arzneimittel für neuartige Therapien im Sinne von § 4 Abs. 9 AMG (ATMP)



Abbildung 11 Zeitlicher Ablauf des NUB-Verfahrens

Das InEK prüft die fristgerecht eingegangenen Anträge und ordnet jeder Methode einen NUB-Status zu. Der Status entscheidet darüber, ob krankenhaushausindividuelle Entgelte für die Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 6.2 Krankenhausentgeltgesetz vereinbart werden dürfen (**Abbildung 12**).

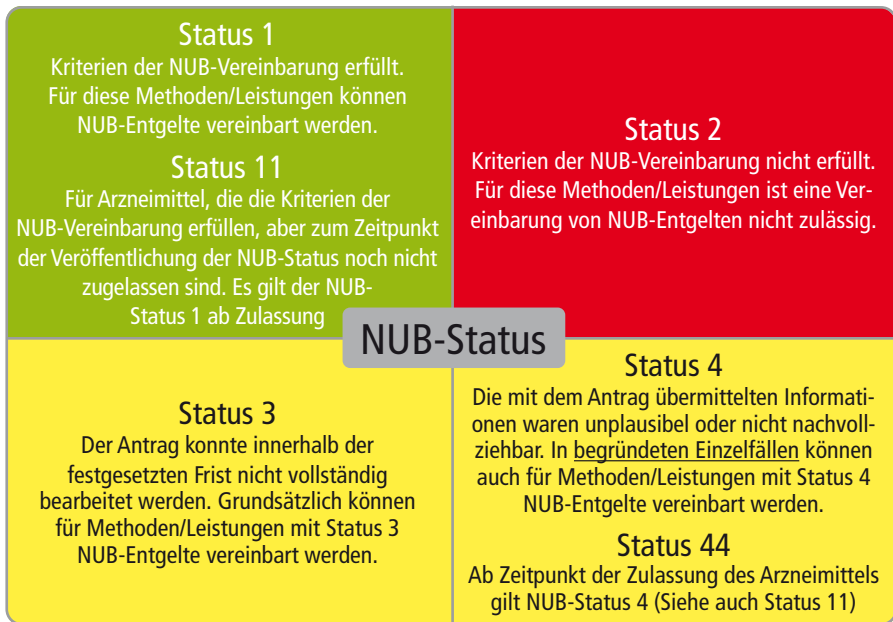


Abbildung 12 – Bedeutung der NUB-Status

Das NUB-Verfahren endet üblicherweise Ende Januar mit Veröffentlichung der Prüfergebnisse durch das InEK. Für NUB-Anträge für ATMP, die bis Ende April des laufenden Jahres eingereicht werden, veröffentlicht das InEK seine Prüfergebnisse jeweils bis Ende Juni. Krankenhäuser können nach der Veröffentlichung die Vereinbarung von Entgelten für die NUB-Leistungen mit Status 1, gegebenenfalls auch mit Status 3 und 4 von den Kostenträgern fordern. Seit 2022 kann das InEK für Arzneimittel, die zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der NUB-Status noch nicht zugelassen sind, die NUB-Status 11 bzw. 41 vergeben. Sobald die Zulassung des angefragten Arzneimittels erfolgt, wechselt der Status automatisch von 11 nach 1 bzw. 41 nach 4.

**Gut zu wissen:**

Es ist zu beachten, dass jedes Krankenhaus einzeln die Prüfung einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode beim InEK anzeigen muss. Erfolgt diese Meldung nicht, besteht keine Möglichkeit zur Vereinbarung eines NUB-Entgeltes für das Krankenhaus. Innerhalb eines Krankenhausverbundes kann durch ein Krankenhaus stellvertretend für die anderen Krankenhäuser der NUB-Antrag gestellt werden. Bitte beachten Sie hierzu die Ausfüllhinweise des InEK zum NUB-Verfahren 2023/2024.

Eine Methode/Leistung, die bereits im Vorjahr beantragt und mit NUB-Status 1/11, 3 oder 4/41 versehen wurde, **muss erneut beantragt werden**, sofern sie nicht in das DRG-/ZE-System übernommen wurde. Auch eine erneute Beantragung von Leistungen, denen der NUB-Status 2 zugewiesen wurden, ist nicht ausgeschlossen. Der Antragsteller sollte aber weiterhin der Überzeugung sein, dass die Abbildung der Leistung über ein NUB-Entgelt erforderlich ist.



### 3.3. Bedeutung der NUB-Leistungen für das Krankenhausbudget

Vor der Einführung der G-DRGs bestand für Krankenhäuser die Möglichkeit, höhere Kosten für innovative Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch Vereinbarung höherer krankenhausesindividueller Tagespflegesätze mit den Kostenträgern auszugleichen. Die Krankenhausleistungen (G-DRGs) werden heutzutage im jeweiligen Bundesland zu gleichen Preisen abgerechnet. Eine leistungsgerechte Vergütung erfolgt nur dann, wenn alle Leistungen im G-DRG-System sachgerecht abgebildet werden. Dies gilt per definitionem nicht für die vom InEK klassifizierten Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Entstehen für diese Verfahren im Krankenhaus Mehrkosten, sind diese nach Vorgaben des Krankenhausentgeltgesetzes zusätzlich durch die Kostenträger zu finanzieren. Voraussetzung dafür ist, dass das Krankenhaus die Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode fristgerecht dem InEK gemeldet hat und eine Entgeltvereinbarung mit den Kostenträgern erfolgt.



Gut zu wissen:

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz wurde klargestellt, dass Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden außerhalb des Erlösbudgets vereinbart werden und damit keiner Budgetierung unterliegen sollen.

#### 3.3.1. Verhandlung von NUB-Leistungen

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz wurde festgelegt, dass ab 2009 Entgelte für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden „möglichst frühzeitig, auch unabhängig von der Vereinbarung des Erlösbudgets“ vereinbart werden sollen. Das bedeutet, dass Krankenhäuser nach Mitteilung der Prüfergebnisse durch das InEK auch ohne Bezug zur jährlichen Leistungs- und Entgeltverhandlung mit den Kostenträgern eine Vereinbarung für NUB-Entgelte treffen können. Da bei einzelnen Arzneimitteln mit NUB-Status 11 oder 41 eine Zulassung möglicherweise erst nach der NUB-Vereinbarung erfolgt, müssen im Rahmen der örtlichen Verhandlungen Lösungen zum Umgang mit der Finanzierung dieser Arzneimittel gefunden werden.

#### 3.3.2. Kalkulation der NUB-Entgelte

Die Entgeltbeträge werden vom Krankenhaus kalkuliert. Dabei sind die Differenzkosten zu konventionellen Verfahren zu berücksichtigen. Ersetzt die Methode/Leistung beispielsweise

weise eine andere Methode/Leistung, die bereits im Fallpauschalenkatalog abgebildet ist, und führt die neue Methode zur gleichen DRG-Gruppierung (gleiches Entgelt), so sind die Kosten für das neue Verfahren abzüglich der Kosten für das konventionelle Verfahren zu betrachten. Dies folgt der Annahme, dass die Kosten für das konventionelle Verfahren bereits sachgerecht in die DRG-Kalkulation eingegangen sind, dafür also eine sachgerechte Refinanzierung erfolgt. Das zu kalkulierende NUB-Entgelt soll die darüberhinausgehenden Kosten abbilden.

Die Hilfestellung des InEK für die Kalkulation von Zusatzentgelten gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG und Zusatzentgelten für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG stellt weitere Information zur Kalkulation von NUB-Entgelten bereit ([http://g-drg.de/cms/Kalkulation2/Empfehlung\\_fuer\\_die\\_Kalkulation\\_von\\_Zusatzentgelten](http://g-drg.de/cms/Kalkulation2/Empfehlung_fuer_die_Kalkulation_von_Zusatzentgelten)).



Gut zu wissen:

Eine Besonderheit stellen Methoden/Leistungen dar, die bereits etablierte Methoden/Leistungen ersetzen, die über Zusatzentgelte (ZE) abgebildet werden. Für Zusatzentgelte für Arzneimittel und Medikalprodukte existiert kein Mindererlösausgleich. Werden vereinbarte Leistungen nicht erbracht, so erhält das Krankenhaus dafür keinen Ausgleich. Wenn eine NUB-Leistung eine ZE-Leistung ersetzt, sollten demnach die vollständigen Kosten für die NUB-Leistung berücksichtigt werden.

### 3.4. Wie kommen NUB in das DRG-System?

Insbesondere, wenn Neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden „positiv beschieden“ wurden (NUB-Status 1/11), prüft das InEK im Rahmen der folgenden DRG-Kalkulation, ob die Methode/Leistung in das DRG-System übernommen werden kann. Dies kann durch besondere Berücksichtigung innerhalb der G-DRG-Systematik oder durch Etablierung eines Zusatzentgeltes erfolgen. In den vergangenen Jahren wurden zahlreiche neue Methoden/Leistungen in das G-DRG-System übernommen, andere tragen aber auch nach mehreren Jahren noch den NUB-Status 1.

#### **Was geschieht, wenn teure Arzneimittel unterjährig zugelassen werden?**

Eine gesonderte Finanzierung dieser Leistungen kann prinzipiell nur über die dargestellten Mechanismen erfolgen. Ist absehbar, dass ein neues Arzneimittel im Folgejahr zugelassen wird, das die beschriebenen Voraussetzungen für ein NUB-Entgelt erfüllt, ist zu prüfen, ob dafür ein NUB-Antrag gestellt werden sollte.

