

***DRG-Entgelttarif für Krankenhäuser
im Anwendungsbereich des KHEntgG
Unterrichtung des Patienten gem. § 8 KHEntgG***

Das RoMed Klinikum Rosenheim berechnet ab **01. Februar 2021** 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 2021) und circa 28.000 Prozeduren (OPS Version 2021) 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 3.739,35€ und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiele (Basisfallwert hypothetisch):

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
B79Z	Schädelfrakturen	0,718	€ 3.739,35	€ 2.684,85
DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
104Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoproth. am Kniegelenk mit komplizierender Diagn. oder Arthrodesse	3,621	€ 3.739,35	€ 13.540,19

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 2021 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Fallpauschalenvereinbarung 2021 (FPV 2021) vorgegeben.

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 2021

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 2021 (FPV 2021).

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gem. § 5 FPV 2021

Gem. § 17b Abs. 1 S. 12 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 2021 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2021 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2021 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 2021 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 2021 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2021 keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Das Klinikum Rosenheim berechnet folgende Zusatzentgelte:

Zusatzentgelte ohne Anlage 2 FPV 2019 und ohne Zusatzentgelten nach § 6 Abs. 2 a KHEntgG		
760xxxxx		
76000010	Bezeichnung ZE2019-01 Beckenimplantate; OPS 5-785.2d oder 5-785.3d oder 5-785.4d oder 5-785.5d Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	3.333,53
76000774	Bezeichnung ZE2019-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.00 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	5.648,00 €
76000775	Bezeichnung ZE2019-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.01 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	6.468,00 €
76000E78	Bezeichnung ZE2019-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.03 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	7.825,00 €
76000E79	Bezeichnung ZE2019-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.04 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	8.500,00 €
76000E7A	Bezeichnung ZE2019-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.05 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	8.500,00 €
76000E7B	Bezeichnung ZE2019-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.06 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	8.500,00 €
76000E7C	Bezeichnung ZE2019-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.07 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	12.000,00 €
76000E7D	Bezeichnung ZE2019-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.08 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	12.000,00 €
76000E7E	Bezeichnung ZE2019-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.09 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	15.500,00 €
76000EDP	Bezeichnung ZE2019-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.0b Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	19.000,00 €

76000EDQ	<u>Bezeichnung</u> ZE2019-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.0c Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	22.500,00 €
76000EDR	<u>Bezeichnung</u> ZE2019-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.0d Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	26.000,00 €
76000EDS	<u>Bezeichnung</u> ZE2019-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.0e Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	29.500,00 €
76000777	<u>Bezeichnung</u> ZE2019-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.30 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	5.200,00 €
76000040	ZE2019-04 Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich; OPS 5-020.6 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	4.500,00 €
76000050	<u>Bezeichnung</u> ZE2019-05 Distraction am Gesichtsschädel; OPS 5-776.6 oder 5-776.7 oder 5-776.9 oder 5-777.*1 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	1.580,00 €
76000822	<u>Bezeichnung</u> ZE2019-13 Immunadsorption; OPS 8-821.0 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	1.800,00 €
76000150	<u>Bezeichnung</u> ZE2019-15 Zellapherese; OPS 8-823 oder 8-825.* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	692,00 €
7600022A	<u>Bezeichnung</u> ZE2019-22 IABP; OPS 8-839.0 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	809,51 €
76096922	<u>Bezeichnung</u> ZE2019-25 Modulare Endoprothesen, Hüfte; OPS 5-829.k oder 5-829.m Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	1.500,00 €
76096921	<u>Bezeichnung</u> ZE2019-25 Modulare Endoprothesen, Knie; OPS 5-829.k oder 5-829.m Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	2.250,00 €
76096923	<u>Bezeichnung</u> ZE2019-25 Modulare Endoprothesen, Schulter; OPS 5-829.k oder 5-829.m Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	1.700,00 €
76000410	<u>Bezeichnung</u> ZE2019-41 Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems; OPS 8-977 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	1.133,00 €

