

Schlüsselfortschreibung vom 12.2.2019 zum 19.2.2019
mit Wirkung zum 1.1.2018 und 1.1.2019
zur Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V

Anhang B zu Anlage 2 Teil I: Entgeltarten stationär

Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG (Anlage 4 und 6 FPV)

Gültig ab 1.1.2018

76097884	ZE2018-121 Gabe von Etanercept, parenteral, je 25 mg Biologika; OPS 6-002.b*
76097886	ZE2018-121 Gabe von Etanercept, parenteral, je 25 mg Biosimilar; OPS 6-002.b*
76097895	ZE2018-149 Gabe von Infliximab, parenteral, je 100 mg Biologika; OPS 6-001.e*
76097897	ZE2018-149 Gabe von Infliximab, parenteral, je 100 mg Biosimilar 1; OPS 6-001.e*
76097905	ZE2018-149 Gabe von Infliximab, parenteral, je 100 mg Biosimilar 2; OPS 6-001.e*
76097915	ZE2018-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Plasmatischer Faktor X, Coagadex, je Einheit; OPS 8-812.a*
76097931	ZE2018-127 Gabe von L-Asparaginase aus Erwinia chrysanthemi [Erwinase], parenteral, je IE; OPS 6-003.r*
76097932	ZE2018-132 Gabe von Thiotepa, parenteral, je mg; OPS 6-007.n*
76097933	ZE2018-144 Gabe von Obinutuzumab, parenteral, je 100 mg; OPS 6-007.j*
76097941	ZE2018-128 Gabe von nicht pegylierter Asparaginase, parenteral, je Einheit bei Gabe der Durchstechflasche à 5.000 Einheiten; OPS 6-003.n*
76097942	ZE2018-128 Gabe von nicht pegylierter Asparaginase, parenteral, je Einheit bei Gabe der Durchstechflasche à 10.000 Einheiten; OPS 6-003.n*
76097946	ZE2018-147 Gabe von Bortezomib, parenteral, je 3,5 mg Ampulle; OPS 6-001.9*
76097947	ZE2018-148 Gabe von Adalimumab, parenteral, je 10 mg; OPS 6-001.d*
76097948	ZE2018-149 Gabe von Infliximab, parenteral, je 50 mg; OPS 6-001.e*
76097949	ZE2018-150 Gabe von Busulfan, parenteral, je 60 mg; OPS 6-002.d*
76097951	ZE2018-62 Mikroaxial-Blutpumpe, 2,5 l; OPS 8-839.42
76097952	ZE2018-66 Enzymersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Velmanase alfa, je 10 mg; OPS 6-003.7
76097953	ZE2018-62 Mikroaxial-Blutpumpe, 5,0 l; OPS 8-839.42
76097984	ZE2018-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren, Plasmatischer Faktor VIII, Beriate, je 500 Einheiten; OPS 8-810.9*
76098026	ZE2018-66 Enzymersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Vestronidase alfa, je 10 mg; OPS 6-003.7
76098027	ZE2018-112 Gabe von Abirateronacetat, oral, je 500 mg; OPS 6-006.2*
76098028	ZE2018-148 Gabe von Adalimumab, parenteral, je 20 mg; OPS 6-001.d*
76098030	ZE2018-148 Gabe von Adalimumab, parenteral, je 80 mg; OPS 6-001.d*

Gültig ab 1.1.2019

76097907	ZE2019-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor VIII, NovoEight, je 500 Einheiten; OPS 8-810.8*
76097930	ZE2019-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor VIII, NovoEight, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.8*
76097954	ZE2019-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Humanes Protein C, parenteral, Ceprotin, je 1000 IE; OPS 8-812.9*
76097955	ZE2019-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Plasmatischer Faktor VIII, Optivate, je Einheit; OPS 8-810.9*
76097956	ZE2019-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor IX, Rixubis, je 500 Einheiten; OPS 8-810.a*

