

DRG-Entgelttarif

DRG-Entgelttarif für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des Krankenhaus-Entgeltgesetzes (KHEntgG) gültig ab 01. März 2018 und Unterrichtung des Patienten nach § 8 KHEntgG

1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 7 Abs. 1 S. 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 2018) und circa 30.000 Prozeduren (OPS Version 2018) 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 Basisfallwert liegt bei **3.453,17€** 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	0,718	€ 3.453,17	€ 2.479,38
DRG I04Z	DRG-Definition Ersatz des Kniegelenks mit Begleiterkrankungen	Relativgewicht 3,621	Basisfallwert € 3.453,17	Entgelt € 12.503,93

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 2018 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Fallpauschalenvereinbarung 2018 (FPV 2018) vorgegeben.

2. Über- und Unterschreiten der Grenzverweildauer bzw. der mittleren Verweildauer der Fallpauschale (DRG) gem. § 1 Abs. 2 und 3 sowie und § 3 Abs. 1 und 2 FPV 2018

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 2018 (FPV 2018).

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2018

Gem. § 17 b 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 2018 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2018 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2018 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 2018 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 2018 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2018 keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Zusatzentgelt nach § 6 KHEntgG	OPS-Kode	Bezeichnung	Entgelt-höhe	Entgeltarten-schlüssel
ZE2017-03.01	8-852.00	ECMO und PECLA	4.145,67	76000774
ZE2017-03.02	8-852.01	ECMO und PECLA	6.129,59	76000775
ZE2017-03.03	8-852.03	ECMO und PECLA	8.100,06	76000E78
ZE2017-03.04	8-852.04	ECMO und PECLA	8.975,31	76000E79
ZE2017-03.05	8-852.05	ECMO und PECLA	11.073,60	76000E7A
ZE2017-03.06	8-852.06	ECMO und PECLA	11.290,80	76000E7B
ZE2017-03.07	8-852.07	ECMO und PECLA	12.634,70	76000E7C
ZE2017-03.08	8-852.08	ECMO und PECLA	16.290,96	76000E7D

ZE2017-03.09	8-852.09	ECMO und PECLA	18.762,60	76000E7E
ZE2017-03.10	8-852.0b	ECMO und PECLA	21.250,40	76000EDP
ZE2017-03.11	8-852.0c	ECMO und PECLA	26.637,12	76000EDQ
ZE2017-03.12	8-852.0d	ECMO und PECLA	30.127,68	76000EDR
ZE2017-03.13	8-852.0e	ECMO und PECLA	33.686,40	76000EDS
ZE2017-03.14	8-852.20	ECMO und PECLA	3.931,60	76000B42
ZE2017-03.15	8-852.21	ECMO und PECLA	3.931,60	76000B43
ZE2017-03.16	8-852.22	ECMO und PECLA	6.217,20	76000B44
ZE2017-03.17	8-852.23	ECMO und PECLA	6.619,30	76000B45
ZE2017-03.18	8-852.24	ECMO und PECLA	7.963,15	76000B46
ZE2017-03.19	8-852.25	ECMO und PECLA	7.963,15	76000B47
ZE2017-03.20	8-852.30	ECMO und PECLA	4.386,35	76000777
ZE2017-03.21	8-852.31	ECMO und PECLA	6.984,72	76000778
ZE2017-03.22	8-852.33	ECMO und PECLA	7.914,40	76000E7G
ZE2017-03.23	8-852.34	ECMO und PECLA	8.768,30	76000E7H
ZE2017-03.24	8-852.35	ECMO und PECLA	9.767,06	76000E7I
ZE2017-03.25	8-852.36	ECMO und PECLA	10.353,64	76000E7J
ZE2017-03.26	8-852.37	ECMO und PECLA	11.427,47	76000E7K
ZE2017-03.27	8-852.38	ECMO und PECLA	12.600,61	76000E7L
ZE2017-03.28	8-852.39	ECMO und PECLA	13.917,73	76000E7M
ZE2017-03.29	8-852.3b	ECMO und PECLA	20.845,80	76000EDT
ZE2017-03.30	8-852.3c	ECMO und PECLA	29.837,69	76000EDU
ZE2017-03.31	8-852.3d	ECMO und PECLA	33.289,09	76000EDV
ZE2017-03.32	8-852.3e	ECMO und PECLA	35.013,29	76000EDW
ZE2017-04.06	5-020.72	Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich	4.646,03	7600004F
ZE2017-10	8-858	Leberersatztherapie	2.244,00	76000100
ZE2017-111.01	6-005.d0	Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral	578,10	76090DH0
ZE2017-111.02	6-005.d1	Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral	1.387,50	76090DH1
ZE2017-111.03	6-005.d2	Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral	1.942,50	76090DH2
ZE2017-120.02	6-001.c1	Gabe von Pemetrexed, parenteral	1.987,50	76090DN1
ZE2017-120.03	6-001.c2	Gabe von Pemetrexed, parenteral	2.252,50	76090DN2
ZE2017-120.04	6-001.c3	Gabe von Pemetrexed, parenteral	2.517,50	76090DN3

