

Die Evangelische Krankenhaus Witten gemeinnützige GmbH berechnet vom 01. Januar 2018 an

1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 17b KHG

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 durch diagnoseorientierte Fallpauschalen (sog. Diagnosis-Related-Groups – DRG –) abgerechnet. Entsprechend der DRG-Systematik bemisst sich das konkrete Entgelt nach den individuellen Umständen des Krankheitsfalles.

Die Zuweisung zu einer DRG erfolgt über verschiedene Parameter. Die wichtigsten sind hierbei die Hauptdiagnose sowie ggf. durchgeführte Prozeduren (Operationen, aufwändige diagnostische oder therapeutische Leistungen). Evtl. vorhandene Nebendiagnosen können zudem die Schweregradeinstufung beeinflussen. Für die Festlegungen der Diagnosen und Prozeduren stehen Kataloge mit ca. 13.000 Diagnosen (ICD-10 GM Version 2018) und ca. 28.000 Prozeduren (OPS-301 Version 2018) zur Verfügung. Neben den bisher genannten können auch andere Faktoren wie z. B. das Alter oder die Entlassungsart Auswirkungen 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 und 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 3.452,70 € 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	Erlös
B80Z	Andere Kopfverletzungen	0,367	3.452,70 €	1.267,14 €
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese	3,621	3.452,70 €	12.502,23 €

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 Aufenthaltes gestellt und welche diagnostischen bzw. therapeutischen Leistungen im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden. Für das Jahr 2018 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem 2018 (FPV 2018) 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 3

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 der Verweildauern werden gesetzlich vorgegebene Zu- oder Abschläge fällig. Die näheren Einzelheiten und das Berechnungsverfahren hierzu regelt die FPV 2018.

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gem. § 5 FPV 2018

Gem. § 17b Abs. 1 Satz 12 KHG können die für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren. Dies gilt auch für die Höhe der Entgelte. Für das Jahr 2018 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit Anlage 5 der FPV 2018 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 zur FPV 2018 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.

Folgende Zusatzentgelte sind vereinbart:

ZE2017-25	Modulare Endoprothesen	2002,20 €
ZE2017-54	Selbstexpandierende Prothese am Gastrointestinaltrakt	723,02 € / 750,22 € / 867,63 €
ZE2017-112	Gabe von Abirateronacetat, oral	ab 585 € (ab 3.000mg)
ZE2017-120	Gabe von Pemetrexed, parenteral	ab 1.215 € (ab 700 mg)
ZE2017-123	Gabe von Caspofungin, parenteral	ab 515 € (ab 100mg)
ZE2015-125	Gabe von Voriconazol, Parenteral	ab 55,98 € (a b1,6g)

Können für die Leistungen nach Anlage 4 bzw. 5 FPV 2018 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 2018 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2018 keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gem. § 7 FPV 2018

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

A90A	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, umfassende Behandlung	195,12 €
A90B	Teilstationäre Komplexbehandlung, Basisbehandlung	154,11 €
B61B	Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt	4.084,50 € ggf. Zu- oder Abschläge
E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Behandlungstage	6.800,00 € ggf. Zu- oder Abschläge

Können für die Leistungen nach Anlage 3a FPV 2018 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 2018 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 2018 für Leistungen nach Anlage 3a FPV 2018 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag 450,00 € abzurechnen.

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

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

	vorstationäre Behandlung	nachstationäre Behandlung
Viszeralchirurgie	100,72 €	17,90 €
Geriatric	72,09 €	30,68 €
Innere Medizin	147,25 €	53,69 €
Strahlentherapie	186,62 €	330,29 €
Onkologie	75,67 €	46,02 €
Unfallchirurgie	82,32 €	21,47 €
Urologie	103,28 €	41,93 €

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.

6. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten nach DKG-NT 1-Ziffern

5369	Höchstwert der Ziffern 5370-5374	122,71 €
5370	CT im Kopfbereich – ggf einschließlich des kraniозervikalen Übergangs	81,81 €
5371	CT im Hals- und/oder Thoraxbereich	94,08 €
5372	CT im Abdominalbereich	106,35 €
5373	CT des Skeletts (Wirbelsäule, Extremitäten oder Gelenke bzw. Gelenkpaare)	77,72 €
5374	CT der Zwischenwirbelsäule im Bereich Hals-, Brust- und/oder Lendenwirbelsäule	77,72 €
5375	CT der Aorta in ihrer gesamten Länge	81,81 €
5376	Ergänzende CT(s) mit mindestens einer zusätzlichen Serie – zusätzl. zu Nr. 5370-5375	20,45 €
5377	Zuschlag für computergesteuerte Analyse, einschl. 3D-Rekonstruktion	32,72 €
5378	CT zur Bestrahlungsplanerstellung oder zu intervent. Maßnahmen	40,90 €
5380	Mineralgehaltsbestimmung (Osteodensitometrie) von repräsentat. Skelettteilen	12,27 €