## 3.5. Aufstellung der Informationen nach § 6 Abs. 2 Krankenhausentgeltgesetz für das Jahr 2023 (nur Leistungen mit Status 1, 11, 4 oder 41)

### Informationen nach § 6 Abs. 2 KHEntgG für 2023: Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Legende zum Status-Eintrag:

- 1: Angefragte Methoden/Leistungen, welche die Kriterien der NUB-Vereinbarung der Vertragsparteien erfüllen.
- 11: Ab dem Zeitpunkt der Zulassung des bei der angefragten Methode/Leistung verwendeten Arzneimittels (siehe § 6 Abs. 2 Satz 10 KHEntgG): Status 1 (Kriterien der NUB-Vereinbarung der Vertragsparteien erfüllt)
- 2: Angefragte Methoden/Leistungen, welche die Kriterien der NUB-Vereinbarung der Vertragsparteien nicht erfüllen.
- 3: Angefragte Methoden/Leistungen, die innerhalb der festgesetzten Frist nicht vollständig bearbeitet werden konnten und für die daher keine Informationen nach § 6 Abs. 2 KHEntgG vorliegen.
- 4: Die mit der Anfrage gemäß § 6 Abs. 2 KHEntgG übermittelten Informationen haben die Kriterien der NUB-Vereinbarung zur Bewertung der angefragten Methode/Leistung im Sinne des Verfahrens nicht ausreichend dargestellt.
- 41: Ab dem Zeitpunkt der Zulassung des bei der angefragten Methode/Leistung verwendeten Arzneimittels (siehe § 6 Abs. 2 Satz 10 KHEntgG): Status 4 (Kriterien der NUB-Vereinbarung zur Bewertung der angefragten Methode/Leistung im Sinne des Verfahrens nicht ausreichend dargestellt)

### Information bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V:

- A: Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 KHEntgG nicht erstmals für 2023 gestellt.  
 B: Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 KHEntgG nicht sicher bereits zuvor gestellt.  
 C: Die übermittelten Angaben reichen nicht aus, um sicher beurteilen zu können, ob die Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 KHEntgG erstmals für 2023 gestellt wurde.  
 D: Nach Einschätzung des InEK handelt es sich nicht um eine "neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, deren technische Anwendung maßgeblich auf den Einsatz eines Medizinprodukts mit hoher Risikoklasse beruht".

lfd. Nr.	Verfahren	Status 2023	Information bezüglich § 137h Abs. 1 Satz 1 SGB V	Anzahl der anfragenden Krankenhäuser
1	Remdesivir	1	D	805
2	Idarucizumab	1	D	770
3	Andexanet alfa	1	D	750
4	Tixagevimab-Cilgavimab	1	D	590
5	Bezlotoxumab	1	D	564
6	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße1	1	A	563
7	Caplacizumab	1	D	542
8	Olaparib	1	D	542
9	Ruxolitinib	1	D	529
10	Everolimus bei Neoplasie oder tuberöser Sklerose	1	D	527
11	Osimertinib	1	D	512
12	Palbociclib	1	D	500
13	Trastuzumab Emtansin	1	D	496
14	Nirmatrelvir-Ritonavir	1	D	494
15	Pazopanib	1	D	491
16	Avelumab	1	D	485
17	Cabozantinib	1	D	483
18	Apalutamid	1	D	481
19	Eribulin	1	D	475
20	Axitinib	1	D	470
21	Golimumab	1	D	470
22	Nilotinib	1	D	468
23	Dabrafenib	1	D	465

24	Trastuzumab Deruxtecan	1	D	464
25	Crizotinib	1	D	460
26	Cemiplimab	1	D	454
27	Lenvatinib	1	D	454
28	Alectinib	1	D	446
29	Trametinib	1	D	444
30	Pomalidomid	1	D	440
31	Abemaciclib	1	D	438
32	Temozolomid, intravenös	1	D	435
33	Ixazomib	1	D	433
34	Vemurafenib	1	D	430
35	Ribociclib	1	D	426
36	Brigatinib	1	D	424
37	Sotrovimab	1	D	423
38	Icatibant	1	D	420
39	Trifluridin-Tipiracil	1	D	420
40	Teduglutid	1	D	413
41	Belantamab Mafodotin	1	D	412
42	Selexipag	1	D	408
43	Arsentrioxid	1	D	407
44	Idelalisib	1	D	407
45	Ravulizumab	1	D	407
46	Liposomales Cytarabin-Daunorubicin	1	D	406
47	Acalabrutinib	1	D	404
48	Gecoverte Endoprothesen mit bioaktiver Oberfläche zur Dialyse- Shunt-Revision <sup>1</sup>	1	A	404
49	Sacituzumab Govitecan	1	D	403
50	Letermovir	1	D	402
51	Niraparib	1	D	401
52	Ceritinib	1	D	400
53	Streptozocin	1	D	399
54	Alemtuzumab	1	D	396
55	Bosutinib	1	D	396
56	Secukinumab	1	D	396
57	Gilteritinib	1	D	395
58	Dostarlimab	1	D	393
59	Avatrombopag	1	D	389
60	Cobimetinib	1	D	389
61	Aszitesbehandlung mittels einer vollimplantierbaren Pumpe	1	A	385
62	Canakinumab	1	D	385
63	Tafasitamab	1	D	384

64	Ponatinib	1	D	382
65	Inotuzumab Ozogamicin	1	D	380
66	Lorlatinib	1	D	380
67	Azacitidin, oral	1	D	378
68	Larotrectinib	1	D	378
69	Rucaparib	1	D	378
70	Entrectinib	1	D	375
71	Guselkumab	1	D	372
72	Encorafenib	1	D	371
73	Isatuximab	1	D	371
74	Externes Stabilisierungsgerüst bei Anastomose eines AV-Shunts im Rahmen der Shuntchirurgie	1	A	370
75	Luspatercept	1	D	370
76	Tafamidis	1	D	368
77	Selpercatinib	1	D	364
78	Sotorasib	1	D	363
79	Certolizumab	1	D	362
80	Ixekizumab	1	D	362
81	Glasdegib	1	D	360
82	Tivozanib	1	D	360
83	Vandetanib	1	D	357
84	Elbasvir-Grazoprevir	1	D	356
85	Enfortumab vedotin	1	D	356
86	Esketamin, nasal	1	D	353
87	Darolutamid	1	D	351
88	Endovaskuläre Anlage eines inneren AV-Shunts mittels magnetgeführter Hochfrequenzenergie	1	A	347
89	Sofosbuvir	1	D	346
90	Panobinostat	1	D	344
91	Zanubrutinib	1	D	343
92	Glecaprevir-Pibrentasvir	1	D	342
93	Vismodegib	1	D	342
94	Fostamatinib	1	D	340
95	Siltuximab	1	D	339
96	Sofosbuvir-Velpatasvir	1	D	339
97	Risankizumab	1	D	336
98	Mosunetuzumab	1	D	335
99	Ofatumumab	1	D	333
100	Emicizumab	1	D	330
101	Strömungsreduzierendes Drahtgeflecht im Koronarsinus	1	A	329



102	Fedratinib	1	D	327
103	Capmatinib	1	D	326
104	Pemigatinib	1	D	326
105	Ledipasvir-Sofosbuvir	1	D	325
106	Neratinib	1	D	325
107	Talazoparib	1	D	323
108	Pralsetinib	1	D	322
109	Tucatinib	1	D	322
110	Ropeginterferon alfa-2b	1	D	321
111	Teclistamab	1	D	321
112	Binimetinib	1	D	320
113	Sutimlimab	1	D	317
114	Selinexor	1	D	316
115	Mogamulizumab	1	D	315
116	Inclisiran	1	D	313
117	Tepotinib	1	D	312
118	Melphalanflufenamid	1	D	306
119	Asciminib	1	D	301
120	Intraaortaler Katheter mit parakorporaler Membranpumpe zur Kreislaufunterstützung	1	A	300
121	Thrombektomie an Lungengefäßen mittels Disc-Retriever-System	1	A	300
122	Avapritinib	1	D	299
123	Sofosbuvir-Velpatasvir-Voxilaprevir	1	D	298
124	Dupilumab	1	D	296
125	Sarilumab	1	D	296
126	Selumetinib	1	D	296
127	Lanadelumab	1	D	292
128	Crizanlizumab	1	D	291
129	Glucarpidase	1	D	291
130	Ripretinib	1	D	291
131	Sonidegib	1	D	288
132	Ranibizumab, intravitreal	1	D	287
133	Inebilizumab	1	D	279
134	Tagraxofusp	1	D	279
135	Pegcetacoplan	1	D	272
136	Denileukin Diftitox <sup>2</sup>	1	D	271
137	Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen und hirnvorsorgender Halsgefäße	1	A	268
138	Zanamivir, intravenös	1	D	268
139	Ablösbare, ultraweiche Mikrocoils zur intrakraniellen Therapie Gefäßmalformationen und Aneurysmen	1	A	265