ZE2017-120.05	6-001.c4	Gabe von Pemetrexed, parenteral	2.782,50	76090DN4
ZE2017-123.02	6-002.p1	Gabe von Caspofungin, parenteral	398,53	76090DOB
ZE2017-123.03	6-002.p2	Gabe von Caspofungin, parenteral	640,00	76090DOC
ZE2017-123.04	6-002.p3	Gabe von Caspofungin, parenteral	896,00	76090DOD
ZE2017-123.05	6-002.p4	Gabe von Caspofungin, parenteral	1.152,00	76090DOE
ZE2017-123.06	6-002.p5	Gabe von Caspofungin, parenteral	1.408,00	76090DOF
ZE2017-123.07	6-002.p6	Gabe von Caspofungin, parenteral	1.664,00	76090DOG
ZE2017-123.08	6-002.p7	Gabe von Caspofungin, parenteral	1.920,00	76090DOH
ZE2017-123.09	6-002.p8	Gabe von Caspofungin, parenteral	2.176,00	76090DOI
ZE2017-123.10	6-002.p9	Gabe von Caspofungin, parenteral	2.432,00	76090DOJ
ZE2017-123.11	6-002.pa	Gabe von Caspofungin, parenteral	2.816,00	76090DOK
ZE2017-123.12	6-002.pb	Gabe von Caspofungin, parenteral	3.328,00	76090DOL
ZE2017-123.13	6-002.pc	Gabe von Caspofungin, parenteral	3.840,00	76090DOM
ZE2017-123.16	6-002.pf	Gabe von Caspofungin, parenteral	5.632,00	76090DOP
ZE2017-123.20	6-002.pk	Gabe von Caspofungin, parenteral	11.264,00	76090DOT
ZE2017-123.21	6-002.pm	Gabe von Caspofungin, parenteral	13.312,00	76090DOU
ZE2017-124.03	6-002.52	Gabe von Voriconazol, oral	401,80	76090DP5
ZE2017-124.06	6-002.55	Gabe von Voriconazol, oral	975,80	76090DP8
ZE2017-124.15	6-002.5f	Gabe von Voriconazol, oral	6.601,00	76090DPH
ZE2017-125.05	6-002.r4	Gabe von Voriconazol, parenteral	984,80	76090DPM
ZE2017-22.02	8-839.0	IABP	757,00	7600022A
ZE2017-25H	5-829.k	Modulare Endoprothesen	1.500,00	76096912
ZE2017-25K	5-829.k	Modulare Endoprothesen	1.700,00	76096914
ZE2017-49	8-546.0	Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC) in Kombination mit Peritonektomie und ggf. mit Multiviszeralresektion oder hypertherme intrathorakale Chemotherapie (HITOC) in	3.236,00	76000490

