

DRG-Entgelttarif 2019 für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

Die RoMed Klinik Prien am Chiemsee berechnet ab **01. November 2019** folgende Entgelte:

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

Das Entgelt für die allgemeinen voll- und teilstationären Leistungen der Klinik 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 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 (Basisfallwert hypothetisch):

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor	0,726	€ 3.533,70	€ 2.565,47
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesse oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation oder periprothetische Fraktur an der Schulter oder am Knie	3,624	€ 3.533,70	€ 12.806,13

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.

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 in der Klinik 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 Zusatzentgeltkatalogen gem. § 5 FPV 2019

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 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 **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. Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2019 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2019 keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der

Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Die Klinik Prien berechnet folgende Zusatzentgelte:

ZE 2019-25	Modulare Endoprothesen Hüfte	1.500,00 €
ZE 2019-25	Modulare Endoprothesen Knie	2.250,00 €
ZE 2019-54	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	783,60 €
ZE 2019-54	Selbstexpandierende Prothesen am Gallengang	800,00 €
ZE 2019-97	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren	Kostenerstattung

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gem. § 7 FPV

Für die Vergütung von Leistungen, die noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden, hat die Klinik gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende fall- bzw. tagesbezogene krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart:

- z.B. Leistungen nach Anlage 3a und 3b FPV

B61B	Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks	Pro Tag 417,97 €
B76A	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnostik und Therapie	Pro Tag 433,10 €
E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage	Pro Tag 339,95 €

- z.B. Leistungen besonderer Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 S. 10 KHG

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. Können für die Leistungen nach Anlage 3b FPV 2019 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 2019 für Leistungen nach Anlage 3a FPV 2019 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

Für folgende Leistungen, die den Fallpauschalen und Zusatzentgelten aus den Entgeltkatalogen nach § 7 S. 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG zwar zugeordnet, mit ihnen jedoch nicht sachgerecht vergütet werden, hat die Klinik gem. § 6 Abs. 2a KHEntgG folgende gesonderte Zusatzentgelte vereinbart:

Derzeit sind keine vereinbart.

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

Die Klinik berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 17a KHG je voll- und teilstationärem Fall in Höhe von **340,32 €**
- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von **45,00 € pro Tag**
- Zuschlag Pflegestellen-Förderprogramm nach § 4 Abs. 8 KHEntgG bei Patientinnen oder Patienten, die zur voll- oder teilstationären Behandlung in der Klinik aufgenommen werden in Höhe von **3,25 %**
- Pflegezuschlag nach § 8 Abs. 10 KHEntgG in Höhe von **30,02 € je Fall**
- Zuschlag Hygiene-Förderprogramm gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG in Höhe von **0,12 %**
- Abschlag nach § 5 Abs. 4 KHEntgG in Höhe von **- 4,32 %**
- Fixkostendegressionsabschlag gem. § 4 Abs. 2a Satz 5 bzw. Satz 7 KHEntgG in Höhe von **- 468,43 € (je CM-Punkt)**
- Zuschlag für die Teilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG **146,75 € pro Fall**

7. 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. § 137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet die Klinik gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG die in der Anlage 1 aufgeführten, zeitlich befristeten fallbezogenen Entgelte oder Zusatzentgelte in EURO ab.

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

- Qualitätssicherungszuschlag pro Fall in Höhe von **1,06 €**

9. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

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

in Höhe von 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 den abzurechnenden Krankenhausfall

in Höhe von 1,82 €

10. Weitere Zuschläge

- Zuschlag Qualitätssicherung Schlaganfall

in Höhe von 3,10 €

- Zuschlag Onkologisches Zentrum

in Höhe von 10,25 €

- Zuschlag nach § 5 Abs. 3c KHEntgG der QFR-RL (Qualitätssicherung-Richtlinien für Früh- und Reifgeborene)

in Höhe von 0,29 %

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

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

a. vorstationäre Behandlung

- Allgemeine Chirurgie	€	100,72
- Innere Medizin	€	147,25

b. nachstationäre Behandlung

- Allgemeine Chirurgie	€	17,90
- Innere Medizin	€	53,69

Zusätzlich zu den Pauschalen für vor- oder nachstationäre Behandlung mit medizinisch technischen Großgeräten (Computer-Tomographie-Geräte – CT, Magnet-Resonanz-Geräte – MR, Linksherzkatheter-Messplätze – LMH, 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.

12. Entgelte für sonstige Leistungen

1. Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnen die Klinik sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.
2. Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet die Klinik als Verwaltungskostenpauschale von **25,00 €**.

