

Krankenhausentgelttarif

gültig ab 01.01.2012

**für stationäre und teilstationäre Behandlung
in der Universitätsmedizin Göttingen**

Krankenhausentgelttarif

- Inhalt -

A) Pflegekostentarif	Seite 4 – 6
Für stationäre und teilstationäre Aufenthalte in den Fachabteilungen des Entgeltbereiches nach BPfIV (Bundespflegesatzverordnung)	
<ul style="list-style-type: none">• Allgemeine Psychiatrie• Kinder- und Jugendpsychiatrie• Psychosomatik/Psychotherapie• Psychiatrie Tages-/Nachtambulanz	
B) DRG-Entgelttarif	Seite 7 – 24
Für die stationären und teilstationären Aufenthalte in den Fachabteilungen (alle mit Ausnahme der unter A genannten) des Entgeltbereiches nach KHEntgG (Krankenhausentgeltgesetz)	
C) Tarife für Wahlleistungen, Leistungen Dritter und sonstige Leistungen	Seite 25 – 26
Für alle Entgeltbereiche	
D) Inkrafttreten, ergänzende Hinweise	Seite 27
Für alle Tarifbereiche	

**A) Pflegekostentarif 2012 für Krankenhäuser
im Anwendungsbereich der BpflV
und
Unterrichtung des Patienten gemäß § 14 BpflV**

Für die vor-, teilstationäre und stationäre Behandlung in den Fachabteilungen

- Allgemeine Psychiatrie
- Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Psychosomatik/Psychotherapie
- Psychiatrie Tages-/Nachtambulanz
- Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Universitätsmedizin Göttingen der Georg-August-Universität berechnet ab dem 01.01.2012 folgende Entgelte für die o. g. Fachabteilungen:

I. Allgemeines

1. Die Universitätsmedizin Göttingen berechnet
 - a. einen Basispflegesatz (§ 13 Abs. 3, 4 BpflV; vgl. dazu Abschnitt II)
 - b. Abteilungspflegesätze (§ 13 Abs. 2, 4 BpflV; vgl. dazu Abschnitt II)
 - c. Entgelte für die vorstationäre Krankenhausbehandlung (vgl. dazu Abschnitt II)
 - d. Entgelte für Wahlleistungen (§ 22 Abs. 1 BpflV i.V.m. § 17 KHEntgG; vgl. dazu Abschnitt C)
 - e. Entgelte für sonstige Leistungen (vgl. dazu Abschnitt C).
 - f. Zuzahlungen (vgl. dazu Abschnitt III)
2. Die tagesgleichen Pflegesätze (Abschnitt I Ziff. 1 Buchst. a) und b) sowie die Entgelte für eine Wahlleistung „Unterkunft“ (Abschnitt C Ziff. 1.1) werden für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des Krankenhausaufenthalts berechnet (Berechnungstag), der Entlassungs- oder Verlegungstag jedoch nur bei teilstationärer Behandlung (§ 14 Abs. 2 BpflV).

Die Leistungen nach Abschnitt I Ziff. 1 Buchst. e) sowie die nicht nach Tagen bemessenen Wahlleistungen nach Abschnitt I Ziff. 1 Buchst. d) werden auch für den Verlegungs- oder Entlassungstag berechnet.
3. Nimmt der Patient vom Krankenhaus angebotene Leistungen (z.B. Verpflegung) nicht oder nicht voll in Anspruch, tritt eine Minderung der Entgelte nach Abschnitt I Nr. 1 nicht ein.

II. Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen

Die Universitätsmedizin Göttingen der Georg-August-Universität berechnet ab 01.01.2012 die allgemeinen Krankenhausleistungen wie folgt:

1. Basispflegesatz (§ 13 Abs. 3 und 4 BPfIV)	je Berechnungstag
1.1. vollstationärer Basispflegesatz	98,46 €
1.2. teilstationärer Basispflegesatz	81,84 €
Der Basispflegesatz ist das Entgelt für nichtmedizinische Leistungen, d.h. für nicht durch ärztliche oder pflegerische Tätigkeit veranlasste Leistungen.	
2. Abteilungspflegesätze (§ 13 Abs. 2 und 4 BPfIV)	je Berechnungstag
vollstationäre Abteilungspflegesätze (§ 13 Abs. 2 BPfIV)	
2.1. allgemeine Psychiatrie	208,30 €
2.2. Kinder- und Jugendpsychiatrie	308,41 €
2.3. Psychosomatik/Psychotherapie	132,90 €
2.4. Psychosomatik/Psychotherapie (internistische) ohne Diff. nach Schwerpunkten (II)	210,89 €
teilstationäre Abteilungspflegesätze (§ 13 Abs. 4 BPfIV)	
2.5. Psychiatrie Tages-/Nachtklinik (Abteilungen 2.1., 2.2., 2.3., 2.4.)	180,69 €
2.6. Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie	183,72 €
3. vorstationäre Behandlung (§ 115 a SGB V)	je Berechnungstag
3.1. allgemeine Psychiatrie	125,78 €
3.2. Kinder- und Jugendpsychiatrie	50,11 €
3.3. Psychosomatik/Psychotherapie	99,19 €

III. Zuzahlungen/Zuschläge

1. Zuzahlungen

Als Eigenbeteiligung zieht die Universitätsmedizin Göttingen vom gesetzlich versicherten Patienten von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an - innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage - eine Zuzahlung ein (§ 39 Abs. 4 SGB V).

Der Zuzahlungsbetrag beträgt zurzeit € 10,- je Kalendertag (§ 61 Satz 2 SGB V).

Als volljähriger Versicherte/r in der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Patientin/der Patient bei einem vollstationären Krankenhausaufenthalt verpflichtet, eine Eigenbeteiligung in Höhe von 10,00 € pro vollstationären Behandlungstag zu übernehmen, sofern die Patientin/der Patient nicht insgesamt von Zuzahlungen befreit ist. Diese Zuzahlungspflicht ist auf maximal 28 Tage im Kalenderjahr begrenzt.

Der Gesetzgeber hat die Einziehung dieser Zuzahlungen auf die Krankenhäuser übertragen.

Die Zuzahlungen sind jedoch eine Forderung Ihrer Krankenkasse und werden von den Krankenhäusern nicht einbehalten, sondern an die Krankenkasse weitergeleitet. Die Krankenhäuser handeln lediglich im Auftrag der Krankenkasse.

2. Qualitätssicherungszuschläge nach § 17 b Abs. 1 S. 5 KHG¹

QS-Zuschlag: 1,06 € je abgerechneten vollstationären Behandlungsfall

3. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben und besondere Tatbestände

3.1. DRG-Systemzuschlag nach § 17 b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall

in Höhe von 1,14 €

3.2. Zuschlag für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) nach § 91 i.V.m. § 139 c SGB V und für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG) nach § 139 a i.V.m. § 139 c SGB V für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall

in Höhe von 0,93 €²

3.3. Zuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen (§ 17 a KHG) gem. § 10 Abs. 1 Nr. 2 BpflV je voll- und teilstationärem Fall

in Höhe von 85,89 €

4. Zuschlag für die medizinisch begründete Aufnahme von Begleitpersonen gem. §17 Abs. 1 S. 4 KHG

in Höhe von 45,00 € pro Berechnungstag

IV. Entgelte für Wahlleistungen

Die Entgelte für die Wahlleistungen sind gesondert unter C Tarife für Wahlleistungen, Leistungen Dritter und sonstige Leistungen aufgeführt.

¹ Nach § 22 Abs. 1 der am 1. Januar 2008 in Kraft tretenden *Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser* werden die Zuschläge nunmehr für jeden abgerechneten vollstationären Krankenhausfall erhoben und gelten damit auch im Geltungsbereich der BpflV.

² Aufgrund eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 21.12.2004 werden die Zuschläge für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139 a i. V. m. § 139 c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i. V. m. § 139 c SGB V gemeinsam erhoben und als **ein gemeinsamer** Zuschlag in der Rechnung des Krankenhauses ausgewiesen.

**B) DRG-Entgelttarif 2012 für Krankenhäuser
im Anwendungsbereich des KHEntgG
und
Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG**

Die Universitätsmedizin Göttingen der Georg-August-Universität berechnet ab dem 01.01.2012 folgende Entgelte:

1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 17 b KHG

Das Entgelt für die allgemeinen voll- und teilstationären Leistungen des Krankenhauses richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben des KHG sowie des KHEntgG in der jeweils gültigen Fassung. Danach werden allgemeine Krankenhausleistungen überwiegend über diagnoseorientierte Fallpauschalen (sog. Diagnosis Related Groups - DRG -) abgerechnet. Entsprechend der DRG-Systematik bemisst sich das konkrete Entgelt nach den individuellen Umständen des Krankheitsfalls.

Die Zuweisung zu einer DRG erfolgt über verschiedene Parameter. Die wichtigsten sind hierbei die Hauptdiagnose sowie gegebenenfalls durchgeführte Prozeduren (Operationen, aufwändige diagnostische oder therapeutische Leistungen). Eventuell vorhandene Nebendiagnosen können zudem die Schweregradeinstufung beeinflussen. Für die Festlegung der Diagnosen beziehungsweise Prozeduren stehen Kataloge mit circa 13.000 Diagnosen (ICD-10-GM Version 2012) und circa 28.000 Prozeduren (OPS Version 2012) zur Verfügung. Neben den bisher genannten können auch andere Faktoren wie z. B. das Alter oder die Entlassungsart Auswirkung auf die Zuweisung einer DRG haben.