		Kombination mit Pleurektomie und ggf. mit Tumorreduktion		
ZE2017-53.04	5-38a.8c	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	21.452,36	7609953W
ZE2017-53.05	5-38a.8d	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	23.384,12	7609953X
ZE2017-53.06	5-38a.8e	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	25.219,27	7609953Y
ZE2017-53.07	5-38a.8f	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	29.974,08	7609953Z
ZE2017-53.08	5-38a.c1	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	11.764,83	76099531
ZE2017-53.09	5-38a.c2	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	15.299,65	76099532
ZE2017-53.10	5-38a.c3	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	17.362,17	76099533
ZE2017-54.02	5-429.j1	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	414,20	7609054B
ZE2017-54.08	5-429.jc	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	660,62	7609054V
ZE2017-54.10	5-429.je	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	1.284,75	7609054X
ZE2017-54.16	5-449.h3	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	702,56	76000908
ZE2017-54.21	5-469.k3	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	414,20	76000913
ZE2017-54.24	5-513.m0	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	466,63	76000D59
ZE2017-54.25	5-513.m1	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	933,25	76000D60
ZE2017-54.27	5-513.n0	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	618,67	76000D62
ZE2017-54.28	5-513.n1	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	1.237,35	76000D63
ZE2017-54.33	5-517.03	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	702,56	76000D68
ZE2017-54.38	5-517.13	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	1.405,12	76000D73

ZE2017-54.53	5-517.43	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	618,67	76000D89
ZE2017-54.58	5-517.53	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	1.237,35	76000D94
ZE2017-54.76	5-526.e0	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	792,74	7609054Q
ZE2017-54.86	5-529.n4	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	792,74	7609954D
ZE2017-67.01	8-840.04	Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal	588,85	7609067A
ZE2017-67.02	8-840.14	Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal	1.166,40	7609067B

Das Klinikum Ludwigsburg berechnet folgende Zusatzentgelte:
Aufstellung der Zusatzentgelte für Blutgerinnungsstörungen (ZE2017-98)

ZE2017-98	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Rekombinanter aktivierter Faktor VII Novoseven	17,45 € / KIE
ZE2017-98	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Plasmatischer Faktor VII Immuseven	0,94 € / IE
ZE2017-98	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Rekombinanter Faktor VIII Advate	1,01 € / IE
ZE2017-98	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Rekombinanter Faktor VIII Helixate NexGen	1,01 € / IE
ZE2017-98	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Rekombinanter Faktor VIII Kogenate	1,01 € / IE
ZE2017-98	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Rekombinanter Faktor VIII Recombinate	1,01 € / IE
ZE2017-98	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Rekombinanter Faktor VIII ReFacto AF	1,01 € / IE
ZE2017-98	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Plasmatischer Faktor VIII Beriate	0,94 € / IE
ZE2017-98	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Plasmatischer Faktor VIII Haemate P	0,95 € / IE
ZE2017-98	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Plasmatischer Faktor VIII Haemoctin SDH	0,95 € / IE
ZE2017-98	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Plasmatischer Faktor VIII SDH Intersero	0,91 € / IE

ZE2017-98	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Plasmatischer Faktor VIII Wilate	0,95 € / IE
ZE2017-98	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Plasmatischer Faktor VIII Novo Eight	0,95 € / IE
ZE2017-98	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Rekombinanter Faktor IX BeneFiX	1,05 € / IE
ZE2017-98	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Plasmatischer Faktor IX Berinin P	0,91 € / IE
ZE2017-98	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Plasmatischer Faktor IX Haemonine	0,91 € / IE
ZE2017-98	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Plasmatischer Faktor IX IMMUNINE	0,89 € / IE
ZE2017-98	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Plasmatischer Faktor IX Octanine	0,89 € / IE
ZE2017-98	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Feiba - Prothrombinkomplex mit Faktor-VIII-Inhibitor-Bypass-Aktivität FEIBA NF	1,52 € / IE
ZE2017-98	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Von-Willebrand-Faktor Haemate P	1,01 € / IE
ZE2017-98	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Von-Willebrand-Faktor Wilate	1,01 € / IE
ZE2017-98	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Faktor XIII Fibrogammin	0,42 € / IE
ZE2017-98	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat Haemocomplettan	306,67 € / G

