

DRG-Entgelttarif 2020 für die Klinikum Würzburg Mitte gGmbH Stand 01.09.2020

Die Klinikum Würzburg Mitte gGmbH (Missioklinik / Juliusspital) berechnet ab 01.09.2020 folgende Entgelte:

1. Fallpauschalen 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.

Welche DRG bei einem Krankheitsbild letztlich für die Abrechnung heranzuziehen ist, lässt sich nicht vorhersagen. Hierfür kommt es darauf an, welche Diagnose(n) (ICD-10-GM Version 2020) am Ende des stationären Aufenthaltes gestellt und welche diagnostischen beziehungsweise therapeutischen Leistungen (OPS-301 Version 2020) im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden. Weitere Faktoren wie z.B. das Alter oder die Entlassart können ebenso die Höhe des Entgelts beeinflussen.

Für das Jahr 2020 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 FPV 2020 vorgegeben.

Die DRG-Fallpauschalenhöhe errechnet sich aus der Multiplikation von:

- Relativgewicht, welches im Rahmen der DRG-Systempflege jährlich variieren kann.
(vgl. dazu Vereinbarung zum Fallpauschalensystem; gesetzlicher Katalog)
- und landesweitem Basisfallwert (Bayern), der jährlichen Anpassungen unterliegt.

Der ab 01.01.2020 gültige landesweite Basisfallwert für Bayern beträgt € 3.660,92

z.B. DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
B79Z	Schädelfrakturen	0,718	3.660,92	2.628,54 €

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 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 FPV 2020.

Klinikum Würzburg Mitte gGmbH

Post- & Rechnungsadresse
Salvatorstr. 7 · 97074 Würzburg
www.kwm-klinikum.de

GF: Volker Sauer · Dominik Landeck
AG Würzburg
HRB: 13336

KWM-Standort Juliusspital

Juliuspromenade 19 · 97070 Würzburg
Tel. 0931/393-0 · Fax 0931/791-2120
www.kwm-juliusspital.de

KWM-Standort Missioklinik

Salvatorstr. 7 · 97074 Würzburg
Tel. 0931/791-0 · Fax 0931/791-2120
www.kwm-missioklinik.de

3. 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 krankenhausindividuellen 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 krankenhausindividuelle 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. 6 a KHEntgG die Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 S.5 KHG mit 185 € zu multiplizieren. Für Krankenhausindividuelle 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.

4. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gem. § 5 FPV 2020

Gem. § 17b Abs. 1 Satz 12 KHG können die für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (GKV-Spitzenverbände, PKV-Verband und Deutsche Krankenhausgesellschaft) Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren. Dies gilt auch für die Höhe der Entgelte. Für das Jahr 2020 werden die bundeseinheitlichen Zusatzentgelte durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2020 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit der Anlage 6 zur FPV 2020 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.

Entgelt	Bezeichnung	Entgelthöhe
ZE 2020-01	Beckenimplantate OPS: 5-785.2d; 5-785.3d; 5-785.4d; 5-785.5d	2.736,00 €
ZE 2020-03	ECMO/PECLA OPS: 8-852.0*;8-852.2*; 8-852.3*	4.975,00 €
ZE 2020-13	Immunadsorption OPS: 8-821.0	2.100,00 €
ZE 2020-22	IABP: Intraaortale Ballonpumpe OPS: 8-839.0	808,83 €
ZE 2020-25_1	Modulare Endoprothese OPS: 5-829.k; 5-829.m - Hüfte	1.470,00 €
ZE 2020-25_2	Modulare Endoprothese OPS: 5-829.k; 5-829.m - Knie	2.187,50 €
ZE 2020-25_3	Modulare Endoprothese OPS: 5-829.k; 5-829.m - Schulter	1.500,00 €
ZE2020-36	Versorgung von Schwerstbehinderten	200,00 €
ZE 2020-49	HIPEC/HITOC	3.950,00 €
ZE 2020-54	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt OPS: 5-429.j0, 5-429.j1; 5-429.j3; 5-429.j4; 5-429.j9; 5-429.ja; 5-429.jb; 5-429.jc; 5-429.jd; 5-429.je; 5-429.jf; 5-429.jg; 5-449.h*; 5-469.k*; 5-489.g0; 5-513.m*; 5-513.n*,5-517.**; oder 5-526.e0; 5-526.f0; 5-529.g*; 5-529.j*; 5-529.n4; 5-529.p2 oder 5-529.r3 oder 5-529.s2	850,00 €
ZE 2020-56-1	Gabe von Bosentan, eine Tablette zu 62,5 oder 125 mg	10,70 €
ZE2020-62	Mikroaxial-Blutpumpe, Fördermenge mehr als 2,5l OPS:8-839.42	14.000,00 €
ZE 2020-69	Gabe von Hämin, parenteral pro mg OPS: 6-004.1*	4,10 €
ZE2020-74	Gabe von Sunitinib, oral pro mg OPS: 6.003.a*	4,62 €
ZE2020-75	Gabe von Sorafenib, oral pro 200 mg Tablette OPS: 6-003.b*	37,65 €
ZE2020-77	Gabe von Lenalidomid, oral pro mg OPS 6-003.g*	32,70 €
ZE2020-79	Gabe von Nelarabin, parenteral pro 10 mg OPS 6-003.e*	17,33 €
ZE 2020-84	Gabe von Ambrisentan, oral pro Tablette	119,45 €