76097957	ZE2019-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor IX, Rixubis, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.a*
76097958	ZE2019-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor IX, Rixubis, je 2000 Einheiten; OPS 8-810.a*
76097959	ZE2019-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor IX, Rixubis, je 3000 Einheiten; OPS 8-810.a*
76097960	ZE2019-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor VIII, Kovaltry, je 500 Einheiten; OPS 8-810.8*
76097961	ZE2019-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor VIII, Kovaltry, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.8*
76097962	ZE2019-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor VIII, Kovaltry, je 2000 Einheiten; OPS 8-810.8*
76097963	ZE2019-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor VIII, Nuwiq, je 500 Einheiten; OPS 8-810.8*
76097964	ZE2019-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor VIII, Nuwiq, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.8*
76097965	ZE2019-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor VIII, Nuwiq, je 2000 Einheiten; OPS 8-810.8*
76097966	ZE2019-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor IX, Idelvion, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.a*
76097967	ZE2019-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor IX, Idelvion, je 2000 Einheiten; OPS 8-810.a*
76097968	ZE2019-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor VIII, NovoEight, je 500 Einheiten; OPS 8-810.8*
76097969	ZE2019-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor VIII, NovoEight, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.8*
76097970	ZE2019-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor VIII, NovoEight, je 2000 Einheiten; OPS 8-810.8*
76097971	ZE2019-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor VIII, NovoEight, je 3000 Einheiten; OPS 8-810.8*
76097972	ZE2019-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Plasmatischer Faktor VIII, Haemoclin SDH, je 500 Einheiten; OPS 8-810.9*
76097973	ZE2019-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Plasmatischer Faktor VIII, Haemoclin SDH, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.9*
76097974	ZE2019-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Plasmatischer Faktor IX, Haemonine, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.b*
76097975	ZE2019-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor IX, Alprolix, je 500 Einheiten; OPS 8-810.a*
76097976	ZE2019-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor IX, Alprolix, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.a*
76097977	ZE2019-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor IX, Alprolix, je 2000 Einheiten; OPS 8-810.a*
76097978	ZE2019-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor IX, Alprolix, je 3000 Einheiten; OPS 8-810.a*
76097979	ZE2019-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor VIII, Elocta, je 500 Einheiten; OPS 8-810.8*
76097980	ZE2019-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor VIII, Elocta, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.8*
76097981	ZE2019-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor VIII, Elocta, je 1500 Einheiten; OPS 8-810.8*
76097982	ZE2019-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor VIII, Elocta, je 2000 Einheiten; OPS 8-810.8*
76097983	ZE2019-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor VIII, Elocta, je 3000 Einheiten; OPS 8-810.8*
76097985	ZE2019-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren, Plasmatischer Faktor VIII, Beriate, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.9*
76097986	ZE2019-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren, Plasmatischer Faktor VIII, Beriate, je 2000 Einheiten; OPS 8-810.9*
76097987	ZE2019-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren, Plasmatischer Faktor VIII, Fanhdi, je 500 Einheiten; OPS 8-810.9*
76097988	ZE2019-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren, Plasmatischer Faktor VIII, Fanhdi, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.9*

76097989	ZE2019-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren, Faktor XIII, Fibrogammin, je 250 Einheiten; OPS 8-810.e*
76097990	ZE2019-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren, Faktor XIII, Fibrogammin, je 1250 Einheiten; OPS 8-810.e*
76097991	ZE2019-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren, Plasmatischer Faktor VIII, Haemate P, je 500 Einheiten; OPS 8-810.9*
76097992	ZE2019-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren, Plasmatischer Faktor VIII, Haemate P, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.9*
76097993	ZE2019-138 Gabe von Fibrinogenkonzentrat, Haemocomplettan, je 2 g; OPS 8-810.j*
76097994	ZE2019-137 Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII, Novoseven, je 50 kIE; OPS 8-810.6*
76097995	ZE2019-137 Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII, Novoseven, je 100 kIE; OPS 8-810.6*
76097996	ZE2019-137 Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII, Novoseven, je 250 kIE; OPS 8-810.6*
76097997	ZE2019-137 Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII, Novoseven, je 400 kIE; OPS 8-810.6*
76097998	ZE2019-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren, Plasmatischer Faktor VIII, Octanate, je 500 Einheiten; OPS 8-810.9*
76097999	ZE2019-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren, Plasmatischer Faktor VIII, Octanate, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.9*
76098000	ZE2019-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren, Plasmatischer Faktor VIII, Wilate, je 500 Einheiten; OPS 8-810.9*
76098001	ZE2019-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren, Plasmatischer Faktor VIII, Wilate, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.9*
76098002	ZE2019-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren, Feiba - Prothrombinkomplex mit Faktor-VIII-Inhibitor-Bypass-Aktivität, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.c*
76098003	ZE2019-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren, Von-Willebrand-Faktor, Willfact, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.d*
76098004	ZE2019-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren, Humanes Protein C, parenteral, Ceprotin, je 500 IE; OPS 8-812.9*
76098005	ZE2019-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren, Humanes Protein C, parenteral, Ceprotin, je 1000 IE; OPS 8-812.9*
76098006	ZE2019-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor IX, Rixubis, je 500 Einheiten; OPS 8-810.a*
76098007	ZE2019-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor IX, Rixubis, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.a*
76098008	ZE2019-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor IX, Rixubis, je 2000 Einheiten; OPS 8-810.a*
76098009	ZE2019-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor IX, Rixubis, je 3000 Einheiten; OPS 8-810.a*
76098010	ZE2019-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor VIII, Kovaltry, je 500 Einheiten; OPS 8-810.8*
76098011	ZE2019-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor VIII, Kovaltry, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.8*
76098012	ZE2019-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor VIII, Kovaltry, je 2000 Einheiten; OPS 8-810.8*
76098013	ZE2019-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor IX, Idelvion, je 500 Einheiten; OPS 8-810.a*
76098014	ZE2019-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor IX, Idelvion, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.a*
76098015	ZE2019-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor IX, Idelvion, je 2000 Einheiten; OPS 8-810.a*
76098016	ZE2019-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor VIII, NovoEight, je 2000 Einheiten; OPS 8-810.8*
76098017	ZE2019-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor VIII, NovoEight, je 3000 Einheiten; OPS 8-810.8*
76098018	ZE2019-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren, Plasmatischer Faktor VIII, Haemoctin SDH, je 500 Einheiten; OPS 8-810.9*
76098019	ZE2019-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren, Plasmatischer Faktor VIII, Haemoctin SDH, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.9*
76098020	ZE2019-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren, Plasmatischer Faktor IX, Haemonine, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.b*
76098021	ZE2019-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor VIII, Elocta, je 500 Einheiten; OPS 8-810.8*

