

DRG-Entgelttarif

Inhaltsverzeichnis

	Seite
I. Allgemeines zum DRG-Entgelttarif	2
- Vor- und nachstationäre Krankenhausleistungen	4
- Zuschläge	4
- Zuzahlungen	4
- Belegärzte, Beleghebammen, -entbindungspfleger	4
- Entgelte für Wahlleistungen	4
- Entgelte für sonstige Leistungen	5
II. Inkrafttreten	6

I. DRG-Entgelttarif 2018 im Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

Das Ortenau Klinikum als Eigenbetrieb des Ortenaukreises berechnet ab dem 01.01.2018 folgende Entgelte:

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

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 2018) und circa 30.000 Prozeduren (OPS Version 2018) 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 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 **3.350,01 EUR** 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	0,718	3.500,00 EUR	2.513,00 EUR
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesese	3,621	3.500,00 EUR	12.673,50 EUR

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 2018 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Fallpauschalenvereinbarung 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 2018

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 2018 (FPV 2018).

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2018

Soweit dies zur Ergänzung der Fallpauschalen in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, 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) gemäß § 17b Abs. 1 S. 7 KHG 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 der Anlage 5 der FPV 2018 vorgegeben.

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

Können für die Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2018 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt **600,00 EUR** 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 Satz 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt **600,00 EUR** abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte: (siehe **Anlage 1**).

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2018

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 fall- bzw. tagesbezogene krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart: (siehe **Anlage 2**).

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 EUR** 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 EUR** 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 Satz 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **450,00 EUR** abzurechnen.

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

Für folgende Leistungen, die den Fallpauschalen und Zusatzentgelten aus den Entgeltkatalogen nach § 7 Satz 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG zwar zugeordnet, mit ihnen jedoch nicht sachgerecht vergütet werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 2a KHEntgG folgende gesonderte Zusatzentgelte vereinbart (siehe **Anlage 3**).

6. 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 folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab (siehe *Anlage 4*).

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

Gemäß § 115a SGBV berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen folgende Entgelte, soweit diese nicht bereits mit der Fallpauschale abgegolten sind: (siehe *Anlage 5*).

Gem. § 8 Abs. 2 Satz 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.

8. Zuschläge (siehe *Anlage 6*)

9. 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,- EUR je Kalendertag (§ 61 Satz 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43 c Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.

10. Wiederaufnahme und Rückverlegung

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

11. Belegärzte, Beleghebammen, -entbindungspfleger

Mit den Entgelten nach Nr. 1 - 8 sind nicht abgegolten:

1. die ärztlichen Leistungen von Belegärzten in 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.

12. 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.

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 und 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 der Regel gesondert von den jeweils liquidationsberechtigten Krankenhausärzten geltend gemacht, sofern nicht die Verwaltung des Ortenau 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: (siehe **Anlage 7**)

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

b) **Unterkunft** (siehe **Anlage 8**)

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.

c) **Weitere Wahlleistungen** (siehe **Anlage 8**)

13. Entgelte für sonstige Leistungen

Das Krankenhaus berechnet für

1. Hilfsmittel (z.B. Prothesen, Unterarmstützkrücken, Krankenfahrstühle):

Erstattung des tatsächlichen Aufwandes.

2. Leichenschau und Ausstellung einer Todesbescheinigung:

40,-- EUR.

3. Nutzungsentgelt für Leichenkühlzelle pro Werktag (Berechnung ab dem 3. Werktag):

20,-- EUR.

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

II. Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt für das Ortenau Klinikum Offenburg-Gengenbach am 01.01.2018 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif / Pflegekostentarif vom 30.11.2017 aufgehoben.

Offenburg, den 29.12.2017

gez. Keller
Geschäftsführer

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, steht Ihnen unsere Stationäre Abrechnung 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.