Entgelt	Bezeichnung	Entgelthöhe
ZE 2020-85	Gabe von Temsirolimus, parenteral pro mg OPS: 6-004.e*	35,58 €
ZE 2020-88	Komplexe neuropädiatrische Diagnostik mit weiteren Maßnahmen OPS: 1-942.1 oder 1-942.2 oder 1-942.3	1.200,00 €
ZE2020-97	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren	Erstattung zusätzlich angefallene Kosten
ZE 2020-106	Gabe von Abatacept, subkutan pro mg OPS: 6-003.t*	2,10 €
ZE 2020-110	Gabe von Tocilizumab, subkutan pro mg OPS: 6-005.n*	2,59 €
ZE 2020-111	Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral pro mg OPS: 6-005.d*	3,80 €
ZE 2020-112	Gabe von Abirateronacetat, oral pro 500 mg OPS: 6-006.2*	59,48 €
ZE 2020-113	Gabe von Cabazitaxel, parenteral Preis pro mg OPS: 6-006.1*	63,22 €
ZE 2020-120	Gabe von Pemetrexed, parenteral pro mg OPS: 6-001.c*	1,90 €
ZE 2020-121	Gabe von Etanercept, parenteral pro mg OPS: 6-002.b*	5,85 €
ZE 2020-123	Gabe von Caspofungin, parenteral pro mg OPS: 6-002.p*	6,90 €
ZE 2020-124	Gabe von Voriconazol, oral je 200 mg Tablette OPS 6-002.5*	1,70 €
ZE 2020-125	Gabe von Voriconazol, parenteral je mg OPS 6-002.r*	0,03 €
ZE 2020-130	Gabe von Belimumab, parenteral Preis pro mg OPS: 6-006.6*	1,29 €
ZE 2020-135	Basisdiagnostik bei unklarem Symptomkomplex bei Neugeborenen und Säuglingen mit weiteren Maßnahmen OPS 1-944.10	1.876,00 €
ZE 2020-135	Basisdiagnostik bei unklarem Symptomkomplex bei Neugeborenen und Säuglingen mit weiteren Maßnahmen OPS 1-944.20	461,00 €
ZE 2020-135	Basisdiagnostik bei unklarem Symptomkomplex bei Neugeborenen und Säuglingen mit weiteren Maßnahmen OPS 1-944.30	2.320,00 €
ZE 2020-136	Einlegen von endobronchialen Nitinolspiralen je Spirale OPS 5-339.8*	1.046,00 €
ZE 2020-137	Gabe von rekombinalem aktiviertem Faktor VII OPS: 8-810.6*	Kostenerstattung
ZE 2020-138	Gabe von Fibrinogenkonzentrat OPS: 8-810.j*	Kostenerstattung
ZE 2020-139	Gabe von Blutgerinnungsfaktoren OPS: 8-810.7* oder 8-810.8* oder 8-810.9* oder 8-810.a* oder 8-810.b*	Kostenerstattung
ZE 2020-141	Gabe von Enzalutamid, oral pro 40 mg Kps OPS: 6-007.6*	29,84 €
ZE 2020-142	Gabe von Aflibercept, intravenös pro mg OPS:6-007.3*	3,57 €
ZE2020-143	Gabe von Eltrombopag, oral je 25 mg Tabl. OPS: 6-006.0*	42,87 €
ZE 2020-144	Gabe von Obinutuzumab, parenteral je 10 mg OPS: 6-007.j*	32,82 €
ZE 2020-145	Gabe von Ibrutinib, oral je 140 mg Kps. OPS: 6-007.e*	57,40 €
ZE 2020-146	Gabe von Ramucirumab, parenteral pro mg OPS 6-007.m*	4,05 €
ZE 2020-147	Gabe von Bortezomib, parenteral pro mg OPS:6-001.9*	424,66 €
ZE 2020-148	Gabe von Adalimumab,, parenteral pro mg OPS: 6-001.d*	13,34 €
ZE 2020-149	Gabe von Infliximab, parenteral pro mg OPS: 6-001.e*	2,05 €
ZE 2020-151	Gabe von Rituximab, intravenös pro mg OPS:6-001.h*	1,78 €
ZE 2020-152	Mehrdimensionale pädiatrische Diagnostik OPS: 1-945.0	1.000,00 €
ZE 2020-152	Mehrdimensionale pädiatrische Diagnostik OPS: 1-945.1	1.350,00 €
ZE 2020-153	Gabe von Trastuzumab, intravenös pro mg OPS 6-001.k*	2,26 €
ZE 2020-154	Gabe von Anidulafungin, parenteral je 100 mg OPS 6-003.k*	65,00 €
ZE 2020-158	Gabe von Pertuzumab, parenteral pro mg OPS 6-007.9*	6,20 €
ZE 2020-159	Gabe von Blinatumomab, parenteral pro mg OPS 6-008.7*	68,49 €
ZE 2020-160	Gabe von Pembrolizumab, parenteral pro mg OPS 6-009.3*	30,23 €
ZE 2020-161	Gabe von Nivolumab, parenteral pro mg OPS 6-008.m*	11,81 €
ZE 2020-162	Gabe von Carfilzomib, parenteral pro mg OPS 6-008.9*	19,27 €
ZE 2020-163	Gabe von Macitentan, oral je 10 mg Tbl. OPS 6-007.h*	63,47 €
ZE 2020-164	Gabe von Riociguat, oral je Tabl. OPS 6-008.0*	28,03 €