140	Transkatheter-Implantation einer interatrialen Shunt-Vorrichtung für die Behandlung von Herzinsuffizienz	1	A	264
141	Anifrolumab	1	D	262
142	Mepolizumab	1	D	262
143	Intraaneurysmales hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen	1	A	261
144	Talimogen Laherparepvec	1	D	261
145	Avacopan	1	D	260
146	Maribavir	1	D	259
147	Implantation eines Magenschrittmachers <sup>3</sup>	1	A	256
148	Perkutan-transluminale Einlage eines Vorhofseptumimplantates zur Behandlung von Herzinsuffizienz	1	A	255
149	Voxelotor	1	D	255
150	Tebentafusp	1	D	250
151	Brolucizumab, intravitreal	1	D	249
152	Cladribin, oral	1	D	243
153	Nivolumab-Relatlimab	1	D	239
154	Lumacaftor-Ivacaftor	1	D	237
155	Radioliganden-Therapie des Prostatakarzinoms mit Lutetium (177Lu)-Vipivotid-Tetraxetan <sup>4</sup>	1	D	232
156	Satralizumab	1	D	232
157	Bulevirtid	1	D	230
158	Efgartigimod alfa	1	D	230
159	Givosiran	1	D	216
160	Ivacaftor	1	D	216
161	Valoctogen roxaparvovec	1	D	216
162	Gabe von CAR-T-Zellen zur Behandlung hämatologischer Erkrankungen <sup>2</sup>	1	D	213
163	Tezacaftor-Ivacaftor in Kombination mit Ivacaftor	1	D	209
164	Ivacaftor-Tezacaftor-Elexacaftor in Kombination mit Ivacaftor	1	D	205
165	Treprostinil	1	D	197
166	Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal- Pumpe zur Kreislaufunterstützung	1	A	193
167	Bimekizumab	1	D	192
168	Tildrakizumab	1	D	192
169	Mesenchymale Stammzellen <sup>2</sup>	1	D	191
170	Perkutane cavale Klappenstentimplantation	1	A	182
171	Tabelecleucel	1	D	177
172	Endovaskuläre Anlage einer peripheren AV-Fistel durch Gleichstrom	1	A	176
173	Risdiplam	1	D	170
174	Brodalumab	1	D	169
175	Spesolimab	1	D	156
176	Therapie der Skoliose mittels magnetisch-kontrollierter Stangen <sup>5</sup>	1	A	153
177	Wirbelkörper-Wachstumsmodulationstechnik	1	A	147

178	Übertragung von virusspezifischen Spender-Immunzellen nach allogener Stammzelltransplantation <sup>2</sup>	1	D	144
179	Fokale photodynamische Therapie mit Padeliporfin zur Behandlung des lokalisierten Prostatakarzinoms	1	A	141
180	Endovaskuläre Mitralklappenanuloplastik mit Anuloplastie-Band	1	A	137
181	Encorafenib in Kombination mit Binimetinib	1	D	131
182	Ombitasvir-Paritaprevir-Ritonavir	1	D	130
183	Kiefergelenkendoprothese (Totallersatz)	1	A	123
184	Transapikale Mitralklappenrekonstruktion durch Implantation von Neochordae (PTFE)	1	A	121
185	Intraaortale Ballonokklusion mit extrakorporaler Zirkulation	1	A	115
186	Kabelloses kardiales Stimulationssystem des linken Ventrikels zur kardialen Resynchronisationstherapie	1	A	114
187	Miglustat	1	D	113
188	Asfotase alfa	1	D	112
189	Voretigen Neparvovec	1	D	112
190	Burosumab	1	D	109
191	Dasabuvir in Kombination mit Ombitasvir-Paritaprevir-Ritonavir	1	D	109
192	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere und andere Gefäße <sup>1</sup>	1	A	104
193	Rekombinanter aktivierter Faktor VII bei schwerer postpartaler Blutung	1	D	103
194	Tralokinumab	1	D	103
195	Therapie der Skoliose mittels mitwachsendem Schrauben-Stab- System	1	B	100
196	Darvadstrocel	1	D	96
197	Minimalinvasive LV-Rekonstruktion mit einem myokardialen Verankerungssystem	1	A	93
198	Inotersen	1	D	86
199	Patisiran	1	D	81
200	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für intraabdominale, kraniale oder periphere Gefäße <sup>1</sup>	1	A	80
201	Trientin	1	D	79
202	Lumasiran	1	D	77
203	Perkutan-transluminale Implantation eines interatrialen Shunts zur Behandlung von Herzinsuffizienz mit erhaltener oder reduzierter linksventrikulärer Ejektionsfraktion	1	A	76
204	Mesenchymale Stammzellen bei therapieresistenten venösen Ulcera	1	D	73
205	Endo-Exo-Prothese	1	B	72
206	Faricimab	1	D	71
207	Implantation mitwachsende Herzklappe	1	A	71
208	Ersatz des Truncus pulmonalis oder Teile der Aorta durch ein zellfreies Allotransplantat	1	A	68
209	Vutrisiran	1	D	65
210	Volanesorsen	1	D	63
211	Voclosporin	1	D	62
212	Paclitaxel, mizellar	1	D	60
213	Endoskopische Herstellung eines Schlauchmagens (Endoskopische Sleeve Gastroplastie)	1	B	58
214	Einlegen eines kolorektalen Bypass-Systems zum Anastomosenschutz	1	A	55
215	Aflibercept, intravitreal	1	D	52

216	Ocriplasmin, intravitreal	1	D	52
217	Radioliganden-Therapie mit Actinium-225-PSMA-Liganden <sup>2</sup>	1	D	48
218	Idebenon	1	D	46
219	Migalastat	1	D	45
220	Casirivimab-Imdevimab	1	D	40
221	Kontinuierliche Amnioninfusion mittels subkutan implantiertem Portsystem oder intraamnialem Katheter	1	A	39
222	Endoskopisch-intratumorale Injektion von Phosphor-32-markierten Mikropartikeln unter Ultraschallsteuerung bei irresektablen lokal fortgeschrittenen Pankreastumoren	1	A	36
223	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für viszerale und supraaortale Gefäße <sup>1</sup>	1	A	33
224	Radioimmuntherapie mit Anti-CD19-, Anti-CD45- und Anti-CD66- Antikörper <sup>2</sup>	1	D	28
225	Radium-223-Dichlorid	1	D	28
226	Vemurafenib in Kombination mit Cobimetinib	1	D	26
227	Dabrafenib in Kombination mit Trametinib	1	D	25
228	Imlifidase	1	D	25
229	Fenfluramin	1	D	23
230	Endoskopische Thermoablation der Duodenalschleimhaut zur Reduktion der Insulinresistenz	1	A	20
231	Apikoortales, klappentragendes Konduit	1	A	19
232	Implantat zur direkten akustischen Stimulierung der Cochlea (DACI)	1	A	19
233	Implantation einer Intraokularlinse mit Vergrößerungsfaktor bei Makuladegeneration	1	A	18
234	Fetoskopische Drainagetherapie	1	A	17
235	Odevixibat	1	D	13
236	Endovaskuläre Mitralklappenanuloplastik mit Nahtverankerung	1	A	12
237	Akustikusneurinomoperation mit gleichzeitiger Kochleaimplantation <sup>6</sup>	1	A	11
238	Radiotherapie mit Lutetium-177- oder Yttrium-90-CXCR4-Liganden <sup>2</sup>	1	D	10
239	Thyroplastikimplantat mit postoperativer Adjustierungsmöglichkeit der Stimmlippenstellung	1	A	10
240	Boston-Keratoprothese	1	A	9
241	Fetoskopischer Tracheal-Ballonverschluss bei Zwerchfellhernie und bei vorzeitigem Blasensprung	1	A	9
242	Verschluss von Nabelschnur- und intrafetalen Gefäßen mittels perkutaner ultraschallgesteuerter Radiofrequenzablation oder fetoskopischer Laserablation	1	A	9
243	Epiretinale Netzhautprothese	1	A	8
244	Pulmonalarterielles Banding, telemetrisch adjustierbar	1	A	8
245	Fetoskopische Eröffnung von verengten Semilunarklappen und des Foramen ovale	1	A	7
246	Metreleptin	1	D	6
247	Vosoritid	1	D	6
248	Auditorisches Hirnstammimplantat	1	A	5
249	Eladocagen Exuparvovec	1	D	5
250	Fetoskopische Therapie von fetaler supraventrikulärer Tachykardie und Kehlkopf- bzw. Luftröhrenverschluss	1	A	5
251	Keratoprothese, biologisch beschichtet	1	A	5
252	Maralixibat	1	D	5
253	Uterus-Schirmchenverschluss nach fetoskopischen Eingriffen	1	A	4
254	Wachstumsendoprothesen	1	A	4
255	Allogene Hepatozytentransplantation <sup>2</sup>	1	D	3