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2018

Für die Vergütung von Leistungen, die nach § 7 Abs. 1 FPV 2018 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 krankenhausesindividuelle Entgelte vereinbart:
Leistungen nach Anlage 3a und 3b FPV 2018:

B61B	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt	533,00 €
E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage	287,00 €
U41Z	Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei psychischen Krankheiten und Störungen	289,05 €

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2018 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **600,00 €** abzurechnen. Können für die Leistungen nach **Anlage 3b** FPV 2018 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **300,00 €** abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2018 für Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2018 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

5. 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 gemäß §137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab:

NUB2017-01	Idarucizumab	0,42 € / mg
NUB2017-02	Nivolumab	13,63 € / mg
NUB2017-03	Enzalutamid	0,78 € / mg
NUB2017-04a	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, Länge bis unter 10 cm	1.796,90 € / mg
NUB2017-04b	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, Länge 10 cm bis unter 15 cm	1.910,66 € / mg
NUB2017-04c	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, Länge 15 cm bis unter 25 cm	1.910,66 € / mg
NUB2017-08	Pembrolizumab	38,54 € / mg
NUB2017-09	Pazopanib	0,18 € / mg
NUB2017-11	Aflibercept, intravenös	3,54 € / mg
NUB2017-12	Ibrutinib	0,53 € / mg
NUB2017-13	Eribulin	0,43 € / mg
NUB2017-14	Golimumab	19,44 € / mg
NUB2017-15	Obinutuzumab	3,76 € / mg
NUB2017-17	Nilotinib	0,22 € / mg
NUB2017-29	Vemurafenib	0,10 € / mg
NUB2017-57	Sofosbuvir	1,42 € / mg
NUB2017-58	Icatibant	65,14 € / mg
NUB2017-66	Daclatasvir	5,14 € / mg
NUB2017-67	Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen	9.803,00 € / mg
NUB2017-70	Simeprevir	2,12 € / mg

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

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

a. vorstationäre Behandlung

Vorstationäre Behandlung Allgemein- und Visceralchirurgie	100,72 €
Vorstationäre Behandlung Kinderheilkunde und Jugendmedizin	94,08 €
Vorstationäre Behandlung Medizinische Klinik I	164,64 €
Vorstationäre Behandlung Medizinische Klinik II	156,97 €
Vorstationäre Behandlung Urologie	103,28 €
Vorstationäre Behandlung Unfall- und Wiederherstellungschirurgie	82,32 €
Vorstationäre Behandlung Frauenklinik	119,13 €
Vorstationäre Behandlung Neurochirurgische Klinik	48,57 €
Vorstationäre Behandlung Radioonkologie	186,62 €
Vorstationäre Behandlung Gefäßchirurgie	134,47 €
Vorstationäre Behandlung Neurologie	114,02 €
Vorstationäre Behandlung Psychiatrie und Psychotherapie	125,78 €

b. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

Computer-Tomographie-Gerät (CT):

CT-5369	Höchstwert der Ziffern 5370 bis 5374	122,71 €
CT-5370	Kopfbereich	81,81 €
CT-5371	Hals- und/oder Thoraxbereich	94,08 €
CT-5372	Abdominalbereich	106,35 €
CT-5373	Skelett / Zwischenwirbelräume	77,72 €
CT-5374	Skelett / Zwischenwirbelräume	77,72 €
CT-5376	Ergänzende CT zu 5370 bis 5375	20,45 €
CT-5377	Zuschlag CT-Analyse + 3D-Rekonstruktion	32,72 €
CT-5378	CT zur Bestrahlungsplanung	40,90 €

Magnet-Resonanz-Gerät (MR):

