

Anlage zu den Allgemeinen Vertragsbedingungen

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

Die Klinikum Oberlausitzer Bergland gemeinnützige GmbH

mit ihren Standorten in

02763 Zittau, Görlitzer Straße 10 – Standort ZI und
02730 Ebersbach-Neugersdorf, Röntgenstraße 23 – Standort EB

berechnet ab dem 01.01.2012 folgende Entgelte:

1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 1 KHEntgG

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.¹ Der derzeit gültige Basisfallwert liegt bei
2.884,00 €

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

Beispiel :

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor	0,641	€ 2.884	€ 1.848,64

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese Am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrorese	3,214	€ 2.864	€ 9.269,18

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.

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 regelt die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2012 (FPV 2012).

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2012

Gem. § 17b Abs. 1 S. 12 KHG können die für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (Spitzenverband Bund der Krankenkassen, 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 der 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.

Das Krankenhaus berechnet Zusatzentgelte **nach Anlage 1**.

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2012

Für die Vergütung von Leistungen, die noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende fall- bzw. tagesbezogene krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart:

Tagesbezogenes Entgelt nach § 6 Abs. 1 KHEntgG.		Pro Behandlungstag
Teilstationäre onkologische Behandlung		240,00 €
DRG B61B – akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks		290,00 €

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.

5. Zusatzentgelte für spezialisierte Leistungen gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 3 KHEntgG

Für folgende Leistungen, die den Fallpauschalen und Zusatzentgelten aus den Entgeltkatalogen nach § 7 S. 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG zwar zugeordnet, mit ihnen

jedoch nicht sachgerecht vergütet werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 2a KHEntgG folgende gesonderte Zusatzentgelte vereinbart:

- keine -

6. Zu- und Abschläge gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 4 KHEntgG

Gemäß § 17a KHG berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall zur Finanzierung von Ausbildungskosten.

Der Ausbildungszuschlag beträgt gegenwärtig:

52,07 € .

Ferner berechnet das Krankenhaus gem. § 17b Abs. 1 S. 4 und 6 KHG folgende Zuschläge / Abschläge:

- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von **45,00 €** pro Tag².

7. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 7 Abs. 1 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. § 137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG in

Anlage 2

dargestellte zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab.

8. Qualitätssicherungszu- und abschläge nach § 7 Abs. 1 Ziff. 7 KHEntgG³

Zuschlag pro Fall 1,02 €

Abschläge nicht zutreffend

9. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

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

in Höhe von 1,14 €⁴

- Zuschlag 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 für jeden abzurechnenden Krankenhausfall

in Höhe von 0,93 €⁵.

10. Weitere Zu- und Abschläge

- keine –

11. Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen gem. § 115a SGB V

Gem. § 115a SGB V berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen folgende Entgelte, soweit diese nicht bereits mit der Fallpauschale abgegolten sind:

a. vorstationäre Behandlung fallbezogene Pauschale:

Innere Medizin	147,25 €
Chirurgie	100,72 €
Unfall- u. Handchirurgie	82,32 €
Frauenheilkunde / Geburtshilfe	119,13 €
Kinder- und Jugendmedizin	94,08 €
Intensivmedizin	104,30 €

b. nachstationäre Behandlung tagesbezogene Pauschale:

Innere Medizin	53,69 €
Chirurgie	17,90 €

Unfall- u. Handchirurgie	21,47 €
Frauenheilkunde / Geburtshilfe	22,50 €
Kinder- und Jugendmedizin	37,84 €
Intensivmedizin	36,81 €

c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

Computer-Tomographie-Gerät nach DKGNT I
Magnet-Resonanz-Gerät (MR): nach DKGNT I

Gem. § 8 Abs. 2 S. 3 Nr. 3 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.