DRG-Entgelttarif
Anlage 1
Zusatzentgelte

Zusatz-entgelt	OPS-Kode	Bezeichnung	Betrag
ZE2018-01	5-785.3d	Beckenimplantate	1.159,00 EUR
ZE2018-05	5-777.41	Distraktion am Gesichtsschädel	1.150,00 EUR
ZE2018-13	8-821.0	Immunadsorption	1.132,00 EUR
ZE2018-13	8-821.10	Immunadsorption	11.769,01 EUR
ZE2018-13	8-821.11	Immunadsorption	545,69 EUR
ZE2018-25	5-829.k*	Modulare Endoprothesen (Knie)	1.700,00 EUR
ZE2018-25	5-829.k*	Modulare Endoprothesen (Hüfte)	1.500,00 EUR
ZE2018-25	5-829.k*	Modulare Endoprothesen (Schulter)	986,49 EUR
ZE2018-25	5-829.m	Modulare Endoprothesen (Tumorknie)	2.100,00 EUR
ZE2018-53	5-38a.c1	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	11.764,83 EUR
ZE2018-54*)	5-429.j1	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt (Ösophagus)	442,65 EUR
ZE2018-54*)	5-489.g0	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt (Rektum)	722,66 EUR
ZE2018-54*)	5-513.m0	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt (Galle)	691,55 EUR
ZE2018-54*)	5-513.n0	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt (Galle)	782,78 EUR
ZE2018-54*)	5-517.00	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt (Galle)	766,53 EUR
ZE2018-58	8-812.04	Gabe von Alpha-1-Proteinaseninhibitor human, parenteral	0,31 EUR
ZE2018-67*)	8-840.04	Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal	255,73 EUR
ZE2018-74	6-003.a*	Gabe von Sunitinib, oral	3,71 EUR
ZE2018-75	6-003.b*	Gabe von Sorafenib, oral	0,10 EUR
ZE2018-77	6-003.g*	Gabe von Lenalidomid, oral	12,06 EUR
ZE2018-84	6-004.2*	Gabe von Ambrisentan, oral	9,56 EUR
ZE2018-85	6-004.e*	Gabe von Temsirolimus, parenteral	30,88 EUR
ZE2018-88	1-942.1	Komplexe neuropädiatrische Diagnostik mit weiteren Maßnahmen	472,08 EUR
ZE2018-103	6-001.j*	Gabe von Rituximab, subkutan	1,82 EUR
ZE2018-104	6-001.m*	Gabe von Trastuzumab, subkutan	3,79 EUR
ZE2018-105	6-007.1*	Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten	0,39 EUR
ZE2018-109	8-854.8	Dialyse mit High-Cut-off-Dialysemembran	780,00 EUR
ZE2018-111	6-005.d*	Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral	3,57 EUR
ZE2018-112	6-006.2*	Gabe von Abirateronacetat, oral	0,13 EUR
ZE2018-113	6-006.1*	Gabe von Cabazitaxel, parenteral	59,50 EUR
ZE2018-115	1-991.0	Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: Molekulargenetische Identifikation und Herstellung von patientenspezifischen Markern	1.320,00 EUR
ZE2018-116	1-991.1	Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: Patientenspezifische molekulargenetische Quantifizierung	250,00 EUR