Die genauen Definitionen der einzelnen DRGs sind im jeweils aktuell gültigen DRG-Klassifikationssystem (DRG-Definitionshandbuch) festgelegt. Das DRG-Definitionshandbuch beschreibt die DRGs einerseits alphanumerisch, andererseits mittels textlichen Definitionen. Ergänzend finden sich hier auch Tabellen von zugehörigen Diagnosen oder Prozeduren.

Die jeweilige DRG ist mit einem entsprechenden Relativgewicht bewertet, welches im Rahmen der DRG-Systempflege jährlich variieren kann. Diesem Relativgewicht ist ein in Euro ausgedrückter Basisfallwert (festgesetzter Wert einer Bezugsleistung) zugeordnet.³ Der derzeit gültige

Landesbasisfallwert, liegt bei 2.931,07 €

und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel (Basisfallwert hypothetisch):

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Erlös
B79Z	Schädelfrakturen	0,641	3.000 €	1.923 €
I04Z	Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrose	3,214	3.000 €	9.642 €

Welche DRG bei Ihrem Krankheitsbild letztlich für die Abrechnung heranzuziehen ist, lässt sich nicht vorhersagen. Hierfür kommt es darauf an, welche Diagnose(n) am Ende des stationären Aufenthaltes gestellt und welche diagnostischen beziehungsweise therapeutischen Leistungen im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden. Für das Jahr 2012 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der DRG-Entgeltkatalogverordnung 2012 (DRG-EKV 2012) vorgegeben. Diese Anlage kann in den Aufnahmebüros eingesehen werden.

³ Der Basisfallwert kann gemäß § 15 Abs. 2 S. 1 KHEntgG Verrechnungsbeträge in Form von Zu- und Abschlägen enthalten. In Bayern werden diese Zu- und Abschläge in der Rechnung gesondert ausgewiesen.

2. Über- und Unterschreiten der Grenzverweildauer bzw. der mittleren Verweildauer der Fallpauschale (DRG) gem. § 1 Abs. 2 und 3 sowie § 3 Abs. 1 und 2 FPV 2012

Der nach der oben beschriebenen DRG-Systematik zu ermittelnde Preis setzt voraus, dass DRG-spezifische Grenzen für die Verweildauer im Krankenhaus nicht über- oder unterschritten werden. Bei Über- oder Unterschreiten dieser Verweildauern werden gesetzlich vorgegebene Zu- oder Abschläge fällig. Die näheren Einzelheiten und das Berechnungsverfahren hierzu regeln die FPV 2012 und die DRG-EKV 2012.

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2012

a) Zusatzentgelte gem. §6 Abs. 1 KHEntgG

Gem. § 17 b Abs. 1 S. 12 KHG können die für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (GKV-Spitzenverbände, PKV-Verband und Deutsche Krankenhausgesellschaft) Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren. Dies gilt auch für die Höhe der Entgelte. Für das Jahr 2012 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der DRG-EKV 2012 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 zur DRG-EKV 2012 genannten Zusatzentgelte **krankenhausindividuelle Zusatzentgelte** nach § 6 Abs. 1 KHEntgG vereinbart werden. Diese Zusatzentgelte können zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen oder den Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG abgerechnet werden.

Können für die Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 DRG-EKV 2012 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2012 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 DRG-EKV 2012 keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.

Die Universitätsmedizin Göttingen berechnet folgende **krankenhausindividuellen Zusatzentgelte**:

Zusatzentgelt Nr.	OPS-Code	Bezeichnung	Entgelthöhe EUR
ZE12- 02A	5-376.20	Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreislumpumpe oder Zentrifugalpumpe), univentrikulär: Implantation	11.000,00
ZE12- 02B	5-376.30	Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreislumpumpe oder Zentrifugalpumpe), biventrikulär: Implantation	22.000,00
ZE12- 02C	5-376.40	Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Intrakorporale Pumpe, univentrikulär: Implantation	71.000,00
ZE12- 02E	5-376.60	Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Kunstherz (totaler Herzersatz): Implantation	80.000,00
ZE12- 02F	5-376.70	Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Parakorporale Pumpe, univentrikulär: Implantation	35.000,00
ZE12- 02J	5-376.72	Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Parakorporale Pumpe, univentrikulär: Isolierter Pumpenwechsel, nicht offen chirurgisch	21.000,00

ZE12- 02G	5-376.80	Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Parakorporale Pumpe, biventrikulär: Implantation	60.000,00
ZE12- 02K	5-376.82	Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Parakorporale Pumpe, biventrikulär: Isolierter Pumpenwechsel, nicht offen chirurgisch	37.500,00
ZE12- 03A1	8-852.00	Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) und Prä-ECMO-Therapie: Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO): Dauer der Behandlung bis unter 48 Stunden	5.250,00
ZE12- 03A2	8-852.01	Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) und Prä-ECMO-Therapie: Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO): Dauer der Behandlung 48 bis unter 96 Stunden	6.500,00
ZE12- 03A4	8-852.03	Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) und Prä-ECMO-Therapie: Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO): Dauer der Behandlung 96 bis unter 144 Stunden	8.800,00
ZE12- 03A5	8-852.04	Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) und Prä-ECMO-Therapie: Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO): Dauer der Behandlung 144 bis unter 192 Stunden	8.800,00
ZE12- 03A6	8-852.05	Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) und Prä-ECMO-Therapie: Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO): Dauer der Behandlung 192 bis unter 240 Stunden	8.800,00
ZE12- 03A7	8-852.06	Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) und Prä-ECMO-Therapie: Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO): Dauer der Behandlung 240 bis unter 288 Stunden	8.800,00
ZE12- 03A8	8-852.07	Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) und Prä-ECMO-Therapie: Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO): Dauer der Behandlung 288 bis unter 384 Stunden	8.800,00
ZE12- 03A9	8-852.08	Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) und Prä-ECMO-Therapie: Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO): Dauer der Behandlung 384 bis unter 480 Stunden	8.800,00
ZE12- 03A10	8-852.09	Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) und Prä-ECMO-Therapie: Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO): Dauer der Behandlung 480 bis unter 576 Stunden	8.800,00
ZE12- 03A11	8-852.0a	Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) und Prä-ECMO-Therapie: Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO): Dauer der Behandlung 576 Stunden und mehr	8.800,00
ZE12- 03B1 - B6	8-852.2*	Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) und Prä-ECMO-Therapie: Extrakorporale Lungenunterstützung, pumпенios (PECLA)	4.733,60
ZE12- 03C1 – C11	8-852.3*	Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) und Prä-ECMO-Therapie: Anwendung einer minimalisierten Herz-Lungen-Maschine	5.900,00
ZE12- 04A	5-020.65	Kranioplastik: Rekonstruktion des Gesichtsschädels ohne Beteiligung des Hirnschädels (bis zu 2 Regionen) mit computerassistent vorgefertigtem Implantat [CAD-Implantat]	4.149,00
ZE12- 04B	5-020.66	Kranioplastik: Rekonstruktion des Gesichtsschädels ohne Beteiligung des Hirnschädels (ab 3 Regionen) mit computerassistent vorgefertigtem Implantat [CAD-Implantat]	4.149,00
ZE12- 04C	5-020.67	Kranioplastik: Rekonstruktion des Gehirnschädels mit Beteiligung von Orbita, Temporalregion oder frontalem Sinus (bis zu 2 Regionen) mit computerassistent vorgefertigtem Implantat [CAD-Implantat]	4.149,00
ZE12- 04E	5-020.71	Kranioplastik: Rekonstruktion des Hirnschädels ohne Beteiligung des Gesichtsschädels, mit alloplastischem Material: Mit computerassistent vorgefertigtem Implantat [CAD-Implantat], einfacher Defekt	7.854,00