12. Entgelte für sonstige Leistungen

1. Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnen das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand. Hierzu gehören auch Schreibgebühren für das Gutachten sowie Porto- und Versandkosten.
2. Leichenschau und Ausstellung einer Todesbescheinigung: 33,00 €
3. Nutzung der Kühlzellen, unabhängig von der Dauer: 23,80 €
4. Aufbahrung und Abschiednahme: 38,08 €

Die Leistung nach 1. wird zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer berechnet. Sofern die Leistung nach 1. mit einem vordergründig therapeutischen Ziel erbracht wurde (Feststellung der Behandlungsart, Gewährung von Heil- und Hilfsmitteln, Feststellung der medizinischen Notwendigkeit von Kur und / oder Sanatoriumsbehandlung, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, persönliche Voraussetzung zur medizinischen Rehabilitation u.a.) ist diese mehrwertsteuerfrei. Im ausgewiesenen Entgelt nach 3. und 4. sind 19% Mehrwertsteuer enthalten.

13. Zuzahlungen

a. Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus 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 **10,00 €** je Kalendertag (§ 61 Satz 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43b Abs. 3 SGB V **im Auftrage der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.

b. Zusatzklausel für Krankenhäuser in den neuen Bundesländern und im Ostteil Berlins:

Im Rahmen des Krankenhausinvestitionsprogramms gemäß Art. 14 Abs. 1 Gesundheits-Strukturgesetz (GSG) berechnet das Krankenhaus gegenüber den Benutzern des Krankenhauses bzw. deren Kostenträgern einen Investitionszuschlag in Höhe von **5,62 €** für jeden Berechnungstag eines tagesgleichen Pflegesatzes, bei Fallpauschalen für die entsprechenden Belegungstage. Bei teilstationärer Behandlung wird der Zuschlag auch für den Entlassungstag berechnet.

14. 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.

15. Belegärzte, Beleghebammen, -entbindungspfleger

Mit den Entgelten nach Nr. 1 - 11 sind nicht abgegolten:

1. die ärztlichen Leistungen von Belegärzten in Belegkrankenhäusern und Belegabteilungen sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses;
2. die Leistungen von Beleghebammen bzw. Entbindungspflegern.

Diese Leistungen werden von dem Belegarzt bzw. der Hebamme/dem Entbindungspfleger gesondert berechnet.

16. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet. Einzelheiten der Berechnung lassen sich der jeweiligen Wahlleistungsvereinbarung und der Patienteninformation über die Entgelte der wahlärztlichen Leistungen entnehmen.

a) Ärztliche Leistungen:

Bei der Inanspruchnahme der Wahlleistung „ärztliche Leistungen“ kann die Wahl nicht auf einzelne liquidationsberechtigte Ärzte des Klinikums beschränkt werden (§ 17 Abs. 3 KHEntgG). Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten Ärzte des Klinikums, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen

der vollstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Klinikums. Dies gilt auch, soweit das Klinikum selbst wahlärztliche Leistungen berechnet.

Für die Berechnung wahlärztlicher Leistungen finden die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung Anwendung. Nach § 6a Abs. 1 GOÄ erfolgt bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen/privatärztlichen Leistungen eine Minderung der Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge um 25%; bei Leistungen und Zuschlägen von Belegärzten und anderen niedergelassenen Ärzten um 15%. Das Arzthonorar wird in einer gesonderten Rechnung geltend gemacht.

Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen werden, auch soweit sie vom Klinikum berechnet werden, vom nachfolgend aufgeführten Wahlarzt der Fachabteilung oder der ärztlich geleiteten Einrichtungen persönlich oder unter der Aufsicht des Wahlarztes nach fachlicher Weisung von einem nachgeordneten Arzt der Abteilung bzw. des Instituts (§ 4 Abs.2 Satz 1 GOÄ/GOZ) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs.2 Satz 3 GOÄ/GOZ) erbracht:

Fachabteilung	Wahlarzt	Ständiger ärztlicher Vertreter
Innere Medizin EB	CA Dr. med. Häberlein	OÄ Dr. med. Karthäuser
Innere Medizin ZI	CÄ Dr. med. Zeißig	OÄ Dr. med. Lohrberg
Chirurgie EB	CA Dr. med. Karutz	OÄ Lohse
Chirurgie ZI	CA DM Rehnisch	OA Zenker
Unfall- und Handchirurgie ZI	CA Dr. med. Holch	OA Dr. med. Zeißig
Frauenheilk. / Geburtshilfe EB	CA Glajzer	OA Graf
Frauenheilk. / Geburtshilfe ZI	amt. CA Dr. med. Mengel	
Kinder- und Jugendmedizin ZI	CÄ MU Dr. med. Reck	
Anästhesie / Intensivmedizin EB	CA Dr. med. Ettrich	OA Dr. med. Groth
Anästhesie / Intensivmedizin ZI	CA Dr. med. Kluttig	OA DM Hurraß
Institut für Radiologie	CA Dr. med. Gerlach	OA Dr. med. Liebscher (Zi) OA DM Jaenicke (Eb)