256	Perkutan-transtorakaler Trikuspidalklappenersatz	1	A	3
257	Radionuklidtherapie mit Lutetium-177-Bisphosphonat bei Knochenmetastasen des Prostatakarzinoms <sup>2</sup>	1	D	3
258	Atidarsagen autotemcel	1	D	2
259	Auditorisches Mittelhirnimplantat	1	A	2
260	Künstlicher Kehlkopf nach totaler Laryngektomie	1	A	2
261	Radionuklidtherapie mit Jod-131-Azetidinylamid bei metastasiertem Nebennierenrindenzarzinom <sup>2</sup>	1	D	2
262	Subretinales aktives Implantat	1	A	2
263	Uterustransplantation	1	D	2
264	Behandlung der letalen Epidermolysis bullosa junctionalis (M. Herlitz) durch Transplantation von haploidentischem Knochenmark und Haut desselben Spenders	1	D	1
265	Behandlung von Kindern mit Rhabdomyosarkomen der Blase/Prostata/Rektum/Perinealregion mit organerhaltender Operation und interstitieller HDR-Brachytherapie	1	A	1
266	Cholsäure zur Behandlung eines 3-beta-Hydroxy-delta-5-C27- Steroid-Oxidoreduktase- oder eines delta-4-3-Oxosteroid-5-beta- Reduktase-Mangels	1	D	1
267	Deckung von Defekten an Speiseröhre oder Trachea/Bronchien bei Kleinkindern durch dezellularisierte Allotransplantate	1	D	1
268	Gelenktransplantationen mit dünnem, frischem, lebendem, allogenen Knorpel- oder Knochenmaterial	1	A	1
269	Implantation einer Intraokularlinse mit Winkelverschiebung bei Patienten mit Makulaerkrankungen	1	A	1
270	Kombinierte Nieren- und Stammzelltransplantation (Lebensspende)	1	D	1
271	Radionuklidtherapie mit Jod-131-Metomidat <sup>2</sup>	1	D	1
272	Implantation einer Gefäßprothese mit integriertem Stent im Rahmen von arteriovenöser Shunt- und Bypasschirurgie	1 bzw. 2 <sup>7</sup>	A	401
273	Ereignisrekorder, implantierbar, gemeinsam mit Ablation	1 bzw. 2 <sup>8</sup>	A	391
274	Ausschaltung von Aortenaneurysmen mit der Chimney-Technik	1 bzw. 2 <sup>9</sup>	A	384
275	Endovaskuläre Implantation/Reparatur einer Stent-Prothese mittels eines Endo-Staplers	1 bzw. 2 <sup>10</sup>	A	378
276	Treosulfan	1 bzw. 2 <sup>11</sup>	D	338
277	Volumencoils zur Aneurysmathherapie	1 bzw. 2 <sup>12</sup>	A	337
278	Therapie intrakranieller Vasospasmen durch kontrollierte, nicht- okklusive endovaskuläre Stent-Dilatation	1 bzw. 2 <sup>13</sup>	A	248
279	Einkanal-Neurostimulator zur sakralen Neuromodulation, wiederaufladbar <sup>14</sup>	1 bzw. 2 <sup>15</sup>	A	225
280	Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung peripherer Aneurysmen <sup>16</sup>	1 bzw. 2 <sup>17</sup>	A	224
281	Extrakorporales Neurostimulationssystem für das periphere Nervensystem <sup>18</sup>	1 bzw. 2 <sup>15</sup>	A	215
282	Koronarstent, selbstexpandierend <sup>20</sup>	1 bzw. 2 <sup>19</sup>	A	190
283	Selbstexpandierendes, bioresorbierbares, Mometasonfuroat freisetzendes Nasennebenhöhlenimplantat	1 bzw. 2 <sup>21</sup>	A	183
284	Mikrostimulationssystem zur epiduralen und peripheren Neuromodulation zur Behandlung von chronischen, neuropathischen Schmerzen	1 bzw. 2 <sup>22</sup>	A	166
285	Endovaskuläre Implantation einer extrakorporalen Zentrifugal- Pumpe mit Membranoxygenierung	1 bzw. 2 <sup>23</sup>	A	158
286	Koronare Bifurkationsstents <sup>20</sup>	1 bzw. 2 <sup>24</sup>	A	78
287	Antikörperbeschichteter Koronarstent <sup>25, 20</sup>	1 bzw. 2 <sup>26</sup>	A	47
288	Bioresorbierbarer vaskulärer Stent	1 bzw. 2 <sup>27</sup>	A	45
289	Treprostinilapplikation über implantierbare Medikamentenpumpe bei pulmonaler Hypertonie	1 bzw. 2 <sup>28</sup>	A	37
290	Peripherer Mikrostimulator für die sakrale Neuromodulation	1 bzw. 2 <sup>22</sup>	A	7
291	AB0-inkompatible Organtransplantation <sup>29</sup>	1 bzw. 2 <sup>30</sup>	A	6

292	Cipaglucosidase alfa in Kombination mit Miglustat	1 bzw. 2 <sup>31</sup>	D	4
293	Multiviszeraltransplantation	1 bzw. 2 <sup>32</sup>	D	4
294	Medikamentefreisetzende Stents oder beschichtete (gecoverte) Stents mit bioaktiver Oberfläche zur Behandlung von Läsionen der femoropoplitealen Gefäße	1 bzw. 2 <sup>33</sup>	A	1
295	Bioaktive Coils	1 bzw. 4 <sup>34</sup>	A	276
296	Überlange Coils	1 bzw. 4 <sup>34</sup>	A	260
297	Hybridcoils zur Behandlung intrakranieller Aneurysmen/Gefäßmalformationen	1 bzw. 4 <sup>34</sup>	A	248
298	Gefäßtransplantatersatz mittels Gefäßhomograft	1 bzw. 4 <sup>35</sup>	A	102
299	Implantation einer Boston-Keratoprothese in Kombination mit der Implantation eines intraokularen telemetrischen Augeninnendruckensors	1 bzw. 4 <sup>36</sup>	A	4
300	Epiretinale beta-Bestrahlung mit intravitrealer Gabe von Ranibizumab	1 bzw. 4 <sup>37</sup>	A	1
301	Minimalinvasive Fetalchirurgie und Fetoskopie	1 bzw. 4 <sup>38</sup>	C	1
302	Tremelimumab	11	D	338
303	Glofitamab	11	D	318
304	Loncastuximab tesirin	11	D	302
305	Ivosidenib	11	D	294
306	Molnupiravir	11	D	272
307	Mirikizumab	11	D	132
308	Pirtobrutinib	11	D	127
309	Talquetamab	11	D	50
310	Niraparib-Abirateronacetat	11	D	37
311	Lenadogen Nolpharvec	11	D	6
312	Elranatamab	11	D	5
313	Bebtelovimab	11	D	3
314	Futibatinib	11	D	2
315	Etranacogene dezaparvec	11	D	1
<b>316 – 885 beziehen sich auf Leistungen mit NUB-Status 2. Diese Leistungen werden nicht dargestellt.</b>				
886	Koronarstent, medikamentefreisetzend, überlang	2 bzw. 4 <sup>39</sup>	A	45
887	Intraokularer telemetrischer Augeninnendrucksensor in Kombination mit nicht-penetrierender Glaukom-Operation	2 bzw. 4 <sup>40</sup>	A	14
888	Standardisierte MRD-Messung mit Next Generation Sequencing	2 bzw. 4 <sup>41</sup>	D	2
889	Deckung von Hautdefekten durch Keratinozytentransplantation <sup>2</sup>	2 bzw. 4 <sup>42</sup>	D	1
890	Lusutrombopag <sup>43</sup>	4	D	332
891	Amivantamab <sup>44</sup>	4	D	312
892	Parathormon	4	D	244
893	Externer Fixateur zur Verhinderung der Fasziennretaktion	4	A	233
894	Duvelisib <sup>45</sup>	4	D	154
895	Alpelisib <sup>46</sup>	4	D	114
896	Regorafenib <sup>47</sup>	4	D	105

897	Endoskopische Evakuierung von intrazerebralem Gewebe und Flüssigkeiten unter Verwendung eines kombinierten Aspirations- und Fragmentierungsgeräts	4	B	92
898	Ultra-Langzeit-EEG-Messung	4	A	88
899	Intermittierende druckkontrollierte Katheter-Okklusion des Koronarvenensinus	4	A	86
900	Ibalizumab <sup>48</sup>	4	D	56
901	Transkranieller MR-gesteuerter fokussierter Ultraschall (TK- MRgFUS) <sup>3</sup>	4	A	53
902	Chlormethin	4	D	34
903	Rekonvaleszentenplasma COVID-19 (RKP) <sup>2</sup>	4	D	24
904	Intraokularer telemetrischer Augeninnendrucksensor	4	A	21
905	Dilatierbare Gefäßprothese für die Kinder-Herz-Chirurgie	4	B	18
906	Donor-Lymphozyten mit in-vitro-Aufbereitung bei schweren Infektionen nach Stammzelltransplantation <sup>2</sup>	4	D	14
907	Ex-vivo expandierte autologe, menschliche Hornhaut-Epithelzellen	4	D	12
908	Humanes Nervenallograft zur Überbrückung peripherer Nervenläsionen	4	A	10
909	Cenegerm	4	D	9
910	Adoptiver T-Zelltransfer zur Therapie viraler Infektionen nach allogener Stammzelltransplantation <sup>2</sup>	4	D	4
911	Nirsevimab	4	D	4
912	Permanentes extra-aortales Herzerstützungssystem mittels Gegenpulsation	4	A	4
913	Minimalinvasive Behandlung von Aortenisthmusstenosen und Pulmonalarterienstenosen bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern mit einem mitwachsenden, kontrolliert zerstörbaren Stent	4	A	3
914	Stammzelltherapie bei pAVK und diabetischem Fußsyndrom	4	D	2
915	Trastuzumab-Pertuzumab, subkutan	4	D	2
916	Behandlung von Nervendefekten kritischer Größe durch resorbierbares Implantat und guided growth von Nerven	4	A	1
917	Gefäß- und Organrekonstruktion mittels dezellularisierter Allotransplantate	4	D	1
918	Pegvaliase	4	D	1
919	Efbemalenograstim alfa	41	D	259
920	Aducanumab	41	D	85
921	Palovaroten	41	D	4
922	Intravenöse Stammzelltherapie mit mesenchymalen Stammzellen (ABC85-positiv) bei rezessiv dystropher Epidermolysis Bullosa (RDEB)	41	D	3
923	Lecanemab	41	D	2
924	Anti-SARS-CoV-2-Antikörper SP1-77	41	D	1
925	Ensitrelvir	41	D	1
926	Sabizabulin	41	D	1
927	Tofersen	41	D	1
928	Oxygenierte, normotherme Konservierung von Leberspenderorganen unter kontinuierlicher, zyklischer Validierung und Optimierung der Hämodynamik, Synthese- und Stoffwechselfunktion <sup>49</sup>	-	D	14
929	Erweitertes Ex-vivo Lungen-Behandlungs-, Diagnose- und Transport-System <sup>49</sup>	-	D	11
930	Normotherme und pulsatile Organkonservierung des Herzens <sup>49</sup>	-	D	11
931	Erweitertes Ex-vivo Leber-Behandlungs-, Diagnose- und Transport- System <sup>49</sup>	-	D	7
932	Intrahospitale Ex-vivo Spenderlungenperfusion <sup>49</sup>	-	D	6

933	Rekonditionierung von Leberspenderorganen durch Maschinenperfusion vor Lebertransplantationen <sup>49</sup>	-	D	6
934	Temperatur- und druckkontrollierte Organkonservierung zur Vorbereitung einer Herztransplantation <sup>49</sup>	-	D	5
935	Kontinuierliche Rekonditionierung von Leber- und Nierentransplantaten durch hypotherme-oxygenierte Maschinenperfusion <sup>49</sup>	-	D	1
936	Temperaturgesteuerte maschinelle Perfusion von Spendernieren <sup>49</sup>	-	D	1