76000490	<u>Bezeichnung</u> ZE2019-49 Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC) in Kombination mit Peritonektomie und ggf. mit Mul Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	4.046,00 €
7609054B	<u>Bezeichnung</u> ZE2019-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-429.j1 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	783,60 €
7609054D	<u>Bezeichnung</u> ZE2019-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-429.j4 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	1.343,76 €
7609054F	<u>Bezeichnung</u> ZE2019-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-429.ja Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	2.016,15 €
7609054V	<u>Bezeichnung</u> ZE2019-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-429.jc Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	845,00 €
7609054X	<u>Bezeichnung</u> ZE2019-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-429.je Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	1.691,00 €
7609054Z	<u>Bezeichnung</u> ZE2019-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-429.jg Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	2.517,00 €
76000908	<u>Bezeichnung</u> ZE2019-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-449.h3 Ergänzende Festlegungen	820,00 €

76000913	Bezeichnung ZE2019-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-469.k3 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	820,00 €
7609054I	Bezeichnung ZE2019-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-489.g0 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	820,00 €
7609054A	Bezeichnung ZE2019-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-513.m* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	800,00 €
7609054B	Bezeichnung ZE2019-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-513.n* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	800,00 €
7609054C	Bezeichnung ZE2019-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-517.** Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	800,00 €
7609054Q	Bezeichnung ZE2019-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-526.e0 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	791,84 €
7609054R	Bezeichnung ZE2019-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-526.f0 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	791,84 €
7609054S	Bezeichnung ZE2019-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-529.g* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	791,84 €
7609054T	Bezeichnung ZE2019-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-529.j* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	791,84 €
7609054D	Bezeichnung ZE2019-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-529.n4 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	791,84 €
7609054E	Bezeichnung ZE2019-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-529.p2 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	791,84 €
7609054F	Bezeichnung ZE2019-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-529.r3 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	1.076,04 €
7609054G	Bezeichnung ZE2019-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-529.s2 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	1.076,04 €
7609061F	Bezeichnung ZE2019-61 Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensyst Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	23.500,00 €

7609081K	<u>Bezeichnung</u> ZE2019-61 Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensyst Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	20.000,00 €
76090828	<u>Bezeichnung</u> ZE2019-62 Mikroaxial-Blutpumpe, Fördermenge bis 2,5 l; OPS 8-839.42 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	10.400,00 €
76090829	<u>Bezeichnung</u> ZE2019-62 Mikroaxial-Blutpumpe, Fördermenge mehr als 2,5 l; OPS 8-839.42 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	17.493,00 €
7609086B	<u>Bezeichnung</u> ZE2019-86 Andere Neurostimulatoren und Neuroprothesen; OPS 5-039.g Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	10.000,00 €
7609086C	<u>Bezeichnung</u> ZE2019-86 Andere Neurostimulatoren und Neuroprothesen; OPS 5-039.h Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	10.000,00 €
7609086L	<u>Bezeichnung</u> ZE2019-86 Andere Neurostimulatoren und Neuroprothesen; OPS 5-039.p Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	10.000,00 €
7609088A	<u>Bezeichnung</u> ZE2019-88 Komplexe neuropädiatrische Diagnostik mit weiteren Maßnahmen; OPS 1-942.1 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	824,00 €
7609088B	<u>Bezeichnung</u> ZE2019-88 Komplexe neuropädiatrische Diagnostik mit weiteren Maßnahmen; OPS 1-942.2 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	1.133,00 €
7609088C	<u>Bezeichnung</u> ZE2019-88 Komplexe neuropädiatrische Diagnostik mit weiteren Maßnahmen; OPS 1-942.3 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	1.370,00 €
76091090	<u>Bezeichnung</u> ZE2019-109 Dialyse mit High-Cut-off-Dialysemembran; OPS 8-854.8 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	855,00 €
7600009B	<u>Bezeichnung</u> ZE2019-09 Hämoperfusion; OPS 8-856 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	936,00 €
76090E9P	<u>Bezeichnung</u> ZE2019-152 Mehrdimensionale pädiatrische Diagnostik; OPS 1-945.0 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	1.100,00 €
76090E9Q	<u>Bezeichnung</u> ZE2019-152 Mehrdimensionale pädiatrische Diagnostik; OPS 1-945.1 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	1.700,00 €