Die ärztlichen Leistungen der Konsiliarärzte und der fremden ärztlich geleiteten Einrichtungen werden von diesen nach den für sie geltenden Tarifen berechnet.

b) Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:

Die Gesamtkosten für die Unterbringung werden aus den Kosten pro Berechnungstag gebildet. Berechnungstag in diesem Sinne ist der Tag der Aufnahme zuzüglich jedes weiteren Aufenthaltstages. Der Tag der Entlassung bzw. Verlegung wird bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Fachabteilung	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Alle, Einbettzimmer Standort Zittau	Separates WC, separate Dusche, besondere Größe der Sanitärzone, individueller Größenvorteil im Zimmer: 64%.	42,09 €
Alle, Einbettzimmer Standort Ebersbach	Separates WC, separate Dusche, besondere Größe der Sanitärzone, individueller Größenvorteil im Zimmer: 62%.	35,07 €

Für einen Zeitraum von maximal vier Tagen besteht die Möglichkeit der Reservierung bzw. des Freihaltens des gebuchten 1-Bett-Zimmers für den Fall, dass das Zimmer vorübergehend nicht genutzt werden kann. Während der Zeit der Reservierung / des Freihaltens, in welcher das Zimmer nicht anderweitig belegt wird, berechnet das Klinikum einen um 25 % geminderten Zimmerpreis.

c) Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:

Standardausstattung des Klinikums, keine gesonderte Berechnung

d) Unterbringung einer Begleitperson (ohne medizinische Notwendigkeit)

37,99 € je Berechnungstag

hierin sind 7% gesetzliche Mehrwertsteuer enthalten,

e) Verpflegung einer Begleitperson (ohne medizinische Notwendigkeit)

11,31 € je Berechnungstag

hierin sind 19% gesetzliche Mehrwertsteuer enthalten.

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.01.2012 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif/ Pflegekostentarif vom 01.11.2011 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter der Patientenaufnahme 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.

Anmerkungen:

- ¹ 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 Die Höhe des Zuschlages von 45,00 € ist in der *Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG* geregelt. Dieser Zuschlag betrifft im Übrigen nur die Fälle der medizinisch notwendigen Aufnahme von Begleitpersonen und ist von der wahlweisen Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson zu unterscheiden.
- ³ Nach § 22 Abs. 1 der am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen *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.
- ⁴ Nach § 8 Abs. 9 KHEntgG – neu – sind der DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG, der Systemzuschlag für den Gemeinsamen Bundesausschuss und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 91 Abs. 3 Satz 1 i.V.m. § 139c SGB V sowie der nach § 291a Abs. 7 und 7a SGB V zu erhebenden Telematikzuschlag in der Rechnung als „Systemzuschlag“ zusammengefasst auszuweisen. Diese Vorgabe widerspricht jedoch den §§ 139c S. 2 und 291a Abs. 7a S. 1 SGB V, wonach die Zuschläge in der Rechnung gesondert auszuweisen sind. Aus diesem Grunde wurde die gesonderte Ausweisung dieser drei Zuschlagstatbestände beibehalten.
- ⁵ 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. § 139c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139c SGB V gemeinsam erhoben und als ein gemeinsamer Zuschlag in der Rechnung des Krankenhauses ausgewiesen. Im Übrigen siehe Fn. 7.

