

Beigefügte Patienteninformationen

- **DRG-Entgelttarif mit den Anlagen 1 - 3**
- **Allgemeine Vertragsbedingungen**
- **Patienten-Zuzahlung - Informationsblatt**
(für gesetzlich krankenversicherte Patienten)

DRG-Entgelttarif 2022 für die Klinikum Dortmund gGmbH

im Anwendungsbereich des KHEntgG
und
Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

Gültig ab dem 01. Januar 2022

Über die in den Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) getroffenen Festlegungen hinaus geben wir Ihnen nachfolgend einige Hinweise insbesondere zur Entgeltgestaltung.

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 2022) und circa 30.000 Prozeduren (OPS Version 2022) 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. Der derzeit gültige Landesbasisfallwert für NRW beträgt **3.825,28 €** 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	0,525	€ 3.825,28	€ 2.008,27
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesese	3,206	€ 3.825,28	€ 12.263,85

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 2022 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Fallpauschalenvereinbarung 2022 (FPV 2022) vorgegeben.

2. Tagesbezogene Pflegeentgelte zur Abzahlung des Pflegebudgets nach § 7 Abs. 1 Ziff. 6a KHEntgG

Das Krankenhaus vereinbart mit den Krankenkassen ein Pflegebudget zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten, die dem Krankenhaus entstehen. Die Abzahlung des Pflegebudgets erfolgt nach § 6a Abs. 4 KHEntgG über einen krankenhausesindividuellen Pflegeentgeltwert, welcher berechnet wird, indem das vereinbarte Pflegebudget dividiert wird durch die nach dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 S. 5 KHG ermittelte voraussichtliche Summe der Bewertungsrelationen für das Vereinbarungsjahr. Der Pflegeentgeltwert beträgt für den Zeitraum ab 01.01.22 **163,09 €**.

Beispiel:

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Pflegeentgeltwert	Entgelt je Tag
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor	1,3516	€ 163,09	€ 220,43
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesese	0,8085	€ 163,09	€ 131,86

3. 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 2022

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 2022 (FPV 2022).

4. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gem. § 5 FPV 2022

Gem. § 17b Abs. 1 S. 7 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 2022 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2022 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2022 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 FPV 2022 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 2022 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2022 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 folgende Zusatzentgelte: (**siehe Anlage 1**)

5. Sonstige Entgelte für Leistungen gem. § 7 FPV 2022

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: (**siehe Anlage 2**)

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2022 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** FPV 2022 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 2022 für Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2022 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

6. Zusatzentgelt für Testung auf Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 gemäß der Vereinbarung nach § 26 Abs. 2 KHG

Für Kosten, die dem Krankenhaus für Testungen von Patientinnen und Patienten, die zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen wurden, auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 entstehen, rechnet das Krankenhaus auf Grund der Vereinbarung nach § 26 Abs. 2 KHG gesondert folgendes Zusatzentgelt ab:

PCR Test:		45,50 €
Laborbasierter Antigentest:	:	19,00 €
PoC-Antigentest:		11,50 €

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

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

Der **Ausbildungszuschlag** nach § 17a KHG beträgt vom 01.10.21 an: **44,70 €**

Der **Ausbildungszuschlag** nach § 33 Abs. 3 PflBG beträgt gegenwärtig: **178,03 €**

Ferner berechnet das Krankenhaus gem. § 17b Abs. 1a KHG folgende Zuschläge:

- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von **Begleitpersonen** in Höhe von **45,00 €** pro Tag
- Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der **Krankenhaushygiene** gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG

in Höhe von 0,06 %

auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG (ohne NUB).

- Fixkostendegressionsabschlag gem. § 4 Abs. 2a KHEntgG

in Höhe von -0,14 %

auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen.

- Zuschlag für die Beteiligung ganzer Krankenhäuser oder wesentlicher Teile der Einrichtungen an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen nach § 17b Abs. 1a Nr.4 KHG

in Höhe von 0,20 €

je vollstationärem Fall.

- Zuschlag für die Finanzierung von Mehrkosten, die durch die Mindestanforderungen an die Struktur und Prozessqualität in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung entstehen nach § 5 Abs. 3c KHEntgG (G-BA-Richtlinie QFR-RL)

in Höhe von 0,05 %

auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und der Zusatzentgelte sowie auf die sonstigen Entgelte (ohne NUB).

-Zuschlag wegen der Teilnahme an der gestuften Notfallversorgung nach § 2 bzw. 9 Abs. 1a der Notfallstufenvergütungsvereinbarung gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG i. v. m. § 136c Absatz 4 SGB V

in Höhe von 22,71 €

je vollstationärem Fall.

8. Zuschlag für externe Qualitätssicherung gem. § 137 SGB V

für jeden vollstationären Krankenhausfall in Höhe von **0,81 €**

9. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß §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 gemäß § 137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gemäß §6 Abs. 2 KHEntgG folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab:

Siehe Anlage 1

10. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

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

in Höhe von **1,26 €**

- Zuschlag für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) nach § 139a i.V.m. § 139c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139c SGB V bzw. des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a Abs. 8 i.V.m. § 139c SGB V für jeden abzurechnenden Krankenhausfall

in Höhe von **2,67 €**

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:

Fachabteilung	vorstationär je Fall	nachstationär je Behandlungstag
Augenheilkunde	68,51 €	38,86 €
Allgemeine Chirurgie	100,72 €	17,90 €
Dermatologie	75,67 €	23,01 €
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	119,13 €	22,50 €
Gefäßchirurgie	134,47 €	23,01 €
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	78,74 €	37,84 €
Herzchirurgie einschl. Thoraxchirurgie	126,29 €	23,01 €
Innere Medizin	147,25 €	53,69 €
Kinderchirurgie	61,36 €	24,54 €
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	64,42 €	23,52 €
Neurochirurgie	48,57 €	21,99 €
Neurologie	114,02 €	40,90 €
Nuklearmedizin	162,08 €	123,22 €
Orthopädie	133,96 €	20,96 €
Pädiatrie	94,08 €	37,84 €
Radiologie	91,52 €	24,54 €
Strahlenheilkunde	186,62 €	330,29 €
Unfallchirurgie	82,32 €	21,47 €
Urologie	103,28 €	41,93 €

Darüber hinaus sind Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten abrechnungsfähig **(siehe Anlage 3)**.

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

Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnen das Krankenhaus sowie die liquidationsberechtigten Ärzte ein Entgelt nach Aufwand.

13. Zuzahlungen

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,- je Kalendertag** (§ 61 S. 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43c Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert. **Der Zuzahlungsbetrag ist möglichst am Tag der Entlassung zu entrichten.** Fällt der Entlassungstag auf ein Wochenende oder einen Feiertag, so ist der Zuzahlungsbetrag spätestens am letzten Werktag zu entrichten. Hinsichtlich weiterer Einzelheiten, insbesondere zu den Ausnahmen von dieser Zuzahlungsverpflichtung, verweisen wir auf das **besondere Merkblatt**.

14. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2022 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2022 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2022 zusammengefasst und abgerechnet.

15. Entgelte für Wahlleistungen

Im Klinikum Dortmund werden folgende Wahlleistungen angeboten:

a) Wahlärztliche Behandlung

Ärztliche Leistungen **aller** an der Behandlung beteiligten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese

zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten oder ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses; dies gilt auch, soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden.

b) Unterbringung

- In einem 1-Bett-Zimmer
- In einem 2-Bett-Zimmer
- In einem Familienzimmer

Für die gesonderte Unterbringung im 1-Bett-Zimmer, 2-Bett-Zimmer oder Familienzimmer werden Zuschläge neben den allgemeinen Krankenhausleistungen erhoben. In den einzelnen Kliniken bestehen aufgrund der baulichen Gegebenheiten unterschiedliche Ausstattungsstandards in den Wahlleistungszimmern. Wir haben dem durch eine differenzierte Gestaltung der Wahlleistungszuschläge für die gesonderte Unterbringung Rechnung getragen. Eine Auswahlmöglichkeit zwischen den unterschiedlichen Ausstattungsstandards besteht nicht. Nachträgliche Änderungen der Zuschläge, verbunden mit möglichen Mehrkosten aufgrund laufender Verhandlungen des Krankenhauses mit den Privaten Krankenversicherungen, bleiben ausdrücklich vorbehalten. Für die gesonderte Unterbringung werden je nach Ausstattung nachstehende Zuschläge erhoben:

- | | |
|---|--|
| - Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer | von: 83,16 € bis: 126,97 €
(Zuschlag je Berechnungstag) |
| - Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer | von: 34,77 € bis: 71,18 €
(Zuschlag je Berechnungstag) |
| - Unterbringung in einem Familienzimmer | 93,00 € je Berechnungstag |

c) Unterbringung einer Begleitperson (ohne medizinische Notwendigkeit)

- | | |
|---|---------|
| - je Übernachtung incl. 19 % Umsatzsteuer | 45,00 € |
|---|---------|

d) Telefon und Fernsehen im Klinikzentrum Mitte und Nord

- | | |
|--|--------|
| - Telefon: Nationale Festnetz-Flatrate pro Tag | 2,00 € |
| - Fernsehen gebührenfrei | |

Das Telefonieren mit Ihrem Mobiltelefon ist im Klinikum erlaubt.

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am **01. Januar 2022** in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom **01. August 2021** aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

falls Sie die entsprechenden Kataloge sowie die Anlagen einsehen möchten, wenden Sie sich bitte an das Aufnahmepersonal. Für weitere Rückfragen stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Patientenverwaltung unter der Telefon-Nr 953-21325 gerne zur Verfügung.

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

Die Patientenverwaltung

Klinikum Dortmund gGmbH
Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 und 2 KHEntg / AEB E3.2
vereinbarte Zusatzentgelte (ZE)

Anlage 1

Zusatzentgelt § 6 KHEntg				OPS	Bezeichnung-Text	Zahlbetrag € ab 01.01.2022
ZE	2019	02		5-376 40	Links- und rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme ("Kunstherz")	85.000,00
ZE	2019	03		8-852 0*	ECMO und PECLA	7.957,35
ZE	2019	03		8-852 2*	ECMO und PECLA	7.957,35
ZE	2019	03		8-852 3*	ECMO und PECLA	7.957,35
ZE	2019	04		5-020 65	Indiv. n. CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts/Schädelbereich	4.942,81
ZE	2019	04		5-020 66	Indiv. n. CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts/Schädelbereich	4.942,81
ZE	2019	04		5-020 67	Indiv. n. CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts/Schädelbereich	4.942,81
ZE	2019	04		5-020 68	Indiv. n. CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts/Schädelbereich	4.942,81
ZE	2019	04		5-020 71	Indiv. n. CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts/Schädelbereich	4.942,81
ZE	2019	04		5-020 72	Indiv. n. CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts/Schädelbereich	4.942,81
ZE	2019	04		5-774 71	Indiv. n. CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts/Schädelbereich	4.942,81
ZE	2019	04		5-774 72	Indiv. n. CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts/Schädelbereich	4.942,81
ZE	2019	04		5-775 71	Indiv. n. CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts/Schädelbereich	4.942,81
ZE	2019	04		5-775 72	Indiv. n. CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts/Schädelbereich	4.942,81
ZE	2019	04		5-020 6b	Indiv. n. CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts/Schädelbereich	4.942,81
ZE	2019	04		5-020 6c	Indiv. n. CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts/Schädelbereich	4.942,81
ZE	2019	04		5-020 6d	Indiv. n. CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts/Schädelbereich	4.942,81
ZE	2019	04		5-020 6e	Indiv. n. CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts/Schädelbereich	4.942,81
ZE	2019	04		5-020 74	Indiv. n. CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts/Schädelbereich	4.942,81
ZE	2019	04		5-020 75	Indiv. n. CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts/Schädelbereich	4.942,81
ZE	2019	05		5-776 6	Distraction am Gesichtsschädel	1.858,77
ZE	2019	05		5-776 7	Distraction am Gesichtsschädel	1.858,77
ZE	2019	05		5-776 9	Distraction am Gesichtsschädel	1.858,77
ZE	2019	05		5-777 *1	Distraction am Gesichtsschädel	1.858,77
ZE	2019	09		8-821 2	Hämoperfusion	1.130,98
ZE	2019	10		8-858	Lebersatztherapie	2.606,37
ZE	2019	13		8-821 0	Immunadsorption	2.407,51
ZE	2019	13		8-821 10	Immunadsorption	11.341,59
ZE	2019	13		8-821 11	Immunadsorption	577,79
ZE	2019	22		5-376 00	IABP	990,05
ZE	2019	22		8-839 0	IABP	990,05
ZE	2019	25		5-829 k*	Modulare Endoprothesen	3.470,61
ZE	2019	25		5-829 m	Modulare Endoprothesen	3.470,61
ZE	2019	36			Versorgung von Schwerstbehinderten	418,73
ZE	2019	45		1-940	Komplexe Diagnostik bei hämatolog. und onkolog. Erkrankungen von Kindern/Jugendl.	2.736,99
ZE	2019	49		8-546 0	Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC) in Kombination mit Peritonektomie und ggf. mit Multiviszeralresektion	4.266,99
ZE	2019	50		5-384 8	Implantation einer (Hybrid)-Prothese an der Aorta	12.025,06
ZE	2019	50		5-384 a0	Implantation einer (Hybrid)-Prothese an der Aorta	8.551,44
ZE	2019	50		5-384 a1	Implantation einer (Hybrid)-Prothese an der Aorta	19.242,88
ZE	2019	50		5-384 b0	Implantation einer (Hybrid)-Prothese an der Aorta	8.865,50
ZE	2019	50		5-384 b1	Implantation einer (Hybrid)-Prothese an der Aorta	17.731,00
ZE	2019	53		5-384 7b	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	8.102,75
ZE	2019	53		5-384 8e	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	24.838,23
ZE	2019	53		5-384 8f	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	24.838,23
ZE	2019	53		5-384 c1	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	8.102,75
ZE	2019	53		5-384 c2	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	8.102,75
ZE	2019	54		5-429 j0	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	806,50
ZE	2019	54		5-429 j1	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	806,50
ZE	2019	54		5-429 j3	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	806,50
ZE	2019	54		5-429 j4	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	806,50
ZE	2019	54		5-429 j9	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	806,50
ZE	2019	54		5-429 ja	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	806,50
ZE	2019	54		5-429 jb	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	806,50
ZE	2019	54		5-429 jc	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	806,50