ZE12- 04F	5-020.72	Kranioplastik: Rekonstruktion des Hirnschädels ohne Beteiligung des Gesichtsschädels, mit alloplastischem Material: Mit computerassiiert vorgefertigtem Implantat [CAD-Implantat], großer oder komplexer Defekt	7.854,00
ZE12- 05B	5-776.7	Osteotomie zur Verlagerung des Untergesichtes: Verlagerung der Mandibula durch Distraction nach Osteotomie im horizontalen Mandibulaast	1.309,93
ZE12- 05D4	5-777.31	Osteotomie zur Verlagerung des Mittelgesichtes: In der LeFort-I-Ebene in einem Stück: Mit Distraction	1.361,47
ZE12- 05D5	5-777.41	Osteotomie zur Verlagerung des Mittelgesichtes: In der LeFort-I-Ebene in zwei Stücken: Mit Distraction	1.361,47
ZE12- 05D6	5-777.51	Osteotomie zur Verlagerung des Mittelgesichtes: In der LeFort-I-Ebene in drei oder mehr Stücken: Mit Distraction	1.361,47
ZE12- 08M	8-853.x	Hämofiltration: Sonstige	292,00
ZE12- 08N	8-853.y	Hämofiltration: N.n.bez.	292,00
ZE12- 08C	8-854.x	Hämodialyse: Sonstige	296,00
ZE12- 08D	8-854.y	Hämodialyse: N.n.bez.	296,00
ZE12- 08G	8-855.x	Hämodiafiltration: Sonstige	279,00
ZE12- 08H	8-855.y	Hämodiafiltration: N.n.bez.	279,00
ZE12- 08U	8-857.x	Peritonealdialyse: Sonstige	128,12
ZE12- 08V	8-857.y	Peritonealdialyse: N.n.bez.	128,12
ZE12- 09	8-856	Hämoperfusion	600,00
ZE12- 10	8-858	Extrakorporale Leberersatztherapie [Leberdialyse]	2.555,00
ZE12- 131	8-821.0	Immunadsorption. Mit nicht regenerierbarer Säule.	2.000,00
ZE12- 132	8-821.10	Immunadsorption. Mit regenerierbarer Säule. Ersteinsatz	13.500,00
ZE12- 133	8-821.11	Immunadsorption. Mit regenerierbarer Säule. Weitere Anwendung	1.310,00
ZE12- 15A	8-823	Zellapherese	619,88
ZE12- 15B2	8-825.x	Spezielle Zellaphereseverfahren. Sonstige	610,00
ZE12- 17F	5-504.3	Lebertransplantation: Retransplantation, komplett (gesamtes Organ) während desselben stationären Aufenthalts	19.500,00
ZE12- 17M	5-555.7	Nierentransplantation: Retransplantation, allogene, Leichenniere während desselben stationären Aufenthalts	7.755,00
ZE12- 22B	5-376.00	Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Intraaortale Ballonpumpe: Implantation	792,38
ZE12- 22A	8-839.0	Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Perkutane Einführung einer intraaortalen Ballonpumpe	792,38
ZE12- 35		Stammzelle Inland	13.211,00
ZE12- 35A		Knochenmark Inland	12.500,00
ZE12- 35B		Stammzelle Knochenmark Europa	25.000,00
ZE12- 35C		Stammzelle Knochenmark außerhalb Europa	26.000,00
ZE12- 36		Abrechnung je Belegungstag bei Vorliegen des Schwerbehindertenausweises mit Eintrag H für maximal 12 Belegungstage je Fall, nicht zusätzlich zur DRG D67Z	51,98
ZE12- 44	8-805.62	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Stammzellboost nach erfolgter Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen: Nach In-vitro-Aufbereitung	7.300,00
ZE12- 45	1-940	Komplexe Diagnostik bei hämatologischen und onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen	2.350,00

ZE12- 46A	8-812.3	Transfusion von anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin vom Kaninchen, parenteral	246,48
ZE12- 53D	5-38a.16	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta abdominalis: Bifurkationsprothese, aortobiliakal mit 1 Fenestrierung	12.500,00
ZE12- 54A	5-429.j0	Andere Operationen am Ösophagus: Maßnahmen bei selbstexpandierender Prothese: Einlegen oder Wechsel, offen chirurgisch, eine Prothese ohne Antirefluxventil	850,00
ZE12- 54B	5-429.j1	Andere Operationen am Ösophagus: Maßnahmen bei selbstexpandierender Prothese: Einlegen oder Wechsel, endoskopisch, eine Prothese ohne Antirefluxventil	850,00
ZE12- 54D	5-429.j4	Andere Operationen am Ösophagus: Maßnahmen bei selbstexpandierender Prothese: Einlegen oder Wechsel, endoskopisch, zwei Prothesen ohne Antirefluxventil	1.700,00
ZE12- 54F	5-429.ja	Andere Operationen am Ösophagus: Maßnahmen bei selbstexpandierender Prothese: Einlegen oder Wechsel, endoskopisch, mehr als zwei Prothesen ohne Antirefluxventil	2.550,00
ZE12- 54H1-H5	5-469.k*	Andere Operationen am Darm: Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese	850,00
ZE12- 54AA1-AA3	5-513.m*	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden ungedeckten Stents	850,00
ZE12- 54CC1-CC9	5-517.**	Einlegen oder Wechseln von selbstexpandierenden Stents und Stent-Prothesen in die Gallengänge	850,00
ZE12- 561	6-002.f0	Applikation von Medikamenten Liste 2: Bosentan, oral: 250 mg bis unter 500 mg	255,92
ZE12- 562	6-002.f1	Applikation von Medikamenten Liste 2: Bosentan, oral: 500 mg bis unter 750 mg	426,53
ZE12- 563	6-002.f2	Applikation von Medikamenten Liste 2: Bosentan, oral: 750 mg bis unter 1.000 mg	597,15
ZE12- 564	6-002.f3	Applikation von Medikamenten Liste 2: Bosentan, oral: 1.000 mg bis unter 1.250 mg	767,76
ZE12- 565	6-002.f4	Applikation von Medikamenten Liste 2: Bosentan, oral: 1.250 mg bis unter 1.500 mg	938,37
ZE12- 566	6-002.f5	Applikation von Medikamenten Liste 2: Bosentan, oral: 1.500 mg bis unter 1.750 mg	1.108,99
ZE12- 567	6-002.f6	Applikation von Medikamenten Liste 2: Bosentan, oral: 1.750 mg bis unter 2.000 mg	1.279,60
ZE12- 568	6-002.f7	Applikation von Medikamenten Liste 2: Bosentan, oral: 2.000 mg bis unter 2.250 mg	1.450,21
ZE12- 569	6-002.f8	Applikation von Medikamenten Liste 2: Bosentan, oral: 2.250 mg bis unter 2.500 mg	1.620,83
ZE12- 5610	6-002.f9	Applikation von Medikamenten Liste 2: Bosentan, oral: 2.500 mg bis unter 2.750 mg	1.791,44
ZE12- 5611	6-002.fa	Applikation von Medikamenten Liste 2: Bosentan, oral: 2.750 mg bis unter 3.000 mg	1.962,05
ZE12- 5612	6-002.fb	Applikation von Medikamenten Liste 2: Bosentan, oral: 3.000 mg bis unter 3.500 mg	2.217,97
ZE12- 5613	6-002.fc	Applikation von Medikamenten Liste 2: Bosentan, oral: 3.500 mg bis unter 4.000 mg	2.559,20
ZE12- 5614	6-002.fd	Applikation von Medikamenten Liste 2: Bosentan, oral: 4.000 mg bis unter 4.500 mg	2.900,43
ZE12- 5615	6-002.fe	Applikation von Medikamenten Liste 2: Bosentan, oral: 4.500 mg bis unter 5.000 mg	3.241,65

ZE12- 5616	6-002.ff	Applikation von Medikamenten Liste 2: Bosentan, oral: 5.000 mg bis unter 5.500 mg	3.582,88
ZE12- 5617	6-002.fg	Applikation von Medikamenten Liste 2: Bosentan, oral: 5.500 mg bis unter 6.000 mg	3.924,11
ZE12- 5618	6-002.fh	Applikation von Medikamenten Liste 2: Bosentan, oral: 6.000 mg bis unter 7.000 mg	4.435,95
ZE12- 5619	6-002.fj	Applikation von Medikamenten Liste 2: Bosentan, oral: 7.000 mg bis unter 8.000 mg	5.118,40
ZE12- 5620	6-002.fk	Applikation von Medikamenten Liste 2: Bosentan, oral: 8.000 mg bis unter 9.000 mg	5.800,85
ZE12- 5621	6-002.fm	Applikation von Medikamenten Liste 2: Bosentan, oral: 9.000 mg bis unter 10.000 mg	6.483,31
ZE12- 5622	6-002.fn	Applikation von Medikamenten Liste 2: Bosentan, oral: 10.000 mg bis unter 11.000 mg	7.165,76
ZE12- 5623	6-002.fp	Applikation von Medikamenten Liste 2: Bosentan, oral: 11.000 mg und mehr	7.848,21
ZE12- 571-579	6-002.g*	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Jod-131-Metajodobenzylguanidin (MIBG), parenteral	1.783,00
ZE12- 601	8-812.20	Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral 75 Mio. IE bis unter 100 Mio. IE	743,75
ZE12- 602	8-812.21	Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral 100 Mio. IE bis unter 125 Mio. IE	956,25
ZE12- 603	8-812.22	Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral 125 Mio. IE bis unter 150 Mio. IE	1.168,75
ZE12- 604	8-812.23	Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral 150 Mio. IE bis unter 175 Mio. IE	1.381,25
ZE12- 605	8-812.24	Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral 175 Mio. IE bis unter 200 Mio. IE	1.593,75
ZE12- 606	8-812.25	Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral 200 Mio. IE bis unter 225 Mio. IE	1.806,25
ZE12- 607	8-812.26	Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral 225 Mio. IE bis unter 250 Mio. IE	2.018,75
ZE12- 608	8-812.27	Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral 250 Mio. IE bis unter 275 Mio. IE	2.231,25
ZE12- 609	8-812.28	Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral 275 Mio. IE bis unter 300 Mio. IE	2.443,75
ZE12- 6010	8-812.29	Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral 300 Mio. IE bis unter 350 Mio. IE	2.762,50
ZE12- 6011	8-812.2a	Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral 350 Mio. IE bis unter 400 Mio. IE	3.187,50
ZE12- 6012	8-812.2b	Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral 400 Mio. IE bis unter 450 Mio. IE	3.612,50
ZE12- 6013	8-812.2c	Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral 450 Mio. IE bis unter 500 Mio. IE	4.037,50
ZE12- 6014	8-812.2d	Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral 500 Mio. IE bis unter 600 Mio. IE	4.675,00
ZE12- 6015	8-812.2e	Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral 600 Mio. IE bis unter 700 Mio. IE	5.525,00
ZE12- 6016	8-812.2f	Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral 700 Mio. IE bis unter 800 Mio. IE	6.375,00
ZE12- 6017	8-812.2g	Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral 800 Mio. IE bis unter 900 Mio. IE	7.225,00
ZE12- 6018	8-812.2h	Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral 900 Mio. IE bis unter 1.000 Mio. IE	8.075,00
ZE12- 6019	8-812.2j	Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral 1.000 Mio. IE bis unter 1.100 Mio. IE	8.925,00
ZE12- 6020	8-812.2k	Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral 1.100 Mio. IE bis unter 1.200 Mio. IE	9.775,00