76096025	Bezeichnung ZE2019-56-1 Bosentan, eine Tablette zu 62,5 oder 125 mg Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	11,36 €
76096416	Bezeichnung ZE2019-58-25 Gabe von Alpha-1-Proteinaseinhibitor, human, parenteral, je 1000 mg; OPS 8-812.0* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	0,38 €
76097878	Bezeichnung ZE2018-59 Gabe von Interferon alfa-2a (nicht pegylierte Form), parenteral, je Fertigspritze mit 3 Mio. IE; OPS 8-812.1* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	20,43 €
76097551	Bezeichnung ZE2019-59 Gabe von Interferon alfa-2a (nicht pegylierte Form), parenteral, 6 Mio. IE; OPS 8-812.1* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	35,03 €
76097552	Bezeichnung ZE2019-59 Gabe von Interferon alfa-2a (nicht pegylierte Form), parenteral, 9 Mio. IE; OPS 8-812.1* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	61,30 €
76096418	Bezeichnung ZE2019-69-11 Gabe von Hämin, parenteral, je 250 mg; OPS 6-004.1* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	885,00 €
76096813	Bezeichnung ZE2019-74 Gabe von Sunitinib, oral, je mg; OPS 6-003.a* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	4,19 €
76096430	Bezeichnung ZE2018-75-19 Gabe von Sorafenib, oral, pro 1 mg Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	0,21 €
76096468	Bezeichnung ZE2018-77-27 Gabe von Lenalidomid, oral, pro 10 mg; OPS 6-003.g* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	322,24 €
76096470	Bezeichnung ZE2018-77-29 Gabe von Lenalidomid, oral, pro 25 mg; OPS 6-003.g* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	371,91 €
76096464	Bezeichnung ZE2019-79-25 Gabe von Nelarabin, parenteral, je 250 mg Flasche Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	433,28 €
76096664	Bezeichnung ZE2018-84 Gabe von Ambrisentan, oral, je Tablette Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	119,45 €
76096658	Bezeichnung ZE2018-85 Gabe von Temezirolimus, parenteral, je 1 mg; OPS 6-004.e* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	35,58 €
76096767	Bezeichnung ZE2019-91 Gabe von Dasatinib, oral, je mg; OPS 6-004.3* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	1,60 €

76097290	Bezeichnung ZE2018-101 Gabe von Mifamurtid, parenteral, je mg; OPS 6-005.g* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	872,59 €
76097365	Bezeichnung ZE2018-103 Gabe von Rituximab, subkutan, je mg; OPS 6-001.j* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	1,93 €
76097366	Bezeichnung ZE2018-104 Gabe von Trastuzumab, subkutan, je mg; OPS 6-001.m* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	4,10 €
76097327	Bezeichnung ZE2019-106 Gabe von Abatacept, subkutan, je mg; OPS 6-003.t* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	1,95 €
76091100	Bezeichnung ZE2019-110 Gabe von Tocilizumab, subkutan; OPS 6-005.n* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	2,63 €
76091110	Bezeichnung ZE2019-111 Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral; OPS 6-005.d* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	3,88 €
76091120	Bezeichnung ZE2019-112 Gabe von Abirateronacetat, oral; OPS 6-006.2* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	0,12 €
76097375	Bezeichnung ZE2019-113 Gabe von Cabazitaxel, parenteral, je mg; OPS 6-006.1* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	59,50 €
76091200	Bezeichnung ZE2019-120 Gabe von Pemetrexed, parenteral; OPS 6-001.c* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	2,26 €
76097510	Bezeichnung ZE2019-121 Gabe von Etanercept, parenteral, je 25 mg; OPS 6-002.b* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	168,85 €
76091220	Bezeichnung ZE2019-122 Gabe von Imatinib, oral; OPS 6-001.g* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	0,26 €
76097477	Bezeichnung ZE2019-123 Gabe von Caspofungin, parenteral, je 50 mg; OPS 6-002.p* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	30,94 €
76097512	Bezeichnung ZE2019-123 Gabe von Caspofungin, parenteral, je 70 mg; OPS 6-002.p* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	39,87 €
76097544	Bezeichnung ZE2019-124 Gabe von Voriconazol, oral, je 50 mg; OPS 6-002.5* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	0,45 €

