

D R G - Entgelttarif (KHEntgG)
und
Unterrichtung des Patienten (§ 8 KHEntgG)

für das Krankenhaus Herrenberg
- gültig ab 01.08.2019 -

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 Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) sowie des Krankenhausentgeltgesetzes (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 Diagnose bzw. Prozeduren stehen Kataloge mit ca. 13.000 Diagnosen (ICD-10-GM Version 2019) und ca. 30.000 Prozeduren (OPS Version 2019) 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 und 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 für das Krankenhaus Herrenberg liegt bei 3.539,12 € und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

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 bzw. therapeutischen Leistungen im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden. Für das Jahr 2019 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Fallpauschalenvereinbarung 2019 (FPV 2019) vorgegeben.

Beispiel (Relativgewicht und Basisfallwert hypothetisch):

DRG	DRG - Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Erlös
I08C	Eingriff Hüftgelenk ohne Begleiterkrankungen	2,9	€ 3.200,--	€ 9.280,--
I08B	Eingriff Hüftgelenk mit Begleiterkrankungen	3,7	€ 3.200,--	€ 11.840,--

2. Über- und Unterschreiten der Grenzverweildauer bzw. der mittleren Verweildauer der Fallpauschale (DRG) - § 1 Abs. 2 und 3 und § 3 Abs. 1 und 2 FPV 2019 -

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 Unterschreitungen dieser Verweildauern werden gesetzlich vorgegebene Zu- und Abschläge fällig. Die näheren Einzelheiten und das Berechnungsverfahren hierzu regelt die FPV 2019.

3. Zusatzentgelte gemäß § 5 FPV 2019

Gem. § 17 b Abs. 1 S. 7 KHG können die für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (GKV-Spitzenverbände, PKV-Verband und Deutsche Krankenhausgesellschaft) Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren. Dies gilt auch für die Höhe der Entgelte. Für das Jahr 2019 werden die bundeseinheitlichen Zusatzentgelte durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2019 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 zur FPV 2019 genannten Zusatzentgelte krankenhausesindividuelle 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.

Für das Krankenhaus Herrenberg wurden individuell vereinbart:

ZE2019-54	OPS 5-429.j1		414,20 €	ZE2019-54	OPS 5-429.jc		660,62 €
ZE2019-54	OPS 5-513.m0		466,63 €	ZE2019-54	OPS 5-513.n0		618,67 €
ZE2019-54	OPS 5-517.**	je Stent	702,56 €	ZE2019-111	OPS 6-005.d*	je mg	3,70 €
ZE2019-120	OPS 6-001.c*	je mg	2,65 €	ZE2019-125	OPS 6-002.r*	je mg	0,03 €
ZE2019-139	OPS 8-812.9*	je IE	1,45 €	ZE2019-149	OPS 6-001.e*	je mg	2,05 €
ZE2019-158	OPS 6-007.9 *	je mg	6,61 €	Idarucizumab	OPS 6-008.f	je mg	0,42 €
Everolimus	OPS 6-005.8	je mg	14,71 €				

Wurden in der Budgetvereinbarung für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2019 keine krankenhausesindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.

4. Sonstige Entgelte gemäß § 7 FPV 2019

Können für die Leistungen nach Anlage 3a FPV 2019 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag 600,00 €, mit Vereinbarung sind je Belegungstag 450,00 € abzurechnen.

Können für die Leistungen nach Anlage 3b FPV 2019 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag 300,00 € abzurechnen.

Für das Krankenhaus Herrenberg wurden individuell vereinbart:

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

Eine vorstationäre Behandlung ist neben einer Fallpauschale (DRG) nicht gesondert abrechenbar (§ 8 Abs. 2 S. 3 Nr. 4 KHEntgG). 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.

Das Krankenhaus Herrenberg berechnet für vor- und nachstationäre Behandlungen (§ 115 a SGB V) folgende Entgelte:

a) Vergütung für vorstationäre Behandlungen pro Behandlungsfall

- Medizinische Klinik	€	147,25
- Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie	€	100,72
- Unfallchirurgische Klinik	€	82,32
- Frauenklinik	€	119,13
- Radiologisches Zentralinstitut	€	186,62
- Intensivmedizin	€	104,30

b) Vergütung für nachstationäre Behandlungen pro Behandlungstag

- Medizinische Klinik	€	53,69
- Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie	€	17,90
- Unfallchirurgische Klinik	€	21,47
- Frauenklinik	€	22,50
- Radiologisches Zentralinstitut	€	330,29
- Intensivmedizin	€	36,81

c) Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

Zusätzlich zu a) und b) werden berechnet:

1. Computer-Tomographie-Gerät (CT) Leistungen nach Gebührensnummer DKG-NT I/BG-T

- 5369 Höchstwert 5370-5374	€	122,71
- 5370, 5375 CT Untersuchung des Kopfes, der Aorta	€	81,81
- 5371 CT Untersuchung Hals-/Thoraxbereich	€	94,08
- 5372 CT Untersuchung Abdominalbereich	€	106,35
- 5373, 5374 CT Untersuchung Skelett, Zwischenwirbelräume	€	77,72
- 5376 ergänzende CT Untersuchung	€	20,45
- 5377 Zuschlag für computergesteuerte Analyse	€	32,72
- 5378 CT Untersuchung zur Bestrahlungsplanung	€	40,90
- 5380 Bestimmung des Mineralgehalts	€	12,27

2. Magnet-Resonanz-Gerät (MR) Leistungen nach Gebührensnummer DKG-NT I/BG-T

- 5700, 5720 Magnetresonanztomographie Kopf	€	179,97
- 5705 Magnetresonanztomographie Wirbelsäule	€	171,79
- 5715 Magnetresonanztomographie Thorax	€	175,88
- 5721, 5730 Magnetresonanztomographie Mamma	€	163,61
- 5729 Magnetresonanztomographie eines oder mehrerer Gelenke	€	98,17
- 5731, 5732 ergänzende Serie, Zuschlag für Positionswechsel	€	40,90
- 5733 Zuschlag für computergesteuerte Analyse	€	32,72
- 5735 Höchstwert 5700 bis 5730	€	245,42

3. Linksherzkatheter-Meßplatz (LHM) Leistungen nach Gebührenziffer DKG-NT I/BG-T

- 627 Linksherzkatheterismus einschl. fortlaufender EKG, Röntgenkontr.	€	61,36
- 628 Herzkatheterismus einschl. fortlaufender EKG, Röntgenkontrolle	€	32,72
- 629 Transseptaler Linksherzkatheterismus	€	81,81
- 5315 Angiokardiographie einer Herzhälfte	€	89,99
- 5316, 5325 Angiokardiographie beider Herzhälften, Selektive Koronarangiographie	€	122,71
- 5317, 5326 Zweite bis dritte Serie nach 5315, 5316	€	16,36
- 5318 weitere Serie nach 5317	€	24,54
- 5324 Selektive Koronarangiographie eines Herzkranzgefäßes	€	98,17
- 5327 zusätzliche Linksventrikulographie	€	40,90
- 5328 Zuschlag zu 5300 bis 5327 bei Anwendung d. 2-Ebenen-Technik	€	49,08

4. Hochvolttherapie-Gerät (Linearbeschleuniger = LIN / Telecobalt-Gerät = CO)

- 5831 Erstellung eines Bestrahlungsplans, je Bestrahlungsserie	€	61,36
- 5832 Zuschlag bei Anwendung eines Simulators	€	20,45
- 5833 Zuschl. bei indiv. Berechn. d. Dosisverteilung m. Prozeßrechner	€	81,81
- 5834 Bestrahlung mit Telecobalt-Gerät, je Fraktion	€	29,65
- 5835, 5837 Zuschlag zu 5834, 5836 bei Bestrahlung mit Großfeld	€	5,11
- 5836 Bestrahlung mit. Beschleuniger, bis zu 2 Strahleneintrittsfelder	€	40,90

5. Positronen-Emissions-Tomographie-Gerät (PET) Leistungen nach Gebührenziffer DKG-NT I/BG-T

- 5488 Positronen-Emissions-Tomographie	€	245,42
- 5489 Positronen-Emissions-Tomographie mit quantifiz. Auswertung	€	306,78

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

6. Qualitätssicherungs- und abschläge (§ 7 Abs. 1 KHEntgG)

Für Maßnahmen zur Qualitätssicherung erhebt das Krankenhaus Herrenberg einen Zuschlag nach der Vereinbarung zwischen der DKG und den Bundesverbänden der Krankenkassen für jeden vollstationären Krankenhausfall.

Der Zuschlag beträgt für jede DRG € 0,74.

7. Systemzuschlag für den Gemeinsamen Bundesausschuss und des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG nach § 91 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 139 c SGB V)

Für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses und des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen wird im stationären Bereich für jeden abgerechneten voll- und teilstationären Krankenhausfall ein Systemzuschlag in Höhe von 1,82 € erhoben.