Sofern noch keine entsprechenden Entgelte vereinbart wurden, sind gem. § 5 Abs. 2 FPV 2020 für jeden Belegungstag € 600,00 abzurechnen.

5. Sonstige Entgelte für Leistungen gem. § 7 FPV 2020

Für die Vergütung von Leistungen, die nach § 7 Abs. 1 FPV 2020 noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 1 KHEntG mit den zuständigen Kostenträgern folgende tagesbezogene krankenhaushausindividuelle Entgelte vereinbart:

DRG	Bezeichnung	Entgelthöhe
A43Z	Frührehabilitation bei Wachkoma und Locked-in-Syndrom	504,18 €
B11Z	Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur	592,82 €
B43Z	Frührehabilitation bei Krankheiten u. Störungen des Nervensystems, mehr als 27 Tage	515,63 €
B49Z	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson	389,56 €
B61B	Best. akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt	429,27 €
B76A	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnostik und Therapie	453,37 €
E41Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	449,37 €
E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage	338,50 €
F29Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit bestimmter OR-Prozedur, außer kardiothorakale Eingriffe	514,71 €
F45Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	479,70 €
G51Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	479,70 €
I40Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	430,28 €
I96Z	Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 20 Tage	514,71 €
K01Z	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit Frührehabilitation oder geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung	412,35 €
K43Z	Frührehabilitation bei endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	493,44 €
W01A	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder komplexen Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, mit Frührehabilitation	514,71 €
W05Z	Frührehabilitation bei Polytrauma mit OR-Prozedur	514,71 €
W40Z	Frührehabilitation bei Polytrauma	514,71 €
PSPALL	Pflegesatz Palliativ; Besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 S. 15 KHG	473,92 €

Sofern noch keine entsprechenden Entgelte für Leistungen nach Anlage 3a vereinbart wurden, sind gem. § 7 Abs. 4 FPV 2020 für jeden Belegungstag € 600,00 abzurechnen. Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2020 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall für jeden Belegungstag € 450,00 abzurechnen.