- 76098022 ZE2019-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor IX, Alprolix, je 500 Einheiten; OPS 8-810.a*
- 76098023 ZE2019-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor IX, Alprolix, je 1000 Einheiten; OPS 8-810.a*
- 76098024 ZE2019-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor IX, Alprolix, je 2000 Einheiten; OPS 8-810.a*
- 76098025 ZE2019-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren, Rekombinanter Faktor IX, Alprolix, je 3000 Einheiten; OPS 8-810.a*

Zusatzentgelte nach § 6 Abs 2 KHEntgG

Gültig ab 1.1.2018

- 76198926 Nusinersen, je mg
- 76198942 Miglustat, bei Morbus Gaucher, je mg, bei Gabe der 100 mg Kapsel; OPS 6-006.8
- 76198945 Miglustat, bei Morbus Gaucher und Nieman Pick Krankheit, je mg, bei Gabe der 100 mg Kapsel; OPS 6-006.8
- 76198949 Midostaurin, 4 x 28 Kapseln, je 25 mg

Gesonderte Zusatzentgelte nach § 6 Abs 2a KHEntgG

Gültig ab 1.1.2018

- 76296093 Seltene Erkrankungen Kinder

Korrekturen:**Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG (Anlage 4 und 6)**

Entgeltschlüssel	Entgeltbezeichnung	Gültigkeit ab	Gültigkeit bis
76000EDK	ZE2019-17 Retransplantation von Organen während desselben stationären Aufenthaltes; OPS 5-555.7	20190101	<u>20190219</u>
7600017M	ZE2018-17 Retransplantation von Organen während desselben stationären Aufenthaltes; OPS 5-555.7	20180101	<u>20181231</u>
7600017M	ZE2018-17 ZE2019-17 Retransplantation von Organen während desselben stationären Aufenthaltes; OPS 5-555.7	<u>20190101</u>	<u>20191231</u>

Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG

Entgeltschlüssel	Entgeltbezeichnung	Gültigkeit ab	Gültigkeit bis
76197793	Enzalutamid, je 40 mg Tablette	20140101	<u>20191231</u>
76197844	Enzalutamid, je mg	20140101	<u>20191231</u>
76198000	Enzalutamid, je 1000 mg	20140101	<u>20191231</u>
76197787	Aflibercept, intravenös, je 100 mg Infusionslösung	20140101	<u>20191231</u>
76197800	Aflibercept, intravenös, je 200 mg Infusionslösung	20140101	<u>20191231</u>
76197807	Aflibercept, intravenös, je 10 mg	20140101	<u>20191231</u>
76197843	Aflibercept, intravenös, je mg	20140101	<u>20191231</u>
76198001	Aflibercept, intravenös, je 1000 mg	20140101	<u>20191231</u>
76198104	Aflibercept, intravenös, je 100 mg; OPS 6-007.3	20150101	<u>20191231</u>
76198105	Aflibercept, intravenös, je 50 mg; OPS 6-007.3	20150101	<u>20191231</u>
76198475	Aflibercept, intravenös, je 300 mg; OPS 6-007.3	20160101	<u>20191231</u>
76198038	Ibrutinib, je 140 mg	20150101	<u>20191231</u>
76198113	Ibrutinib, je mg	20150101	<u>20191231</u>
76198183	Ibrutinib, je 1000 mg	20150101	<u>20191231</u>
76198411	Ibrutinib, je 40 mg; OPS 6-007.e	20160101	<u>20191231</u>
76198645	Ibrutinib, oral, pro Packung (30 Kapseln à 140 mg); OPS 6-007.e	20170101	<u>20191231</u>
76197657	Brentuximabvedotin, je mg	20130101	<u>20191231</u>
76197668	Brentuximabvedotin, je 50 mg; OPS 8-547.1	20130101	<u>20191231</u>
76197740	Brentuximabvedotin, je 50 mg	20130101	<u>20191231</u>
76197789	Brentuximabvedotin, parenteral, je 10 mg	20130101	<u>20191231</u>
76197826	Brentuximabvedotin, je 1000 mg	20130101	<u>20191231</u>
76197238	Eltrombopag, 50 mg	20100601	<u>20191231</u>
76197315	Eltrombopag, je mg	20130901	<u>20191231</u>
76197377	Eltrombopag, 25 mg	20110101	<u>20191231</u>
76197442	Eltrombopag, je 1.000 mg	20110101	<u>20191231</u>
76197564	Eltrombopag; OPS 6-006.0	20120101	<u>20191231</u>
76198061	Eltrombopag, oral, je 75 mg; OPS 6-006.0	20150101	<u>20191231</u>
76198173	Eltrombopag, oral, je 25 mg; OPS 6-006.0	20150101	<u>20191231</u>
76198174	Eltrombopag, oral, je 50 mg; OPS 6-006.0	20150101	<u>20191231</u>
76198045	Ramucirumab, je 500 mg	20150101	<u>20191231</u>
76198046	Ramucirumab, je 100 mg	20150101	<u>20191231</u>
76198096	Ramucirumab, je 1 mg	20150101	<u>20191231</u>
76198130	Ramucirumab, je 50 mg	20150101	<u>20191231</u>

76198182	Ramucirumab, je 1000 mg	20150101	20191231
76198270	Ramucirumab, je 10 mg; OPS 6-007.m	20160101	20191231
76198474	Ramucirumab, je 600 mg	20160101	20191231
76198056	Obinutuzumab, je 1000 mg	20150101	20191231
76198099	Obinutuzumab, je 1 mg	20150101	20191231
76198132	Obinutuzumab, je 100 mg	20150101	20191231

Anhang B zu Anlage 2 Teil II: Entgeltarten ambulant**Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V****Quartalspauschalen**

	Gültig ab 1.1.2018
21000480	CT/MRT/Angiografien
21000511	Internistische Onkologie, ärztliche Leistung
21000521	Hepatology, ärztliche Leistung
21000531	Internistische Intensivmedizin / Hämostaseologie, ärztliche Leistung
21000541	Hämatologie, ärztliche Leistung
21000550	Neuropathologie
21038550	Fachbereich kognitive Neurologie

Behandlungspauschalen

	Gültig ab 1.1.2018
22060040	Externe Laboreinsendungen

Pauschale je Behandlungseinheit

	Gültig ab 1.1.2018
24322019	je Behandlungseinheit, Kinder und Jugendliche, je Sprechstunde

Pauschalen nach Katalog

	Gültig ab 1.1.2019
25101331	Fetalchirurgie
25101332	Zytologie und Früherkennung
25101333	CI-Nachsorge
25101334	Radiologische Bildgebung
25101335	Molekularpathologie Gruppe 1
25101336	Molekularpathologie Gruppe 2
25101337	Molekularpathologie Gruppe 3
25101338	Molekularpathologie Gruppe 4
25101339	Molekularpathologie Gruppe 5
25101340	Molekularpathologie Gruppe 6

Anhang B zu Anlage 2 Teil III: Entgeltarten nach PEPPV**PEPP-Entgeltkatalog: Zusatzentgelte-Katalog, unbewertete Entgelte (Anlage 4)****fallbezogen, krankenhausindividuell, stationär**