8. DRG - Systemzuschlag (§ 17b Abs. 5 KHG)

Für jeden voll- bzw. teilstationären Krankenhausaufenthalt sind wir verpflichtet (§ 17 b Abs. 5 KHG) bei jedem selbstzahlenden Patienten oder dem jeweiligen Kostenträger einen DRG - Systemzuschlag zusätzlich zu den DRG Fallpauschalen in Rechnung zu stellen. Dieser Betrag dient als Finanzierung der Entwicklung und Pflege des DRG Vergütungssystems und ist an das DRG - Institut abzuführen.

Der DRG - Systemzuschlag beträgt derzeit € 1,59.

9. Zuschlag nach § 17a KHG und § 7 KHEntgG für Ausbildungsstätten

Für die Finanzierung von Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen wird für jeden voll- bzw. teilstationären Patienten ein Zuschlag erhoben.

Der Ausbildungskostenzuschlag beträgt € 145,48.

10. Zuschlag nach § 17b Abs. 1a KHG für Beteiligung an Fehlermeldesystem CIRS

Für die Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen wird für jeden vollstationären Patienten ein **Zuschlag in Höhe von 0,20 €** erhoben.

11. Zuschlag nach § 4 Abs. 11 KHEntgG für Hygieneförderprogramm

Für jeden voll- bzw. teilstationären Patienten wird ein **Zuschlag in Höhe von 0,26 %** auf die im Erlösbudget und der Erlössumme nach § 6 Abs. 3 KHEntgG enthaltenen Entgelte berechnet.

12. Pflegezuschlag nach § 8 Abs. 10 KHEntgG

Für jeden vollstationären Patienten wird ein **Zuschlag in Höhe von 16,70 €** erhoben.

13. Zuschlag Pflegeförderprogramm nach § 4 Abs. 8 KHEntgG

Für jeden voll- bzw. teilstationären Patienten wird ein **Zuschlag in Höhe von 0,43 %** auf die im Erlösbudget und der Erlössumme nach § 6 Abs. 3 KHEntgG enthaltenen Entgelte berechnet.

14. Unterbringung einer Begleitperson mit medizinischer Notwendigkeit

Sofern es medizinisch geboten ist, werden für Begleitpersonen (einschließlich Unterbringung und Verpflegung) je Berechnungstag € 45,00 abgerechnet.

15. Entgelte für Wahlleistungen

Für die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen (§ 7 AVB) werden gesondert berechnet (§ 17 KHEntgG):

1. Wahlarztbehandlung = Ärztliche Leistungen aller an der Behandlung beteiligten angestellten und beamteten Ärzte des Krankenhauses, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses.

(Liste der Wahlärzte und der ständigen ärztlichen Vertreter können Sie der Anlage 2 entnehmen.)

a) Die Leistungen werden vom **Krankenhaus** nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung berechnet bzw. eingezogen. Nach § 6a GOÄ erfolgt eine Minderung der Gebühren um 25 %, bei stationären Leistungen von Belegärzten oder sonstigen niedergelassenen Ärzten um 15 %.

Die aktuelle GOÄ liegt zur Einsicht in der Patientenaufnahme und in den Wahlarztsekretariaten aus.

b) Werden ärztliche Leistungen der Konsiliarärzte und der fremden ärztlich geleiteten Einrichtungen in den Praxisräumen oder in einem anderen Krankenhaus erbracht, werden sie von diesen nach den für sie geltenden Tarifen berechnet.

2. Unterbringung im 1- oder 2-Bett-Zimmer:

Zuschläge werden nach Anlage 1 erhoben

3. Bereitstellung eines Telefons:

(Soweit keine Wahlleistung 1 / 2 Bettzimmer nach Anlage 1 beantragt wurde)

Einmalige Anschlussgebühr	€	5,00
Grundgebühr je Tag	€	1,50
Gebühreneinheit je Einheit / Taktung je Netzanbieter	€	0,10

Auf die Wahlleistung Telefon kann eine Vorauszahlung von € 25,00 erhoben werden.

4. Bereitstellung einer Sonderwache:

Erstattung des tatsächlichen Aufwands

5. Unterbringung einer Begleitperson ohne medizinische Notwendigkeit

Je Berechnungstag € 140,36 inkl. MwSt.

6. Unterbringung eines gesunden Säuglings als Begleitperson:

Je Berechnungstag € 50,00 inkl. MwSt.

7. Übernachtung vor / nach Ambulanter Behandlung:

Je Berechnungstag € 95,00 inkl. MwSt.