Ziffer	Magnet-Resonanz-Gerät (MR) – Leistungen	Betrag
5700	MR im Bereich des Kopfes (einschl. Hals), in 2 Projektionen (mind. Eine T2-gew.)	179,97 €
5705	MR im Bereich der Wirbelsäule, in zwei Projektionen	171,79 €
5715	MR im Bereich des Thorax (einschl. Hals), der Thoraxorgane und/oder der ges. Aorta	175,88 €
5720	MR im Bereich des Abdomens und/oder des Beckens	179,97 €
5721	MR der Mamma(e)	163,61 €
5729	MR eines oder mehrerer Gelenke oder Abschnitte von Extremitäten	98,17 €
5730	MR einer oder mehrerer Extremität(en) mit Darstellung von mind. Zwei großen Gelenken	163,61 €
5731	Erg. Serie(n) zu den Leistungen nach den Nummern 5700-5730	40,90 €
5732	Zuschlag zu den Nummern 5700 bis 5730 für Positionswechsel und/oder Spulenwechsel	40,90 €
5733	Zuschlag für computergesteuerter Analyse (z.B. Kinetik. 3D-Rekonstruktion)	32,42 €
5735	Höchstwert für Leistungen nach den Nummern 5700-5730	245,42 €

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:

NUB Enzalutamid	1mg / 1.000mg	0,78 € / 780,00 €
NUB Nivolumab	1mg	13,22 €
NUB Aflibercept	1mg	3,53 €
NUB Carfilzomib	1mg	23,41 €
NUB Ibrutinib	1mg / 1.000mg	0,51 € / 510,00 €
NUB Obinutuzumab	1mg / 1.000mg	3,21 € / 3210,00 €
NUB Ramucirumab	1mg	5,78 €

8. Zuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 4 KHEntgG

Gem. § 17a KHG berechnet das Krankenhaus einen krankenhausesindividuellen Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall zur Finanzierung von Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen in Höhe von **87,86 €**.

9. Gem. § 17b Abs. 1 Satz 4 und 6 KHG berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag für die Aufnahme von Begleitpersonen/Pflegekraft in Höhe von 45,00 €/Tag.

10. Qualitätssicherungszuschlag nach § 17b Abs. 1 Satz 5 KHG:

Qualitätssicherungszuschlag Land	0,17 €/Fall
Qualitätssicherungszuschlag KH	0,74 €/Fall

Dieser Zuschlag wird auf der Rechnung für jeden vollstationären Krankenhausfall in einem Betrag in Höhe von **0,91 €/Fall** ausgewiesen.

11. Zuschläge für Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben:

DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von **1,31 €/Fall**

Zuschlag für die Finanzierung von Mehrkosten, die durch Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 5 Abs. 3c KHEntgG in Höhe von **1,70 €/Fall**.

12. Weitere Zu- und Abschläge

Fixkostendegressionsabschlag gemäß §4 Abs. 2b KHEntgG

Eine Vereinbarung eines Abschlages zwischen Krankenhaus und Kostenträgern erfolgt dann, wenn das Krankenhaus in der Budgetvereinbarung des jeweils aktuellen Jahres mehr Leistungen vereinbart hat als im Vorjahr. Für alle Aufnahmen ab dem 01.01.2018 erfolgt ein Abschlag in Höhe von 1,19 %.

Zu-/Abschläge für Erlösausgleiche gemäß § 5 Abs. 4 KHEntgG

Dieser Zu- bzw. Abschlag erfolgt, da ab dem Jahr 2009 der krankenhausesindividuelle Basisfallwert zugunsten eines Landesbasisfallwertes weggefallen ist, die Verrechnung von Ausgleichsbeträgen aber nach wie vor möglich sein muss. Dies erfolgt nunmehr durch einen Zu- bzw. Abschlag, dessen Höhe durch das Krankenhaus und die Kostenträger vereinbart wird.