ZE12- 6021	8-812.2m	Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral 1.200 Mio. IE bis unter 1.300 Mio. IE	10.625,00
ZE12- 6022	8-812.2n	Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral 1.300 Mio. IE bis unter 1.400 Mio. IE	11.475,00
ZE12- 6023	8-812.2p	Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral 1.400 Mio. IE und mehr	12.325,00
ZE12- 61F	5-039.e2	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalsystem, vollimplantierbar, wiederaufladbar	25.850,00
ZE12- 61G	5-039.f2	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalsystem, vollimplantierbar, wiederaufladbar	22.820,00
ZE12- 62A	8-839.42	Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Implantation oder Entfernung einer transvasal platzierten axialen Pumpe zur Kreislaufunterstützung: Implantation einer univentrikulären axialen Pumpe	8.735,40
ZE12- 640	⁴ siehe Fußnote	Applikation von Medikamenten, Liste 3: Eptoterminalpha, Implantation am Knochen: je 3,3 mg Ampulle	5.343,10
ZE12- 67A	8-840.04	Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: Aorta	609,90
ZE12- 67B	8-840.14	Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Zwei Stents: Aorta	1.219,80
ZE12- 67C	8-840.24	Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Drei Stents: Aorta	1.829,70
ZE12- 67GG	8-84a.04	Perkutan-transluminale Implantation von sonstigen gecoverten großlumigen Stents: Ein Stent: Aorta	2.942,50
ZE12- 70	6-003.6	Applikation von Medikamenten, Liste 3: Radioimmuntherapie mit 90Y-Ibritumomab-Tiuxetan, parenteral	15.538,48
ZE12- 71A	8-530.60	Therapie mit offenen Radionukliden: Intravenöse Therapie mit radioaktiven rezeptorgerichteten Substanzen: Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga	3.000,00
ZE12- 71B	8-530.a0	Therapie mit offenen Radionukliden: Intraarterielle Therapie mit offenen Radionukliden: Intraarterielle Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga	3.000,00
ZE12- 741	6-003.a0	Gabe von Sunitinib, oral 150 mg bis unter 200 mg	787,50
ZE12- 742	6-003.a1	Gabe von Sunitinib, oral 200 mg bis unter 250 mg	1.012,50
ZE12- 743	6-003.a2	Gabe von Sunitinib, oral 250 mg bis unter 300 mg	1.237,50
ZE12- 744	6-003.a3	Gabe von Sunitinib, oral 300 mg bis unter 350 mg	1.462,50
ZE12- 745	6-003.a4	Gabe von Sunitinib, oral 350 mg bis unter 400 mg	1.687,50
ZE12- 746	6-003.a5	Gabe von Sunitinib, oral 400 mg bis unter 450 mg	1.912,50
ZE12- 747	6-003.a6	Gabe von Sunitinib, oral 450 mg bis unter 500 mg	2.137,50
ZE12- 748	6-003.a7	Gabe von Sunitinib, oral 500 mg bis unter 600 mg	2.475,00
ZE12- 749	6-003.a8	Gabe von Sunitinib, oral 600 mg bis unter 700 mg	2.925,00
ZE12- 7410	6-003.a9	Gabe von Sunitinib, oral 700 mg bis unter 800 mg	3.375,00
ZE12- 7411	6-003.aa	Gabe von Sunitinib, oral 800 mg bis unter 900 mg	3.825,00
ZE12- 7412	6-003.ab	Gabe von Sunitinib, oral 900 mg bis unter 1100 mg	4.500,00

⁴ Vereinbarung = je 3,3 mg Ampulle – somit ohne OPS-Mengenraster

ZE12- 7413	6-003.ac	Gabe von Sunitinib, oral 1100 mg bis unter 1300 mg	5.400,00
ZE12- 7414	6-003.ad	Gabe von Sunitinib, oral 1300 mg bis unter 1500 mg	6.300,00
ZE12- 7415	6-003.ae	Gabe von Sunitinib, oral 1500 mg und mehr	7.200,00
ZE12- 751	6-003.b0	Gabe von Sorafenib, oral 2400 mg bis unter 3200 mg	542,92
ZE12- 752	6-003.b1	Gabe von Sorafenib, oral 3200 mg bis unter 4000 mg	698,04
ZE12- 753	6-003.b2	Gabe von Sorafenib, oral 4000 mg bis unter 4800 mg	853,16
ZE12- 754	6-003.b3	Gabe von Sorafenib, oral 4800 mg bis unter 5600 mg	1.008,28
ZE12- 755	6-003.b4	Gabe von Sorafenib, oral 5600 mg bis unter 6400 mg	1.163,40
ZE12- 756	6-003.b5	Gabe von Sorafenib, oral 6400 mg bis unter 7200 mg	1.318,52
ZE12- 757	6-003.b6	Gabe von Sorafenib, oral 7200 mg bis unter 8000 mg	1.473,64
ZE12- 758	6-003.b7	Gabe von Sorafenib, oral 8000 mg bis unter 9600 mg	1.706,32
ZE12- 759	6-003.b8	Gabe von Sorafenib, oral 9600 mg bis unter 11200 mg	2.016,56
ZE12- 7510	6-003.b9	Gabe von Sorafenib, oral 11200 mg bis unter 12800 mg	2.326,80
ZE12- 7511	6-003.ba	Gabe von Sorafenib, oral 12800 mg bis unter 14400 mg	2.637,04
ZE12- 7512	6-003.bb	Gabe von Sorafenib, oral 14400 mg bis unter 16000 mg	2.947,28
ZE12- 7513	6-003.bc	Gabe von Sorafenib, oral 16000 mg bis unter 19200 mg	3.412,64
ZE12- 7514	6-003.bd	Gabe von Sorafenib, oral 19200 mg bis unter 22400 mg	4.033,12
ZE12- 7515	6-003.be	Gabe von Sorafenib, oral 22400 mg bis unter 25600 mg	4.653,60
ZE12- 7516	6-003.bf	Gabe von Sorafenib, oral 25600 mg bis unter 28800 mg	5.274,08
ZE12- 7517	6-003.bg	Gabe von Sorafenib, oral 28800 mg bis unter 32000 mg	5.894,56
ZE12- 7518	6-003.bh	Gabe von Sorafenib, oral 32000 mg und mehr	6.515,04
ZE12- 771	6-003.g0	Gabe von Lenalidomid, oral 25 mg bis unter 50 mg	365,33
ZE12- 772	6-003.g1	Gabe von Lenalidomid, oral 50 mg bis unter 75 mg	730,66
ZE12- 773	6-003.g2	Gabe von Lenalidomid, oral 75 mg bis unter 100 mg	1.095,99
ZE12- 774	6-003.g3	Gabe von Lenalidomid, oral 100 mg bis unter 125 mg	1.461,32
ZE12- 775	6-003.g4	Gabe von Lenalidomid, oral 125 mg bis unter 150 mg	1.826,65
ZE12- 776	6-003.g5	Gabe von Lenalidomid, oral 150 mg bis unter 175 mg	2.191,98
ZE12- 777	6-003.g6	Gabe von Lenalidomid, oral 175 mg bis unter 200 mg	2.557,31
ZE12- 778	6-003.g7	Gabe von Lenalidomid, oral 200 mg bis unter 225 mg	2.922,64
ZE12- 779	6-003.g8	Gabe von Lenalidomid, oral 225 mg bis unter 250 mg	3.287,97
ZE12- 7710	6-003.g9	Gabe von Lenalidomid, oral 250 mg bis unter 275 mg	3.653,30
ZE12- 7711	6-003.ga	Gabe von Lenalidomid, oral 275 mg bis unter 300 mg	4.018,63
ZE12- 7712	6-003.gb	Gabe von Lenalidomid, oral 300 mg bis unter 325 mg	4.383,96
ZE12- 7713	6-003.gc	Gabe von Lenalidomid, oral 325 mg bis unter 350 mg	4.749,29
ZE12- 7714	6-003.gd	Gabe von Lenalidomid, oral 350 mg bis unter 400 mg	5.479,95
ZE12- 7715	6-003.ge	Gabe von Lenalidomid, oral 400 mg bis unter 450 mg	6.210,61
ZE12- 7716	6-003.gf	Gabe von Lenalidomid, oral 450 mg bis unter 500 mg	6.941,27
ZE12- 7717	6-003.gg	Gabe von Lenalidomid, oral 500 mg bis unter 600 mg	8.037,26
ZE12- 7718	6-003.gh	Gabe von Lenalidomid, oral 600 mg bis unter 700 mg	9.498,58
ZE12- 7719	6-003.gj	Gabe von Lenalidomid, oral 700 mg bis unter 800 mg	10.959,90
ZE12- 7720	6-003.gk	Gabe von Lenalidomid, oral 800 mg und mehr	12.421,22
ZE12- 781	6-003.j0	Gabe von Clofarabin, parenteral 10 mg bis unter 20 mg Hinw.: Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 5 Jahren anzugeben	1.464,60
ZE12- 782	6-003.j1	Gabe von Clofarabin, parenteral 20 mg bis unter 30 mg Hinw.: Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 5 Jahren anzugeben	2.441,00
ZE12- 783	6-003.j2	Gabe von Clofarabin, parenteral 30 mg bis unter 40 mg	3.417,40
ZE12- 784	6-003.j3	Gabe von Clofarabin, parenteral 40 mg bis unter 50 mg	4.393,80