ZE	2019	54	5-429	jd	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	806,50
ZE	2019	54	5-429	je	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	806,50
ZE	2019	54	5-429	jf	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	806,50
ZE	2019	54	5-429	ig	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	806,50
ZE	2019	54	5-449	h*	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	806,50
ZE	2019	54	5-469	k*	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	806,50
ZE	2019	54	5-489	g0	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	806,50
ZE	2019	54	5-513	m*	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	806,50
ZE	2019	54	5-513	n*	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	806,50
ZE	2019	54	5-517	**	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	806,50
ZE	2019	54	5-526	e0	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	806,50
ZE	2019	54	5-526	f0	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	806,50
ZE	2019	54	5-529	g*	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	806,50
ZE	2019	54	5-529	j*	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	806,50
ZE	2019	54	5-529	n4	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	806,50
ZE	2019	54	5-529	p2	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	806,50
ZE	2019	54	5-529	r3	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	806,50
ZE	2019	54	5-529	s2	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	806,50
ZE	2019	61	5-039	e2	Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, wiederaufladbar	21.077,15
ZE	2019	61	5-039	f2	Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, wiederaufladbar	21.077,15
ZE	2019	61	5-039	n2	Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, wiederaufladbar	21.077,15
ZE	2019	62	8-839	42	Mikroaxial-Blutpumpe	11.891,11
ZE	2019	63	6-003	40	Gabe von Dibotermin alfa, Implantation am Knochen	5.087,52
ZE	2019	63	6-003	41	Gabe von Dibotermin alfa, Implantation am Knochen	8.479,20
ZE	2019	63	6-003	42	Gabe von Dibotermin alfa, Implantation am Knochen	10.175,04
ZE	2019	65	8-530	a5	Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Yttrium-90- oder Rhenium-188-markierten Mikrosphären	15.924,41
ZE	2019	67	8-840	04	Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutantransluminal	859,36
ZE	2019	67	8-840	14	Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutantransluminal	1.718,70
ZE	2019	67	8-849	04	Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutantransluminal	584,79
ZE	2019	67	8-84a	14	Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutantransluminal	1.371,56
ZE	2019	72	5-78a	j1	Distractionsmarknagel, motorisiert	13.761,72
ZE	2019	77	6-003	g0	Gabe von Lenalidomit, oral	508,88
ZE	2019	77	6-003	g1	Gabe von Lenalidomit, oral	848,13
ZE	2019	77	6-003	g2	Gabe von Lenalidomit, oral	1.187,39
ZE	2019	77	6-003	g3	Gabe von Lenalidomit, oral	1.526,64
ZE	2019	77	6-003	g4	Gabe von Lenalidomit, oral	1.865,89
ZE	2019	77	6-003	g5	Gabe von Lenalidomit, oral	2.205,15
ZE	2019	77	6-003	g6	Gabe von Lenalidomit, oral	2.544,40
ZE	2019	77	6-003	g7	Gabe von Lenalidomit, oral	2.883,65
ZE	2019	77	6-003	g8	Gabe von Lenalidomit, oral	3.222,91
ZE	2019	77	6-003	g9	Gabe von Lenalidomit, oral	3.562,16
ZE	2019	77	6-003	ga	Gabe von Lenalidomit, oral	3.901,41
ZE	2019	77	6-003	gb	Gabe von Lenalidomit, oral	4.240,67
ZE	2019	77	6-003	gc	Gabe von Lenalidomit, oral	4.579,92
ZE	2019	77	6-003	gd	Gabe von Lenalidomit, oral	5.088,80
ZE	2019	77	6-003	ge	Gabe von Lenalidomit, oral	5.767,31
ZE	2019	77	6-003	gf	Gabe von Lenalidomit, oral	6.445,81
ZE	2019	77	6-003	gg	Gabe von Lenalidomit, oral	7.463,57
ZE	2019	77	6-003	gh	Gabe von Lenalidomit, oral	8.820,59
ZE	2019	77	6-003	gj	Gabe von Lenalidomit, oral	10.177,60
ZE	2019	77	6-003	gk	Gabe von Lenalidomit, oral	10.856,11
ZE	2019	82	8-857	20	Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD)	205,24
ZE	2019	82	8-857	21	Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD)	410,48
ZE	2019	82	8-857	22	Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD)	923,58
ZE	2019	82	8-857	23	Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD)	1.744,54
ZE	2019	82	8-857	24	Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD)	2.975,98
ZE	2019	82	8-857	26	Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD)	4.412,66
ZE	2019	82	8-857	27	Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD)	6.670,30
ZE	2019	82	8-857	28	Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD)	9.748,90
ZE	2019	82	8-857	29	Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD)	12.827,50
ZE	2019	82	8-857	2a	Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD)	15.906,10
ZE	2019	82	8-857	2b	Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD)	18.984,70
ZE	2019	82	8-857	2c	Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD)	20.524,00