6. Neue Untersuchungs- u. Behandlungsmethoden (NUBs) 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 folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab:

Entgelt - Bezeichnung	Entgelthöhe pro Einheit
Abemaciclib (je Tablette zu 50 mg oder 100 mg oder 150 mg)	56,82 €
Alectinib (je 150 mg Hartkapsel)	25,66 €
Alemtuzumab (je mg) OPS: 6-001.0*	828,70 €
Atezolizumab (je 1200 mg/20 ml)	4.499,69 €
Avelumab (je mg)	5,03 €
Axitinib (je mg)	12,27 €
Axitinib (je Tablette zu 5 mg oder 7 mg) OPS: 6-006.g	61,37 €
Bezlotoxumab (je 10 mg)	35,10 €
Cabozantinib (je Tablette zu 20 mg oder 40 mg oder 60 mg)	201,04 €
Canakinumab (je mg)	88,84 €
Ceritinib (je 150 mg)	58,76 €
Certolizumab (je 200 mg)	736,17 €
Cladribin (je 10 mg Tablette)	2.010,36 €
Crizotinib (je 200 mg)	70,51 €
Crizotinib (je 250 mg)	88,14 €
Dabrafenib (je 50 mg Kapsel)	33,03 €
Dabrafenib (je 75 mg Kapsel)	49,58 €
Durvalumab (je mg)	5,47 €
Elbasvir-Grazoprevir (je 50 mg Elbasvir, je 100 mg Grazoprevir)	298,52 €
Eribulin (je 0,88 mg)	383,87 €
Everolimus bei Neoplasie (je 10 mg) OPS: 6-005.8	153,68 €
Everolimus bei fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom (je 10 mg)	130,63 €
Golimumab (je 50 mg Fertigspritze)	1.788,93 €
Golimumab (je 100 mg Fertigspritze) OPS: 6-005.2	1.982,14 €
Guselkumab (je 100 mg)	3.255,84 €
Icatibant (je 30 mg)	2.053,36 €
Idarucizumab (je 2,5 g) OPS: 6-008.f	1.041,25 €
liposomales Irinotecan (je mg)	19,99 €
Isavuconazol, intravenös (je 200 mg Flasche)	637,86 €
Isavuconazol, oral (je 100 mg Kapsel)	61,64 €
Ixekizumab (je 80 mg)	1.332,80 €
Antivirale HCV-Therapie mit einer Kombination aus Ledipasvir-Sofosbuvir (je Tablette zu 90 mg Ledipasvir / 400 mg Sofosbuvir)	517,95 €
Lenvatinib (je mg bei Gabe der 4 mg Hartkapsel)	69,81 €
Lenvatinib (je mg bei Gabe der 10 mg Hartkapsel)	69,81 €

Nilotinib (je Tablette zu 150 mg) OPS: 6-004.6	31,80 €
Nilotinib (je Tablette zu 200 mg) OPS: 6-004.6	44,99 €
Niraparib (je 100 mg)	136,80 €
Ocrelizumab (je 300 mg)	8.032,50 €
Olaparib (je 100 mg Tablette) OPS: 6-009.0	38,56 €
Olaratumab (je 10 mg)	30,22 €
Osimertinib (je Tablette zu 40 mg oder 80 mg)	228,63 €
Palbociclib, oral (je Kapsel zu 75 mg oder 100 mg oder 125 mg)	124,10 €
Pazopanib (pro mg)	0,18 €
Ribociclib (je 200 mg Tablette)	55,58 €
Ruxolitinib (je 5 mg)	33,77 €
Ruxolitinib (je Tablette zu 10 mg oder 15 mg oder 20 mg)	67,55 €
Sarilumab (je 150 mg oder 200 mg)	686,33 €
Secukinumab (je 150 mg)	819,40 €
Selexipag (je Tablette)	50,53 €
Sofosbuvir (je 400 mg)	49,55 €
Sofosbuvir-Velpatasvir (je Tablette)	344,64 €
Teduglutid (je 1,25 mg)	363,72 €
Teduglutid (je 5 mg)	727,45 €
Trametinib (je 0,5 mg)	37,01 €
Trametinib (je 2 mg)	148,04 €
Trastuzumab-Emtansin (je mg)	19,08 €
Treprostinil (je 20 mg Flasche)	4.283,00 €
Treprostinil (je 100 mg Flasche)	13.230,42 €
Treprostinil (je 200 mg Flasche)	22.130,43 €
Trifluridin-Tipiracil (je Tablette zu 15 mg Trifluridin, je 6,14 mg Tipiracil)	37,04 €
Trifluridin-Tipiracil (je Tablette zu 20 mg Trifluridin, je 8,19 mg Tipiracil)	49,39 €
Ustekinumab (je 45 mg oder 90 mg)	4.733,05 €
Ustekinumab bei Gabe der 130 mg Fertigspritze OPS: 6-005.j	4.801,06 €
Vedolizumab (je mg)	8,01 €

