

DRG-Entgelttarif 2020 für Krankenhäuser
im Anwendungsbereich des KHEntgG
und
Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

Die VENEN-CLINIC, Fachkrankenhaus für Venen- und Enddarmkrankungen,
vertreten durch die Fa. phlebo-med GmbH (Krankenhausträgerin)

berechnet ab dem **01.04.2020** folgende Entgelte:

1.) Fallpauschalen (DRGs) gemäß § 7 Abs. 1 S. 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 **3.786,00 €** 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	€ 3.500,00	€ 1.809,50
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesen oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation oder periprothetische Fraktur an der Schulter oder am Knie	3,202	€ 3.500,00	€ 11.207,00

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 2020 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Fallpauschalenvereinbarung 2020 (FPV 2020) vorgegeben.

2.) Über- und Unterschreiten der Grenzverweildauer bzw. der mittleren Verweildauer der Fallpauschale (DRG) gemäß § 1 Abs. 2 und 3 sowie § 3 Abs. 1 und 2 FPV 2020

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 2020 (FPV 2020).

3.) Zu- und Abschläge gemäß § 7 Abs. 1 S. 1 Ziff. 4 KHEntgG

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 17a KHG je voll- und teilstationärem Fall

in Höhe von 141,16 €.

Abweichend von der Vereinbarung über den Ausbildungszuschlag nach § 17a Abs. 5 KHG für das Jahr 2020 vom 08.11.2019, beträgt der einheitlich von allen Krankenhäusern zu erhebende Ausbildungszuschlag gem. § 17a Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 KHG (befristet für Aufnahmen vom 15.04.2020 bis 30.09.2020) 210,00 € je voll- und teilstationärem Fall. Für Aufnahmen vom 01.10.2020 bis 31.12.2020 gilt wiederum der Ausbildungszuschlag von 141,16 €.

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 33 Pflegeberufegesetz (PflBG) je voll- und teilstationärem Fall

in Höhe von 34,26 €

- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von 45,00 € pro Tagⁱ

- Abschlag wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG in Höhe von 60,00 € je vollstationärem Fall.

- Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche gemäß § 5 Abs. 4 KHEntgG

in Höhe von ... % (ist im Rahmen der ausstehenden Budgetverhandlungen noch festzusetzen)

auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte sowie auf die sonstigen Entgelte nach [§ 6 Abs. 1 Satz 1](#) und [Abs. 2a](#) KHEntgG

- Fixkostendegressionsabschlag gemäß § 4 Abs. 2a KHEntgG

in Höhe von ... % (ist im Rahmen der ausstehenden Budgetverhandlungen noch festzusetzen)

auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen.

- Zu- und Abschläge für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG

Zuschlagsanteil Krankenhaus: 0,81 €

Zuschlagsanteil Land: 0,45 €

Zuschlag gesamt: 1,26 €

4.) 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.

Kann der krankenhausesindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4 KHEntgG aufgrund einer fehlenden Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2020 noch nicht berechnet werden, sind gemäß § 15 Abs. 2a S. 1 und 2 KHEntgG (i.d.F.d. MDK-

RefG) für die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 6a KHEntgG die Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 S. 5 KHG mit **146,55 €** zu multiplizieren. Für krankenhausesindividuelle voll- und teilstationäre Entgelte gemäß § 6 KHEntgG, für die in dem Pflegeerlöskatalog Bewertungsrelationen ausgewiesen sind, ist bis zum Wirksamwerden der Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2020 abweichend von § 15 Abs. 2 S. 3 KHEntgG die bisher geltende Entgelthöhe abzurechnen, die um die Höhe der nach Satz 1 ermittelten tagesbezogenen Pflegeentgelte zu mindern ist.

Abweichend hiervon wird der o.a. Pflegeentgeltwert nach § 15 Abs. 2a KHEntgG (neu) durch das Covid-19-Krankenhaus-Entlastungsgesetz zum 01.04.2020 von 146,55 € auf **185,00 €** erhöht.

5.) Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

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

in Höhe von 1,66 €

- 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 voll- und teilstationären Krankenhausfall

in Höhe von 2,24 €ⁱⁱ

6.) Telematikzuschlag nach § 291a Abs. 7a S. 1 SGB V

- Zuschlag für die Finanzierung der den Krankenhäusern entstehenden Investitions- und Betriebskosten der erforderlichen erstmaligen Ausstattungskosten in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der elektronischen Gesundheitskarte (Telematikzuschlag) nach § 291a Abs. 7a S. 1 SGB V für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall

in Höhe von ... € (ist im Rahmen der ausstehenden Budgetverhandlungen noch festzusetzen)

7.) Zuschlag zur Abgeltung von Preis- und Mengensteigerungen infolge des Coronavirus SARS-CoV-2 nach § 21 Abs. 6 KHG

Zur pauschalen Abgeltung von Preis- und Mengensteigerungen infolge des Coronavirus SARS-CoV-2, insbesondere bei persönlichen Schutzausrüstungen, nach § 21 Abs. 6 KHG für jeden Patienten, der zwischen dem 01.04.2020 bis einschließlich 30.09.2020 zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen wird

in Höhe von 50,00 € je voll- oder teilstationären Fall

oder

in Höhe von 100,00 € je voll- oder teilstationären Fall,
wenn die Patienten mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert sind.