ZE	2019	108		5-137	6	Implantation einer Irisprothese		3.257,72
ZE	2019	111		6.005	d0	Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral		765,00
ZE	2019	111		6.005	d1	Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral		1.275,00
ZE	2019	111		6.005	d2	Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral		1.785,00
ZE	2019	111		6.005	d3	Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral		2.295,00
ZE	2019	111		6.005	d4	Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral		2.805,00
ZE	2019	111		6.005	d5	Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral		3.315,00
ZE	2019	111		6.005	d6	Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral		3.825,00
ZE	2019	111		6.005	d7	Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral		4.335,00
ZE	2019	111		6.005	d8	Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral		4.845,00
ZE	2019	111		6.005	d9	Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral		5.355,00
ZE	2019	111		6.005	da	Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral		5.865,00
ZE	2019	111		6.005	db	Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral		6.375,00
ZE	2019	111		6.005	dc	Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral		6.885,00
ZE	2019	111		6.005	dd	Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral		7.395,00
ZE	2019	111		6.005	de	Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral		7.905,00
ZE	2019	111		6.005	df	Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral		8.415,00
ZE	2019	111		6.005	dg	Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral		8.925,00
ZE	2019	111		6.005	dh	Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral		9.435,00
ZE	2019	111		6.005	dj	Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral		9.945,00
ZE	2019	111		6.005	dk	Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral		10.200,00
ZE	2019	115		1-991	0	Molekulares Monitoring der Resttumorlast		1.393,18
ZE	2019	116		1-991	1	Molekulares Monitoring der Resttumorlast		258,26
ZE	2019	119		5-786	j0	Distraktionsmarknagel, nicht motorisiert		7.221,32
ZE	2019	120		6-001	c0	Gabe von Pemetrexed, parenteral		2.002,00
ZE	2019	120		6-001	c1	Gabe von Pemetrexed, parenteral		2.310,00
ZE	2019	120		6-001	c2	Gabe von Pemetrexed, parenteral		2.618,00
ZE	2019	120		6-001	c3	Gabe von Pemetrexed, parenteral		2.926,00
ZE	2019	120		6-001	c4	Gabe von Pemetrexed, parenteral		3.234,00
ZE	2019	120		6-001	c5	Gabe von Pemetrexed, parenteral		3.542,00
ZE	2019	120		6-001	c6	Gabe von Pemetrexed, parenteral		4.004,00
ZE	2019	120		6-001	c7	Gabe von Pemetrexed, parenteral		4.620,00
ZE	2019	120		6-001	c8	Gabe von Pemetrexed, parenteral		5.236,00
ZE	2019	120		6-001	c9	Gabe von Pemetrexed, parenteral		5.852,00
ZE	2019	120		6-001	ca	Gabe von Pemetrexed, parenteral		6.468,00
ZE	2019	120		6-001	cb	Gabe von Pemetrexed, parenteral		7.084,00
ZE	2019	120		6-001	cc	Gabe von Pemetrexed, parenteral		7.700,00
ZE	2019	120		6-001	cd	Gabe von Pemetrexed, parenteral		8.316,00
ZE	2019	120		6-001	ce	Gabe von Pemetrexed, parenteral		8.932,00
ZE	2019	120		6-001	cf	Gabe von Pemetrexed, parenteral		9.702,00
ZE	2019	120		6-001	cg	Gabe von Pemetrexed, parenteral		10.626,00
ZE	2019	120		6-001	ch	Gabe von Pemetrexed, parenteral		11.550,00
ZE	2019	120		6-001	cj	Gabe von Pemetrexed, parenteral		12.012,00
ZE	2019	123		6-002	p0	Gabe von Caspofungin, parenteral		37,50
ZE	2019	123		6-002	p1	Gabe von Caspofungin, parenteral		61,88
ZE	2019	123		6-002	p2	Gabe von Caspofungin, parenteral		93,75
ZE	2019	123		6-002	p3	Gabe von Caspofungin, parenteral		131,25
ZE	2019	123		6-002	p4	Gabe von Caspofungin, parenteral		168,75
ZE	2019	123		6-002	p5	Gabe von Caspofungin, parenteral		206,25
ZE	2019	123		6-002	p6	Gabe von Caspofungin, parenteral		243,75
ZE	2019	123		6-002	p7	Gabe von Caspofungin, parenteral		281,25
ZE	2019	123		6-002	p8	Gabe von Caspofungin, parenteral		318,75
ZE	2019	123		6-002	p9	Gabe von Caspofungin, parenteral		356,25
ZE	2019	123		6-002	pa	Gabe von Caspofungin, parenteral		412,50
ZE	2019	123		6-002	pb	Gabe von Caspofungin, parenteral		487,50
ZE	2019	123		6-002	pc	Gabe von Caspofungin, parenteral		562,50
ZE	2019	123		6-002	pd	Gabe von Caspofungin, parenteral		637,50
ZE	2019	123		6-002	pe	Gabe von Caspofungin, parenteral		712,50
ZE	2019	123		6-002	pf	Gabe von Caspofungin, parenteral		825,00
ZE	2019	123		6-002	pg	Gabe von Caspofungin, parenteral		975,00
ZE	2019	123		6-002	ph	Gabe von Caspofungin, parenteral		1.125,00
ZE	2019	123		6-002	pj	Gabe von Caspofungin, parenteral		1.350,00
ZE	2019	123		6-002	pk	Gabe von Caspofungin, parenteral		1.650,00