ZE12- 785	6-003.j4	Gabe von Clofarabin, parenteral 50 mg bis unter 60 mg	5.370,20
ZE12- 786	6-003.j5	Gabe von Clofarabin, parenteral 60 mg bis unter 70 mg	6.346,60
ZE12- 787	6-003.j6	Gabe von Clofarabin, parenteral 70 mg bis unter 80 mg	7.323,00
ZE12- 788	6-003.j7	Gabe von Clofarabin, parenteral 80 mg bis unter 100 mg	8.787,60
ZE12- 789	6-003.j8	Gabe von Clofarabin, parenteral 100 mg bis unter 120 mg	10.740,40
ZE12- 7810	6-003.j9	Gabe von Clofarabin, parenteral 120 mg bis unter 140 mg	12.693,20
ZE12- 7811	6-003.ja	Gabe von Clofarabin, parenteral 140 mg bis unter 160 mg	14.646,00
ZE12- 7812	6-003.jb	Gabe von Clofarabin, parenteral 160 mg bis unter 180 mg	16.598,80
ZE12- 7813	6-003.jc	Gabe von Clofarabin, parenteral 180 mg bis unter 200 mg	18.551,60
ZE12- 7814	6-003.jd	Gabe von Clofarabin, parenteral 200 mg bis unter 220 mg	20.504,40
ZE12- 7815	6-003.je	Gabe von Clofarabin, parenteral 220 mg bis unter 240 mg	22.457,20
ZE12- 7816	6-003.jf	Gabe von Clofarabin, parenteral 240 mg bis unter 260 mg	24.410,00
ZE12- 7817	6-003.jg	Gabe von Clofarabin, parenteral 260 mg bis unter 280 mg	26.362,80
ZE12- 7818	6-003.jh	Gabe von Clofarabin, parenteral 280 mg bis unter 320 mg	29.292,00
ZE12- 7819	6-003.jj	Gabe von Clofarabin, parenteral 320 mg bis unter 360 mg	33.197,60
ZE12- 7820	6-003.jk	Gabe von Clofarabin, parenteral 360 mg bis unter 440 mg	39.056,00
ZE12- 7821	6-003.jm	Gabe von Clofarabin, parenteral 440 mg bis unter 520 mg	46.867,20
ZE12- 7822	6-003.jn	Gabe von Clofarabin, parenteral 520 mg bis unter 600 mg	54.678,40
ZE12- 7823	6-003.jp	Gabe von Clofarabin, parenteral 600 mg bis unter 760 mg	66.395,20
ZE12- 7824	6-003.jq	Gabe von Clofarabin, parenteral 760 mg bis unter 920 mg	82.017,60
ZE12- 7825	6-003.jr	Gabe von Clofarabin, parenteral 920 mg bis unter 1080 mg	97.640,00
ZE12- 7826	6-003.js	Gabe von Clofarabin, parenteral 1080 mg bis unter 1320 mg	117.168,00
ZE12- 7827	6-003.jt	Gabe von Clofarabin, parenteral 1320 mg bis unter 1560 mg	140.601,60
ZE12- 7828	6-003.ju	Gabe von Clofarabin, parenteral 1560 mg bis unter 1800 mg	164.035,20
ZE12- 7829	6-003.jv	Gabe von Clofarabin, parenteral 1800 mg und mehr	187.468,80
ZE12- 791	6-003.e0	Gabe von Nelarabin, parenteral 150 mg bis unter 600 mg Hinw.: Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben	541,50
ZE12- 792	6-003.e1	Gabe von Nelarabin, parenteral 600 mg bis unter 1050 mg Hinw.: Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von unter 15 Jahren anzugeben	1.191,30
ZE12- 793	6-003.e2	Gabe von Nelarabin, parenteral 1050 mg bis unter 1500 mg Hinw.: Dieser Kode ist für Patienten mit einem Alter bei Aufnah- me von unter 15 Jahren anzugeben	1.841,10
ZE12- 794	6-003.e3	Gabe von Nelarabin, parenteral 1500 mg bis unter 2000 mg	2.527,00
ZE12- 795	6-003.e4	Gabe von Nelarabin, parenteral 2000 mg bis unter 2500 mg	3.249,00
ZE12- 796	6-003.e5	Gabe von Nelarabin, parenteral 2500 mg bis unter 3000 mg	3.971,00
ZE12- 797	6-003.e6	Gabe von Nelarabin, parenteral 3000 mg bis unter 3500 mg	4.693,00
ZE12- 798	6-003.e7	Gabe von Nelarabin, parenteral 3500 mg bis unter 4000 mg	5.415,00
ZE12- 799	6-003.e8	Gabe von Nelarabin, parenteral 4000 mg bis unter 4500 mg	6.137,00
ZE12- 7910	6-003.e9	Gabe von Nelarabin, parenteral 4500 mg bis unter 5000 mg	6.859,00
ZE12- 7911	6-003.ea	Gabe von Nelarabin, parenteral 5000 mg bis unter 6000 mg	7.942,00
ZE12- 7912	6-003.eb	Gabe von Nelarabin, parenteral 6000 mg bis unter 7000 mg	9.386,00
ZE12- 7913	6-003.ec	Gabe von Nelarabin, parenteral 7000 mg bis unter 8000 mg	10.830,00
ZE12- 7914	6-003.ed	Gabe von Nelarabin, parenteral 8000 mg bis unter 9000 mg	12.274,00
ZE12- 7915	6-003.ee	Gabe von Nelarabin, parenteral 9000 mg bis unter 10000 mg	13.718,00
ZE12- 7916	6-003.ef	Gabe von Nelarabin, parenteral 10000 mg bis unter 12000 mg	15.884,00
ZE12- 7917	6-003.eg	Gabe von Nelarabin, parenteral 12000 mg bis unter 14000 mg	18.772,00
ZE12- 7918	6-003.eh	Gabe von Nelarabin, parenteral 14000 mg bis unter 16000 mg	21.660,00
ZE12- 7919	6-003.ej	Gabe von Nelarabin, parenteral 16000 mg bis unter 20000 mg	25.992,00

ZE12- 7920	6-003.ek	Gabe von Nelarabin, parenteral 20000 mg bis unter 24000 mg	31.768,00
ZE12- 7921	6-003.em	Gabe von Nelarabin, parenteral 24000 mg bis unter 28000 mg	37.544,00
ZE12- 7922	6-003.en	Gabe von Nelarabin, parenteral 28000 mg bis unter 32000 mg	43.320,00
ZE12- 7923	6-003.ep	Gabe von Nelarabin, parenteral 32000 mg bis unter 36000 mg	49.096,00
ZE12- 7924	6-003.eq	Gabe von Nelarabin, parenteral 36000 mg und mehr	54.872,00
ZE12- 821	8-857.20	Peritonealdialyse: Kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD), mit Zusatzgeräten: Bis 24 Stunden	128,12
ZE12- 822	8-857.21	Peritonealdialyse: Kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD), mit Zusatzgeräten: Mehr als 24 bis 72 Stunden	256,24
ZE12- 823	8-857.22	Peritonealdialyse: Kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD), mit Zusatzgeräten: Mehr als 72 bis 144 Stunden	576,54
ZE12- 824	8-857.23	Peritonealdialyse: Kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD), mit Zusatzgeräten: Mehr als 144 bis 264 Stunden	1.089,02
ZE12- 825	8-857.24	Peritonealdialyse: Kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD), mit Zusatzgeräten: Mehr als 264 bis 432 Stunden	1.857,74
ZE12- 827	8-857.26	Peritonealdialyse: Kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD), mit Zusatzgeräten: Mehr als 432 bis 600 Stunden	2.754,58
ZE12- 828	8-857.27	Peritonealdialyse: Kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD), mit Zusatzgeräten: Mehr als 600 bis 960 Stunden	4.163,90
ZE12- 829	8-857.28	Peritonealdialyse: Kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD), mit Zusatzgeräten: Mehr als 960 bis 1.320 Stunden	6.085,70
ZE12- 8210	8-857.29	Peritonealdialyse: Kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD), mit Zusatzgeräten: Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden	8.007,50
ZE12- 8211	8-857.2a	Peritonealdialyse: Kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD), mit Zusatzgeräten: Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden	9.929,30
ZE12- 8212	8-857.2b	Peritonealdialyse: Kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD), mit Zusatzgeräten: Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden	11.851,10
ZE12- 8213	8-857.2c	Peritonealdialyse: Kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD), mit Zusatzgeräten: Mehr als 2.400 Stunden	13.772,90
ZE12- 853	6-004.e2	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Temsirolimus, parenteral 25,0 mg bis unter 50,0 mg	1.067,43
ZE12- 854	6-004.e3	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Temsirolimus, parenteral 50,0 mg bis unter 75,0 mg	2.134,86
ZE12- 855	6-004.e4	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Temsirolimus, parenteral 75,0 mg bis unter 100,0 mg	3.202,29
ZE12- 856	6-004.e5	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Temsirolimus, parenteral 100,0 mg bis unter 150,0 mg	4.803,44
ZE12- 857	6-004.e6	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Temsirolimus, parenteral 150,0 mg bis unter 200,0 mg	6.938,30
ZE12- 858	6-004.e7	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Temsirolimus, parenteral 200,0 mg bis unter 250,0 mg	9.073,16
ZE12- 859	6-004.e8	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Temsirolimus, parenteral 250,0 mg bis unter 325,0 mg	11.741,73
ZE12- 8510	6-004.e9	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Temsirolimus, parenteral 325,0 mg bis unter 400,0 mg	14.944,02
ZE12- 8511	6-004.ea	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Temsirolimus, parenteral 400,0 mg bis unter 475,0 mg	18.146,31
ZE12- 8512	6-004.eb	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Temsirolimus, parenteral 475,0 mg bis unter 550,0 mg	21.348,60
ZE12- 8513	6-004.ec	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Temsirolimus, parenteral 550,0 mg und mehr	23.483,46
ZE12- 86D	5-059.5	Andere Operationen an Nerven und Ganglien: Implantation einer peripheren Neuroprothese	12.175,00