Pflegezuschlag nach § 8 Abs. 10 KHEntgG

Für alle Aufnahmen ab dem 01.01.2018 erhalten Krankenhäuser in Westfalen-Lippe pro vollstationären Fall einen Zuschlag in Höhe von 22,52 €, der gesondert in der Rechnung auszuweisen ist.

Zuschlag „Hygieneförderprogramm“ gemäß § 4 Abs. 11 KHEntgG

Für alle Aufnahmen ab dem 01.01.2018 erhalten teilnehmende Krankenhäuser einen Zuschlag nach dem Hygieneförderprogramm, der als prozentualer Aufschlag auf die DRG-Pauschale ausgestaltet ist und gesondert in der Rechnung auszuweisen ist (Höhe 0,06% vom Basisfallwert)

Zuschlag „Pflegestellen-Förderprogramm“ gemäß §4 Abs. 8 KHEntgG

Für alle Aufnahmen ab dem 01.01.2018 erhalten Krankenhäuser zur finanziellen Förderung der zusätzlichen Personalkosten bei der Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Stellen von ausgebildetem Pflegepersonal mit einer Berufserlaubnis nach § 1 Krankenpflegegesetz in Höhe von 0,30% auf die abgerechneten 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.

13. Entgelte für sonstige Leistungen

- Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnen das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.
- Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus 25,00 €.
- Für das Einsetzen eines Magenbandes (Gastric banding) und die notwendigen Vor- und Nachuntersuchungen in Zusammenhang mit dieser Operation berechnet das Krankenhaus einen Pauschalpreis von 5.200,00 € incl. gesetzlicher Umsatzsteuer an den Selbstzahler.
- Für die Sterilisationsoperation beim Mann (Vasektomie) in Lokalanästhesie berechnet das Krankenhaus 410,00 € bei der Durchführung in Vollnarkose werden 495,00 € berechnet. Beide Preise gelten incl. gesetzlicher Umsatzsteuer. Die Kosten sind vom Patienten zu tragen. Einzelheiten können der gesonderten Patienteninformation zum Thema Vasektomie entnommen werden.
- Der Eigenanteil an den Fahrtkosten zur tagesklinischen Behandlung in der Geriatrie wird den Patienten weiterberechnet. Der jeweilige Preis wird den Patienten bei Beginn der Behandlung mitgeteilt und richtet sich nach der Entfernung zum Wohnort.
- Für die Mitbehandlung im Rahmen einer zahnmedizinischen Behandlung durch die Zahnklinik der Universität Witten-Herdecke berechnet das Krankenhaus pauschal 2.400,00 € incl. gesetzlicher Umsatzsteuer. Damit sind die Kosten für die Allgemeine Krankenhausbehandlung im Einzelfall bis zu einer Dauer von drei Tagen abgegolten. Die Kosten sind vom Patienten zu tragen. Einzelheiten sind der gesonderten Patientenaufklärung zum Thema zahnmedizinische Behandlung zu entnehmen.
- Für das Einsetzen eines Magenballons einschließlich der notwendigen Vor- und Nachuntersuchungen in Zusammenhang mit dieser Behandlung berechnet das Krankenhaus einen Pauschalpreis von 2.000,00 € incl. gesetzlicher Umsatzsteuer. Die Kosten sind vom Patienten zu tragen.

14. 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 gem. § 39 Abs. 4 SGB V in Höhe von zurzeit **10,00 € je Kalendertag** (§ 61 S. 2 SGB V) ein. Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43b Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.

15. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gem. § 2 FPV 2018 oder der Rückverlegung gem. § 3 Abs. 3 FPV 2018 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2018 zusammengefasst und abgerechnet.

16. Belegärzte

Mit den Entgelten nach 1 - 15 sind nicht abgegolten:

- die ärztlichen Leistungen von Belegärzten in Belegkrankenhäusern und Belegabteilungen sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses;
- die Leistungen von Beleghebammen bzw. Entbindungspflegern.

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

17. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet (§ 17 KHEntg). Einzelheiten der Berechnung entnehmen Sie bitte der Wahlleistungsvereinbarung sowie der Patienteninformation über die Entgelte der wahlärztlichen Leistungen.

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01. Januar 2018 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01. August 2017 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter/-innen der Patientenverwaltung und der Aufnahme gerne zur Verfügung.

Gleichzeitig können Sie dort auch Einsicht in das DRG-Klassifikationssystem mit den zugehörigen Kostengewichten sowie den zugehörigen Abrechnungsregeln nehmen.

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