ZE	2019	140	6-006	b0	Gabe von Brentuximabvedotin parenteral	2.596,50
ZE	2019	140	6-006	b1	Gabe von Brentuximabvedotin parenteral	4.327,50
ZE	2019	140	6-006	b2	Gabe von Brentuximabvedotin parenteral	6.058,50
ZE	2019	140	6-006	b3	Gabe von Brentuximabvedotin parenteral	7.789,50
ZE	2019	140	6-006	b4	Gabe von Brentuximabvedotin parenteral	9.520,50
ZE	2019	140	6-006	b5	Gabe von Brentuximabvedotin parenteral	11.251,50
ZE	2019	140	6-006	b6	Gabe von Brentuximabvedotin parenteral	12.982,50
ZE	2019	140	6-006	b7	Gabe von Brentuximabvedotin parenteral	14.713,50
ZE	2019	140	6-006	b8	Gabe von Brentuximabvedotin parenteral	16.444,50
ZE	2019	140	6-006	b9	Gabe von Brentuximabvedotin parenteral	19.041,00
ZE	2019	140	6-006	ba	Gabe von Brentuximabvedotin parenteral	22.503,00
ZE	2019	140	6-006	bb	Gabe von Brentuximabvedotin parenteral	25.965,00
ZE	2019	140	6-006	bc	Gabe von Brentuximabvedotin parenteral	29.427,00
ZE	2019	140	6-006	bd	Gabe von Brentuximabvedotin parenteral	32.889,00
ZE	2019	140	6-006	be	Gabe von Brentuximabvedotin parenteral	36.351,00
ZE	2019	140	6-006	bf	Gabe von Brentuximabvedotin parenteral	39.813,00
ZE	2019	140	6-006	bg	Gabe von Brentuximabvedotin parenteral	43.275,00
ZE	2019	140	6-006	bh	Gabe von Brentuximabvedotin parenteral	46.737,00
ZE	2019	140	6-006	bj	Gabe von Brentuximabvedotin parenteral	48.468,00
ZE	2019	143	6-006	00	Gabe von Eltrombobag, oral	369,00
ZE	2019	143	6-006	01	Gabe von Eltrombobag, oral	615,00
ZE	2019	143	6-006	02	Gabe von Eltrombobag, oral	861,00
ZE	2019	143	6-006	03	Gabe von Eltrombobag, oral	1.107,00
ZE	2019	143	6-006	04	Gabe von Eltrombobag, oral	1.353,00
ZE	2019	143	6-006	05	Gabe von Eltrombobag, oral	1.599,00
ZE	2019	143	6-006	06	Gabe von Eltrombobag, oral	1.845,00
ZE	2019	143	6-006	07	Gabe von Eltrombobag, oral	2.091,00
ZE	2019	143	6-006	08	Gabe von Eltrombobag, oral	2.337,00
ZE	2019	143	6-006	09	Gabe von Eltrombobag, oral	2.706,00
ZE	2019	143	6-006	0a	Gabe von Eltrombobag, oral	3.198,00
ZE	2019	143	6-006	0b	Gabe von Eltrombobag, oral	3.690,00
ZE	2019	143	6-006	0c	Gabe von Eltrombobag, oral	4.182,00
ZE	2019	143	6-006	0d	Gabe von Eltrombobag, oral	4.674,00
ZE	2019	143	6-006	0e	Gabe von Eltrombobag, oral	5.412,00
ZE	2019	143	6-006	0f	Gabe von Eltrombobag, oral	6.396,00
ZE	2019	143	6-006	0g	Gabe von Eltrombobag, oral	7.380,00
ZE	2019	143	6-006	0h	Gabe von Eltrombobag, oral	8.364,00
ZE	2019	143	6-006	0j	Gabe von Eltrombobag, oral	9.348,00
ZE	2019	143	6-006	0k	Gabe von Eltrombobag, oral	10.332,00
ZE	2019	143	6-006	0m	Gabe von Eltrombobag, oral	11.316,00
ZE	2019	143	6-006	0n	Gabe von Eltrombobag, oral	12.300,00
ZE	2019	143	6-006	0p	Gabe von Eltrombobag, oral	13.284,00
ZE	2019	143	6-006	0q	Gabe von Eltrombobag, oral	13.776,00
ZE	2019	145	6-007	e0	Gabe von Ibrutinib, oral	1.200,50
ZE	2019	145	6-007	e1	Gabe von Ibrutinib, oral	1.543,50
ZE	2019	145	6-007	e2	Gabe von Ibrutinib, oral	1.886,50
ZE	2019	145	6-007	e3	Gabe von Ibrutinib, oral	2.229,50
ZE	2019	145	6-007	e4	Gabe von Ibrutinib, oral	2.572,50
ZE	2019	145	6-007	e5	Gabe von Ibrutinib, oral	2.915,50
ZE	2019	145	6-007	e6	Gabe von Ibrutinib, oral	3.258,50
ZE	2019	145	6-007	e7	Gabe von Ibrutinib, oral	3.773,00
ZE	2019	145	6-007	e8	Gabe von Ibrutinib, oral	4.459,00
ZE	2019	145	6-007	e9	Gabe von Ibrutinib, oral	5.145,00
ZE	2019	145	6-007	ea	Gabe von Ibrutinib, oral	5.831,00
ZE	2019	145	6-007	eb	Gabe von Ibrutinib, oral	6.517,00
ZE	2019	145	6-007	ec	Gabe von Ibrutinib, oral	7.546,00
ZE	2019	145	6-007	ed	Gabe von Ibrutinib, oral	8.918,00
ZE	2019	145	6-007	ef	Gabe von Ibrutinib, oral	10.290,00
ZE	2019	145	6-007	eg	Gabe von Ibrutinib, oral	11.662,00
ZE	2019	145	6-007	eh	Gabe von Ibrutinib, oral	12.348,00
ZE	2019	146	6-007	m0	Gabe von Ramucirumab, parenteral	1.443,75
ZE	2019	146	6-007	m1	Gabe von Ramucirumab, parenteral	2.021,25
ZE	2019	146	6-007	m2	Gabe von Ramucirumab, parenteral	2.598,75

ZE	2019	97	139	8-810.	9*	Blutgerinnungsmittel - plasmatisch, Fanhdi, AE = 250 E, Faktor VIII	237,10
ZE	2019	97	139	8-810.	a*	Blutgerinnungsmittel - gentechnisch, Benefix 500IE, Faktor IX	284,95
ZE	2019	97	139	8-810	b*	Blutgerinnungsmittel - plasmatischer Faktor 250 IE, Faktor IX	226,24
ZE	2019	97	139	8-810.	e*	Blutgerinnungsmittel - Fibrogammin, AE = 250 E, Faktor XIII	103,92
ZE	2019	97	138	8-810.	*	Blutgerinnungsmittel - Haemocomplettan HS, AE = 1g, Faktor I	379,14
ZE	2019	97		8-812.	5*	Blutgerinnungsmittel - PPSB, AE = 50 E, Faktor II/VI/IX/X	10,65
NUB							
	2019			6-001	0*	Alemtuzumab, je mg	856,00
	2019			6-005	5	Arsentrioxid, je mg	37,50
	2019			5-549	6	Aszitesbehandlung mittels einer vollimplantierbaren Pumpe	23.093,39
	2019			6-00b	5	Caplacizumab, je mg	506,50
	2019			6-008	c	Cobimetinib, je mg	4,37
	2019			6-007	5	Dabrafenib, je mg	0,77
	2019			6-005	8	Everolimus bei Neoplasie	5,03
	2019			8-84b	*0	Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen	9.900,00
	2019			6-005	4	Icatibant, je mg	56,50
	2019			6-008	f	Idarucizumab, je Gramm	416,50
	2019			8-83c	8	Intraaneurysmales hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen, pro Implantat	10.000,00
	2019			8-851	*1	Intraaortale Ballonokklusion mit extrakorporaler Zirkulation	3.200,00
	2019			5-449	n	Magenschrittmacher	8.319,67
	2019			6-009	5	Secukinumab, je mg	5,26
	2019			6-009	7	Trametinib, je mg	72,81
	2019			6-005	j	Ustekinumab, je mg	37,07
	2019			6-008	5	Vedolizumab, je mg	7,79
	2019			6-006	f	Vemurafenib, je mg	0,10

Klinikum Dortmund gGmbH
Fallbezogene Sonstige Entgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG / AEB E 3.1
vereinbarte DRG-Fallpauschalen

Landesbasisfallwert ab 01.01.2022

3.825,28 €

Vereinbarte Preise ab 01.11.2019

DRG	Bezeichnung	Normallieger		Zuschlag oGVD		Abschlag Verlegung		Abschlag uGVD	
		DRG-HA	€	Bew.Rel.	€	Bew.Rel.	€	Bew.Rel.	€
B61B	akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff	2,735	10.463,97	0,068	261,60	0,119	454,96	0,304	1.162,66
D23Z	Implantation eines Hörgerätes	3,710	14.191,24	0,309	1.182,60	0,742	2.838,25	1,855	7.095,62
E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage	3,026	11.574,80	0,049	186,69	0,076	289,37	0,202	771,65
Y01Z	Operative Eingriffe oder Beatmung > 95 Stunden bei schweren Verbrennungen	24,744	94.650,93	0,313	1.198,11	0,526	2.013,85	1,650	6.310,06
K01Z	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit Frührehabilitation oder geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung	3,101	11.861,61	0,060	228,11	0,089	338,90	0,207	790,77
U01Z	Geschlechtsumwandelnde Operation	1,316	5.033,06	0,146	559,23	0,263	1.006,61	0,658	2.516,53

Durch kaufm. Rundungen in Verbindung mit den Bewertungsrelationen sind Abweichungen von den vereinbarten € - Beträgen möglich.