- 1 Kalkulationshinweis: Grundsätzlich sind die im Vergleich zur DRG des Falles plausiblen Mehrkosten zu berücksichtigen, insbesondere unter Würdigung der Gruppierungsrelevanz der Leistung in der Basis-DRG F59 sowie einer möglichen Einbeziehung der Leistung in die krankenhausindividuelle Kalkulation des unbewerteten ZE2023-189
- 2 Das Zulassungsrecht bleibt von der Anerkennung als Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode unberührt. Die Kostenträger entscheiden im Einzelfall, ob die Kosten dieses Verfahrens übernommen werden.
- 3 Kalkulationshinweis: Grundsätzlich sind die im Vergleich zur DRG des Falles plausiblen Mehrkosten zu berücksichtigen.
- 4 Kalkulationshinweis: Grundsätzlich sind die im Vergleich zur DRG des Falles plausiblen Mehrkosten zu berücksichtigen, insbesondere unter Würdigung der Gruppierungsrelevanz der Leistung in der DRG M10B.
- 5 Kalkulationshinweis: Grundsätzlich sind die im Vergleich zur DRG des Falles plausiblen Mehrkosten zu berücksichtigen, insbesondere unter Würdigung der Gruppierungsrelevanz der Leistung in den Basis-DRGs I06 und I09.
- 6 Kalkulationshinweis: Zu berücksichtigen sind die zusätzlichen Kosten der Akustikusneuroinoperation.
- 7 Status 1: ausschließlich im Rahmen arteriovenöser Shuntchirurgie in der MDC 11, Status 2: für sonstige Indikationen oder in anderen MDCs
- 8 Status 1: ausschließlich bei Fällen in der DRG F50A, die auch ohne Implantation eines Ereignisrekorders dort eingruppiert würden, Status 2: bei allen anderen Fällen
- 9 Status 1: für zwei und mehr Chimney-Stents, Status 2: für einen Chimney-Stent
- 10 Status 2: wenn die Implantation der Stent-Prothese im gleichen Aufenthalt erfolgt ist, Status 1: wenn die Implantation der Stent-Prothese in einem Voraufenthalt erfolgt ist
- 11 Status 1: zur Konditionierung vor Stammzelltransplantation, Status 2: für alle anderen Indikationen
- 12 Status 1: für die Lokalisation intrakraniell, Status 2: für alle übrigen Lokalisationen
- 13 Status 2: sofern die Voraussetzungen zur Abrechnung des bewerteten ZE152 gegeben sind, Status 1: wenn das ZE152 nicht geltend gemacht werden kann
- 14 Kalkulationshinweis: Grundsätzlich sind die im Vergleich zur DRG des Falles plausiblen Mehrkosten zu berücksichtigen sowie die ggf. durch bewertete Zusatzentgelte vergüteten Leistungen.
- 15 Status 2: sofern die Voraussetzungen zur Abrechnung des unbewerteten ZE2023-61 bzw. ZE2023-86 gegeben sind, Status 1: wenn das ZE2023-61 bzw. ZE2023-86 nicht geltend gemacht werden kann
- 16 Kalkulationshinweis: Grundsätzlich sind die im Vergleich zur DRG des Falles plausiblen Mehrkosten zu berücksichtigen, insbesondere unter Würdigung einer möglichen Gruppierungsrelevanz der Leistung in der Basis-DRG F51.
- 17 Status 2: für Lokalisation Aorta, sofern die Voraussetzungen zur Abrechnung des unbewerteten ZE2023-67 gegeben sind, Status 1: für andere periphere Lokalisationen
- 18 Kalkulationshinweis: Grundsätzlich sind die im Vergleich zur DRG des Falles plausiblen Mehrkosten für den extrakorporalen Impulsgenerator zu berücksichtigen sowie die ggf. durch bewertete Zusatzentgelte vergüteten Leistungen.
- 19 Status 1: für die Implantation von 2 und mehr selbstexpandierenden Koronarstents, Status 2: für die Implantation eines selbstexpandierenden Koronarstents
- 20 Kalkulationshinweis: Grundsätzlich sind die im Vergleich zur typischen DRG plausiblen Mehrkosten in Abhängigkeit von der Art der verwendeten Stents und der Anzahl der verwendeten Stents zu berücksichtigen.
- 21 Status 2: für die Implantation in eine Nasennebenhöhle, Status 1: für die Implantation in mehr als eine Nasennebenhöhle
- 22 Status 2: sofern die Voraussetzungen zur Abrechnung eines Zusatzentgeltes für Neurostimulatoren gegeben sind, Status 1: wenn kein Zusatzentgelt für Neurostimulatoren geltend gemacht werden kann
- 23 Status 2: sofern die Voraussetzungen zur Abrechnung des unbewerteten ZE2023-03 gegeben sind, Status 1: wenn das ZE2023-03 nicht geltend gemacht werden kann
- 24 Status 1: für die Implantation von 2 und mehr medikamentefreisetzenden koronaren Bifurkationsstents, Status 2: für die Implantation von nicht medikamentefreisetzenden koronaren Bifurkationsstents bzw. für die Implantation eines medikamentefreisetzenden koronaren Bifurkationsstents
- 25 Es ist zu beachten, dass diese Leistung für bestimmte Indikationen „nicht als Krankenhausbehandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden“ darf (Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 91 Abs. 7 SGB V zur Methodenbewertung).
- 26 Status 1: für die Implantation von 2 und mehr antkörperbeschichteten Koronarstents, Status 2: für die Implantation eines antkörperbeschichteten Koronarstents
- 27 Status 2: für Koronar-, Extremitäten- und Iliakalgefäße, Status 1: für alle übrigen Lokalisationen
- 28 Status 1: für die Gabe von Trepstinil, Status 2: für Medikamentenpumpe, implantierbar, bei pulmonaler arterieller Hypertension
- 29 Kalkulationshinweis: Zu berücksichtigen sind die Mehrkosten der ABO-inkompatiblen Organtransplantation gegenüber der typischen Organtransplantation sowie den durch Zusatzentgelte vergüteten Leistungen.
- 30 Status 1: für ABO-inkompatible Organtransplantation außer Nierentransplantation, Status 2: für ABO-inkompatible Nierentransplantation
- 31 Status 1: für die Gabe von Miglustat, Status 2: für die Gabe von Cipaglucosidase alfa
- 32 Status 2: für kombinierte Transplantation von Niere und Pankreas, Status 1: für alle anderen Multiviszeraltransplantationen
- 33 Status 2: für die Implantation eines medikamentefreisetzenden Stents, Status 1: für die Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche
- 34 Status 1: für die Lokalisation intrakraniell, Status 4: für alle übrigen Lokalisationen
- 35 Status 1: für den Ersatz einer infizierten Gefäßprothese, Status 4: bei anderen Indikationen
- 36 Status 1: für die Implantation einer Boston-Keratoprothese, Status 4: für die Implantation eines intraokularen telemetrischen Augeninnendruckensors
- 37 Status 1: für die intravitreale Gabe von Ranibizumab, Status 4: für epiretinale beta-Bestrahlung
- 38 Status 1: für die fetoskopische Therapie von Tachykardien, Kehlkopf- bzw. Luftröhrenverschlüssen und Amnionbändern, Status 4: für andere fetoskopische Verfahren
- 39 Status 4: für die Implantation von 2 und mehr medikamentefreisetzenden, überlangenen Koronarstents, Status 2: für die Implantation eines medikamentefreisetzenden, überlangenen Koronarstents
- 40 Status 4: für die Implantation eines intraokularen telemetrischen Augeninnendruckensors, Status 2: für die nicht-penitrierende Glaukom-Operation
- 41 Status 2: sofern die Voraussetzungen zur Abrechnung des unbewerteten ZE2023-115, ZE2023-116, ZE2023-198 bzw. ZE2023-199 gegeben sind, Status 4: wenn das ZE2023-115, ZE2023-116, ZE2023-198 bzw. ZE2023-199 nicht geltend gemacht werden kann
- 42 Status 4: für die Indikation Epidermolysis bullosa, Status 2: für alle anderen Indikationen
- 43 Hinweis: Lusutrombopag ist aufgrund einer Markrücknahme derzeit in Deutschland nicht beziehbar.
- 44 Hinweis: Amivantamab ist aufgrund einer Markrücknahme derzeit in Deutschland nicht beziehbar.
- 45 Hinweis: Duvelisib ist aufgrund einer Markrücknahme derzeit in Deutschland nicht beziehbar.
- 46 Hinweis: Alpelisib ist aufgrund einer Markrücknahme derzeit in Deutschland nicht beziehbar.
- 47 Hinweis: Regorafenib ist aufgrund einer Markrücknahme derzeit in Deutschland nicht beziehbar.
- 48 Hinweis: Ibalizumab ist aufgrund einer Markrücknahme derzeit in Deutschland nicht beziehbar.
- 49 Die Festlegung des „Status 2023“ ist bis zur abschließenden Entscheidung durch die Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG ausgesetzt.

Quelle: INEK, Download [www.g-drg.de](http://www.g-drg.de). Mit Beginn eines neuen Geltungsstandes können sich inhaltliche Änderungen ergeben.



In Deutschland gibt es historisch gewachsen eine strenge Trennung zwischen der stationären (im Krankenhaus) und der ambulanten (außerhalb des Krankenhauses) Versorgung.

Die ambulante Versorgung für gesetzlich versicherte Patienten wird durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte erbracht, die durch die Kassenärztlichen Vereinigungen ermächtigt werden müssen, um zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherungen Leistungen erbringen und abrechnen zu dürfen.