76097480	Bezeichnung ZE2019-125 Gabe von Voriconazol, parenteral, je 200 mg; OPS 6-002.r* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	6,13 €
76097508	Bezeichnung ZE2018-130 Gabe von Belimumab, parenteral, je 1 mg; OPS 6-006.6* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	1,29 €
76097602	Bezeichnung ZE2019-131 Gabe von Defibrotid, parenteral, je mg; OPS 6-005.k* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	2,53 €
76097516	Bezeichnung ZE2019-132 Gabe von Thiotepa, parenteral, je 100 mg Ampulle; OPS 6-007.n* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	963,90 €
76097822	Bezeichnung ZE2019-140 Gabe von Brentuximabvedotin, parenteral, je mg; OPS 6-006.b* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	72,03 €
76097626	Bezeichnung ZE2018-141 Gabe von Enzalutamid, oral, je 40 mg; OPS 6-007.6* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	30,00 €
76091420	Bezeichnung ZE2019-142 Gabe von Aflibercept, intravenös; OPS 6-007.3* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	3,57 €
76097760	Bezeichnung ZE2018-143 Gabe von Eltrombopag, oral, je 50 mg; OPS 6-006.0* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	95,56 €
76091440	ZE2019-144 Gabe von Obinutuzumab, parenteral; OPS 6-007.j* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	3,33 €
76097627	Bezeichnung ZE2019-145 Gabe von Ibrutinib, oral, je 140 mg; OPS 6-007.e* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	68,44 €
76097821	Bezeichnung ZE2018-146 Gabe von Ramucirumab, parenteral, je mg; OPS 6-007.m* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	4,05 €
76097707	Bezeichnung ZE2019-147 Gabe von Bortezomib, parenteral, je mg; OPS 6-001.9* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	380,86 €
76097706	Bezeichnung ZE2019-148 Gabe von Adalimumab, parenteral, je mg; OPS 6-001.d* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	20,09 €
76097702	Bezeichnung ZE2019-149 Gabe von Infliximab, parenteral, je mg; OPS 6-001.e* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	1,90 €

76091500	Bezeichnung ZE2019-150 Gabe von Busulfan, parenteral; OPS 6-002.d* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	3,27 €
76097764	Bezeichnung ZE2019-151 Gabe von Rituximab, intravenös, je 100 mg; OPS 6-001.h* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	198,49 €
76091530	Bezeichnung ZE2019-153 Gabe von Trastuzumab, intravenös; OPS 6-001.k* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	2,42 €
76091540	Bezeichnung ZE2019-154 Gabe von Anidulafungin, parenteral; OPS 6-003.k* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	1,13 €
76091560	Bezeichnung ZE2019-156 Gabe von Posaconazol, parenteral; OPS 6-007.k* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	1,50 €
76091570	Bezeichnung ZE2019-157 Gabe von Pixantron, parenteral; OPS 6-006.e* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	15,39 €
76091580	Bezeichnung ZE2019-158 Gabe von Pertuzumab, parenteral; OPS 6-007.9* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	6,68 €
76091590	Bezeichnung ZE2019-159 Gabe von Blinatumomab, parenteral; OPS 6-008.7* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	67,46 €
76091600	Bezeichnung ZE2019-160 Gabe von Pembrolizumab, parenteral; OPS 6-009.3* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	30,23 €
76091610	Bezeichnung ZE2019-161 Gabe von Nivolumab, parenteral; OPS 6-008.m* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	11,81 €
76091620	Bezeichnung ZE2019-162 Gabe von Carfilzomib, parenteral; OPS 6-008.9* Ergänzende Festlegungen	19,56 €
76098058	Bezeichnung ZE2019-163 Gabe von Macitentan, oral, je 10 mg; OPS 6-007.h* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	65,85 €
76098059	Bezeichnung ZE2019-164 Gabe von Riociguat, oral, je Tablette; OPS 6-008.0* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	20,86 €
76091650	Bezeichnung ZE2019-165 Gabe von Nusinersen, intrathekal; OPS 6-00a.d Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen	89.530,40 €