Gültig ab 1.1.2018

C920001P	ZP2018-39 Gabe von Etanercept, parenteral, je mg, fallbezogen; OPS 6-002.b*
C9200020	ZP2018-43 Gabe von Voriconazol, parenteral, je mg, fallbezogen; OPS 6-002.r*
C9200021	ZP2018-59 Gabe von Adalimumab, parenteral, je mg, fallbezogen; OPS 6-001.d*

Unbewertete PEPP-Entgelte bei stationsäquivalenter Behandlung**Tagesbezogene Entgelte**

Gültig ab 1.1.2018

DH1E0P00	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen, Sachkosten-/Strukturpauschale für SGB V & sonstige nichttherapeutische Basiskosten Je Tag (QA80Z)
DH1K0P00	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen, Sachkosten-/Strukturpauschale für SGB V & sonstige nichttherapeutische Basiskosten Je Tag (QK80Z)

Zeitraumbezogene Entgelte

Gültig ab 1.1.2018

DH3EAF08	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen, Arzt, Fahrzeit, kontaktbezogene Pauschale (QA80Z)
DH3EF001	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen, Pflegefachperson, Therapiezeit 0 bis 30 Minuten (QA80Z); OPS 9-701.30
DH3EF002	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen, Pflegefachperson, Therapiezeit 31 bis 60 Minuten (QA80Z); OPS 9-701.31
DH3EF003	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen, Pflegefachperson, Therapiezeit 61 bis 90 Minuten (QA80Z); OPS 9-701.32
DH3EF004	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen, Pflegefachperson, Therapiezeit 91 bis 120 Minuten (QA80Z); OPS 9-701.33
DH3EF005	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen, Pflegefachperson, Therapiezeit 121 bis 180 Minuten (QA80Z); OPS 9-701.34
DH3EF006	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen, Pflegefachperson, Therapiezeit 181 bis 240 Minuten (QA80Z); OPS 9-701.35
DH3EF007	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen, Pflegefachperson, Therapiezeit mehr als 240 Minuten (QA80Z); OPS 9-701.36
DH3EFF08	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen, Pflegefachperson, Fahrzeit, kontaktbezogene Pauschale (QA80Z)
DH3EPF08	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen, Psychologe, Fahrzeit, kontaktbezogene Pauschale (QA80Z)
DH3ESF08	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen, Spezialtherapeut, Fahrzeit, kontaktbezogene Pauschale (QA80Z)
DH3KAF08	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen, Arzt, Fahrzeit, kontaktbezogene Pauschale (QK80Z)
DH3KFF08	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen, pädagogisch-pflegerische Fachperson, Fahrzeit, kontaktbezogene Pauschale (QK80Z)
DH3KPF08	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen, Psychologe, Fahrzeit, kontaktbezogene Pauschale (QK80Z)
DH3KS001	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen, Spezialtherapeut, Therapiezeit 0 bis 30 Minuten (QA80Z); OPS 9-801.20
DH3KS002	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen, Spezialtherapeut, Therapiezeit 31 bis 60 Minuten (QA80Z); OPS 9-801.21
DH3KS003	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen, Spezialtherapeut, Therapiezeit 61 bis 90 Minuten (QA80Z); OPS 9-801.22

DH3KS004	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen, Spezialtherapeut, Therapiezeit 91 bis 120 Minuten (QA80Z); OPS 9-801.23
DH3KS005	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen, Spezialtherapeut, Therapiezeit 121 bis 180 Minuten (QA80Z); OPS 9-801.24
DH3KS006	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen, Spezialtherapeut, Therapiezeit 181 bis 240 Minuten (QA80Z); OPS 9-801.25
DH3KS007	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen, Spezialtherapeut, Therapiezeit mehr als 240 Minuten (QA80Z); OPS 9-801.26
DH3KSF08	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen, Spezialtherapeut, Fahrzeit, kontaktbezogene Pauschale (QK80Z)