Dieses seit 1931 bestehende Monopol bedeutete, dass ambulante Leistungen an Krankenhäusern in Deutschland nicht erbracht werden durften. Daher war in Deutschland bei Erkrankungen, die einer stationären Behandlung bedurften, nach Abschluss der stationären Behandlungsphase in der Regel ein Arztwechsel zu einem niedergelassenen Arzt notwendig. Diese Trennung der beiden unterschiedlichen Sektoren der Krankenversorgung erschien in den letzten Jahren zunehmend unwirtschaftlich und auch qualitätsmindernd.

Durch die sektorale Trennung der ambulanten Krankenversorgung ist es notwendig eine doppelte Facharztstruktur in Deutschland vorzuhalten, da sowohl im Krankenhaus als auch im niedergelassenen Bereich eine zunehmende Spezialisierung, bedingt durch Fortschritte der Medizin notwendig ist. So führte z.B. die Subspezialisierung der Inneren Medizin zur Etablierung ambulanter Facharztstrukturen in der Kardiologie, der Gastroenterologie der Hämatologie/Onkologie etc..

Im Ausland ist die medizinische Versorgung meist anders geregelt. Der Bereich der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Ärzte ist oft beschränkt auf eine hausärztliche Versorgung. Die Erbringung ambulanter spezialärztlicher (Facharzt) Leistungen wird oft durch Ärztinnen und Ärzte erbracht, die an Krankenhäusern tätig sind.

In den letzten beiden Jahrzehnten hat es mehrfach Anstrengungen gegeben, die Sektorengrenzen in Deutschland durchlässiger zu gestalten und damit einerseits den Krankenhäusern Möglichkeiten der ambulanten Leistungserbringung zu gestatten, andererseits aber auch niedergelassenen Kollegen eine Zusammenarbeit mit Krankenhausärzten zu ermöglichen.

In Deutschland gilt bei der Auswahl der sektoralen Versorgung grundsätzlich das im SGB festgelegte Primat ambulant vor stationär (§39 SGB V). Das bedeutet, dass eine Leistung die ambulant erbracht werden kann, stationär nicht erbracht werden darf.

Für die Notwendigkeit der stationären Behandlung sind bisher die G-AEP (Appropriateness evaluation protocol) Kriterien angewendet worden. Hier gehen ein u.a. die Schwere der Erkrankung, die Intensität der Behandlung, operative Maßnahmen, die nicht ambulant erbracht werden können, Komorbiditäten und weitere Faktoren ein.

Mit der Überarbeitung des Katalogs für ambulantes Operieren (AOP Katalog) werden die G-AEP Kriterien ab 2023 durch Kontextfaktoren (s.u.) ersetzt

Welche Möglichkeiten ergeben sich einem Krankenhaus im Jahr 2023 ambulante Leistungen zu erbringen? Wesentliche Neuerungen ergeben sich vor allem im Bereich des ambulanten Operierens. Im MDK-Reformgesetz war 2019 eine Neugestaltung des Katalogs für ambulantes Operieren (AOP Katalog) gefordert worden. Diese wurden in einem Gutachten des IGES Instituts entwickelt und Anfang 2023 in einem gemeinsamen Vertrag zwischen GKV Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung festgelegt.

## **Ambulantes Operieren §115 SGB V**

Operative Eingriffe, die ambulant, bzw. auch „stationersetzend“ durchgeführt werden, können von niedergelassenen Vertragsärzten, aber auch von Krankenhäusern erbracht werden. Damit verbunden sind einheitliche Vergütungen für das Krankenhaus und den niedergelassenen Vertragsarzt, vergütet wird nach dem EBM.

Ein Katalog, welche Operationen unter das ambulante Operieren fallen (AOP-Katalog), wird zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) jährlich verhandelt.

Der AOP-Katalog ist seit seiner Einführung im Jahr 2005 in seiner Grundstruktur gleichgeblieben. Im Rahmen des MDK-Reformgesetzes hat der Gesetzgeber im November 2019 beschlossen, eine grundlegende Reform des AOP-Katalogs vorzunehmen. Das Ziel ist mehr Leistungen aus dem stationären Sektor in das ambulante Operieren zu überführen. Im Dezember 2020 wurde die IGES GmbH mit der Erstellung eines Gutachtens zur Reform des AOP-Katalogs beauftragt. Dieses wurde im März 2022 publiziert. Die Ergebnisse flossen dann in den ab 1.1.2023 geltenden neuen AOP-Vertrag ein. Neben einer Erweiterung der im Rahmen des §115 definierten Leistungen auf insgesamt 3089 sind im Wesentlichen die Kriterien neu definiert worden, bei deren Vorliegen eine stationäre Behandlung notwendig wird. Damit sind die G-AEP Kriterien durch Kontextfaktoren ersetzt worden. Diese Kontextfaktoren dienen der Begründung der stationären Erbringung einer Leistung, die bei nicht Vorliegen eines Kontextfaktors ambulant erbracht werden kann. Das Vorliegen eines Kon-

textfaktors ist dabei ausreichend für die Begründung der stationären Leistung. Die Kontextfaktoren müssen bei Abrechnung eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes vom Krankenhaus dokumentiert werden. Liegen Kontextfaktoren nicht vor, können medizinische oder soziale Gründe für die Notwendigkeit der stationären Behandlung angeführt werden.

### **Die Kontextfaktoren sind in 8 Kategorien unterteilt:**

- ICD-Diagnosen, die eine ambulante Behandlung nicht erlauben (z.B. bestimmte Infektionserkrankungen), insgesamt 1451 Diagnosen
- OPS-Kodes, die eine stationäre Behandlung erforderlich machen (v.a. aufwändige Operationen), insgesamt 5693 Prozeduren
- Schwere oder sehr schwere motorische oder kognitive Funktionseinschränkungen, definiert durch Indices wie den Barthel Index
- Pflegegrad 4 oder 5
- Beatmungszeit >0, gemäß DKR
- Alter < 1 Jahr
- Beidseitige Eingriffe am Auge
- Definierte ophthalmologische Begleiterkrankungen

Die neuen Kontextfaktoren könnten den Spielraum der Kliniken für stationäre Behandlungen einschränken. Während die G-AEP Kriterien Interpretationsmöglichkeiten boten, sind diese durch die deutlich konkreteren Kontextfaktoren weniger geworden. Zwar können bei Nichterfüllen der Kontextfaktoren soziale und medizinische Gründe für die stationäre Behandlungsnotwendigkeit herangezogen werden können, allerdings sind hier Konflikte in der Interpretation zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern zu erwarten. Es bleibt abzuwarten ob die Kontextfaktoren im klinischen Alltag geeignet sind, die Patienten zu erkennen, die keiner stationären Behandlung bedürfen.

Im Anhang des Katalogs werden die Eingriffe definiert, die ambulant durchgeführt werden können.

Abschnitt 1 beinhaltet ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationsersetzende Eingriffe gem. § 115b SGB V, die im Anhang 2 des EBM enthalten sind. Hier finden sich ausschließlich Angaben zu OPS-Kodes sowie die Zuordnungen in die Kategorien 1 und 2. Abrechnungsgrundlage ist der jeweils gültige EBM. Beispiele hierzu sind Biopsien, Kataraktoperationen oder Entfernung von Osteosynthesematerial. In 2023 sind diesem Abschnitt 2870 Kodes zugeordnet, davon sind 154 in 2023 neu aufgenommen worden.

Abschnitt 2 beinhaltet ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationsersetzende Eingriffe gem. § 115b SGB V, die außerhalb des Anhangs 2 des EBM aufge-

führt sind. Hier finden sich im Gegensatz zu Abschnitt 1 neben dem OPS und den Kategorien auch Angaben über die dazugehörigen EBM-Leistungen. Dies ergibt sich aus dem Umstand, dass für diese Leistungen im EBM keine eindeutige Zuordnung von OPS-Kodes zu EBM-Ziffern existiert. Für die Operationen und Eingriffe des Abschnittes 2 gilt die Leistungsbeschreibung des OPS. Beispiele hierfür sind die Linksherzkatheteruntersuchung, Endoskopische Untersuchungen oder Frakturversorgungen. In diesem Abschnitt sind 301 Leistungen definiert, davon 54, die in 2023 neu aufgenommen wurden.

Abschnitt 3 enthält ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Leistungen gem. § 115b SGB V ohne OPS-Zuordnung. Hier sind zum Beispiel Maßnahmen zur in vitro Fertilisation zu finden. Hier sind in 2023 unverändert 19 Leistungen definiert.

### **Medizinische Versorgungszentren (MVZ) §95 Abs 1, 1a SGB V**

Die medizinischen Versorgungszentren haben als Vorbild die ehemaligen Polikliniken der DDR. So sind sie als fachübergreifende, von Ärzten geleitete Einrichtungen konzipiert. In diesen waren ursprünglich mindestens zwei Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen tätig. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 23. Juli 2015 wurden die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Gründung eines MVZ weiterentwickelt. Eine fachübergreifende ärztliche Tätigkeit ist nicht mehr notwendig; so können seitdem auch arztgruppengleiche MVZ gegründet werden. Das bedeutet, dass auch reine Hausarzt-MVZ sowie spezialisierte facharztgruppengleiche MVZ möglich sind. Darüber hinaus wurde auch den Kommunen die Möglichkeit eingeräumt, MVZ zu gründen und damit aktiv die Versorgung in der Region zu beeinflussen und zu verbessern.

Vor dem Jahre 2012 konnten MVZ auch von Heil- und Hilfsmittelerbringern gegründet werden. Dies führte dazu, dass MVZ auch von Investoren gegründet wurden, die als Kapitalgeber, zum Beispiel durch den Kauf eines Pflegedienstes, die Voraussetzungen zur Gründung eines MVZ erfüllten. Da dadurch medizinische Entscheidungen von Kapitalinteressen beeinflusst werden könnten, wurde 2012 durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz geregelt, dass nur noch zugelassene Vertragsärzte, zugelassene Krankenhäuser, bestimmte Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach §126 Absatz 3 SGB V (nur fachspezifische MVZ), anerkannte Praxisnetzwerke nach §87b Absatz 2 Satz3, SGB V, sowie bestimmte gemeinnützige Trägerorganisationen zur Gründung eines MVZ berechtigt sind.