13. Zuzahlungen**Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten**

Als Eigenbeteiligung zieht die Klinik 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 S. 2 SGB V). Dieser Betrag wird von der Klinik nach § 43b Abs. 3 SGB V im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen beim Patienten eingefordert.

14. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dieselbe Klinik 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.

15. 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 der Klinik;
2. die Leistungen von Beleghebammen bzw. Entbindungspflegern.

Diese Leistungen werden von dem Belegarzt bzw. der Hebamme / dem Entbindungspfleger gesondert berechnet.

16. Entgelte für Wahlleistungen

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

a) Ärztliche Leistungen

Bei der Inanspruchnahme der Wahlleistung "ärztliche Leistungen" kann die

Wahl nicht auf einzelne liquidationsberechtigte Ärzte der Klinik 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 der Klinik, 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 der Klinik. Dies gilt auch, soweit die Klinik 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 der Klinik oder eine externe Abrechnungsstelle für den liquidationsberechtigten Arzt tätig wird.

Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen werden, auch soweit sie von der Klinik 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:

Fachabteilung	Wahlarzt	Ständiger ärztl. Vertreter
Anästhesie	Dr. med. Stefan Czarnecki	Claudia Trebes, ltd. Oberärztin
Allgemein- / Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Josef Stadler Marcus Nowotny Martin Huth	Martin Huth, ltd. Oberarzt Dr. med. Michael Fischer, Oberarzt Dr. med. Karl-W. Henkel, Oberarzt
Unfallchirurgie, Orthopädie	Prof. Dr. med. Gerd Regel Dr. med. Martin Primbs	Marcus Nowotny, Oberarzt
Department Endoprothetik	Andreas Unsin	Dr. med. Jens Apel, Oberarzt
Orthopädische Chirurgie	Dr. med. Gregor Droscha Dr. med. Martin Schulz-Jahrsdörfer Dr. med. Tobias Seebauer	
Konservative Orthopädie und Schmerztherapie	Christoph Burkl	Dr. med. Dele Carin Iversen, Oberärztin
Innere Medizin	Dr. med. Oliver Benetka	Dr. med. Stefan Kommissari, ltd. Oberarzt (Kardiologie/ Intensivmedizin) Dr. med. Inge Hugenberg, Oberärztin (Diabetologie) Dr. med. Gerhard Meier, Oberarzt (Akut-Geriatrie)

Radiologie	Prof. Dr. med. Gunnar Tepe	Ayass Makhoul, Facharzt
Rückenzentrum	Dr. med. Jörg List (Neurochirurgie)	
	Dr. med. Eberhard Mayer (Orthopädie)	
Plastische Chirurgie	Dr. med. Silke Scheele	
	Dr. med. Florian Sandweg	

Die RoMed Klinik Prien arbeitet mit folgenden Kooperationsärzten für die Erbringung spezieller Leistungen zusammen:

Dr. med. M. Urban

Dr. med. S. Söllner

Dr. med. W. Schaffler

Auswärtige Untersuchungsinstitute / Konsiliarärzte:

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.

Begleitperson

- Für die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson, welche aus medizinischen Gründen nicht erforderlich ist (**Wahlleistung**), werden im See-/ Südbettenhaus **48,00 €** pro Tag und im GHZ **59,00 €** berechnet

Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer:

- im See-/ Südbettenhaus **72,85 €** Zuschlag je Berechnungstag
- im GHZ **134,00 €** Zuschlag je Berechnungstag

Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer:

- im See-/ Südbettenhaus **40,80 €** Zuschlag je Berechnungstag
- im GHZ **60,00 €** Zuschlag je Berechnungstag
- Tagespauschale Plastische Chirurgie Einbettzimmer: **357,00 €** (incl. 19% MwSt.)
- Tagespauschale Plastische Chirurgie Zweibettzimmer: **238,00 €** (incl. 19% MwSt.)

Telefon und Fernsehen:

- Pauschale **3,90 €** pro Tag inkl. Telefon-Flatrate ins Festnetz und nationale Mobilfunknetze, Fernsehen inkl. 6 SKY-Kanäle

Internet/ WLAN:

- Pauschale von 10,00 € gültig ab der 1. Verbindung für die Dauer von 14 Tagen

Sonstige Wahlleistungen

- Tubenligatur (Pauschale ohne Arztkosten des Operators) **353,91 €**

- Tubenligatur während bereits bestehendem stat. Aufenthalt aus anderen Gründen (Pauschale ohne Arztkosten des Operateurs) **315,00 €**

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.11.2019 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif / Pflegekostentarif vom 01.07.2019 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter unserer Klinik 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 in der Klinik (InEK). Die Adresse ist: 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.