ZE12- 86G	5-059.c6	Andere Operationen an Nerven und Ganglien: Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: System zur Barorezeptoraktivierung	25.823,00
ZE12- 86J	5-059.d6	Andere Operationen an Nerven und Ganglien: Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: System zur Barorezeptoraktivierung	25.823,00
ZE12- 87A1	8-837.00 i.V.m. 8-83b.b2	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Eine Koronararterie Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamente-freisetzender Ballon	1.100,00
ZE12- 87A2	8-837.00 i.V.m. 8-83b.b3	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Eine Koronararterie Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Zwei medikamente-freisetzende Ballons	2.200,00
ZE12- 87A3	8-837.00 i.V.m. 8-83b.b4	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Eine Koronararterie Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Drei medikamente-freisetzende Ballons	3.300,00
ZE12- 87A4	8-837.00 i.V.m. 8-83b.b5	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Eine Koronararterie Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Vier und mehr medikamente-freisetzende Ballons	4.400,00
ZE12- 87B1	8-837.01 i.V.m. 8-83b.b2	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Mehrere Koronararterien Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamente-freisetzender Ballon	1.100,00
ZE12- 87B2	8-837.01 i.V.m. 8-83b.b3	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Mehrere Koronararterien Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Zwei medikamente-freisetzende Ballons	2.200,00
ZE12- 87B3	8-837.01 i.V.m. 8-83b.b4	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Mehrere Koronararterien Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Drei medikamente-freisetzende Ballons	3.300,00
ZE12- 87B4	8-837.01 i.V.m. 8-83b.b5	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Mehrere Koronararterien Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Vier und mehr medikamente-freisetzende Ballons	4.400,00
ZE12- 891	6-001.f0	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Paclitaxel, parenteral 180 mg und unter 240 mg	42,01
ZE12- 892	6-001.f1	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Paclitaxel, parenteral 240 mg und unter 360 mg	58,81
ZE12- 893	6-001.f2	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Paclitaxel, parenteral 360 mg und unter 480 mg	83,70
ZE12- 894	6-001.f3	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Paclitaxel, parenteral 480 mg und unter 600 mg	109,23
ZE12- 895	6-001.f4	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Paclitaxel, parenteral 600 mg und unter 720 mg	133,50
ZE12- 896	6-001.f5	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Paclitaxel, parenteral 720 mg und unter 840 mg	159,64

ZE12- 897	6-001.f6	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Paclitaxel, parenteral 840 mg und mehr	184,84
ZE12- 902	6-002.h1	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Docetaxel, parenteral 80 mg bis unter 120 mg	863,89
ZE12- 903	6-002.h2	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Docetaxel, parenteral 120 mg bis unter 160 mg	1.234,13
ZE12- 904	6-002.h3	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Docetaxel, parenteral 160 mg bis unter 200 mg	1.590,08
ZE12- 905	6-002.h4	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Docetaxel, parenteral 200 mg bis unter 240 mg	1.907,19
ZE12- 906	6-002.h5	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Docetaxel, parenteral 240 mg bis unter 280 mg	2.341,41
ZE12- 907	6-002.h6	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Docetaxel, parenteral 280 mg bis unter 320 mg	2.703,67
ZE12- 908	6-002.h7	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Docetaxel, parenteral 320 mg bis unter 360 mg	3.085,34
ZE12- 909	6-002.h8	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Docetaxel, parenteral 360 mg bis unter 400 mg	3.447,77
ZE12- 9010	6-002.h9	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Docetaxel, parenteral 400 mg bis unter 440 mg	3.825,82
ZE12- 9011	6-002.ha	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Docetaxel, parenteral 440 mg bis unter 480 mg	4.196,06
ZE12- 9012	6-002.hb	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Docetaxel, parenteral 480 mg und mehr	4.566,30
ZE12- 914	6-004.33	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Dasatinib, oral, 700 mg bis unter 1000 mg	1.062,50
ZE12- 915	6-004.34	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Dasatinib, oral, 1000 mg bis unter 1300 mg	1.437,50
ZE12- 916	6-004.35	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Dasatinib, oral, 1300 mg bis unter 1600 mg	1.812,50
ZE12- 917	6-004.36	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Dasatinib, oral, 1600 mg bis unter 1900 mg	2.187,50
ZE12- 918	6-004.37	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Dasatinib, oral, 1900 mg bis unter 2200 mg	2.562,50
ZE12- 919	6-004.38	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Dasatinib, oral, 2200 mg bis unter 2800 mg	3.125,00
ZE12- 9110	6-004.39	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Dasatinib, oral, 2800 mg bis unter 3400 mg	3.875,00
ZE12- 9111	6-004.3a	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Dasatinib, oral, 3400 mg bis unter 4000 mg	4.625,00
ZE12- 9112	6-004.3b	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Dasatinib, oral, 4000 mg bis unter 4600 mg	5.375,00
ZE12- 9113	6-004.3c	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Dasatinib, oral, 4600 mg bis unter 5200 mg	6.125,00
ZE12- 9114	6-004.3d	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Dasatinib, oral, 5200 mg bis unter 5800 mg	6.875,00
ZE12- 9115	6-004.3e	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Dasatinib, oral, 5800 mg bis unter 6400 mg	7.625,00
ZE12- 9116	6-004.3f	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Dasatinib, oral, 6400 mg bis unter 7600 mg	8.750,00
ZE12- 9117	6-004.3g	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Dasatinib, oral, 7600 mg bis unter 8800 mg	10.250,00
ZE12- 9118	6-004.3h	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Dasatinib, oral, 8800 mg und mehr	11.375,00

ZE12- 921	6-005.10	Applikation von Medikamenten, Liste 5: Catumaxomab, parenteral 10 µg bis unter 20 µg	892,50
ZE12- 922	6-005.11	Applikation von Medikamenten, Liste 5: Catumaxomab, parenteral 20 µg bis unter 30 µg	1.487,50
ZE12- 923	6-005.12	Applikation von Medikamenten, Liste 5: Catumaxomab, parenteral 30 µg bis unter 40 µg	2.082,50
ZE12- 924	6-005.13	Applikation von Medikamenten, Liste 5: Catumaxomab, parenteral 40 µg bis unter 50 µg	2.677,50
ZE12- 925	6-005.14	Applikation von Medikamenten, Liste 5: Catumaxomab, parenteral 50 µg bis unter 70 µg	3.570,00
ZE12- 926	6-005.15	Applikation von Medikamenten, Liste 5: Catumaxomab, parenteral 70 µg bis unter 90 µg	4.760,00
ZE12- 927	6-005.16	Applikation von Medikamenten, Liste 5: Catumaxomab, parenteral 90 µg bis unter 110 µg	5.950,00
ZE12- 928	6-005.17	Applikation von Medikamenten, Liste 5: Catumaxomab, parenteral 110 µg bis unter 130 µg	7.140,00
ZE12- 929	6-005.18	Applikation von Medikamenten, Liste 5: Catumaxomab, parenteral 130 µg bis unter 150 µg	8.330,00
ZE12- 9210	6-005.19	Applikation von Medikamenten, Liste 5: Catumaxomab, parenteral 150 µg bis unter 170 µg	9.520,00
ZE12- 9211	6-005.1a	Applikation von Medikamenten, Liste 5: Catumaxomab, parenteral 170 µg bis unter 190 µg	10.710,00
ZE12- 9212	6-005.1b	Applikation von Medikamenten, Liste 5: Catumaxomab, parenteral 190 µg bis unter 210 µg	11.900,00
ZE12- 9213	6-005.1c	Applikation von Medikamenten, Liste 5: Catumaxomab, parenteral 210 µg bis unter 230 µg	13.090,00
ZE12- 9214	6-005.1d	Applikation von Medikamenten, Liste 5: Catumaxomab, parenteral 230 µg bis unter 345 µg	13.685,00

Abrechnungsmöglichkeit im Toxizitätsfall (vom Standardfall 25mg/Tag abweichende Kapselstärke)

Zusatzentgelt Nr.	Bezeichnung	Entgelthöhe EUR
ZE11-7721	Gabe von Lenalidomid, oral, je 5-mg-Kapsel, Tagesdosis 5mg	299,88
ZE11-7722	Gabe von Lenalidomid, oral, je 10-mg-Kapsel, Tagesdosis 10mg	316,54
ZE11-7723	Gabe von Lenalidomid, oral, je 15-mg-Kapsel, Tagesdosis 15mg	333,20

b) Zusatzentgelte gem. §6 Abs. 2a KHEntgG (Spezialleistungen – SPL)