Die Leitung eines MVZ muss in der Hand eines Arztes liegen, der in dem MVZ selbst als Vertragsarzt oder als angestellter Arzt tätig und in medizinischen Fragen weisungsfrei ist. Ärzte können in einem MVZ sowohl als selbständiger Vertragsarzt als auch als angestellter Arzt arbeiten. MVZ erfreuen sich großer Beliebtheit, Ende 2021 gab es über 4100 MVZ

in denen über 25.000 Ärzte, davon über 93% in einem Angestelltenverhältnis, arbeiteten.

Da auch Krankenhäuser MVZ gründen können, ergibt sich für sie die Möglichkeit ambulante Leistungen, meist durch angestellte Ärzte, zu erbringen. Damit ist es durch ein MVZ möglich, dass ein Krankenhaus Patienten stationär und ambulant, u.U. sogar mit denselben Ärzten betreuen kann. Der Anteil von Krankenhaus MVZ an der Gesamtzahl der MVZ ist regional unterschiedlich und lag bundesweit 2021 bei 42%. Damit öffnet der Betrieb eines MVZ für viele Krankenhäuser den Zugang zur ambulanten Versorgung. Seit 2019 sind durch das Terminservice- und -versorgungsgesetz auch anerkannte Praxisnetzwerke als MVZ-Gründer möglich.

### **Persönliche Ermächtigungen §116 SGB V, Institutsermächtigungen §116b SGB V**

Persönliche Ermächtigungen zur ambulanten Leistungserbringung für einzelne Krankenhausärzte verlieren in letzter Zeit an Bedeutung. Dies liegt vor allem daran, dass die Voraussetzung für eine Ermächtigung eine bestehende Sicherstellungslücke ist. Das bedeutet konkret, dass in dem räumlichen Versorgungsgebiet, für das eine Ermächtigung beantragt wird, eine ausreichende Versorgung durch einen niedergelassenen Vertragsarzt nicht gegeben ist. Diese Situation wird zunehmend seltener mit der Etablierung der vertragsärztlichen fachärztlichen Versorgung in der Fläche. Daher wird die Ermächtigung vom Zulassungsausschuss der kassenärztlichen Vereinigung auch nur für einen bestimmten Zeitraum und bestimmte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden erteilt.

Instituts- oder Einrichtungsermächtigungen für die ambulante Leistungserbringung können dann vergeben werden, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Unterversorgung für den entsprechenden Planungsbereich festgestellt hat. Diese Ermächtigung ist dann im Unterschied zu den persönlichen Ermächtigungen nicht an die persönliche Leistungserbringung durch bestimmte Ärzte gebunden und gültig, solange diese Versorgung zur Deckung der Unterversorgung erforderlich ist.

### **Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) §116b SGB V**

Der 2004 konzipierte §116B des SGB V erlaubte es, Krankenhäusern ambulante Leistungen bei Patienten mit komplexen, schwer therapierbaren und/oder seltenen Erkrankungen zu erbringen. Diese ausschließlich auf Krankenhäuser bezogene Versorgungsleistung wurde im Jahr 2012 ausgeweitet auf vertragsärztliche Versorgungspartner. Im Jahr 2014 wurden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) mit der Tuberkulose und den gastrointestinalen Tumoren die ersten Krankheitsbilder der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) definiert.

Die ASV schafft bei definierten Erkrankungen, die selten, und / oder komplex und schwer therapierbar sind und eine hochspezialisierte Leistungserbringung erfordert, die Möglichkeit, dass Spezialisten am Krankenhaus mit Spezialisten im Vertragsarztbereich den Patienten zusammen behandeln können.

Es wird im ASV-Team eine zwischen den Leistungserbringern der Sektoren koordinierte Diagnostik und Therapie erbracht. Die Qualität der Versorgung dieser Patienten soll verbessert werden und Doppelleistungen und Reibungsverluste zwischen der stationären und der ambulanten Behandlung können so vermieden werden.

Die ASV stellt einen eigenen Versorgungsbereich mit eigener extrabudgetärer Vergütung dar. Eine Besonderheit dabei ist, dass zu festen Preisen gleichermaßen vom Krankenhaus als auch vom Vertragsarzt abgerechnet werden kann.

Die ASV soll vor allem dann greifen, wenn es sich um Patienten handelt, die aufgrund der Schwere, Seltenheit oder Komplexität ihrer Erkrankung der interdisziplinären Versorgung bedürfen (Tabelle 1).

ASV-Indikation	Beispiel
Besonderer Krankheitsverlauf	Onkologische Erkrankungen
Schwere Verlaufsform von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen	Multiple Sklerose
Seltene Erkrankungen	Mukoviszidose
Hochspezialisierte Leistungen	CT-/MRT-gestützte Interventionen

Tabelle 1 – Aktuelle Indikationen für die ASV

Der sich laufend erweiternde, vom G-BA bestimmte Katalog der in der ASV behandelbaren Erkrankungen umfasst zurzeit:

- ausgewählte seltene Lebererkrankungen
- chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
- gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle
- Gehirntumoren und Tumoren an peripheren Nerven
- gynäkologische Tumoren
- Hämophilie
- Hauttumore

Kopf-Hals-Tumoren  
Lungentumoren und Tumoren des Thorax  
Marfan-Syndrom  
Morbus Wilson  
Mukoviszidose  
Neuromuskuläre Erkrankungen  
pulmonale Hypertonie  
rheumatologische Erkrankungen bei Erwachsenen  
rheumatologische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen  
Sarkoidose  
urologische Tumoren  
Tuberkulose und atypische Mykobakteriose

Der GBA hat bereits die Anforderungen für die ASV bei multipler Sklerose sowie bei Knochen- und Weichteiltumoren konkretisiert, die Inkrafttretung durch das BMG wird erwartet.

**Für 2023 sind die Augentumoren und die Epilepsie als neue Gebiete der ASV vom G-BA geplant.**

Die Interdisziplinarität und die Beteiligung des stationären als auch des ambulanten Sektors sind Voraussetzungen für die ASV.

Neben einer Teamleitung, die die ASV koordiniert, gibt es jeweils ein Kernteam, das sich aus den Disziplinen zusammensetzt, die für die Diagnostik und Therapie der Patientengruppe notwendig ist. So ist bei den gynäkologischen Tumoren das Kernteam zumindest aus einem Gynäkologen mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie sowie einem Hämato-Onkologen bzw. einem Strahlentherapeuten bestehend. Aus diesem Kernteam wird die Teamleitung bestimmt. Hinzuzuziehende Fachärzte als weitere Team-Mitglieder der ASV können dann z.B. Pathologen, Radiologen oder Neurologen sein.

Das ASV-Team ist an Mindestmenvorgaben gebunden, die z.B. bei gynäkologischen Patientinnen mit 250 Mammakarzinom Patientinnen und 60 Patientinnen mit anderen gynäkologischen Tumoren festgelegt sind.

Des Weiteren sind sächliche und organisatorische Anforderungen definiert, wie z.B. die Einbindung ambulanter Pflegedienste, stationärer und ambulanter Palliativversorgung oder Physiotherapie. Die Möglichkeit einer 24 Stunden Notfallversorgung gehört ebenso dazu wie die Festlegung des therapeutischen Procedere in einer interdisziplinären Tumorkonferenz.

Die Erbringung von Leistungen im Rahmen der ASV ist auch finanziell attraktiv, denn es handelt sich um extrabudgetäre Leistungen ohne Mengenbegrenzungen, die zu Festpreisen (EBM bzw. bei Leistungen, die nicht im EBM enthalten sind, GOÄ) abgerechnet werden können. Diese Vergütung gilt sowohl für die teilnehmenden Krankenhausärzte als auch für die niedergelassenen Leistungserbringer.

## Hochschulambulanzen §117 SGB V

Die Hochschulambulanzen konnten bis zum Jahr 2016 Patienten nur in dem Umfang behandeln, der zu Zwecken von Forschung und Lehre notwendig war. Die für diese Behandlungen gezahlten Vergütungen waren oft nicht kostendeckend.

Im Jahr 2016 wurde im Rahmen des Gesetzes zur Verstärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung auch die Möglichkeit der ambulanten Behandlung durch Hochschulen geändert.

Hochschulambulanzen sind jetzt in der Lage, neben der ambulanten Versorgung für Forschung und Lehre auch bestimmte Patientengruppen zu behandeln. Hierbei geht es um Patienten, die wegen der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung der Behandlung in einer Hochschulambulanz bedürfen.

Dabei ist die Art der Erkrankung folgendermaßen definiert:

Patienten mit seltenen Erkrankungen, gemäß Definition Orphanet

Patienten mit Erkrankungen nach § 116b SGB V

(Ambulante spezialfachärztliche Versorgung)

Patienten zur Sicherung einer Diagnose die außerhalb der Hochschulambulanz nicht gesichert werden kann

Patienten mit dem Bedarf an hochspezialisierter diagnostischer/therapeutischer Leistung

Patienten, die einer Versorgung durch selten vertretene Fachdisziplinen (<4 Ärzte / 1 Mio. Einwohner) bedürfen

Unter Schwere der Erkrankung fallen z.B.

