

DRG-Entgelttarif 2019 für die Klinikum Bayreuth GmbH im Anwendungsbereich des KHEntg und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntG

Die Klinikum Bayreuth GmbH berechnet ab 01.06.2019 folgende Entgelte:

1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 7 Abs. 1 S.1 Ziff. 1 KHEntg

Das Entgelt für die allgemeinen voll- und teilstationären Leistungen des Krankenhauses richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben des KHG sowie des KHEntg 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 2019) und circa 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 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 **3.533,70 €** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel

DRG	DRG-Bezeichnung	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor	0,718	3.533,70 €	2.537,20 €
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodese oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation	3,621	3.533,70 €	12.795,53 €

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 2019 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Fallpauschalenvereinbarung 2019 (FPV 2019) vorgegeben.

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.

**2. Über- und Unterschreiten der Grenzverweildauer bzw. der mittleren Verweildauer der Fallpauschale (DRG)
gem. § 1 Abs. 2 und 3 sowie § 3 Abs. 1 und 2 FPV 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 Unterschreiten dieser Verweildauern werden gesetzlich vorgegebene Zu- oder Abschläge fällig. Die näheren Einzelheiten und das Berechnungsverfahren hierzu regelt die FPV 2019.

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltekatalogen gem. § 5 FPV 2019

Soweit dies zur Ergänzung der Fallpauschalen in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, 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) gemäß § 17b Abs. 1 S. 7 KHG 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 der FPV 2019 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 2019 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2019

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:

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

5. Zuschläge gem. § 7 Abs. 1 S.1 Ziff. 4 KHEntgG

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zuschläge:

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach §17a KHG je voll- und teilstationären Fall in Höhe von	AZUKH	82,87 €
- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von ^{1 pro Tag:}	ZUSCHBP	45,00 €
- Zentrumszuschlag Onkologisches Zentrum in Höhe von 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.	ZENTRUM	0,18%
- Zuschlag nach §4 Abs.8 KHEntgG zur finanziellen Förderung der zusätzlichen Personalkosten bei der Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Stellen von ausgebildetem Pflegepersonal mit einer Berufserlebnis nach §1 Krankenpflegegesetz in Höhe von 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.	ZU PFLEGE-FF	0,43%
- Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 11 KHEntgG in Höhe von 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-FP	0,21%
- Zuschlag für die Finanzierung von Mehrkosten, die durch Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung entstehen nach §5 Abs. 3c KHEntgG in Höhe von 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.	ZU QRF	0,13%
gemäß § 8 Abs. 10 KHEntgG je vollstationären Fall in Höhe von	ZU PFLEGE	34,84 €
- Qualitätssicherungszuschlag nach §17b Abs. 1a Nr.4 KHG	QSDRG09	1,06 €
- Qualitätssicherungszuschlag bei Schlaganfallbehandlungen	ZUSCHSU	3,10 €
- DRG-Systemzuschlag	DRG SYS	1,59 €
- Systemzuschlag Bundesausschuss §91 SGB V	SYS	1,82 €

6. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 7 Abs.1 Ziff. 6 KHEntG

Für die Vergütung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen und bundeseinheitlich festgelegten Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden können und die nicht gem. § 137 c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gem. §6 Abs. 2 KHEntG folgende zeitlich befristete Zusatzentgelte ab:

7. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

- DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall : 1,59 €

- Zuschlag für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen 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 Krankenhausfall² 1,82 €

8. 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:

Einrichtung	Entgelt für vorstationäre Behandlung	Entgelt für nachstationäre Behandlung
Allgemeine Chirurgie	100,72 €	17,90 €
Dermatologie	75,67 €	23,01 €
Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	119,13 €	22,50 €
Gefäßchirurgie	134,47 €	23,01 €
Geriatric	72,09 €	30,68 €
Herzchirurgie	126,29 €	23,01 €
Innere Medizin	147,25 €	53,69 €
Intensiv	104,30 €	36,81 €
Neonatalogie	51,64 €	23,01 €
Nephrologie	140,61 €	67,49 €
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 €
Querschnitt	91,52 €	24,54 €
Strahlenheilkunde	186,62 €	330,29 €
Unfallchirurgie	82,32 €	21,47 €
Urologie	103,28 €	41,93 €

Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

- Computer-Tomographie-Geräte (CT)
- Magnet-Resonanz-Geräte (MR)
- Linksherzkatheter-Messplätze (LHM)
- Positronen-Emissions-Tomographie-Geräte (PET)

Die Vergütung richtet sich nach der gemeinsamen Empfehlungsvereinbarung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 115 a SGB V vom 30.10.1996.

Gem. § 8 Abs. 2 S. 3 Nr. 3 KHEntG 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.

9. Entgelte für sonstige Leistungen

1. Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnet das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.
2. Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung einschließlich Kühlzellenbenutzung sowie anfallende Reinigungsarbeiten berechnet das Krankenhaus eine Pauschale von

75,00 €

10. 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 einschließlich Entlasstag (§ 61 Satz 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43c Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.

11. Belegärzte, Beleghebammen, -entbindungspfleger

Mit den Entgelten nach Nr. 1 -9 sind nicht abgegolten:

Die ärztlichen Leistungen von Belegärzten in Belegabteilungen sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses.
Die Leistungen von Beleghebammen bzw. -entbindungspflegern.
Diese Leistungen werden von dem Belegarzt bzw. von der Beleghebamme/ -entbindungspfleger gesondert berechnet.³

12. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet :

Einzelheiten der Berechnung lassen sich der jeweiligen Wahlleistungsvereinbarung und der Patienteninformation über die Entgelte der wahlärztlichen Leistungen entnehmen.

a. Ärztliche Leistungen:

Bei der Inanspruchnahme der Wahlleistung „ärztliche Leistungen“ kann die Wahl nicht auf einzelne liquidationsberechtigte Ärzte des 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 SGB V) 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 jeweiligen 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. Unterkunft

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.

1-Bett-Zimmer Station 11 + 17 (Betriebsstätte Klinikum)

132,00 €

1-Bett-Zimmer Station 32 (Betriebsstätte Klinikum)	41,90 €
1-Bett-Zimmer (Betriebsstätte Hohe Warte)	67,31 €
2-Bett-Zimmer (Betriebsstätte Hohe Warte)	28,89 €
c. Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson - Angehörigenzimmer	
Pro Berechnungstag, wenn nicht aus medizinischen Gründen notwendig	70,00 €
d. Unterbringung einer Begleitperson - Gästeliege	
1. Für die Inanspruchnahme einer Gästeliege und/oder klinikeigener Bett- und Toilettenwäsche	
- 1. Aufenthaltstag (Grundgebühr)	5,00 €
- jeder weitere Aufenthaltstag	2,50 €
2. Inanspruchnahme einer "Mutter-Kind-Einheit" ohne Verpflegung pro Übernachtung	13,00 €
e. Unterbringung einer Begleitperson in der Palliativstation	
- pro Übernachtung	13,00 €
f. Preise für Patiententelefon + Patientenfernsehen	
TV- Einzeln pro Tag	2,50 €
Telefon-Einzeln pro Tag	2,50 €
Kombi-Paket pro Tag	4,00 €

13. Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.06.2019 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01.01.2019 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Patientenverwaltung unter Tel.-Nr. 0921 400 - 2244 / 2246 / 2248 / 2254 / 2255 hierfür gerne zur Verfügung. Gleichzeitig können Sie dort auch jederzeit Einsicht in das DRG-Klassifikationssystem mit den zugehörigen Kostengewichten sowie die zugehörigen Abrechnungsregeln nehmen.

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

Anmerkungen:

[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 medizinischen 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 abschließen. Die Leistungen des Belegarztes würden ihm in dieser Konstellation vom Krankenhaus vergütet werden.