MR-5700	Kopf ggf. Hals	179,97 €
MR-5705	Wirbelsäule	171,79 €
MR-5715	Thorax ggf. Hals Thoraxorgane und/oder Aorta	175,88 €
MR-5720	Abdomen	179,97 €
MR-5721	Mamma	163,61 €
MR-5729	mehrere Gelenke oder Abschnitte von Extremitäten	98,17 €
MR-5731	Ergänzende Serien zu 5700 bis 5730	40,90 €
MR-5732	Ergänzende Serien zu 5700 bis 5730	40,90 €
MR-5733	Zuschlag Analyse z.B. Kinetik 3D-Rekonstruktion	32,72 €
MR-5735	Höchstwert der Ziffern 5700 bis 5730	245,42 €

c. nachstationäre Behandlung

Nachstationäre Behandlung Allgemein- und Visceralchirurgie	17,90 €
Nachstationäre Behandlung Frauenheilkunde	22,50 €
Nachstationäre Behandlung Kinderheilkunde und Jugendmedizin	37,84 €
Nachstationäre Behandlung Medizinische Klinik I	63,91 €

Nachstationäre Behandlung Medizinische Klinik II	61,36 €
Nachstationäre Behandlung Unfall- und Wiederherstellungschirurgie	21,47 €
Nachstationäre Behandlung Urologie	41,93 €
Nachstationäre Behandlung Neurochirurgische Klinik	21,99 €
Nachstationäre Behandlung Gefäßchirurgie	23,01 €
Nachstationäre Behandlung Neurologie	40,90 €

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.

7. Zuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütung gem. § 7 Ziff. 4 KHEntgG

Gemäß § 17 a KHG berechnet das Krankenhaus einen krankenhausesindividuellen Zuschlag je voll- und teilstationären Fall zur Finanzierung von Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütung.

in Höhe von: 113,99 €.

8. Qualitätssicherungszuschläge nach § 17 b Abs. 1 a Nr. 4 KHEntgG

Nach § 17 b Abs. 1 Nr. 4 KHG sind für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf der Grundlage des § 137 SGB V Zuschläge zu vereinbaren. Dieser Zuschlag wird je vollstationärem Fall in Höhe von

- Zuschlagsanteil Krankenhaus	0,74 €
- Zuschlagsanteil Land (GeQiK)	0,58 €

1,32 € berechnet.

9. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

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

in Höhe von 1,31 €.

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

in Höhe von 1,70 €.

10. Qualitätszuschläge nach § 17 b Abs. 1a Nr. 4 KHG

Für die Teilnahme von Krankenhäusern an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen, die die Anforderungen der üFMS-B erfüllen, erhält das Krankenhaus nach Vereinbarung gemäß § 17 b Abs. 1a Nr. 4 KHG für Aufnahmen ab 01.10.2017 einen

Zuschlag von 0,20 € vollstationärem Fall.

11. Krankenhaushygienezuschlag gem. § 4 Abs. 9 KHEntgG

Zur Finanzierung von Mehrkosten für Maßnahmen zur Erfüllung der Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes im Sinne des § 4 Abs. 11 Satz 1 Nr. 1,2 und 3 KHEntgG wird

gemäß § 4 Abs. 11 Satz 3 KHEntgG ein Zuschlag

in Höhe von 0,15 %

auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen, der Zusatzentgelte und der sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 und Abs. 2a KHEntgG abgerechnet.

12. Pflegezuschlag nach § 8 Abs. 10

Zur Förderung der pflegerischen Versorgung wird bei vollstationärer Behandlung gemäß § 8 Abs. 10 KHEntgG je vollstationären Fall ein Zuschlag

In Höhe von 33,04 € je Fall abgerechnet.

13. Zuschlag für Leistungen nach § 17 b 1 S. 4 KHG Zentren und Schwerpunkte

Für die Eingliederung der besonderen Einrichtungen (Zentren und Schwerpunkte) berechnet das Krankenhaus, gem. § 5 Abs. 3 KHEntgG, auf die abgerechnete DRG-Fallpauschale, das Zusatzentgelt und das sonstige Entgelt einen Zuschlag

in Höhe von 0,46 %.