Korrekturen:**Zusatzentgelte-Katalog, bewertete Entgelte stationär (Anlage 3)**

Entgeltschlüssel	Entgeltbezeichnung	Gültigkeit ab	Gültigkeit bis
C5Z34010	ZP3401 Gabe von Palifermin, parenteral, 1,25 mg bis unter 2,5 mg; OPS 6-003.20	20140101	20191231
C5Z34020	ZP3402 Gabe von Palifermin, parenteral, 2,5 mg bis unter 3,75 mg; OPS 6-003.21	20140101	20191231
C5Z34030	ZP3403 Gabe von Palifermin, parenteral, 3,75 mg bis unter 5,0 mg; OPS 6-003.22	20140101	20191231
C5Z34040	ZP3404 Gabe von Palifermin, parenteral, 5,0 mg bis unter 10,0 mg; OPS 6-003.23	20140101	20191231
C5Z34050	ZP3405 Gabe von Palifermin, parenteral, 10,0 mg bis unter 15,0 mg; OPS 6-003.24	20130101	20191231
C5Z34060	ZP3406 Gabe von Palifermin, parenteral, 15,0 mg bis unter 20,0 mg; OPS 6-003.25	20130101	20191231
C5Z34070	ZP3407 Gabe von Palifermin, parenteral, 20,0 mg bis unter 25,0 mg; OPS 6-003.26	20130101	20191231
C5Z34080	ZP3408 Gabe von Palifermin, parenteral, 25,0 mg bis unter 30,0 mg; OPS 6-003.27	20130101	20191231
C5Z34090	ZP3409 Gabe von Palifermin, parenteral, 30,0 mg bis unter 35,0 mg; OPS 6-003.28	20130101	20191231
C5Z34100	ZP3410 Gabe von Palifermin, parenteral, 35,0 mg bis unter 40,0 mg; OPS 6-003.29	20130101	20191231
C5Z34110	ZP3411 Gabe von Palifermin, parenteral, 40,0 mg bis unter 50,0 mg; OPS 6-003.2a	20130101	20191231
C5Z34120	ZP3412 Gabe von Palifermin, parenteral, 50,0 mg oder mehr; OPS 6-003.2b	20170101	20191231
C5Z46010	ZP4601 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 75 mg bis unter 125 mg; OPS 6-003.k0	20130101	20191231
C5Z46020	ZP4602 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 125 mg bis unter 200 mg; OPS 6-003.k1	20130101	20191231
C5Z46030	ZP4603 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 200 mg bis unter 300 mg; OPS 6-003.k2	20130101	20191231
C5Z46040	ZP4604 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 300 mg bis unter 400 mg; OPS 6-003.k3	20130101	20191231
C5Z46050	ZP4605 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 400 mg bis unter 500 mg; OPS 6-003.k4	20130101	20191231
C5Z46060	ZP4606 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 500 mg bis unter 600 mg; OPS 6-003.k5	20130101	20191231
C5Z46070	ZP4607 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 600 mg bis unter 700 mg; OPS 6-003.k6	20130101	20191231
C5Z46080	ZP4608 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 700 mg bis unter 800 mg; OPS 6-003.k7	20130101	20191231
C5Z46090	ZP4609 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 800 mg bis unter 900 mg; OPS 6-003.k8	20130101	20191231