8.) Zusatzentgelt für Testung auf Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 gemäß der Vereinbarung nach § 26 Abs. 2 KHG

Für Kosten, die dem Krankenhaus für Testungen von Patientinnen und Patienten, die zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen wurden, auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 entstehen, rechnet das Krankenhaus auf Grund der Vereinbarung nach § 26 Abs. 2 KHG gesondert folgendes Zusatzentgelt ab:

Patienten mit Aufnahmedatum vom 14.05.2020 bis 15.06.2020:	63,00 €
Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 16.06.2020:	52,50 €.

9.) Zuschlag nach § 8 Abs. 11 KHEntgG bzw. § 8 Abs. 7 BPfIV

Zuschlag zum pauschalen Ausgleich nicht refinanzierter Tarifsteigerungen im Bereich des Pflegepersonals nach § 8 Abs. 11 KHEntgG für jeden Patienten, der im Zeitraum 01.05.2020 bis 31.12.2020 zur voll- oder teilstationären Behandlung im Krankenhaus aufgenommen wird

in Höhe von 0,42 % des Rechnungsbetrages.

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

vorstationäre Behandlung „Gefäßchirurgie“ in Höhe von 134,47 € je Berechnungstag

b. nachstationäre Behandlung

nachstationäre Behandlung „Gefäßchirurgie“ in Höhe von 23,01 € je Berechnungstag

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.) Entgelte für sonstige Leistungen

1. Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnen das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.

2. Telefon (Grundgebühr 0,50 € pro Tag ohne Entlassungs- oder Verlegungstag; Einheiten entsprechend Einzelverbindungsanruf à 0,25 €)
Satelliten-TV, gfls. Einmalaufsatz für Kopfhörer (Grundgebühr 3,00 € pro Tag ohne Entlassungs- oder Verlegungstag)

12.) Zuzahlungen**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 (§ 61 S. 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43c Abs. 3 SGB V **im Auftrag 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.ⁱⁱⁱ

15.) 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.

1. Ärztliche Leistungen:

Bei der Inanspruchnahme der Wahlleistung „ärztliche Leistungen“ kann die Wahl nicht auf einzelne liquidationsberechtigte Ärzte des Krankenhauses beschränkt werden (§ 22 Abs. 1 BPfIV i.V.m. § 17 Abs. 3 KHEntgG). Eine Vereinbarung über die **wahlärztlichen Leistungen** erstreckt sich auf die ärztlichen Leistungen aller an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten oder beamteten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der voll- und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten oder ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Dies gilt auch, soweit die wahlärztlichen Leistungen vom Krankenhaus berechnet werden; die Liquidation erfolgt nach der GOÄ/GOZ in der jeweils gültigen Fassung.

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

Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen 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, S. 1 GOÄ / GOZ) oder bei unvorhergesehener Verhinderung des Wahlarztes der Fachabteilung von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs. 2 S. 3 GOÄ / GOZ) erbracht:

Fachabteilung	Wahlarzt	ständiger ärztlicher Vertreter
Gefäßchirurgie	Dr. med. Peter-Matthias Baier	Dragan Vanovac
Anästhesie	Dr. med. Christian Kambeck	Dr. med. Christian Voigt

Die ärztlichen Wahlleistungen werden auch für den Verlegung- oder Entlassungstag berechnet.

Die ärztlichen Leistungen der Konsiliarärzte und der fremden ärztlich geleiteten Einrichtungen werden von diesen nach den für sie geltenden Tarifen berechnet.

2. Unterkunft

a) Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung

Fachabteilung	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Gefäßchirurgie (1800)	separates WC, separate Dusche (Zimmer 1,2,3), Farbfernseher mit Satelliten-TV, Balkon, Wahlverpflegung, Tageszeitung, WLAN u.a.	67,00 €

b) Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung

Fachabteilung	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Gefäßchirurgie (1800)	separates WC, separate Dusche (Zimmer 11), Farbfernseher mit Satelliten-TV, Balkon, Wahlverpflegung, Tageszeitung, WLAN u.a.	36,00 €

Die Entgelte für eine Wahlleistung „Unterkunft“ werden für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des Krankenhausaufenthalts berechnet (Berechnungstag), der

Entlassungs- oder Verlegungstag jedoch nur bei teilstationärer Behandlung (§ 14 Abs. 2 BpflV).

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.09.2020 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif / Pflegekostentarif vom 01.07.2020 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, steht Ihnen die Krankenhausverwaltung 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 eine Krankenhausbehandlung versichert sind.

Anmerkungen:

-
- ⁱ 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.
 - ⁱⁱ 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.
 - ⁱⁱⁱ 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.