14. Neueinstellung von Pflegekräften gem. § 4 Abs. 8 KHEntgG

Zuschlag nach § 4 Abs. 8 KHEntgG zur finanziellen Förderung der zusätzlichen Personalkosten bei der Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Stellen von ausgebildetem Pflegepersonal mit einer Berufserlaubnis nach § 1 Krankenpflegegesetz

in Höhe von 0,29 %

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.

15. Zuschlag G-BA Mehrkosten gem. § 5 Abs, 3c KHentgG

Zur Finanzierung von Mehrkosten durch die Umsetzung der Mindestanforderung der Qualitätssicherungsrichtlinie Früh- und Reifgeborene des Gemeinsamen Bundesausschusses (QFR-RL) erhält das Krankenhaus einen Zuschlag in Höhe von

in Höhe von 0,28 %

auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen, der Zusatzentgelte und der sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 und Abs. 2a KHentgG.

16. Sonstige Zuschläge

Das Krankenhaus berechnet gem. § 17 b Abs. 1 Satz 4 und 6 KHG folgende Zuschläge / Abschläge:

Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen (incl. der Mitaufnahme von Pflegekräften nach § 11 Abs.3 SGB V) in Höhe von 45,00 € pro Tag¹.

¹ Die Höhe des Zuschlages von 45,00 € ist in der Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17 b 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.

17. Entgelte für sonstige Leistungen

Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnen das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.

Daneben werden Schreibgebühren für das Gutachten erhoben, je angefallene Seite 3,50 € und pro Durchschlag oder Kopie 0,18 € je Seite. Porto und Versandkosten werden ebenfalls berechnet.

Im Todesfall entstehende Kosten werden für 5 Tage (pauschal) 59,50 € (inkl. 19% MwSt.), ab dem 6. Tag jeweils 23,80 € (pro Tag inkl. MwSt.) in Rechnung gestellt.

Berechnung für Tiefkühlung pro Tag, inkl. MwSt. 160,65 €

18. 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 **10,00 €** je Kalendertag. Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43 b Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.

19. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2018 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2018 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2018 zusammengefasst und abgerechnet.

20. 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.

21. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet (§ 17 KHEntgG):

Ärztliche Leistungen:

Bei der Inanspruchnahme der Wahlleistung „ärztliche Leistungen“ kann die Wahl nicht auf einzelne liquidationsberechtigte Ärzte des Krankenhauses beschränkt werden (§ 17 Abs. 3 KHEntgG). Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten oder beamteten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären 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 Krankenhauses. Dies gilt auch, soweit das Krankenhaus 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 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 der Regel gesondert von den jeweils liquidationsberechtigten Krankenhausärzten geltend gemacht, sofern nicht die Verwaltung des Klinikums oder eine externe Abrechnungsstelle für den liquidationsberechtigten Arzt tätig wird.

Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen werden, auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden, vom 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:

Die ärztlichen Leistungen der Chefarzte und ihren ständigen Vertretern entnehmen Sie bitte dem Beiblatt zum Wahlarztvertrag.

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

a. Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:

Fachabteilung	Station	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Klinik für Neurologie, Gefäßchirurgie, Urologie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie	1.M	Besondere Zimmerausstattung und -größe, Wahlverpflegung und Service	128,00 €
Klinik für Innere Medizin, Kardiologie , Nephrologie und internistische Intensivmedizin, Urologie	Station 14		
Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie	6.A	Besondere Zimmerausstattung und -größe, Wahlverpflegung und Service	120,00 €
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie	7.A		
Klinik für Innere Medizin, Gastroenterologie , Hämatonkologie, Diabetologie und Infektiologie	12.A		
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Frauen-Kind-Zentrum 1.F und 2.F	Besondere Zimmerausstattung und -größe, Wahlverpflegung und Service	103,00 €
Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie	Alle Stationen -eingestreu-	Besondere Zimmerausstattung und -größe	84,00 €
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie			
Klinik für Neurologie			
Klinik für Urologie			
Klinik für Innere Medizin, Kardiologie , Nephrologie und internistische Intensivmedizin			
Klinik für Innere Medizin, Gastroenterologie , Hämatonkologie, Diabetologie und Infektiologie			
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin			
Belegabteilung: HNO-Heilkunde, Augenheilkunde, MKG-Chirurgie			
Klinik für Gefäßchirurgie, vaskuläre und endovaskuläre Chirurgie	Alle Stationen -eingestreu-	Besondere Zimmerausstattung und -größe	53,00 €
Klinik für Radioonkologie			