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gem. § 7 FPV 2021

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 tages- bzw. fallbezogene krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart:

B61B	Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks außer bei Transplantation	Abrechnung pro Tag	€ 417,97
E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage	Abrechnung pro Tag	€ 339,95
B76A	Anfälle, mehr als 1 Beleg.tag, mit komplexer Diagnostik und Therapie	Abrechnung pro Tag	€ 433,10
U41Z	Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei psychischen Krankheiten und Störungen	Abrechnung pro Tag	€ 352,93
	Palliativmedizin (Besondere Einrichtung)	Abrechnung pro Tag	€ 467,75
Teilstationäre Leistungen (Leistungen nach Anlage 3b FPV 2021 und sonstige teilstationäre Leistungen)			
	Teilstationäre Onkologie	Abrechnung pro Tag	€ 488,62
	Teilstationäre Behandlung Pädiatrie	Abrechnung pro Tag	€ 319,72
	Teilstationäre Schmerztherapie	Abrechnung pro Tag	€ 355,56

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2021 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 2021 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 2021 für Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2021 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

5. Zusatzentgelte für spezialisierte Leistungen gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 3 KHEntgG

Keine Entgelte

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

- a) Gem. § 17 a KHG berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall zur Finanzierung von Ausbildungskosten.
Der Ausbildungszuschlag beträgt gegenwärtig: **68,23 €**
- b) Gem. §33 Abs. 3 S.1 PflBG berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag je voll- und teilstationären Fall zur Finanzierung von Ausbildungskosten Der Ausbildungszuschlag beträgt gegenwärtig: **77,39 €**
- c) Ferner berechnet das Krankenhaus gem. § 17b Abs. 1 Satz 4 und 6 KHG folgende Zuschläge / Abschläge:

Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen

in Höhe von 45,- € pro Tag

Zuschlag für das Onkologische Zentrum nach § 5 Abs. 1 bis 3 KHEntgG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall

in Höhe von 10,25 €

Zuschlag zur Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) nach § 5 Abs. 3c KHEntgG **in Höhe von 0,21%** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen, der Zusatzentgelte und der sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 .

8. 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 gem. § 137 c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG die in **Anhang 1** aufgeführten zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte in EURO ab.

9. Qualitätssicherungszu- und abschläge nach § 7 Abs. 1 Ziff. 7 KHEntgG

Qualitätssicherungszuschlag entsprechend der zweiten Ergänzungsvereinbarung zur Qualitätssicherung

in Höhe von € 1,13

10. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

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

in Höhe von € 1,66

b) Zuschlag für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139 a i.V.m. § 139 c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139 c SGB V und für die Finanzierung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137 a SGB V für jeden abzurechnenden Krankenhausfall

in Höhe von € 1,89

c) Zuschlag Notfallversorgung §9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG für jeden abzurechnenden Krankenhausfall

in Höhe von € 24,52

11. 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.

12. Weitere Zu- und Abschläge

a) Zuschlag für die Qualitätssicherung für Schlaganfallpatienten

in Höhe von € 3,10

b) Zuschlag für das Telemedizinische Pilotprojekt zur integrierten Schlaganfallversorgung (TEMPiS)

in Höhe von € 191,30

c) Zuschlag für das Modellprojekt „Flying Interventionalist“

in Höhe von € 15.691,00

13. 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:

a) vorstationäre Behandlung

- Innere Medizin	€ 147,25
- Pädiatrie	€ 94,08
- Neonatologie	€ 51,64
- Allgemeine Chirurgie	€ 100,72
- Unfallchirurgie	€ 82,32
- Urologie	€ 103,28
- Orthopädie	€ 133,96
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe	€ 119,13
- Neurologie	€ 114,02
- Intensivmedizin	€ 104,30
- Kinderchirurgie (Beleg)	€ 61,36
- Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde (Beleg)	€ 78,74
- Augenheilkunde (Beleg)	€ 68,51
- Zahn- und Kieferheilkunde (Beleg)	€ 64,42
- Schlaflabor 1. Nacht	€ 360,00
- Schlaflabor j.d. weitere Nacht innerh. 5 Tg	€ 213,00