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

Gem. § 115a SGB V berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen folgende Entgelte:

Vorstationäre Leistungen (fallbezogene Pauschale)

Allgemeinchirurgie	100,72 €
Thoraxchirurgie	121,18 €
Unfallchirurgie	82,32 €
Frauenheilkunde	119,13 €
Geburtshilfe	119,13 €
Kinderheilkunde	94,08 €
Pneumologie	219,34 €
Intensivmedizin	104,30 €
Pädiatrie	94,08 €
Urologie	103,28 €
Kardiologie	156,97 €
Gastroenterologie	164,64 €
Neurologie	114,02 €
Tropenmedizin	147,25 €
Schlafbezogene Atmungsstörungen bei Erwachsenen für den/die erste Behandlungstag/-nacht	370,00 €
Für jeden/jede weiteren/weitere Behandlungstag/-nacht innerhalb von 5 Kalendertagen	220,00 €

Nachstationäre Leistungen (tagesbezogene Pauschale)

Allgemeinchirurgie	17,90 €
Thoraxchirurgie	45,50 €
Unfallchirurgie	21,47 €
Frauenheilkunde	22,50 €
Geburtshilfe	22,50 €
Kinderheilkunde	37,84 €
Pneumologie	66,47 €
Pädiatrie	37,84 €
Urologie	41,93 €
Kardiologie	61,36 €
Gastroenterologie	63,91 €
Neurologie	40,90 €
Tropenmedizin	53,69 €

Gem. § 8 Abs. 2 Nr. 4 KHEntgG ist eine vorstationäre Behandlung neben einer Fallpauschale (DRG) nicht gesondert abrechenbar. Eine nachstationäre Behandlung kann zusätzlich zu einer Fallpauschale (DRG) berechnet werden, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale (DRG) übersteigt.