E3.2 Aufstellung der Zusatzentgelte

Zusatzentgelt nach § 6 KHEntgG	OPS	Entgelt- höhe
ZE2011-54 Gastrointestinalstent	5-429.j1	903,72
ZE2011-54 Gastrointestinalstent	5-513.m0	820,69
ZE2011-54 Gastrointestinalstent	5-513.m1	1.641,38
ZE2011-74 Gabe von Sunitinib, oral	6-003.a*	
150 mg bis unter 200 mg	6-003.a0	697,50
200 mg bis unter 250 mg	6-003.a1	930,00
250 mg bis unter 300 mg	6-003.a2	1.162,50
300 mg bis unter 350 mg	6-003.a3	1.395,00
350 mg bis unter 400 mg	6-003.a4	1.627,50
400 mg bis unter 450 mg	6-003.a5	1.860,00
450 mg bis unter 500 mg	6-003.a6	2.092,50
500 mg bis unter 600 mg	6-003.a7	2.325,00
600 mg bis unter 700 mg	6-003.a8	3.022,50
700 mg bis unter 800 mg	6-003.a9	3.487,50
800 mg bis unter 900 mg	6-003.aa	3.952,50
900 mg bis unter 1100 mg	6-003.ab	4.650,00
1100 mg bis unter 1300 mg	6-003.ac	5.580,00
1300 mg bis unter 1500 mg	6-003.ad	6.510,00
1500 mg und mehr	6-003.ae	7.440,00
ZE2011-75 Gabe von Sorafenib, oral	6-003.b*	
2400 mg bis unter 3200 mg	6-003.b0	584,64
3200 mg bis unter 4000 mg	6-003.b1	751,68
4000 mg bis unter 4800 mg	6-003.b2	918,72
4800 mg bis unter 5600 mg	6-003.b3	1.085,76
5600 mg bis unter 6400 mg	6-003.b4	1.252,80
6400 mg bis unter 7200 mg	6-003.b5	1.419,84
7200 mg bis unter 8000 mg	6-003.b6	1.586,88
8000 mg bis unter 9600 mg	6-003.b7	1.837,44
9600 mg bis unter 11200 mg	6-003.b8	2.171,52
11200 mg bis unter 12800 mg	6-003.b9	2.505,60
12800 mg bis unter 14400 mg	6-003.ba	2.839,68
14400 mg bis unter 16000 mg	6-003.bb	3.173,76
16000 mg bis unter 19200 mg	6-003.bc	3.674,88
19200 mg bis unter 22400 mg	6-003.bd	4.343,04
22400 mg bis unter 25600 mg	6-003.be	5.011,20
25600 mg bis unter 28800 mg	6-003.bf	5.679,36
28800 mg bis unter 32000 mg	6-003.bg	6.347,52
32000 mg und mehr	6-003.bh	7.015,68
ZE2011-77 Lenalidomid	6-003.g*	
25 mg bis unter 50 mg	6-003.g0	365,33
50 mg bis unter 75 mg	6-003.g1	730,66
75 mg bis unter 100 mg	6-003.g2	1.095,99
100 mg bis unter 125 mg	6-003.g3	1.461,32
125 mg bis unter 150 mg	6-003.g4	1.826,65