8. Medizinische Wahlleistungen:

Die Gebührenaufstellung erfolgt auf Grundlage der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) gemäß Kostenvoranschlag.

16. Belegärzte / Beleghebammen

Mit den Entgelten nach Nr. 1 – 15 sind nicht abgegolten:

1. die ärztlichen Leistungen von Belegärzten in 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 sowie den von ihm beauftragten Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen bzw. der Beleghebamme / dem Entbindungspfleger außerhalb des Krankenhauses nach den für sie geltenden Tarifen berechnet.

17. Entgelte für sonstige Leistungen

1. Hilfsmittel (z.B. Prothesen, orthopädische Schuhe, Stützstrümpfe, usw.)	Erstattung des tatsächlichen Aufwands
2. Leichenschau und Ausstellung einer Todesbescheinigung	€ 49,00
Kühlraumnutzung pro Tag (intern ab 5. Tag, extern ab 1. Tag)	€ 135,00 inkl. MwSt.
Nutzung Trauerraum pauschal bis 2 Stunden	€ 35,00 inkl. MwSt.
Nutzung Trauerraum pauschal bei mehr als 2 Stunden	€ 50,00 inkl. MwSt.
3. BCG-Schutzimpfung von Neugeborenen	€ 15,50
4. Serviceleistung Standesamt pro Entbindung	€ 16,00

(Hinzu kommen die amtlichen Standesamtsgebühren von z.Zt. € 12,00 je Geburtsurkunde.)

18. Zuzahlungen nach § 39 Abs. 4 SGB V

Das Krankenhaus zieht von gesetzlich versicherten Patienten zur Weiterleitung an die Krankenkassen von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres maximal begrenzt auf 28 Tage ein:

€ 10,00 je Kalendertag

19. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2019 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2019 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2019 zusammengefasst und abgerechnet.

20. Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.08.2019 in Kraft. Gleichzeitig werden alle vorherigen DRG-Entgelttarife aufgehoben.

Krankenhaus Herrenberg**Wahlleistungen 1 - bzw. 2 - Bettzimmerzuschläge ab 01.01.2019**

	Zweibettzimmer	Einbettzimmer
Klinik / Zimmer	Gesamtbetrag	Gesamtbetrag
Businesszimmer 107	--	95,94 €
alle anderen Zimmer	52,14 €	90,36 €
Familienzimmer Geburtshilfe inkl. MwSt. nur bei Aufenthalt der Entbindung -	--	125,36 €

Wahlarzt und ständiger ärztlicher Vertreter (§ 4 Abs. 2 GOÄ)**Medizinische Klinik, Abteilung Allgemeine Innere Medizin**

Chefarzt Dr. med. A. Wolf	Vertretung	Gastroenterologie Frau Dr. C. Jacob Palliativmedizin Frau Dr. E. Dorndorf Allgemeine Innere Medizin Frau Dr. J. Weiss Geriatric Frau Dr. L. Gancheva Wochenendvisiten Herr. Dr. M. Lohrengel
---------------------------	------------	---

Medizinische Klinik, Abteilung Kardiologie

Ltd. Arzt Dr. med. M. Lohrengel	Vertretung	allgemein Herr Dr. M. Heinold Wochenendvisiten Herr. Dr. A. Wolf
---------------------------------	------------	---

Chirurgische Klinik, Bereich Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie

Chefarzt Dr. med. M. Jugenheimer	Vertretung	Herr Dr. M. Uckele
----------------------------------	------------	--------------------

Chirurgische Klinik, Bereich Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

Bereichsleiter Dr. med. J. Maihoff	Vertretung	Herr Dr. R. Uhlmann
------------------------------------	------------	---------------------

Chirurgische Klinik, Bereich Endoprothetik

Bereichsleiter Dr. med. J. Maihoff	Vertretung	Herr Dr. R. Uhlmann
------------------------------------	------------	---------------------

Frauenklinik

Chefärztin Dr. med. I. Vogel	Vertretung	Gynäkologie Frau Dr. S. Heimann Geburtshilfe Frau Dr. U. Mika
------------------------------	------------	--

Zentrum für Anästhesie und Intensivmedizin Böblingen-Herrenberg

Ltd. Arzt Dr. med. K. König	Vertretung	OP gesamt Frau Dr. R. Weber-Hall Intensivmedizin Frau Dr. A. Pauli
-----------------------------	------------	---

Klinik für Labormedizin

Chefarzt Dr. med. T. Rünz	Vertretung	Frau E. Schernikau
---------------------------	------------	--------------------