



DRG-Entgelttarif 2020 für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) und Unterbringung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

Die Clinic Dr. Decker GmbH berechnet ab dem 01.04.2020 folgende Entgelte:

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

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

Die Zuweisung zu einer DRG erfolgt über verschiedene Parameter. Die wichtigsten sind hierbei die Hauptdiagnose sowie gegebenenfalls durchgeführte Prozeduren (Operationen, aufwändige diagnostische oder therapeutische Leistungen). Eventuell vorhandene Nebendiagnosen können zudem die Schweregradeinstufung beeinflussen. Für die Festlegung der Diagnosen beziehungsweise Prozeduren stehen Kataloge mit circa 13.000 Diagnosen (ICD-10-GM Version 2020) und circa 30.000 Prozeduren (OPS Version 2020) 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 € 3.660,92 und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall

Beispiel (Basisfallwert hypothetisch):

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor	0,517	3.500 €	1.809,50 €
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesse	3,202	3.500 €	11.207,00 €

Welche DRG bei Ihrem Krankheitsbild letztlich für die Abrechnung heranzuziehen ist, lässt sich nicht vorher-sagen. 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 2020 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der DRG-Entgeltkatalogverordnung 2020 (FPV 2020) vorgegeben.

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2020

Für die Vergütung von Leistungen, die nach § 7 Abs. 1 FPV 2020 noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende fall- bzw. tagesbezogene krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart:

Leistungen der Anlage 3a FPV 2020

DRG U01Z Geschlechtsumwandelnde Operationen

€ 390,00 je Belegungstag

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2020 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **600,00 €** abzurechnen. Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2019 für Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2020 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag 450,00 € abzurechnen.

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

Gem. § 17 a KHG berechnet das Krankenhaus einen landeseinheitlichen Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall zur Finanzierung von Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen.

Der Ausbildungszuschlag beträgt gegenwärtig

€ 90,09 je Fall

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

- Zuschlag für die Aufnahme von Begleitpersonen gem. § 17b Abs. 1 KHG (aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme) (1) **€ 45,00 pro Tag**
- Abschlag wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG je vollstationärem Fall. **€ 60,00 je Fall**
- Zuschlag für Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf nach § 4 Abs. 8a KHEntgG in Höhe von **0,10 %** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschale und die Zusatzentgelte nach § 7 Abs. 1 S. 1 und 2 KHEntgG sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 S. 1 und Abs. 2a KHEntgG.
- Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG in Höhe von **0,04 %** 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 (Hygiene-Förderprogramm)

Des Weiteren berechnet das Krankenhaus gem. § 21 Abs. 6 KHG folgenden Zuschlag für jeden aufgenommenen vollstationären Patienten zwischen dem 01.04.2020 und einschließlich 30.06.2020 ab:

- Zuschlag zur Abgeltung von Preis- und Mengensteigerungen infolge des Coronavirus SARS-CoV-2 **€ 50,00 je Fall**

6. Qualitätssicherungszu- und abschläge nach § 17b Abs. 1a Nr.4 KHG

Zuschlag:

€ 1,13 je Fall

7. 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:

- Einlage beschichteter (gecoverter) Stent mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, je Stent, kleiner gleich 5 cm ; OPS 5-38a.40 oder 8-842.*2 oder 8-842.*3 oder 8-842.*a oder 8-842.*c oder 8-842.*q oder 8-842.*r oder 8-842.*s oder 8-842.*t in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 **€ 1.813,29**
- Einlage beschichteter (gecoverter) Stent mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, je Stent, 10 cm bis unter 15 cm ; OPS 5-38a.40 oder 8-842.*2 oder 8-842.*3 oder 8-842.*a oder 8-842.*c oder 8-842.*q oder 8-842.*r oder 8-842.*s oder 8-842.*t in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 **€ 2.232,73**

- Einlage beschichteter (gecoverter) Stent mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, je Stent, 15 cm bis unter 25 cm ; OPS 5-38a.40 oder 8-842.*2 oder 8-842.*3 oder 8-842.*a oder 8-842.*c oder 8-842.*q oder 8-842.*r oder 8-842.*s oder 8-842.*t in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 **€ 2.604,87**
- Einlage beschichteter (gecoverter) Stent mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, je Stent, 25 cm und mehr ; OPS 5-38a.40 oder 8-842.*2 oder 8-842.*3 oder 8-842.*a oder 8-842.*c oder 8-842.*q oder 8-842.*r oder 8-842.*s oder 8-842.*t in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 **€ 3.689,93**

8. 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 : **€ 185,00 je Fall**

9. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall: **€ 1,66 je Fall**

Zuschlag für die Finanzierung des Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139 a i.V.m. § 139c SGB V und die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139c SGB V für jeden abzurechnenden vollstationären Krankenhausfall (2): **€ 2,24 je Fall**

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

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

- a. vorstationäre Behandlung
- Innere Medizin: **€ 147,25**
 - Allgemeine Chirurgie: **€ 100,72**

Gemäß § 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

11. Zuschläge und Entgelte für sonstige Leistungen

Leichenschau und Ausstellung einer Todesbescheinigung: **€ 75,00**

Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung: Die Höhe des Entgeltes berechnet sich nach dem tatsächlichen Aufwand der Klinik

12. Zuzahlungen

Zahlungspflicht der gesetzlichen Patienten

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom gesetzlich versicherten Patienten von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an – innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage – eine Zuzahlung ein (§ 39 Abs. 4 SGB V). Der Zuzahlungsbetrag beträgt zurzeit **€ 10,00 je Kalendertag** (§ 61 Satz 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43 b Abs. 3 SGB V **im Auftrage der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.

13. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2020 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2020 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2020 zusammengefasst und abgerechnet.

14. 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.

15. Kosmetischen Leistungen / Medizinische Wahlleistungen

Vorauszahlung für kosmetische Leistungen: € 430,00 zzgl. 19 % MwSt. *

*Wird bei der Aufnahme erhoben und mit der Rechnung verrechnet. Übersteigende Beträge werden nach Rechnungsstellung zurückerstattet.

a) OP-Pauschalen für kosmetische Leistungen

werden bei kosmetischen Eingriffen, die nicht von einer Krankenkasse oder einem sonstigen Sozialleistungsträger übernommen werden, für die Kosten der Operation mit Ausnahme teurer Sachleistungen, ärztlicher Leistungen und Wahlleistungen berechnet.

OP-Pauschale je Eingriff: € 250,00 zzgl. 19 % MwSt.

b) Tagespauschalen für kosmetische Leistungen bzw. für postoperative Leistungen nach ambulanter kosmetischer Operation

werden bei kosmetischen Leistungen, die nicht von einer Krankenkasse oder einem sonstigen Sozialleistungsträger übernommen werden, für die Kosten des stationären Aufenthaltes mit Ausnahme teurer Sachleistungen, ärztlicher Leistungen und ärztlicher und medizinischer Wahlleistungen berechnet.

Tagespauschale für den stationären Aufenthalt:

Pro Tag im Mehrbettzimmer: € 180,00 zzgl. 19 % MwSt.

Pro Tag im Zweibettzimmer: € 280,00 zzgl. 19 % MwSt.

Pro Tag im Einbettzimmer: € 380,00 zzgl. 19 % MwSt.

c) Hotelleistungen für medizinisch nicht erforderliche Belegungstage:

1-Bett-Zimmer: € 162,30* ,

2-Bett-Zimmer: € 130,20*

Mehrbett-Zimmer € 76,70*

***(darin enthalten 7 % MwSt. für Unterkunft und 19 % MwSt. für Verpflegung)**

16. Entgelte für Wahlleistungen

Wahlleistungen (§ 17 KHEntgG) gehören nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen und werden auf Wunsch des Patienten erbracht und zusätzlich berechnet. Einzelheiten der Berechnung lassen sich der jeweiligen Wahlleistungsvereinbarung und der Patienteninformation über die wahlärztlichen Leistungen entnehmen. Die Gesamtkosten für die Unterbringung werden aus den Kosten pro Berechnungstag gebildet. Berechnungstag in diesem Sinne ist der Tag der Aufnahme zuzüglich jedes weiteren Aufenthaltstages. Der Tag der Entlassung bzw. Verlegung wird bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Bei der Wahlleistung Telefon wird auch der Entlassungs- oder Verlegungstag berechnet.

a) 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 (§ 115 a 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 § 6 a Abs. 1 GOÄ erfolgt bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen/privatärztlichen Leistungen eine Minderung der Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge um 25 %; bei Leistungen und Zuschlägen von Belegärzten und anderen niedergelassenen Ärzten um 15 %. Das Arzthonorar wird in einer gesonderten Rechnung geltend gemacht.

Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen werden, auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden, vom in der Wahlleistungsvereinbarung benannten 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 S. 1 GOÄ/GOZ) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs. 2 S. 3 GOÄ/GOZ) erbracht. Die ärztlichen Leistungen der Konsiliarärzte und der fremden ärztlich geleiteten Einrichtungen werden von diesen nach den für sie geltenden Tarifen berechnet.

- | | |
|---|---|
| b) Unterbringung im Einbettzimmer | |
| i. mit WC (Zimmer 204, 205, 215, 216) | € 96,87 |
| ii. mit WC, Badewanne bzw. Dusche | € 97,61 |
| c) Unterbringung im Zweibettzimmer | |
| i. mit WC, Dusche bzw. Badewanne | € 54,11 |
| d) Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson | € 82,05 (darin enthalten 7 % |
| MwSt. für Unterkunft und 19 % MwSt. für Verpflegung) | |
| e) Gestellung einer Sonderwache | Erstattung des tatsächlichen Aufwandes |
| f) Telefon | |
| tägliche Nutzungsgebühr (entfällt bei Inanspruchnahme | |
| Wahlleistung Ein- oder Zweibettzimmer) | € 1,50 inkl. 19% MwSt. |
| Gebühr je Einheit | € 0,20 inkl. 19% MwSt. |
| g) Zimmersafe | |
| Nutzungsgebühr, Kaution für den Schlüssel | € 10,00 |

17. Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.04.2020 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01.02.2020 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen unsere Mitarbeiter am Empfang, bzw. die Abteilung stationäre Abrechnung gerne zur Verfügung. Gleichzeitig können Sie dort auch jederzeit Einsicht in das DRG-Klassifikationssystem mit den zugehörigen Kostengewichten sowie den 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.

Ihre Klinikleitung

Anmerkungen:

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

(2) Die Zuschläge für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139a i.V.m. § 139c SGB V, des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a Abs. 8 i.V.m. § 139c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139c SGB V werden gemeinsam erhoben und als ein gemeinsamer Zuschlag in der Rechnung des Krankenhauses ausgewiesen.

(3) Nach § 121 Abs. 5 SGB V i.V.m. § 18 Abs. 3 KHEntgG können Krankenhäuser mit Belegbetten zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärzten auch Honorarverträge schließen. Die Leistungen des Belegarztes würden ihm in dieser Konstellation vom Krankenhaus vergütet werden.