E3.2 Aufstellung der Zusatzentgelte

Zusatzentgelt nach § 6 KHEntgG	OPS	Entgelt- höhe
150 mg bis unter 175 mg	6-003.g5	2.191,98
175 mg bis unter 200 mg	6-003.g6	2.557,31
200 mg bis unter 225 mg	6-003.g7	2.922,64
225 mg bis unter 250 mg	6-003.g8	3.287,97
250 mg bis unter 275 mg	6-003.g9	3.653,30
275 mg bis unter 300 mg	6-003.ga	4.018,63
300 mg bis unter 325 mg	6-003.gb	4.383,96
325 mg bis unter 350 mg	6-003.gc	4.749,29
350 mg bis unter 400 mg	6-003.gd	5.479,95
400 mg bis unter 450 mg	6-003.ge	6.210,61
450 mg bis unter 500 mg	6-003.gf	6.941,27
500 mg bis unter 600 mg	6-003.gg	8.037,26
600 mg bis unter 700 mg	6-003.gh	9.498,58
700 mg bis unter 800 mg	6-003.gj	10.959,90
800 mg und mehr	6-003.gk	12.421,22
ZE2011-80 Gabe von Amphotericin-B-Lipidkomplex, parenteral		
Einzel dosis 100 mg	6-003.1*	129,80
200 mg bis unter 400 mg	6-003.10	389,40
400 mg bis unter 600 mg	6-003.11	649,00
600 mg bis unter 800 mg	6-003.12	908,60
800 mg bis unter 1.000 mg	6-003.13	1.168,20
1.000 mg bis unter 1.400 mg	6-003.14	1.557,60
1.400 mg bis unter 1.800 mg	6-003.15	2.076,80
1.800 mg bis unter 2.200 mg	6-003.16	2.596,00
2.200 mg bis unter 2.600 mg	6-003.17	3.115,20
2.600 mg bis unter 3.400 mg	6-003.18	3.894,00
3.400 mg bis unter 4.200 mg	6-003.19	4.932,40
4.200 mg bis unter 5.000 mg	6-003.1a	5.970,80
5.000 mg bis unter 5.800 mg	6-003.1b	7.009,20
5.800 mg bis unter 7.400 mg	6-003.1c	8.566,80
7.400 mg bis unter 9.000 mg	6-003.1d	10.643,60
9.000 mg bis unter 10.600 mg	6-003.1e	12.720,40
10.600 mg bis unter 12.200 mg	6-003.1f	14.797,20
12.200 mg bis unter 15.400 mg	6-003.1g	17.912,40
15.400 mg bis unter 18.600 mg	6-003.1h	22.066,00
18.600 mg bis unter 21.800 mg	6-003.1j	26.219,60
21.800 mg bis unter 25.000 mg	6-003.1k	30.373,20
25.000 mg bis unter 31.400 mg	6-003.1m	36.603,60
31.400 mg bis unter 37.800 mg	6-003.1n	44.910,80
37.800 mg bis unter 44.200 mg	6-003.1p	53.218,00
44.200 mg bis unter 50.600 mg	6-003.1q	61.525,20
50.600 mg bis unter 57.000 mg	6-003.1r	69.832,40
57.000 mg bis unter 63.400 mg	6-003.1s	78.139,60
63.400 mg und mehr	6-003.1t	86.317,00
ZE2011-85 Temsirolimus		
Einzel dosis 30 mg	6-004.e*	1.067,43
25,0 mg bis unter 50,0 mg	6-004.e2	1.067,43

E3.2 Aufstellung der Zusatzentgelte

Zusatzentgelt nach § 6 KHEntgG	OPS	Entgelt- höhe
50,0 mg bis unter 75,0 mg	6-004.e3	2.134,86
75,0 mg bis unter 100,0 mg	6-004.e4	3.202,29
100,0 mg bis unter 150,0 mg	6-004.e5	4.269,72
150,0 mg bis unter 200,0 mg	6-004.e6	6.404,58
200,0 mg bis unter 250,0 mg	6-004.e7	8.005,73
250,0 mg bis unter 325,0 mg	6-004.e8	10.674,30
325,0 mg bis unter 400,0 mg	6-004.e9	12.809,16
400,0 mg bis unter 475,0 mg	6-004.ea	16.011,45
475,0 mg bis unter 550,0 mg	6-004.eb	18.146,31
550,0 mg und mehr	6-004.ec	20.281,17
ZE2012-92 ⁴⁾ Gabe von Catumaxomab, parenteral Basiseinheit 10 µg	6-005.1*	595,00
<p>*) Gilt für alle entsprechenden 5-Steller oder 6-Steller des angegebenen OPS-Kodes. ⁴⁾ Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2012 sind für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausesindividuell vereinbarten Entgelte gemäß § 15 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung der Höhe nach weiter zu erheben. (Hier: Entgelt entsprechend Budgetvereinbarung 2011, darin als NUB vereinbart.)</p>		

Anlage 2zum DRG-Entgelttarif,
gültig ab 01.01.2012

E3.2 NUB Aufstellung der Zusatzentgelte

Zusatzentgelt nach § 6 KHEntgG	Basiseinheit	OPS	Entgelt- höhe
Everolimus 11e994n3	10 mg	6-005.8	150,63
Romiplostim 11e994n4	1 µg	6-005.9	3,03