Auszug aus der Anlage 4 zum KGNW-RS Nr. 333/2001 vom 13.11.2001

Klinikum Dortmund gGmbH

Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten (bei vor- und nachstationären Behandlungen)

Computer-Tomographie-Geräte (CT)

Leistung Abrechnung	DKG-NT I Ziffer	Bezeichnung	Pauschale gem. § 3
STVGG5369	5369	Höchstwert 5370-5374	122,71 €
STVGG5370	5370	im Kopfbereich	81,81 €
STVGG5371	5371	im Hals- u/o Thoraxbereich	94,08 €
STVGG5372	5372	im Abdominalbereich	106,35 €
STVGG5373	5373	Skelett/Wirbels./Extremit./Gelenke	77,72 €
STVGG5374	5374	Zwischenwirbelräume	77,72 €
STVGG5375	5375	Aorta	81,81 €
STVGG5376	5376	Ergänzung mind einer zus. Serie	20,45 €
STVGG5377	5377	Zuschl. Computer gest. Analyse	32,72 €
STVGG5378	5378	zur Bestrahlungsplanung	40,90 €
STVGG5380	5380	Mineralgehaltsbestimmung - Skelett	12,27 €

Magnet-Resonanz-Geräte (MR)

Leistung Abrechnung	DKG-NT I Ziffer	Bezeichnung	Pauschale gem. § 3
STVGG5700	5700	Kopfbereich	179,97 €
STVGG5705	5705	Wirbelsäule	171,79 €
STVGG5715	5715	Thorax	175,88 €
STVGG5720	5720	Abdomen u/o Becken	179,97 €
STVGG5721	5721	Mamma	163,61 €
STVGG5729	5729	eines oder mehrere Gelenke	98,17 €
STVGG5730	5730	eine oder mehrere Extremitäten	163,61 €
STVGG5731	5731	ergänzende Serie 5700-5730	40,90 €
STVGG5732	5732	Zuschlag 5700-5730	40,90 €
STVGG5733	5733	Zuschlag Computer gest. Analyse	32,72 €
STVGG5735	5735	Höchstwert 5700-5730	245,42 €

Ausgenommen sind die Leistungen nach Maßgabe des § 5 der Allgemeinen Tarifbestimmungen des DKG-NT I (z.B. Kontrastmittel)**

** Diese Leistungen werden nach dem Einstandspreis des jeweiligen Krankenhauses vergütet.

Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB)

Inhaltsübersicht

- § 1 Geltungsbereich
- § 2 Allgemeine Krankenhausleistungen
- § 3 Wahlleistungen
- § 4 Vor- und nachstationäre Behandlung
- § 5 Aufnahme, Verlegung, Entlassung
- § 6 Beurlaubung
- § 7 Abrechnung der Pflegesätze gegenüber Kostenträgern
- § 8 Abrechnung der Entgelte bei Selbstzahlern
- § 9 Obduktionen
- § 10 Aufzeichnungen und Daten
- § 11 Eingebachte Sachen
- § 12 Haftungsbeschränkung
- § 13 Zahlungsort
- § 14 Inkrafttreten

Allgemeine Vertragsbedingungen der Klinikum Dortmund gGmbH

§ 1 Geltungsbereich

Für die vertraglichen Beziehungen zwischen dem Krankenhaus und den Patienten bei teil- und vollstationären Krankenhausleistungen sowie bei vor-, teil- und nachstationärer Krankenhausbehandlung gelten die nachstehenden allgemeinen Vertragsbedingungen.

§ 2 Allgemeine Krankenhausleistungen

- (1) Das Krankenhaus erbringt im Rahmen seiner Aufgabenstellung und Leistungsfähigkeit alle Leistungen, die nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind (Allgemeine Krankenhausleistungen im Sinne von § 2 Abs. 2 Krankenhausentgeltgesetz). Leistungen des Belegarztes sowie der Beleghebamme und des Belegentbindungspflegers gehören nicht dazu. Für Wahlleistungen gilt § 3 Abs. 1.
- (2) Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden vollstationär erbracht. Soweit das Krankenhaus auch teilstationäre Einrichtungen vorhält - der Patient wird hier nur tagsüber untergebracht - und teilstationäre Leistungen ausreichen, werden die allgemeinen Krankenhausleistungen teilstationär erbracht.
- (3) Hilfsmittel, die dem Patienten bei seiner Entlassung oder Verlegung mitgegeben werden, gehören nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen (z. B. Prothesen, Unterarmstützen, Krankenfahrstühle).
- (4) Für die allgemeinen Krankenhausleistungen werden die von der zuständigen Landesbehörde genehmigten Entgelte berechnet. Sie sind aus dem DRG-Entgelttarif des Krankenhauses ersichtlich.

§ 3 Wahlleistungen

- (1) Krankenhaus und Patient können schriftlich die Erbringung von Wahlleistungen gegen Entgelt vereinbaren.
- (2) Wahlleistungen werden nur vereinbart, wenn dadurch die Erbringung der allgemeinen Krankenhausleistungen für die anderen Patienten nicht beeinträchtigt wird. Bei einer solchen Beeinträchtigung wird die weitere Erbringung bereits vereinbarter Wahlleistungen eingestellt.
- (3) Wird der Patient vorübergehend auf der Intensivstation behandelt, so wird für die Tage, an denen er nicht im Einbett- oder Zweibettzimmer untergebracht ist, der Zimmerzuschlag nur berechnet, wenn das Zimmer auf Wunsch des Patienten für ihn freigehalten worden ist.
- (4) Der Patient kann die Wahlleistungsvereinbarung jederzeit zum Ende des nächsten Tages kündigen. Sie kann vom Krankenhaus und vom Patienten aus wichtigem Grund fristlos gekündigt werden.