Patienten mit anderweitig nicht abwendbarer Verschlechterung des Krankheitsbildes oder der Entwicklung schwerer gesundheitlicher Schäden

Patienten mit kritischem Zeitpunkt der medizinischen Intervention für den weiteren Verlauf der Erkrankung

Patienten mit Vorliegen mehrerer, zeitgleich vorliegender Erkrankungen mit sich gegenseitig verstärkendem Wechselwirkungspotenzial

Patienten mit Bedarf an hochspezialisierter Überwachung, Nachsorge oder Verlaufskontrollen



Unter dem Punkt Komplexität werden verstanden:

Patienten mit Bedarf nach hochspezialisierter interdisziplinärer und multiprofessioneller Versorgung unter Einsatz erforderlicher apparativer Ausstattung

Schwangere Patientinnen mit behandlungsbedürftigen komplexen Begleiterkrankungen der Frau oder des Ungeborenen

Die Überweisung eines Facharztes in die Hochschulambulanz ist notwendig. Die Behandlung in der Hochschulambulanz muss von einem Arzt mit Facharztstatus vorgenommen werden. Die Vergütung hat auf Vollkostenbasis zu erfolgen. Es können bis zu 50 Behandlungspauschalen zwischen der Universitätsklinik und den Kostenträgern vereinbart werden.

Insgesamt kann gesagt werden, dass die Hochschulambulanzen, die von ihnen erbrachten Leistungen heute mit einer zumindest in Teilen adäquaten Vergütung erbringen können.

## **Belegärztliche Leistungen §121 SGB V**

Die Belegärztliche Leistungserbringung ist die älteste Möglichkeit für ein Krankenhaus im Rahmen einer Verzahnung mit dem ambulanten Bereich Leistungen zu erbringen. Hier findet eine Zweiteilung der stationären Leistung statt, indem der Patient aus Sicht des Krankenhauses wie ein üblicher stationärer Patient angesehen wird, die ärztliche Leistung jedoch als ambulante Leistung von einem niedergelassenen Arzt erbracht wird.

Belegärzte sind dabei nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die ihre Patienten im Krankenhaus unter stationären Bedingungen behandeln können. Der Belegarzt nutzt für seine Behandlung die Einrichtungen, das Pflegepersonal sowie die Infrastruktur des Krankenhauses. Das Krankenhaus vergütet den Belegarzt für seine Leistungen nicht. Der Belegarzt rechnet seine Leistungen nach dem EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) mit der KV ab.

Das Krankenhaus hingegen rechnet bei Belegpatienten eine DRG ab. Diese ist allerdings geringer wertig als die stationäre DRG die angewendet wird, wenn die komplette ärztliche Versorgung vom Krankenhaus geleistet wird. Die belegärztlichen DRGs sind im Fallpauschalenkatalog gesondert ausgewiesen. Durch das Modell der Belegärzte findet eine enge Verzahnung zwischen stationärer und ambulanter Medizin statt. Da die gesamte – ambulante und stationäre – Diagnostik und Therapie in einer Hand liegen, werden Doppeluntersuchungen vermindert und Reibungsverluste vermieden. Dies ist gerade dann sinnvoll, wenn eine eigene Fachabteilung an einem Krankenhaus nicht wirtschaftlich betreibbar ist. Daher findet sich das Belegarztsystem vor allem in „kleineren“ Disziplinen wie HNO, Augenheilkunde oder Urologie.

In den letzten Jahren sind die Fallzahlen, die belegärztlich in Deutschland abgerechnet werden, allerdings stark rückläufig. So nahm die Anzahl der Belegärzte von 2006 bis 2016 von 6334 auf 4843 ab. Dies ist am ehesten der zunehmenden Spezialisierung der Krankenhäuser, jedoch auch der zunehmenden ambulanten Leistungserbringung geschuldet. Bei Hebammen gibt es entsprechend die Beleghebamme.

### **Integrierte Versorgung §140a-d SGB V**

Mit der im Jahr 2004 eingeführten Möglichkeit der integrierten Versorgung wurde die Grundlage geschaffen, dass Patienten mit komplexen Erkrankungen sowohl von niedergelassenen Vertragsärzten als auch von Krankenhausärzten ambulant behandelt werden können. Vertragspartner sind daher neben den Leistungserbringern auch die Krankenkassen. Verträge nach § 140 werden üblicherweise für bestimmte Indikationsgebiete abgeschlossen, die einer komplexen Versorgung bedürfen (z.B. Endoprothetik, Adipositas, Rheumatologische Erkrankungen).

Patienten müssen zur Teilnahme an der integrierten Versorgung in diese eingeschrieben werden. Daher ist es sinnvoll, dass möglichst alle gesetzlichen Kassen in solche Verträge eingebunden sind.

Auch bei der integrierten Versorgung entstehen Vorteile für den Patienten dadurch, dass durch die enge Verzahnung zwischen stationären und ambulanten Behandlern Doppeluntersuchungen verhindert werden und Patienten einen gut definierten Behandlungspfad mit konkret verantwortlichen Behandlungspartnern durchlaufen. Im Rahmen der integrierten Versorgung ist es für die Krankenhäuser möglich, auch die in diesem Vertrag definierten ambulanten Leistungen zu erbringen.

### **Ambulante Notfallbehandlung §115 SGB V i.V. mit §75 Abs 1 SGB V**

Die Krankenhäuser sind berechtigt, an der Behandlung von Patienten in sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst) teilzunehmen. Zwar hat der vertragsärztliche Sektor für diese Zeiten eine entsprechende Versorgung bereitzustellen. Allerdings werden die Notfallambulanzen der Krankenhäuser auch für diese Notfälle in Anspruch genommen. Diese Form der ambulanten Behandlung von Notfällen stellt die Krankenhäuser zunehmend vor Probleme, da beobachtet wird, dass auch solche Patienten die Krankenhausambulanzen aufsuchen, die auch den Vertragsarzt hätten aufsuchen können. Sie tun dies aber nicht, z.B. da die Verfügbarkeit eines Facharztes im Krankenhaus oftmals schneller zu sein scheint. Die Anzahl der vom KV-Bereitschaftsdienst behandelten Notfälle nahm von 2009 bis 2019 um 19% ab, während gleichzeitig die Zahl der in Kliniken ambulant behandelten Notfallpatienten um 24% anstieg.

In den letzten Jahren wurden zunehmend Notfallambulanzen niedergelassener Ärzte an Krankenhäusern angesiedelt. Durch die Möglichkeit, bei Bedarf auf die Infrastruktur des Krankenhauses zugreifen zu können, ist eine optimale Versorgung der Patienten gewährleistet.

Das BMG plante ein neues Gesetz zur Regelung der Notfallversorgung im Jahr 2023. Es sollen flächendeckend integrierte Leitstellen (ILS) aufgebaut werden. Diese sollen nach telefonischer oder telemedizinischer Einschätzung die Patienten der am besten geeigneten Notfallstruktur zuweisen. Durch diese qualifizierte Ersteinschätzung sollen u.a. die Notaufnahmen von Krankenhäusern entlastet werden.

An Krankenhäusern sollen Integrierte Notfallzentren (INZ) in den Krankenhäusern der erweiterten (Stufe 2, ca. 260 Krankenhäuser) und der umfassenden Notfallversorgung (Stufe 3 ca. 160 Krankenhäuser) etabliert werden. Falls regional notwendig, kann ein INZ auch in einem Krankenhaus der Basisversorgung eingerichtet werden, alternativ Versorgung durch ein 24/7 MVZ mit telemedizinischer Anbindung an ein INZ. Ein INZ besteht aus der Notaufnahme eines Krankenhauses und einer KV-Notfallpraxis. Der Patient wird nach Ersteinschätzung einer der beiden Strukturen zugewiesen.

## **Vor- und nachstationäre Behandlung §115 SGB V**

Die vor- und nachstationäre Behandlung hat das Ziel, die Dauer der Krankenhausbehandlung sinnvoll abzukürzen. Dazu erscheint es vor einer stationären Behandlung oft sinnvoll, notwendige Diagnostik ambulant zu erbringen, ohne dass dafür ein Krankenhausbett belegt werden muss. Die vorstationäre Behandlung soll auch dazu dienen evtl. festzustellen, ob die stationäre Behandlung überhaupt notwendig ist. Die vorstationäre Krankenhausbehandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor dem Beginn der eigentlichen, vollstationären Krankenhausbehandlung begrenzt.

Ebenso wie die vorstationäre Behandlung erfolgt auch die nachstationäre Behandlung ohne Unterkunft und Verpflegung von Seiten des Krankenhauses. Bei der nachstationären Behandlung ist das Ziel, den Therapieerfolg zu sichern, z.B. indem Kontrollen des Therapieverlaufs ambulant vorgenommen werden, ohne dass der Patient noch stationär im Krankenhaus sein muss. Die nachstationäre Krankenhausbehandlung ist auf sieben Behandlungstage innerhalb einer Frist von zwei Wochen nach Ende des stationären Aufenthaltes begrenzt, wobei es in medizinisch begründeten Fällen Ausnahmen geben kann.

Autoren:

Dr. med. Holger Bunzemeier  
DRG-Research-Group  
Roeder & Partner – Ärzte PartG  
Am Dorn 10 • 48309 Senden  
Telefon 02536/318 51 15

Prof. Dr. med. Helmut Ostermann  
Klinikum der Universität München  
Marchionistraße 15 • 81377 München

Herausgeber:

DRG-Research-Group in Partnerschaft mit  
der Arbeitsgemeinschaft Gesundheitspolitik  
und Market Access der Sektion C der  
Deutschen Krebsgesellschaft (AG GePoMAx)

**Arbeitsgemeinschaft Gesundheitspolitik  
und Market Access der Sektion C der  
Deutschen Krebsgesellschaft (AG GePoMAx)**

Abbvie Deutschland GmbH & Co. KG  
Amgen GmbH  
Bayer Vital GmbH  
Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA  
Janssen-Cilag GmbH  
Merck Serono GmbH  
MSD SHARP & DOHME GMBH  
Novartis Pharma GmbH  
Sanofi-Aventis Deutschland GmbH  
Takeda Pharma Vertrieb GmbH & Co. KG