*) pro eingesetztem Stent / Prothese

DRG-Entgelttarif
Anlage 1
Zusatzentgelte
Fortsetzung

Zusatz- Entgelt	OPS- Kode	Bezeichnung	Betrag
ZE2018-120	6-001.c*	Gabe von Pemetrexed, parenteral	2,65 EUR
ZE2018-122	6-001.g*	Gabe von Imatinib, oral	0,03 EUR
ZE2018-123	6-002.p*	Gabe von Caspofungin, parenteral	0,87 EUR
ZE2018-124	6-002.5*	Gabe von Voriconazol, oral	0,02 EUR
ZE2018-125	6-002.r*	Gabe von Voriconazol, parenteral	0,03 EUR
ZE2018-126	6-006.h*	Gabe von Ipilimumab, parenteral	71,27 EUR
ZE2018-129	6-003.p*	Gabe von pegylierter Asparaginase, parenteral	0,41 EUR
ZE2018-132	6-007.n*	Gabe von Thiotepa, parenteral	9,04 EUR
ZE2018-138	8-810.j*	Gabe von Blutgerinnungsfaktoren	306,67 EUR
ZE2018-137	8-810.6*	Gabe von Blutgerinnungsfaktoren	16,99 EUR
ZE2018-139	8-810.7*	Gabe von Blutgerinnungsfaktoren	0,94 EUR
ZE2018-139	8-810.8*	Gabe von Blutgerinnungsfaktoren	1,01 EUR
ZE2018-139	8-810.9*	Gabe von Blutgerinnungsfaktoren	1,01 EUR
ZE2018-139	8-810.a*	Gabe von Blutgerinnungsfaktoren	1,05 EUR
ZE2018-139	8-810.b*	Gabe von Blutgerinnungsfaktoren	0,80 EUR
ZE2018-139	8-810.c*	Gabe von Blutgerinnungsfaktoren	1,52 EUR
ZE2018-139	8-810.d*	Gabe von Blutgerinnungsfaktoren	0,99 EUR
ZE2018-139	8-810.e*	Gabe von Blutgerinnungsfaktoren	0,42 EUR
ZE2018-140	6-006.b*	Gabe von Brentuximabvedotin, parenteral	74,68 EUR
ZE2018-141	6-007.6*	Gabe von Enzalutamid, oral	0,78 EUR
ZE2018-142	6-007.3*	Gabe von Aflibercept, intravenös	3,54 EUR
ZE2018-144	6-007.j*	Gabe von Obinutuzumab, parenteral	3,65 EUR
ZE2018-145	6-007.e*	Gabe von Ibrutinib, oral	0,52 EUR
ZE2018-146	6-007.m*	Gabe von Ramucirumab, parenteral	5,73 EUR

Anlage 2 Sonstige Entgelte gem. § 7 FPV 2018

DRG	Bezeichnung	Betrag
B49Z	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson	304,00 EUR
B61B	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt	325,00 EUR
E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage	301,00 EUR
K01Z	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit Frührehabilitation oder geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung	304,00 EUR

Anlage 3 Gesonderte Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 2a KHEntgG
**derzeit keine
Vereinbarung**

DRG-Entgelttarif
**Anlage 4 Entgelte gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 6 KHEntgG
(neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden)**