b) nachstationäre Behandlung

- Innere Medizin	€ 53,69
- Pädiatrie	€ 37,84
- Neonatologie	€ 23,01
- Allgemeine Chirurgie	€ 17,90
- Unfallchirurgie	€ 21,47
- Urologie	€ 41,93
- Orthopädie	€ 20,96
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe	€ 22,50
- Neurologie	€ 40,90
- Intensivmedizin	€ 36,81
- Kinderchirurgie (Beleg)	€ 24,54
- Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde (Beleg)	€ 37,84
- Augenheilkunde (Beleg)	€ 38,86
- Zahn- und Kieferheilkunde (Beleg)	€ 23,52

Zusätzlich zu den Pauschalen für vor- oder nachstationäre Behandlung können Leistungen mit medizinisch technischen Großgeräten (Computer-Tomographie-Geräte – CT, Magnet-Resonanz-Geräte – MR, Linksherzkatheter-Messplätze – LHM, Hochvolttherapie-Geräte, Positronen-Emissions-Tomographie-Geräte – PET) nach entsprechenden DKG-NT-Ziffern

abgerechnet werden.

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.

14. Entgelte für sonstige Leistungen

- a) Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnen das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.
- b) Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus € 10,50

15. Zuzahlungen

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.

16. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gem. § 2 FPV 2021 oder der Rückverlegung gem. § 3 Abs. 3 FPV 2021 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2021 zusammengefasst und abgerechnet.

17. Belegärzte, Beleghebammen, Belegentbindungspfleger

Mit den Entgelten nach Nr. 1 – 11 sind nicht abgegolten:

- a) die ärztlichen Leistungen von Belegärzten in Belegkrankenhäusern und Belegabteilungen sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses;
 - b) die Leistungen von Beleghebammen bzw. Belegentbindungspflegern.
- Diese Leistungen werden von dem Belegarzt bzw. der Beleghebamme / dem Belegentbindungspfleger gesondert berechnet.

18. Entgelte für Wahlleistungen

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

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 (§ 115a 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 § 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 nachfolgend aufgeführten 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 Auflistung der Wahlärzte und deren ständige ärztliche Vertreter befindet sich im Anhang zu diesem Entgelttarif.

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.

Begleitperson

- Für die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson, welche aus medizinischen Gründen **nicht erforderlich** ist (**Wahlleistung**), werden **€ 45,00** pro Tag berechnet.

Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer:

- **Sh. Anhang 2**
- Eine Reservierung bzw. das Freihalten eines 1-Bett-Zimmers ist nach Vereinbarung kostenpflichtig. Für einen Zeitraum von maximal vier Tagen besteht die Möglichkeit der Reservierung bzw. des Freihaltens des gebuchten 1-Bett-Zimmers für den Fall, dass das Zimmer vorübergehend nicht genutzt werden kann. Während der Zeit der Reservierung / des Freihaltens, in welcher das Zimmer nicht anderweitig belegt wird, berechnet das Krankenhaus einen um 25 % geminderten Zimmerpreis.

Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer:

- **Sh. Anhang 2**

c) Telefon u. TV inklusive Flatrate, Grundgebühr: **€ 3,90 je Berechnungstag;**
Gesprächsgebühren für Auslands-
Mobil-Telefonate:

d) Internetzugang: sofern technisch vorhanden **€ 10,00 je Aufenthalt**
[In den Wahlleistungen 1-/ 2-Bettzimmer u. Suite sind die Leistung **c.)** u. **d.)** bereits enthalten.]

Inkrafttreten

Dieser **DRG-Entgelttarif tritt am 01.02.2021 in Kraft**. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01.01.2021 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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

Gleichzeitig können Sie beim Medizincontrolling auch jederzeit Einsicht in das DRG-Klassifikationssystem mit den zugehörigen Kostengewichten sowie die zugehörigen Abrechnungsregeln nehmen. Alle relevanten Dokumente sowie weiterführende Informationen finden Sie auch auf der offiziellen Homepage des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) [www.g-drg.de]

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.