§ 4

Vor- und nachstationäre Behandlung

- (1) Das Krankenhaus kann den Patienten in medizinisch geeigneten Fällen und in dem ärztlich gebotenen Umfang ohne Unterkunft und Verpflegung
 - a) vorstationär behandeln,
um zu klären, ob eine vollstationäre Behandlung erforderlich ist oder um diese vorzubereiten,
 - b) nachstationär behandeln,
um im Anschluss an die vollstationäre Behandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen.
- (2) Für Kassenpatienten ist die vor- und nachstationäre Behandlung durch § 115 a Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch zeitlich begrenzt. Sie wird vorher beendet, wenn der Patient dies wünscht oder er sich der vor- oder nachstationären Behandlung entzieht.
- (3) Das Entgelt für die vor- oder nachstationäre Behandlung richtet sich nach den Vereinbarungen der Landesverbände der Krankenkassen und der Landeskrankenhausesgesellschaft gem. § 115 a Abs. 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch.

§ 5

Aufnahme, Verlegung, Entlassung

- (1) Patienten werden im Rahmen der Aufgabenstellung und Leistungsfähigkeit des Krankenhauses aufgenommen.
- (2) Wurde im Notfall ein Patient außerhalb der Aufgabenstellung oder Leistungsfähigkeit des Krankenhauses aufgenommen, so sorgt das Krankenhaus für seine Verlegung in ein geeignetes Krankenhaus.
- (3) Eine Begleitperson wird aufgenommen, wenn dies nach ärztlichem Urteil für die Behandlung des Patienten medizinisch notwendig ist und die Unterbringung im Krankenhaus möglich ist.
- (4) Patienten können in eine andere Abteilung des Krankenhauses oder in ein anderes Krankenhaus verlegt werden, wenn dies medizinisch notwendig ist. Die Verlegung in ein anderes Krankenhaus wird mit dem Patienten vorher abgestimmt.
- (5) Der Patient wird entlassen,
 - a) wenn er nach ärztlichem Urteil der voll- oder teilstationären Behandlung nicht mehr bedarf,
 - b) wenn er die Entlassung wünscht.

Wenn der Patient entgegen ärztlichem Rat auf seiner Entlassung besteht, oder wenn er das Krankenhaus eigenmächtig verlässt, haftet das Krankenhaus nicht für die Folgen.
- (6) Die Begleitperson wird entlassen
 - a) wenn ihre Unterbringung nach ärztlichem Urteil für die Behandlung des Patienten nicht mehr erforderlich ist,
 - b) wenn sie die Entlassung wünscht.
- (7) Die vertragliche Versorgungspflicht des Krankenhauses zur stationären Behandlung endet mit der Entlassung des Patienten bzw. dem eigenmächtigen Verlassen des Krankenhauses. Entsprechendes gilt für die mit aufgenommene Begleitperson.

- (8) Wird der Patient nach seiner Entlassung nachstationär behandelt, so teilt das Krankenhaus ihm deren Beendigung mit.

§ 6 Beurlaubung

Die Beurlaubung eines Patienten ist mit der Notwendigkeit stationärer Behandlung regelmäßig nicht vereinbar. Der Patient kann deshalb nur aus wichtigem Grund beurlaubt werden, wenn dies nach ärztlichem Urteil vertretbar ist. Die Beurteilung kann nur im Rahmen der auch für das Krankenhaus verbindlichen Vereinbarungen der Landesverbände der Krankenkassen und der Landeskrankenhausesellschaft nach § 112 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch erfolgen.

§ 7 Abrechnung der Entgelte gegenüber Kostenträgern

- (1) Die Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen, für die nach besonderer Rechtsvorschrift nicht der Patient sondern sein Kostenträger aufzukommen hat, werden dem Kostenträger in Rechnung gestellt. Dies gilt vor allem für Kassenpatienten.
- (2) Lehnt dieser Kostenträger es im Einzelfall ab, die berechneten Entgelte zu zahlen, oder übernimmt er nur einen Teilbetrag, so behält sich das Krankenhaus vor, den offenen Rechnungsbetrag dem Patienten zu berechnen. Dies gilt insbesondere, wenn der Patient vor Inanspruchnahme der allgemeinen Krankenhausleistungen darauf hingewiesen worden ist,
- dass die von ihm gewünschten Krankenhausleistungen medizinisch nicht oder nicht in diesem Umfang notwendig sind oder
 - dass erhebliche Zweifel daran bestehen, dass der Kostenträger die Entgelte zahlen wird,
- und wenn der Patient dennoch darauf besteht, dass die Leistungen erbracht werden, nötigenfalls auf seine Kosten.

§ 8 Abrechnung der Entgelte bei Selbstzahlern

- (1) Selbstzahler sind Patienten, die für die Kosten der Krankenhausbehandlung selbst aufkommen müssen.
- (2) Selbstzahler in diesem Sinne ist auch ein Patient, insbesondere ein Kassenpatient, dessen Kostenträger im vorliegenden Fall die Übernahme der Behandlungskosten ganz oder teilweise abgelehnt hat und dem das Krankenhaus deshalb nach § 7 KHEntG Entgelte in Rechnung gestellt hat.
- (3) Bei Vertragsabschlüssen mit Selbstzahlern behalten wir uns in Fällen, in denen ein berechtigtes Interesse vorliegt, vor, die Bonität zu überprüfen. Dazu arbeiten wir mit der Creditreform Boniversum GmbH, Hellersbergstraße 11, in 41460 Neuss zusammen. Zu diesem Zweck übermitteln wir den Namen des Selbstzahlers sowie die Kontaktdaten an die Creditreform Boniversum, von der wir daraufhin die benötigten Daten erhalten.
- (4) Bei Abrechnung des Entgelts für Wahlleistungen (§ 3) ist jeder Patient Selbstzahler. Soweit die Kostenzusage einer privaten Krankenversicherung vorliegt, werden die Wahlleistungsentgelte mit der privaten Krankenversicherung abgerechnet. Dem Patienten wird ggf. nur ein Restbetrag in Rechnung gestellt.

- (5) Für Wahlleistungen kann eine angemessene Vorauszahlung verlangt werden; für allgemeine Krankenhausleistungen dann, wenn mit einem Krankenhausaufenthalt von mehr als einer Woche zu rechnen ist.
- (6) Für erbrachte Krankenhausleistungen können Zwischenrechnungen erteilt werden. Nach Beendigung der Behandlung wird eine Schlussrechnung erstellt.
- (7) Die Nachberechnung von Leistungen, die in der Schlussrechnung nicht enthalten sind und die Berichtigung von Fehlern bleiben vorbehalten.
- (8) Der Rechnungsbetrag wird mit Zugang der Rechnung fällig. Bei Zahlungsverzug können Mahngebühren in Höhe von 5 € je Mahnung sowie Verzugszinsen berechnet werden.

Eine Aufrechnung mit bestrittenen oder nicht rechtskräftig festgestellten Forderungen ist ausgeschlossen.

§ 9 Obduktionen

- (1) Die Obduktion ist die einzige Möglichkeit, im Todesfall die Ursache des Todeseintritts exakt zu bestimmen. Sie ist somit ein notwendiges Instrument der Qualitätssicherung und ermöglicht die Kontrolle der Angaben zur Todesursache.