C5Z46100	ZP4610 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 900 mg bis unter 1.000 mg; OPS 6-003.k9	20130101	20191231
C5Z46110	ZP4611 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 1.000 mg bis unter 1.200 mg; OPS 6-003.ka	20130101	20191231
C5Z46120	ZP4612 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 1.200 mg bis unter 1.400 mg; OPS 6-003.kb	20130101	20191231
C5Z46130	ZP4613 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 1.400 mg bis unter 1.600 mg; OPS 6-003.kc	20130101	20191231
C5Z46140	ZP4614 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 1.600 mg bis unter 1.800 mg; OPS 6-003.kd	20130101	20191231
C5Z46150	ZP4615 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 1.800 mg bis unter 2.000 mg; OPS 6-003.ke	20130101	20191231
C5Z46160	ZP4616 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 2.000 mg bis unter 2.400 mg; OPS 6-003.kf	20130101	20191231
C5Z46170	ZP4617 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 2.400 mg bis unter 2.800 mg; OPS 6-003.kg	20130101	20191231
C5Z46180	ZP4618 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 2.800 mg bis unter 3.200 mg; OPS 6-003.kh	20130101	20191231
C5Z46190	ZP4619 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 3.200 mg bis unter 4.000 mg; OPS 6-003.kj	20130101	20191231
C5Z46200	ZP4620 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 4.000 mg bis unter 4.800 mg; OPS 6-003.kk	20130101	20191231
C5Z46210	ZP4621 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 4.800 mg bis unter 5.600 mg; OPS 6-003.km	20130101	20191231
C5Z46220	ZP4622 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 5.600 mg bis unter 6.400 mg; OPS 6-003.kn	20130101	20191231
C5Z46230	ZP4623 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 6.400 mg bis unter 8.000 mg; OPS 6-003.kp	20130101	20191231
C5Z46240	ZP4624 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 8.000 mg bis unter 9.600 mg; OPS 6-003.kq	20130101	20191231
C5Z46250	ZP4625 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 9.600 mg bis unter 11.200 mg; OPS 6-003.kr	20130101	20191231
C5Z46260	ZP4626 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 11.200 mg bis unter 12.800 mg; OPS 6-003.ks	20130101	20191231
C5Z46270	ZP4627 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 12.800 mg oder mehr; OPS 6-003.kt	20170101	20191231
C5Z61010	ZP6101 Gabe von Trastuzumab, intravenös, 100 mg bis unter 150 mg; OPS 6-001.k0	20150101	20191231
C5Z61020	ZP6102 Gabe von Trastuzumab, intravenös, 150 mg bis unter 200 mg; OPS 6-001.k1	20150101	20191231
C5Z61030	ZP6103 Gabe von Trastuzumab, intravenös, 200 mg bis unter 250 mg; OPS 6-001.k2	20150101	20191231
C5Z61040	ZP6104 Gabe von Trastuzumab, intravenös, 250 mg bis unter 300 mg; OPS 6-001.k3	20150101	20191231
C5Z61050	ZP6105 Gabe von Trastuzumab, intravenös, 300 mg bis unter 350 mg; OPS 6-001.k4	20150101	20191231
C5Z61060	ZP6106 Gabe von Trastuzumab, intravenös, 350 mg bis unter 400 mg; OPS 6-001.k5	20150101	20191231
C5Z61070	ZP6107 Gabe von Trastuzumab, intravenös, 400 mg bis unter 450 mg; OPS 6-001.k6	20150101	20191231
C5Z61080	ZP6108 Gabe von Trastuzumab, intravenös, 450 mg bis unter 500 mg; OPS 6-001.k7	20150101	20191231
C5Z61090	ZP6109 Gabe von Trastuzumab, intravenös, 500 mg bis unter 600 mg; OPS 6-001.k8	20150101	20191231
C5Z61100	ZP6110 Gabe von Trastuzumab, intravenös, 600 mg bis unter 700 mg; OPS 6-001.k9	20150101	20191231
C5Z61110	ZP6111 Gabe von Trastuzumab, intravenös, 700 mg bis unter 800 mg; OPS 6-001.ka	20150101	20191231
C5Z61120	ZP6112 Gabe von Trastuzumab, intravenös, 800 mg bis unter 900 mg; OPS 6-001.kb	20150101	20191231
C5Z61130	ZP6113 Gabe von Trastuzumab, intravenös, 900 mg bis unter 1.000 mg; OPS 6-001.kc	20150101	20191231

C5Z61140	ZP6114 Gabe von Trastuzumab, intravenös, 1.000 mg bis unter 1.200 mg; OPS 6-001.kd	20150101	20191231
C5Z61150	ZP6115 Gabe von Trastuzumab, intravenös, 1.200 mg bis unter 1.400 mg; OPS 6-001.ke	20150101	20191231
C5Z61160	ZP6116 Gabe von Trastuzumab, intravenös, 1.400 mg bis unter 1.600 mg; OPS 6-001.kf	20150101	20191231
C5Z61170	ZP6117 Gabe von Trastuzumab, intravenös, 1.600 mg bis unter 1.800 mg; OPS 6-001.kg	20150101	20191231
C5Z61180	ZP6118 Gabe von Trastuzumab, intravenös, 1.800 mg bis unter 2.000 mg; OPS 6-001.kh	20150101	20191231
C5Z61190	ZP6119 Gabe von Trastuzumab, intravenös, 2.000 mg bis unter 2.200 mg; OPS 6-001.kj	20150101	20191231
C5Z61200	ZP6120 Gabe von Trastuzumab, intravenös, 2.200 mg bis unter 2.400 mg; OPS 6-001.kk	20150101	20191231
C5Z61210	ZP6121 Gabe von Trastuzumab, intravenös, 2.400 mg oder mehr; OPS 6-001.km	20170101	20191231

Anhang D zu Anlage 2 – EBM

EBM Ziffer	EBM Bezeichnung	Punkt-zahl	EBM Betrag	Zusatz-kenn-zeichen	gültig ab	gültig bis
30210	Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz zur Indikationsüberprüfung eines Patienten mit diabetischem Fußsyndrom vor Überweisung an ein Druckkammerzentrum	64			20181001	99991231
30212	Indikationsüberprüfung eines Patienten mit diabetischem Fußsyndrom vor Überweisung an ein Druckkammerzentrum	343			20181001	99991231
30214	Betreuung eines Patienten zwischen den Druckkammerbehandlungen	140			20181001	99991231
30216	Untersuchung auf Eignung und Feststellung der Druckkammertauglichkeit	323			20181001	99991231
30218	Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom	1173			20181001	99991231
34298	Zuschlag für die Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve	980			20181001	99991231
40301	Kostenpauschale für die Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34298		660,00		20181001	99991231
50301	Augenärztliche Untersuchung bei Marfan-Syndrom und verwandte, durch genetische Mutationen bedingte Störungen	133			20161001	20180930
51050	Augenärztliche Leistungen	133			20181001	99991231