	Bezeichnung	Betrag
NUB-2	Nivolumab (Opdivo®), je mg	12,00 EUR
NUB-5	Posaconazol Infusionslösung (Noxafil®), je mg	1,41 EUR
NUB-7	Everolimus bei Neoplasie (Afinitor®), je mg	14,21 EUR
NUB-8	Pembrolizumab (KEYTRUDA®), je mg	38,54 EUR
NUB-9	Pazopanib (Votrient®), je mg	0,17 EUR
NUB-10	Pertuzumab (Perjeta®), je mg	6,40 EUR
NUB-13	Eribulin (Halaven®), je µg	0,41 EUR
NUB-16	Trastuzumab-Emtansin (Kadcyla®), je mg	18,39 EUR
NUB-17	Nilotinib (Tasigna®), je mg	0,22 EUR
NUB-18	Crizotinib (Xalkori®), je mg	0,39 EUR
NUB-19	Isavuconazol intravenös (Cresemba®), je mg	3,14 EUR
NUB-20	Axitinib (Inlyta®), je mg	8,77 EUR
NUB-21	Isavuconazol oral (Cresemba®), je mg	0,58 EUR
NUB-22	Daratumumab (Darzalex®), je mg	6,51 EUR
NUB-23	Carfilzomib (Kyprolis®), je mg	23,13 EUR
NUB-25	Eltrombopag (Revolade®), je mg	1,75 EUR
NUB-29	Vemurafenib (Zelboraf®), je mg	0,10 EUR
NUB-30	Idelalisib (Zydelig®), je mg	0,46 EUR
NUB-31	Pomalidomid (Imnovid®), je mg	104,83 EUR
NUB-33	Ruxolitinib (Jakavi®), je mg	3,22 EUR
NUB-34	Arsentrioxid (Trisenox®), je mg	58,41 EUR
NUB-36	Pixantron (Pixuvri®), je mg	15,39 EUR
NUB-37	Dabrafenib (Tafinlar®), je mg	0,75 EUR
NUB-38	Temozolomid iv (Temodal® intravenös), je mg	3,14 EUR
NUB-39	Liposomales Irinotecan (Onivyde®), je mg	19,11 EUR
NUB-43	Elotuzumab (Empliciti®), je mg	4,41 EUR
NUB-45	Lenvatinib (Lenvima® Kisplyx®), je mg	8,40 EUR
NUB-48-1	Cabozantinib (CabometyxTM®), je mg	4,54 EUR
NUB-48-2	Cabozantinib (Cometriq®), je mg	1,32 EUR
NUB-49	Ceritinib (Zykadia®), je mg	0,22 EUR
NUB-52	Trametinib (Mekinist®), je mg	75,75 EUR
NUB-54	Olaratumab, je mg	3,53 EUR

DRG-Entgelttarif

Anlage 4 Entgelte gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 6 KHEntgG Fortsetzung (neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden)

	Bezeichnung	Betrag
NUB-56	Ledipasvir/Sofosbuvir (Harvoni®), je mg	1,38 EUR
NUB-57	Sofosbuvir (Sovaldi®), je mg	1,37 EUR
NUB-63	Trifluridin – Tipiracil (Lonsurf®), je mg	2,55 EUR
NUB-69	Palbociclib (Ibrance®), je mg	1,87 EUR
NUB-77	Sofosbuvir/Velpatasvir (Epclusa®), je mg	1,50 EUR
NUB-158	HeRO graft, Implantation einer Gefäßprothese mit integriertem Stent, je Prothese	1.700,00 EUR

Anlage 5 Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen

Fachabteilung	vorstationär pro Behand- lungsfall	nachstationär pro Behand- lungstag
Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie	100,72 EUR	17,90 EUR
Augenheilkunde	68,51 EUR	38,86 EUR
Frauenklinik	119,13 EUR	22,50 EUR
Gastroenterologie, Hepatologie, Infektiologie, Altersmedizin	147,25 EUR	53,69 EUR
Hals- Nasen-, Ohrenheilkunde	78,74 EUR	37,84 EUR
Hämatologie, Onkologie, Palliativmedizin	75,67 EUR	46,02 EUR
Innere Medizin	147,25 EUR	53,69 EUR
Kardiologie, Pneumologie, Angiologie, Intensivmedizin	147,25 EUR	53,69 EUR
Kinderheilkunde und Jugendmedizin	94,08 EUR	37,84 EUR
Nieren- und Hochdruckkrankheiten, Diabetologie, Shuntzentrum	140,61 EUR	67,49 EUR
Neurologie	114,02 EUR	40,90 EUR
Orthopädie	133,96 EUR	20,96 EUR
Psychosomatik- und Psychotherapie	99,19 EUR	47,55 EUR
Radio-Onkologie	186,62 EUR	330,29 EUR
Unfall- und Handchirurgie	82,32 EUR	21,47 EUR
Urologie und Kinderurologie	103,28 EUR	41,93 EUR

zuzüglich der Vergütung von Großgeräteleistungen [z.B. Computer-Tomographie-Geräte (CT) oder Magnet-Resonanz-Geräte (MR)].