Die Entscheidung über die Durchführung einer Obduktion ist gesetzlich geregelt. Danach kann eine Obduktion vorgenommen werden, wenn

- a) der Verstorbene zu Lebzeiten eingewilligt hat, oder
- b) der erreichbare nächste Angehörige (Abs.2) des Verstorbenen, bei gleichrangigen Angehörigen einer von Ihnen, eingewilligt hat und den Krankenhausarzt ein entgegenstehender Wille des Verstorbenen nicht bekannt geworden ist.

- (2) Nächster Angehörige im Sinne des Absatzes 1 sind der Reihe nach

- der Ehegatte bzw. der/die eingetragene Lebenspartner/in
- volljährige Kinder (und Adoptivkinder)
- die Eltern und bei Adoption die Adoptiveltern oder, sofern der Verstorbene zu Todeszeit minderjährig war und die Sorge für seine Person zu dieser Zeit nur einem Elternteil, einem Vormund oder einem Pfleger zugestanden hat, dieser Sorge Inhaber,
- die Großeltern
- die Enkelkinder
- die volljährigen Geschwister.

- (3) Von der Obduktion ist abzusehen bei Verstorbenen, die einer der Obduktion ablehnenden Gemeinschaft angehören, sofern nicht der Verstorbene zu Lebzeiten eingewilligt hat.
- (4) Die Absätze 1 bis 3 finden keine Anwendung bei einer Obduktion, die aufgrund einer gesetzlichen Ermächtigung von der zuständigen Behörde angeordnet ist.
- (5) Die Obduktion ist keine Organspende! Organentnahmen z.B. im Rahmen von Transplantationen sind nicht Bestandteil einer Obduktion und bedürfen immer einer gesonderten Zustimmung (geregelt im Transplantationsgesetz)

§ 10 Aufzeichnungen und Daten

- (1) Krankengeschichten, insbesondere Krankenblätter, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen und andere Aufzeichnungen sind Eigentum des Krankenhauses.

- (2) Patienten haben keinen Anspruch auf Herausgabe der Originalunterlagen.
- (3) Das Recht des Patienten oder eines von ihm Beauftragten auf Einsicht in die Aufzeichnungen und die Auskunftspflicht des behandelnden Krankenhausarztes bleibt unberührt.
- (4) Auf die von Patienten erhobenen Daten (ggf. auch Bilddaten) kann für wissenschaftliche und statistische Zwecke, zu Zwecken der Forschung und Lehre vom Klinikum dann zurückgegriffen werden, wenn diese anonymisiert bzw. pseudonymisiert (ohne einfachen Bezug zu meiner Person) verarbeitet oder genutzt werden.
- (5) Die Verarbeitung der Daten einschließlich ihrer Weitergabe erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, die ärztliche Schweigepflicht und das Sozialgeheimnis.

§ 11 Eingebrachte Sachen

- (1) In das Krankenhaus sollen nur die notwendigen Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände eingebracht werden.
- (2) Geld und Wertsachen können - soweit zumutbar - bei der Verwaltung (Aufnahme) des Krankenhauses hinterlegt werden. Die Verwahrung ist kostenlos.
- (3) Bei handlungsunfähig eingelieferten Personen werden Geld und Wertsachen in Gegenwart eines Zeugen festgestellt und der Verwaltung zur Verwahrung übergeben. Die Aufbewahrung, Herausgabe und Verwertung dieser Sachen erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen.

§ 12 Haftungsbeschränkungen

- (1) Für eingebrachte Sachen, die in der Obhut des Patienten bleiben, haftet der Krankenhausträger nur bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit; das gleiche gilt bei Verlust von Geld und Wertsachen, die nicht der Verwaltung zur Verwahrung übergeben wurden.
- (2) Haftungsansprüche wegen Verlustes oder Beschädigung von Geld und Wertsachen, die durch die Verwaltung verwahrt wurden, sowie für Nachlaßgegenstände, die sich in der Verwahrung der Verwaltung befunden haben, müssen innerhalb von einer Frist von drei Monaten nach Erlangung der Kenntnis von dem Verlust oder der Beschädigung schriftlich geltend gemacht werden; die Frist beginnt frühestens mit der Entlassung des Patienten.

§ 13 Zahlungsort

Der Zahlungspflichtige hat seine Schuld auf seine Gefahr und seine Kosten in Dortmund zu erfüllen.

§ 14 Inkrafttreten

Die AVB ist gültig ab dem 01. Januar 2022.

Wichtige Information zur Patientenzuzahlung

Aufkleber

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse sind durch die aktuelle Gesetzgebung verpflichtet, bei einem vollstationären Krankenhausaufenthalt eine Eigenbeteiligung in Höhe von **10,00 €** pro Behandlungstag zu leisten. Diese Zuzahlungspflicht ist auf maximal 28 Tage im Kalenderjahr begrenzt.

Die Zahlungspflicht besteht im Wesentlichen **nicht** bei:

- Patienten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres
- teilstationärer Krankenhauspflge (Dialysefälle)
- stationärer Entbindung (ab Entbindungstag bis zu 6 Tagen)
- stationärer Behandlung zu Lasten der gesetzlichen Unfallversicherung

Der Gesetzgeber hat die Einziehung dieser Zuzahlungen nunmehr vollständig auf die Krankenhäuser übertragen. (§§ 39 und 43 b Sozialgesetzbuch V)

Wenn Sie für das lfd. Kalenderjahr bereits Zuzahlungen geleistet haben oder von der Zuzahlung befreit sind, bitten wir Sie, die Quittungen bzw. den Befreiungsnachweis in Kopie vorzulegen.

Für Barzahlungen und per EC-Karte sind die Kassenöffnungszeiten unten angegeben.

Bitte vermeiden Sie Unannehmlichkeiten und entrichten den Zuzahlungsbetrag am Tag der Entlassung oder bereits am Vortag.

Falls Sie außerhalb der Kassenzeiten entlassen werden, bitten wir, die Zuzahlung kurzfristig zu **überweisen**. Geben Sie dazu die Fall-Nummer (8-stellige Nummer mit 5 beginnend - auf dem Behandlungsvertrag) und Ihren vollständigen Namen an. Die Bankverbindung sehen Sie unten rechts auf diesem Schreiben.

Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Ihr Klinikum Dortmund

Kassenzeiten :

Montag – Freitag

Klinikzentrum Mitte

in der Patientenaufnahme (Magistrale)
7:00 – 15:00 Uhr
(Rufnummer 953-21239 o. 21317)

Klinikzentrum Nord

in der Patientenaufnahme (Erdgeschoss)
7:00 – 15:00 Uhr
(Rufnummer 953-18015 o.18016)