Korrekturen

EBM Ziffer	EBM Bezeichnung	Punkt-zahl	EBM Betrag	Zusatz-kenn-zeichen	gültig ab	gültig bis
01415	Dringender Besuch eines Patienten -in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal	546			<u>20080101</u>	99991231
01910	Dauer mehr als 2 -Stunden	502			<u>20050401</u>	99991231
03221	Zuschlag zur GOP 03220 für die intensive Behandlung und Betreuung eines -Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	40			20131001	99991231
04221	Zuschlag zur GOP 04220 für die intensive Behandlung und Betreuung eines -Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	40			20131001	99991231
09310	Tamponade der hinteren Nasenabschnitte -und/oder des Nasenrachenraumes	136			<u>20050401</u>	99991231
09325	Prüfung der Labyrinth mit nystagmographischer Aufzeichnung	262			<u>20050401</u>	99991231
11431	Lynch-Syndrom (Hereditäres non-polypöses kolorektales Karzinom, HNPCC) - Untersuchung bei nachgewiesener Mikrosatelliteninstabilität entsprechend der Gebührenordnungsposition 19426 und/oder einer immunhistochemischen Expressionsminderung	13435			20160701	99991231
13310	Zusatzpauschale intermittierende -fibrinolytische Therapie und/oder Prostanoidtherapie	253			<u>20050401</u>	99991231
13350	Zusatzpauschale -Hormondrüsen-Fehlfunktion	166			<u>20050401</u>	99991231
16230	Zusatzpauschale kontinuierliche -Mitbetreuung in der häuslichen Umgebung	375			<u>20050401</u>	99991231
26317	Beobachtung im Anschluss an die -transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin	143			20180101	99991231
30706	Teilnahme an einer schmerztherapeutischen Fallkonferenz gemäß § 5 Abs. 3- der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie	60			<u>20080101</u>	99991231

EBM Ziffer	EBM Bezeichnung	Punkt-zahl	EBM Betrag	Zusatz-kenn-zeichen	gültig ab	gültig bis
31128	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31121 bis 31126 bei Simultaneingriffen sowie zu der Gebührenordnungsposition -31127	507			<u>20050401</u>	99991231
31828	Zuschlag zu den -Anästhesieleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 31821 bis 31827	286			<u>20050401</u>	99991231
32369	DHEA, -DHEA-S		6,90		<u>20050401</u>	99991231
32644	Höchstwert -für die Untersuchungen nach den Nrn. 32569 bis 32571, 32585 bis 32642 und 32660 bis 32664		66,30		<u>20050401</u>	99991231
32751	Höchstwert -für die Untersuchungen nach der Nr. 32750		39,00		<u>20050401</u>	99991231
32863	Nachweis einer MTHFR-Mutation (Homocystein Konzentration im Plasma -50 µmol pro Liter)		30,00		<u>20080401</u>	99991231
32943	Zuschlag für die Komplement- / IgG-Subklassen Spezifizierung der Antikörper gegen HLA-Klasse I oder II Antigene -zu den Gebührenordnungspositionen 32917, 32918, 32941 oder 32942		150,00		20180101	99991231
36828	Zuschlag zu den -Anästhesieleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 36821 bis 36827	191			<u>20070401</u>	99991231
40816	Kostenpauschale für Peritonealdialyse bei Patienten bis zum vollendeten -18. Lebensjahr		830,00		20130701	99991231
40819	Kostenpauschale für Peritonealdialysen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr -bei Ferienaufenthalt oder sonstiger Abwesenheit		124,50		20130701	99991231
40829	Zuschlag zu der Kostenpauschale 40823 oder 40825 bei Versicherten -ab vollendetem 59. bis vollendetem 69. Lebensjahr		10,00		20130701	99991231
40831	Zuschlag zu der Kostenpauschale 40823 oder 40825 bei Versicherten -ab vollendetem 69. bis vollendetem 79. Lebensjahr		20,00		20130701	99991231
40833	Zuschlag zu der Kostenpauschale 40823 oder 40825 bei Versicherten -ab vollendetem 79. Lebensjahr		30,00		20130701	99991231