DRG-Entgelttarif

Anlage 6

Zu- und Abschläge

- 1) Gem. § 17a KHG berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall zur Finanzierung der Ausbildungskosten in Höhe von 113,99 EUR.
- 2) Qualitätssicherungszuschlag nach § 17 b Abs. 1a Nr. 4 KHG in der stationären Krankenhausbehandlung in Höhe von 1,32 EUR/Fall.
- 3) Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben
 - a) DRG-Systemzuschlag nach § 17 b Abs. 5 KHG in Höhe von 1,31 EUR/Fall.
 - b) Zuschlag für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139c SGB V und für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit nach § 139a 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 Krankenhausfall in Höhe von 1,70 EUR/Fall.
- 4) Für die besonderen Aufgaben des onkologischen und geriatrischen Schwerpunkts für die stationäre Versorgung von Patienten nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG berechnet das Krankenhaus gemäß § 17 b Abs. 1 Satz 4 KHG einen Zuschlag in Höhe von 0,40 % auf die im Erlösbudget und der Erlössumme nach § 6 Abs. 3 KHEntgG enthaltenen Entgelte.
- 5) Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG in Höhe von 0,15 % auf die abgerechnete Höhe der 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.
- 6) Zuschlag zur Finanzierung von Neueinstellungen oder der Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von Pflegepersonal gemäß § 4 Abs. 8 KHEntgG in Höhe von 0,30 % 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.
- 7) Zuschlag für die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson in Höhe von 45,00 EUR/Tag¹.
- 8) Zuschlag für die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Pflegekraft in Höhe von 45,00 EUR/Tag.
- 9) Pflegezuschlag bei sämtlichen ab dem 01.01.2018 aufgenommenen Patientinnen oder Patienten, die zur vollstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden gemäß § 8 Abs. 10 KHEntgG je vollstationärem Fall in Höhe von 28,05 Euro.
- 10) Zuschlag für die Finanzierung von Mehrkosten, die durch Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung entstehen nach § 5 Abs. 3c KHEntgG in Höhe von 0,31 %.

¹ Die Höhe des Zuschlages von 45,00 EUR ist in der Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17 b Abs. 1, Satz 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 nach Anlage 8 Buchstabe b) zu unterscheiden.

Fachabteilung	Wahlarzt
Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie	Herr Dr. med. Hügel, Herr Prof. Dr. med. Pohlen, Herr Dr. med. Gabsch
Anästhesiologie und operative Intensivmedizin	Herr Dr. med. Afflerbach, Herr Prof. Dr. med. Engelhardt
Anästhesie	Herr Dr. med. Steiner
Augenheilkunde	Herr Privatdozent Prof. h. c. Dr. med. Hille
Frauenklinik	Herr Dr. med. Brandt, Herr Prof. Dr. med. Münstedt
Gastroenterologie, Hepatologie, Infektiologie, Altersmedizin	Herr Prof. Dr. med. Offensperger
Geriatrie	Herr Drum
Hämatologie, Onkologie, Palliativmedizin	Herr Dr. med. Rentschler
Kardiologie, Pneumologie, Angiologie, Intensivmedizin	Herr Privatdozent Dr. med. Wieshammer
Kinderheilkunde und Jugendmedizin	Herr Dr. med. Stuhmann
Labormedizin	Herr Dr. med. Göpfert
Medizinische Klinik	Herr Prof. Dr. med. Offensperger
Nieren- und Hochdruckkrankheiten, Diabetologie	Herr Dr. med. Hornberger
Neurologie	Herr Privatdozent Dr. med. Ries
Neurogeriatrie	Herr Prof. Dr. med. Schmidtke
Notaufnahme	Herr Dr. med. Gorißen
Nuklearmedizin	Herr Dr. med. Elahi
Orthopädie	Herr Dr. med. Schweigert
Plastische Chirurgie	Herr Dr. med. Schottler
Physiotherapie	Herr Dr. med. Schultz
Psychologie	Herr Hug
Psychosomatik und Psychotherapie	Herr Dr. med. Dr. phil. Niemann
Radiologie	Herr Prof. Dr. med. Laubenberger
Radio-Onkologie	Herr Prof. Dr. med. Momm
Schlafmedizin	Herr Dr. med. Debes
Shuntzentrum	Herr Dr. med. Mündlein
Thoraxchirurgie	Herr Dr. med. Latzke
Unfallchirurgie und Handchirurgie	Herr Dr. med. Mrosek
Unfallchirurgie / Neurochirurgie	Herr Dr. med. Smely
Urologie und Kinderurologie	Herr Dr. med. Groh, Herr Privatdozent Dr. med. Simon