Klinik für Neurochirurgie			
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe			

*) Die Unterbringung mit oder ohne Sanitärzone ist an die baulichen Gegebenheiten der jeweiligen Klinik bzw. Fachabteilung gebunden und kann deshalb nicht immer vom Patienten frei gewählt werden

Die Zimmerleistungen sind zeitlich splittbar und können sich während des Aufenthalts ändern.

b. Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:

Fachabteilung	Station	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Klinik für Neurologie, Gefäßchirurgie, Urologie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie	1.M	Besondere Zimmerausstattung und -größe, Wahlverpflegung und Service	77,00 €
Klinik für Innere Medizin, Kardiologie , Nephrologie und internistische Intensivmedizin, Urologie	Station 14		
Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie	6.A	Besondere Zimmerausstattung und -größe, Wahlverpflegung und Service	69,00 €
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie	7.A		
Klinik für Innere Medizin, Gastroenterologie , Hämatonkologie, Diabetologie und Infektiologie	12.A		
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Frauen-Kind-Zentrum 1.F und 2.F	Besondere Zimmerausstattung und -größe, Wahlverpflegung und Service	53,00 €
Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie	Alle Stationen -eingestreut-	Besondere Zimmerausstattung und -größe	34,00 €
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie			
Klinik für Neurologie			
Klinik für Urologie			
Klinik für Innere Medizin, Kardiologie , Nephrologie und internistische Intensivmedizin			
Klinik für Innere Medizin, Gastroenterologie , Hämatonkologie, Diabetologie und Infektiologie			
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin			
Belegabteilung: HNO-Heilkunde, Augenheilkunde, MKG-Chirurgie			
Klinik für Gefäßchirurgie, vaskuläre und endovaskuläre Chirurgie			

Klinik für Radioonkologie			
Klinik für Neurochirurgie			
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe			

*) Die Unterbringung mit oder ohne Sanitärzone ist an die baulichen Gegebenheiten der jeweiligen Klinik bzw. Fachabteilung gebunden und kann deshalb nicht immer vom Patienten frei gewählt werden.

Die Zimmerleistungen sind zeitlich splittbar und können sich während des Aufenthalts ändern.
c. sonstige Leistungen

Wahlleistung „Unterbringung einer Begleitperson ohne medizinische Notwendigkeit“ pro Tag 49,32 € (Anteil Unterkunft 35,20 € zzgl. 7 % Mehrwertsteuer und Anteil Verpflegung 9,80 € zzgl. 19 % Mehrwertsteuer). Der Preis leitet sich von der Leistung „Unterbringung einer Begleitperson mit medizinischer Notwendigkeit“ (s. Ziffer 14) her.

Wahlleistung „Unterbringung einer Begleitperson in der Kinderklinik“ (Station 01.K, U1.K und U1.F) pro Tag 22,36 € (Anteil Unterkunft 10 € zzgl. 7% Mehrwertsteuer und Anteil Verpflegung 9,80 € zzgl. 19% Mehrwertsteuer).

Bereitstellen eines Fernsprechapparates 2,00 € Tagespauschale bzw. Pauschale für 24 Stunden zuzüglich 0,10 € je Gebühreneinheit.

Kostenlose Bereitstellung eines Fernsehgerätes und eines Rundfunkempfängers.

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01. März 2018 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01. Februar 2018 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen folgende Mitarbeiter unseres Krankenhauses hierfür gerne zur Verfügung:

Frau Alparslan (☎ 07141-99-61523) und
Frau Holzinger (☎ 07141/99-61530).

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.