Zusatzentgelt Nr.	OPS-Code	Bezeichnung	Entgelthöhe EUR
SPL1	8-600.0	Oberflächenhyperthermie	2.850,00

4. Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren

Für die bei der Behandlung von angeborenen oder erworbenen Blutgerinnungsstörungen eingesetzten Blutgerinnungsfaktoren werden als Teil allgemeiner Krankenhausleistung Zusatzentgelte gesondert in Rechnung gestellt. Die Höhe der Vergütung entspricht der auf Landesebene zwischen der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft und den Landesverbänden der Krankenkassen geschlossenen Empfehlungsvereinbarung. Im Einzelnen handelt es sich hierbei um:

Zusatzentgelt Nr.	Bezeichnung		Entgelthöhe EUR
ZE2011-27A	Faktor VII plasmatisch	Entgeltgruppe 1	560,55
ZE2011-27M	aktivierter Faktor VII gentechnisch 50KLE	Entgeltgruppe 2b	808,78
ZE2011-27C	Faktor VIII plasmatisch	Entgeltgruppe 3	215,00
ZE2011-27D	Faktor VIII gentechnisch	Entgeltgruppe 4	248,00
ZE2011-27F	Faktor IX plasmatisch	Entgeltgruppe 6	190,11
ZE2011-27G	Faktor IX gentechnisch	Entgeltgruppe 7	263,13
ZE2011-27H	Feiba-Prothrombin Komplex	Entgeltgruppe 8	608,18
ZE2011-27I	nicht aktiviertes Protein C	Entgeltgruppe 9	1.214,83
ZE2011-27J	Fibrinogenkonzentrat	Entgeltgruppe 10	343,21
ZE2011-27L	Faktor XIII plasmatisch	Entgeltgruppe 12	88,61

5. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2012

Für die Vergütung von Leistungen, die nach § 7 Abs. 1 FPV 2012 noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden, hat die Universitätsmedizin gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende fall- bzw. tagesbezogene krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart:

a) Leistungen nach Anlage 3a DRG-EKV 2012 (fallbezogene Entgelte)

Entgelt Nr.	Bezeichnung	Entgelthöhe (EUR)
B43Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als 27 Tage	12.081,87
B61B	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht verlegt	5.548,52
B76A	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnostik und Therapie	8.966,14
D23Z	Implantation eines Hörgerätes	13.307,06
E41Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	12.081,87
E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage	7.694,06
I40Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	8.995,45
K01Z	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit Frührehabilitation oder geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung	6.747,32
U01Z	Geschlechtsumwandelnde Operation	8.575,38
U43Z	Psychosomatische Therapie, Alter < 18 Jahre	6.911,46
Z42Z	Stammzellentnahme bei Fremdspender	3.391,25
Z43Z	Knochenmarkentnahme bei Fremdspender	3.391,25

b) Leistungen nach Anlage 3a DRG-EKV 2012 (tagesbezogene vollstationäre Entgelte)

Entgelt Nr.	Bezeichnung	Entgelthöhe (EUR)
B11Z	Frührehabilitation mit Kraniotomie, großer Wirbelsäulen-Operation, bestimmter OR-Prozedur oder aufwändiger Operation am Nervensystem mit Beatmung > 95 Stunden	720,00
B49Z	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson	400,00
L61Z	Stationäre Aufnahme zur Dialyse	350,00
Y01Z	Operative Eingriffe oder Beatmung > 95 Stunden bei schweren Verbrennungen	1.009,00
Y61Z	Schwere Verbrennungen	1.190,00
Z02Z	Leberspende (Lebendspende)	799,00

c) Leistungen nach Anlage 3b DRG-EKV 2012 (tagesbezogene teilstationäre Entgelte)

Entgelt Nr.	Bezeichnung	Entgelthöhe (EUR)
85.030.001	Hautklinik - tagesklinische Behandlung	196,00
85.030.008	H.E.L.P.	1.100,00
85.000.006	Schmerztherapie - tagesklinische Behandlung	290,00
85.000.016	Neurologische Tagesklinik (+ Abrechnung festgelegter ZEs = ZE82, ZE93 ,ZE97 und evtl. Substitutionspräparate)	432,95
85.000.017	Rheumatologisch-Immunologische Tagesklinik (+ Abrechnung ZE und NUB)	265,00

Können für die Leistungen nach Anlage 3a DRG-EKV 2012 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag 600,00 € abzurechnen. Können für die Leistungen nach Anlage 3b DRG-EKV 2012 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag 300,00 € abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2012 für Leistungen nach Anlage 3a DRG-EKV 2012 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag 450,00 € abzurechnen.

6. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 7 Ziff. 6 KHEntgG

Für die Vergütung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen und bundeseinheitlich festgelegten Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden können und die nicht gem. § 137 c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet die Universitätsmedizin Göttingen gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab:

Entgelt	Bezeichnung	Applikation/Behandlung	Entgelthöhe Euro
NUB07.91	Bioaktive Coils zur intrakraniellen Aneurysmatherapie	je Stück	199,08
NUB08.49	Multiviszeraltransplantation (3)	je Fall	8.200,00
NUB08.60	Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD)-Erstbehandlung	je Erstaufenthalt	2.042,00
NUB08.61	Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD)-Folgebehandlung	je Folgeaufenthalt	356,00
NUB08.43	Überlange Coils (3D) zur intrakraniellen Aneurysmatherapie	je Stück	93,90
NUB08.26	Ereignisrekorder, implantierbar, bei Vorhofflimmern	je Behandlung / Fall	2.700,00
NUB09.33	Eculizumab	je Ampulle (300 mg)	5.610,85
NUB09.88	Einlage besch. (gecoverter) Stents mit bioakt. Oberfläche	je Stück	2.400,00
NUB11.19	Medikamentenbeschichteter Ballonkatheter, nicht koronar	je Stück	1.300,00
NUB09.80	Occlusionsschirm für Aortendissektionsmembranen	je Stück	5.600,00
NUB11.83	Perkutan-transluminale Clipping bei Mitralklappeninsuffizienz	je Stück	21.500,00
NUB10.70	Golimumab	je 50 mg	1.797,08
NUB10.73	Arsentrioxid	je Ampulle (10 mg)	462,67
NUB10.92	Nilotinib	je Kapsel (200 mg)	45,50
NUB10.95	Koronare Bifurkationsstents	je Stent	875,00
NUB10.30	Certolizumab	je Fertigspritze (200 mg)	760,00
NUB10.50	Everolimus bei fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom, 10 mg	je Tablette (10 mg)	151,00
NUB10.49	Everolimus bei fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom, 5 mg	je Tablette (5 mg)	108,53
NUB10.07	Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen	je Behandlung / Fall	11.100,00
NUB10.96	Implantation eines medikamente-freisetzenden Stents in Oberschenkelgefäße	je Stent	850,00
NUB10.03	nab-Paclitaxel	je Ampulle (100 mg)	377,50

NUB10.43	Plerixafor, je 24mg	je Ampulle (24 mg)	6.723,50
NUB10.46	Romiplostim	je Ampulle (250 µg)	760,05
NUB10.51	Vinflunin	je Ampulle (50 mg)	296,31
NUB11.35	Pazopanib	Tablette 200 mg	36,68
NUB11.77	Eltrombopag	Tablette 25 mg	43,44
NUB11.28	Medikamentenbeschichtete Stents zur Behandlung von Läsionen der supraaortalen Arterien	je Stent	563,08
NUB11.41	Treprostinil, 1 mg Remodulin / ml	20 ml Flasche	4.283,00
NUB11.42	Treprostinil, 2,5 mg Remodulin / ml	20 ml Flasche	7.904,58
NUB11.43	Treprostinil, 5 mg Remodulin / ml	20 ml Flasche	13.230,42
NUB11.44	Treprostinil, 10 mg Remodulin / ml	20 ml Flasche	22.130,43
NUB11.78	Volumencoils zur Aneurysmatherapie	je Stück	1.553,46

7. Entgelte für vorstationäre Behandlungen gem. § 115 a SGB V

Gem. § 115 a SGB V berechnet die Universitätsmedizin Göttingen für **vorstationäre Behandlungen** folgende Entgelte, soweit diese nicht bereits mit der Fallpauschale abgegolten sind:

Abteilung	Entgelthöhe
1. Innere Medizin	147,25 €
2. Hämatologie und int. Onkologie	75,67 €
3. Rheumatologie	128,85 €
4. Pädiatrie	94,08 €
5. Kinderkardiologie	111,46 €
6. Neonatologie	51,64 €
7. Allgemeine Chirurgie	100,72 €
8. Unfallchirurgie	82,32 €
9. Neurochirurgie	48,57 €
10. Gefäßchirurgie (Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie)	134,47 €
11. Urologie	103,28 €
12. Orthopädie	133,96 €
13. Frauenheilkunde und Geburtshilfe	119,13 €
14. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	78,74 €
15. Augenheilkunde	68,51 €
16. Neurologie	114,02 €
17. Nuklearmedizin	162,08 €
18. Strahlenheilkunde	186,62 €
19. Dermatologie	75,67 €
20. Zahn- und Kieferheilkunde	64,42 €
21. Intensivmedizin	104,30 €

Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

Über die oben genannten fachabteilungsbezogenen Vergütungspauschalen hinaus werden Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

- Computer-Tomographie-Geräte (CT)
- Magnet-Resonanz-Geräte (MR)
- Linksherzkatheter-Messplätze (LHM)
- Hochvolttherapie-Geräte
- Positronen-Emissions-Tomographie-Geräte (PET)

weiterhin pauschalenentsprechend der Vergütungsempfehlung nach §115a Abs. 3 SGB V abgerechnet. Gem. § 8 Abs. 2 S. 3 Nr. 4 KHEntgG ist eine **vorstationäre Behandlung** neben einer Fallpauschale (DRG) nicht gesondert abrechenbar. Eine **nachstationäre Behandlung** kann zusätzlich zur Fallpauschale (DRG) berechnet werden, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale (DRG) übersteigt.

8. Zuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen gem. § 7 Ziff. 4 KHEntgG und sonstige Zu- und Abschläge ab dem 1.07.2012

Gemäß § 17 a KHG berechnet die Universitätsmedizin Göttingen einen Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall zur Finanzierung von Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen.

Der Ausbildungszuschlag beträgt gegenwärtig 85,89 €.

9. Qualitätssicherungszuschläge nach § 17 b Abs. 1 S. 5 KHG⁵ sowie Qualitätssicherungsabschläge nach § 8 Abs. 4 KHEntgG

QS-Zuschlag: 1,06 € je vollstationärem Fall

10. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben und besondere Tatbestände

DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall

in Höhe von 1,14 €

Zuschlag für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139 a i.V.m. § 139 c SGB V (GBA) und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139 c SGB V (IQWiG) für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall

in Höhe von 0,93 €⁶

11. Zuschlag für die medizinisch begründete Aufnahme von Begleitpersonen gem. §17b Abs. 1 Satz 4 und 6 KHG

Zuschlag: 45,- € pro Tag

12. Zuzahlungen

Als Eigenbeteiligung zieht die Universitätsmedizin Göttingen vom gesetzlich versicherten Patienten von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an - innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage - eine Zuzahlung ein (§ 39 Abs. 4 SGB V).

Der Zuzahlungsbetrag beträgt zurzeit € 10,- je Kalendertag (§ 61 Satz 2 SGB V).

Als volljähriger Versicherte/r in der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Patientin/der Patient bei einem vollstationären Krankenhausaufenthalt verpflichtet, eine Eigenbeteiligung in Höhe von 10,00 € pro vollstationären Behandlungstag zu übernehmen, sofern die Patientin/der Patient nicht insgesamt von Zuzahlungen befreit ist. Diese Zuzahlungspflicht ist auf maximal 28 Tage im Kalenderjahr begrenzt.

Der Gesetzgeber hat die Einziehung dieser Zuzahlungen auf die Krankenhäuser übertragen.

⁵ Nach § 22 Abs. 1 der am 1. Januar 2008 in Kraft tretenden *Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser* werden die Zuschläge nunmehr für jeden abgerechneten vollstationären Krankenhausfall erhoben.

⁶ Aufgrund eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 21.12.2004 werden die Zuschläge für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139 a i. V. m. § 139 c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i. V. m. § 139 c SGB V gemeinsam erhoben und als ein **gemeinsamer** Zuschlag in der Rechnung des Krankenhauses ausgewiesen.

Die Zuzahlungen sind jedoch eine Forderung der Krankenkasse und werden von den Krankenhäusern nicht einbehalten, sondern an die Krankenkasse weitergeleitet. Die Krankenhäuser handeln lediglich im Auftrag der Krankenkasse.

13. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2012 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2012 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2012 zusammengefasst und abgerechnet.

C) Entgelte und Tarife für Wahlleistungen, Leistungen Dritter und sonstige Leistungen

1. Wahlleistungen

Für außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommene Wahlleistungen werden neben der Vergütung nach dem Pflegekostentarif (Bereich A) oder dem DRG-Entgelttarif (Bereich B) zusätzliche Entgelte berechnet (§ 17 KHEntgG bzw. §22 BfIV in Verbindung mit §17 KHEntgG):

1.1. Wahlleistung Unterkunft

Im Hauptgebäude der Universitätsmedizin erfolgt die Regelunterbringung zuschlagsfrei im Zweibettzimmer.

Unterbringung im Einbettzimmer außer Intensivstation	64,50 Euro/Tag
Unterbringung im Einbettzimmer nur in der Psychiatrischen/Psychosomatischen Klinik	75,65 Euro/Tag

1.2. Wahlleistung Information und Medien

Bereitstellung eines Telefons (soweit technisch möglich)	2,10 Euro/Tag
Gebühreneinheit für jedes Gespräch	0,08 Euro/Einh.
Bereitstellung eines Fernsehers (soweit technisch möglich)	3,20 Euro/Tag

1.3. Wahlleistung Unterbringung einer gesunden Begleitperson

Unterbringung einer gesunden Begleitperson, deren Aufenthalt <u>nicht</u> aus therapeutischen Gründen erforderlich ist. Entgelte für von der Begleitperson in Anspruch genommene Wahlleistungen werden in voller Höhe berechnet. Der Betrag enthält die gesetzliche Mehrwertsteuer.	49,48 Euro/Tag (inkl. USt.)
---	--------------------------------

1.4. Wahlärztliche Leistungen siehe GOÄ/GOZ

Mit den **wahlärztlichen Leistungen** nehmen Sie zusätzlich zu den allgemeinen Krankenhausleistungen die persönliche Zuwendung und besondere fachliche Qualifikation und Erfahrung der wahlärztlich behandelnden Ärzte der Universitätsmedizin Göttingen (UMG), einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des UMG in Anspruch. Diese Leistungen sind separat zu vergüten.

Zur wahlärztlichen Behandlung berechtigt sind die liquidationsberechtigten Ärzte der UMG und die UMG selbst durch ihre besonders qualifizierten angestellten Ärzte (i. d. R. Abteilungsdirektoren oder Schwerpunktprofessoren), soweit sie nicht selbst liquidationsberechtigt sind.

Bei der Inanspruchnahme der wahlärztlichen Leistungen kann die Wahl nicht auf einzelne zur wahlärztlichen Behandlung berechnete Ärzte des Krankenhauses beschränkt werden (§ 17 Abs. 3 KHEntgG bzw. §22 BpflV in Verbindung mit §17 KHEntgG). Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten und beamteten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur wahlärztlichen Behandlung im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§115a SGB V) berechnete sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses (so genannte Wahlärztkette).

Dies bedeutet, dass auch weitere zur wahlärztlichen Behandlung berechnete Ärzte bzw. die UMG ihre wahlärztlichen Leistungen gesondert abrechnen dürfen, sofern sie in das Behandlungsgeschehen einbezogen worden sind.

Für die Berechnung wahlärztlicher Leistungen finden die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte (GOÄ/GOZ) in der jeweils gültigen Fassung Anwendung. Nach §6a GOÄ/GOZ erfolgt bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen Leistungen eine Minderung der Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge um 25%; bei Leistungen und Zuschlägen von niedergelassenen Ärzten um 15%. Das Arzthonorar wird in einer gesonderten Rechnung geltend gemacht.

Die gesondert berechnbaren ärztlichen Leistungen werden, auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden, vom Wahlarzt der Fachabteilung oder der ärztlich geleiteten Einrichtung persönlich oder unter der Aufsicht des Wahlarztes nach fachlicher Weisung von einem nachgeordneten Arzt der Abteilung bzw. des Institutes (§4 Abs. 2, S. 1 GOÄ/GOZ) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§4 Abs. 2, S. 3 GOÄ/GOZ) erbracht.

2. Leistungen Dritter

Leistungen Dritter, sofern es sich nicht um Krankenhausleistungen handelt, die aus medizinischen Gründen in Anspruch genommen werden müssen, weil sie die Leistungsfähigkeit der Universitätskliniken im Sinne von § 2 Nr. 1 der Allgemeinen Vertragsbestimmungen übersteigen (freiberuflich tätige Psychologen, Zahntechniker u. a.)

tatsächlicher Aufwand

3. Entgelte für sonstige Leistungen

1. Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnet das Krankenhaus ein Entgelt nach Aufwand. Zusätzlich stellt der liquidationsberechnete Gutachter sein Honorar in Rechnung.
2. Gemäß Dienstanweisung über das Verfahren bei der Versorgung der in den Göttinger Universitätskliniken Verstorbenen 90,00 Euro

D) Inkrafttreten

Die vorgenannten Tarife treten am 01.01.2012 in Kraft.

Gleichzeitig werden die entsprechenden Tarife vom 01.07.2011 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter/innen unserer Aufnahmebüros und des Geschäftsbereichs G3-14 hierfür gerne zur Verfügung.

Gleichzeitig können Sie dort auch jederzeit Einsicht in das DRG-Klassifikationssystem mit den zugehörigen Kostengewichten sowie die zugehörigen Abrechnungsregeln nehmen.

Insgesamt kann die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen und der Wahlleistungen eine nicht unerhebliche finanzielle Belastung bedeuten. Dies gilt insbesondere für Selbstzahler. Prüfen Sie bitte, ob Sie in vollem Umfang für eine Krankenhausbehandlung versichert sind.

**Krankenhausentgelttarif gültig ab 01.01.2012
für stationäre und teilstationäre Behandlung**

**Art.-Nr. 4003819
Stand: 02.01.2012**