Zuschläge für Unterkunft und weitere Wahlleistungen

Zuschläge für Unterkunft

Unterbringung im Einbettzimmer

- 94,60 EUR Zuschlag je Berechnungstag alle Fachabteilungen Standort Offenburg, Ebertplatz
- 88,74 EUR Zuschlag je Berechnungstag Innere Medizin Standort Gengenbach
- 93,43 EUR Zuschlag je Berechnungstag Orthopädie Standort Gengenbach
- 56,03 EUR Zuschlag je Berechnungstag alle Fachabteilungen außer Psychosomatik Standort Offenburg, St. Josefsklinik
- 52,01 EUR Zuschlag je Berechnungstag Psychosomatik Standort Offenburg, St. Josefsklinik

Unterbringung im Zweibettzimmer

- 51,31 EUR Zuschlag je Berechnungstag alle Fachabteilungen Standort Offenburg, Ebertplatz
- 43,22 EUR Zuschlag je Berechnungstag Innere Medizin Standort Gengenbach
- 46,90 EUR Zuschlag je Berechnungstag Orthopädie Standort Gengenbach
- 20,93 EUR Zuschlag je Berechnungstag alle Fachabteilungen Standort Offenburg, St. Josefsklinik

Zuschläge für weitere Wahlleistungen

- a) Gestellung einer Sonderwache/Pflegekraft: Erstattung des tatsächlichen Aufwands
- b) Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson
 - b1) bei Unterbringung im Krankenbett (inkl. Verpflegung):
 - 45,- EUR je Berechnungstag
 - b2) bei eingeschobener Ruhegelegenheit (ohne Verpflegung): ohne Berechnung
 - b3) Verpflegung
 - ganzer Tag: 14,20 EUR
 - Frühstück: 3,60 EUR
 - Mittagessen: 7,00 EUR
 - Abendessen: 3,60 EUR
- c) Unterkunft und Verpflegung im Familienzimmer
 - 96,31 EUR je Berechnungstag Standort Offenburg, Ebertplatz
 - Der Preis setzt sich zusammen aus 51,31 EUR (Unterbringung im Zweibettzimmer) und 45,00 EUR (Unterbringung und Verpflegung Begleitperson).
- d) Bereitstellung eines Fernsprechapparates
- d1) Bereitstellung 2,00 EUR je Kalendertag
- d2) tatsächliche Gebühren in Höhe von 0,10 EUR je Einheit.
- e) Bereitstellung eines Internetzugangs (ohne Wahlleistung Unterkunft)
- e1) tatsächliche Gebühren in Abhängigkeit von der Nutzungsdauer des Tickets:

1 Tag - 3,00 EUR	2 Tage - 4,00 EUR	3 Tage - 6,00 EUR
4 Tage - 8,00 EUR	5 Tage - 10,00 EUR	6 Tage - 12,00 EUR
7 Tage - 14,00 EUR	bei Wahlleistung Unterkunft kostenfrei	
- f) Unterbringung nach ambulanten Operation (einschl. Pflege und Verpflegung):
 - 45,00 EUR je Nacht, ggf. zzgl. Ein- oder Zweibettzimmerzuschlag (s.o.)