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. Zuschläge und Abschläge

- 9.1 Zuschlag für die externe Qualitätssicherung in Bayern für das Jahr 2020 beträgt pro Krankenhausaufenthalt Euro 1,13 vgl. §17b Abs. 1 Satz 5 KHG sowie § 8 Abs. 4 KHEntgG
- 9.2 DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG beträgt im Jahr 2020 pro Krankenhausaufenthalt Euro 1,66
- 9.3 Systemzuschlag für den Gemeinsamen Bundesausschuss n. § 91 SGB V und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Medizin n. § 139a SGB V beträgt im Jahr 2020 pro Krankenhausaufenthalt Euro 2,24
- 9.4 Zuschlag nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von Euro 45,00 pro Tag
- 9.5 Zuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 4 KHEntgG
Der krankenhausespezifische Ausbildungszuschlag für die Aufnahmen ab 01.09.2020 beträgt Euro 100,10€ pro Krankenhausaufenthalt
- 9.6 Ausbildungszuschlag gem. § 33 Abs. 3 S. 1 PflBG in Höhe von Euro 59,57 (gültig für Aufnahmen ab dem 01.08.2020)
- 9.7 Zuschlag für jeden zu dokumentierenden Krankenhausaufenthalt im Rahmen des Qualitätssicherungsprojekts Schlaganfallbehandlung in Bayern für 2020 in Höhe von Euro 3,10
- 9.8 Zuschlag für die telemedizinische Versorgung im Schlaganfallnetzwerk TRANSIT nach § 5 Abs. 1 bis 3 KHEntgG in Höhe von Euro 203,82 für jede Schlaganfallbehandlung (gültig für Aufnahmen ab dem 01.05.2020)
- 9.9 Zuschlag für das übergreifende Fehlermeldesystem „Krankenhaus–CIRS–Netz Deutschland 2.0“ in Höhe von Euro 0,20 pro Krankenhausfall gemäß der Bestimmung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 139a Absatz 3 Satz 3 SGBV (gültig für Aufnahmen ab dem 01.04.2019)
- 9.10 Zuschlag für die Teilnahme an der Notfallversorgung in Höhe von € 21,86 nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG
Der Zuschlag wird für vollstationäre Aufnahmen in der Zeit ab 01.01.2020 erhoben
- 9.11 Zuschlag gem. §21 Abs. 6 KHG zur Vergütung der höheren Aufwendungen der Krankenhäuser bei der Materialbeschaffung in Höhe von € 50,-
Der Zuschlag wird für vollstationäre Aufnahmen in der Zeit ab 01.04.2020 erhoben.
- 9.12 Zum pauschalen Ausgleich nicht refinanzierter Tarifsteigerungen im Bereich des Pflegepersonals in Krankenhäusern wird nach § 8 Abs. 1 KHEntgG für jeden Patienten, der im Zeitraum vom 01.05.2020 bis zum 31.12.2020 zur voll- oder teilstationären Behandlung in ein Krankenhaus aufgenommen wird, ein Zuschlag in Höhe von 0,42 % des Rechnungsbetrages erhoben.
- 9.13 Zuschlag gem. §21 Abs. 6 KHG zur Vergütung der höheren Aufwendungen der Krankenhäuser bei der Materialbeschaffung bei Nachweis einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 in Höhe von 100,-€
Der Zuschlag wird für vollstationäre Aufnahmen in der Zeit ab 09.07.2020 erhoben.

10. Entgelte für sonstige Leistungen

Das Krankenhaus berechnet für:

- 10.1 Hilfsmittel, wie z. B. Prothesen und Gehstöcke, den tatsächlichen Aufwand
- 10.2 Leichenschau und Leichenhausgebühr je 35,00 €

11. Entgelte für ambulante Leistungen

Das Krankenhaus rechnet ab:

- 11.1 In den Ambulanzen der Chefärzte die Leistungen nach der GOÄ in der jeweiligen Fassung
- 11.2 In der Ambulanz des Krankenhauses die Leistungen nach dem Tarif der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG-NT) nach GOÄ in der jeweiligen Fassung
- 11.3 Ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe auf Grundlage des im Jahr 2020 geltenden EBM bzw. bei selbstzahlenden Patienten auf Grundlage der GOÄ

12. Zuzahlungen

Das Krankenhaus zieht für gesetzlich versicherte Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zur Weiterleitung an die Krankenkassen von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an – innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage – eine Zuzahlung ein. Der Zuzahlungsbetrag beläuft sich auf € 10,- je Kalendertag und wird vom Krankenhaus an die entsprechende Mitgliedskrankenkasse abgeführt. Lt. § 39 Abs. 4 SGB V wird vom Krankenhaus die Zuzahlungsrechnung gestellt.

13. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gem. § 2 FPV 2020 oder der Rückverlegung gem. § 3 Abs. 3 FPV 2020 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2020 zusammengefasst und abgerechnet.

14. Entgelte für Wahlleistungen

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

14.1. Nichtärztliche Wahlleistungen

Unterkunft Standort Missio:

Unterbringung im 1-Bett-Zimmer Station 32 pro Tag		145,00 €
Unterbringung im 2-Bett-Zimmer Station 32 pro Tag		78,00 €
Unterbringung im 1-Bett-Zimmer (übrige Stationen) pro Tag		117,17 €
Unterbringung im 2-Bett-Zimmer (übrige Stationen) pro Tag		71,77 €
Unterbringung im Familienzimmer Geburtshilfe	Preis pro Berechnungstag für die Mutter	71,77 €
	Preis pro Berechnungstag für den Vater	45,00 €
Unterbringung und Verpflegung je Begleitperson soweit aus medizinischen Gründen nicht notwendig pro Tag		45,00 €

Unterkunft Standort Juliuspital:

Unterbringung im 1-Bett-Zimmer Stationen 11/21 pro Tag	145,00 €	Unterbringung und Verpflegung je Begleitperson soweit aus medizinischen Gründen nicht notwendig pro Tag	45,00 €
Unterbringung im 1-Bett-Zimmer (übrige Stationen) pro Tag	92,62 €	Unterbringung und Verpflegung je Begleitperson auf der Palliativstation pro Tag	30,00 €
Unterbringung im 2-Bett-Zimmer Stationen 11/21 pro Tag	78,00 €		
Unterbringung im 2-Bett-Zimmer (übrige Stationen) pro Tag	42,93 €		

14.2 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 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) 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 einer gesonderten Rechnung von den jeweils liquidationsberechtigten Krankenhausärzten geltend gemacht, sofern nicht eine externe Abrechnungsstelle für den liquidationsberechtigten Arzt tätig wird.

Die gesondert berechenbaren Leistungen werden, auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden, vom Wahlarzt der Fachabteilung oder der ärztlich geleiteten Einrichtung persönlich oder unter der Aufsicht des Wahlarztes nach fachlicher Weisung von einem nachgeordneten Arzt der Abteilung bzw. des Instituts (§ 4 Abs. 2 Satz 3 GOÄ/GOZ) erbracht.

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

Standort Missioklinik betreffend:

Die Abrechnungsstelle am Standort Missioklinik für den Chefarzt der Tropenmedizin, die Chefarztin der Pädiatrie und den Chefarzt der Radiologie ist die Ärztliche Verrechnungsstelle Büdingen GmbH.

Die Anästhesie wird über die Privatärztliche Verrechnungsstelle I.R. Heppner abgerechnet.

Zum Zwecke der Abrechnung geht die vollständige Krankenakte an die Ärztliche Verrechnungsstelle über die PADLine GmbH und die Firma DATEV eG.

Die Mitarbeiter der Abrechnungsstelle unterliegen der Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

Die ärztlichen Leistungen der Fachabteilungen Urologie, Pneumologie, Thoraxchirurgie, Gynäkologie/Geburtsmedizin sowie Laboratoriumsmedizin werden vom Krankenhaus nach der GOÄ in der jeweils gültigen Fassung berechnet.

Die Leistungen werden am Standort Juliuspital über die hausinterne GOÄ-Abteilung abgerechnet.

Standort Juliuspital betreffend:

Die ärztlichen Leistungen der Fachabteilungen Unfallchirurgie/Orthopädie und Wiederherstellungschirurgie, Kardiologie, Gastroenterologie/Rheumatologie, Allgemeine Chirurgie, Neurologie, Intensivmedizin, Anästhesie, Palliativmedizin, Laboratoriumsmedizin und Radiologie werden vom Krankenhaus nach der GOÄ in der jeweils gültigen Fassung berechnet.

Die Abrechnungsstelle am Standort Juliuspital für die ambulanten Leistungen des Chefarztes der Kardiologie ist die Ärztliche Verrechnungsstelle Büdingen GmbH, für die ambulanten Leistungen in der allgemeinchirurgischen Abteilung die Privatärztliche Verrechnungsstelle Stolzke. Die ambulanten Leistungen der Anästhesie werden über das Chefarzt Sekretariat abgerechnet. Alle anderen Leistungen werden am Standort Juliuspital über die hausinterne GOÄ-Abteilung abgerechnet.

15. Belegärzte

Mit den Entgelten nach Nr. 1 sind nicht die ärztlichen Leistungen von Belegärzten der Belegabteilung, sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses abgegolten.

16. Entgelte für Begutachtung

16.1 Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnet das Krankenhaus Entgelte nach Nr. 1 und 2 des Entgelttarifes.

16.2 Daneben

- berechnet der liquidationsberechtigte Arzt sein Honorar;
- werden Einzelleistungen nach GOÄ abgerechnet;
- werden Schreibgebühren für das Gutachten erhoben;
- werden Porto-, Telefon- und Versandkosten berechnet.

17. Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.09.2020 in Kraft.
Gleichzeitig verliert der DRG-Entgelttarif vom 01.08.2020 seine Wirkung.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter unserer Patientenaufnahme oder Patientenabrechnung 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.

Würzburg, den 01.09.2020
Klinikum Würzburg Mitte gGmbH