

DRG-Entgelttarif / Pflegekostentarif

Inhaltsverzeichnis

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

I. DRG-Entgelttarif 2016 im Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

Das Ortenau Klinikum als Eigenbetrieb des Ortenaukreises berechnet ab dem 01.01.2016 folgende Entgelte:

1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 7 Abs. 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 2016) und circa 30.000 Prozeduren (OPS-301 Version 2016) 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 **3.226,64 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	0,678	3.500,00 EUR	2.373,- EUR
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesese	3,348	3.500,00 EUR	11.718,- 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 2016 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Fallpauschalenvereinbarung 2016 (FPV 2016) 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 2016

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 2016 (FPV 2016).

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2016

Gem. § 17b Abs. 1 Satz 12 KHG können die für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (Spitzenverband Bund der Krankenkassen, PKV-Verband und Deutsche Krankenhausgesellschaft) Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren. Dies gilt auch für die Höhe der Entgelte. Für das Jahr 2016 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2016 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2016 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 2016 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 2016 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2016 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 2016

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 2016 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 2016 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 2016 für Leistungen nach Anlage 3a FPV 2016 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 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 b 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 2016 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2016 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2016 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 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 verursachten 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. Pflegekostentarif im Anwendungsbereich der BPflV

(*Anlage 9 – nur Ortenau Klinikum Standorte Lahr und Offenburg*)

III. Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt für das Ortenau Klinikum Lahr-Ettenheim am 01.01.2016 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif / Pflegekostentarif vom 28.08.2015 aufgehoben.

Offenburg, den 30.12.2015

gez. Lörch
Geschäftsführer

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen folgende Mitarbeiter unseres Krankenhauses hierfür gerne zur Verfügung:

Standort Lahr:

MitarbeiterInnen der Aufnahme, Tel. 2014, 2016, 2019
Frau Broß, stellv. Verwaltungsdirektorin, Tel. 2010
Frau Langeneckert, Teamleitung Abrechnung, Tel. 2017

Standort Ettenheim:

MitarbeiterInnen des Empfangs, Tel. 9
Frau Broß, stellv. Verwaltungsdirektorin, Tel. 07821/93-2010
Frau Langeneckert, Teamleitung Abrechnung, Tel. 07821/93-2017

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.

Zusatzentgelte

Zusatz- Entgelt	OPS-Kode	Bezeichnung	Betrag
ZE2016-10	8-858	Leberersatztherapie	2.244,00 EUR
ZE2016-13	8-821.0	Immunadsorption	1.132,00 EUR
ZE2016-22	8-839.0	IABP (Perkutane Einführung einer intraaortalen Ballonpumpe)	757,00 EUR
ZE2016-25	5-829.k	Modulare Endoprothesen - Hüfte	1.500,00 EUR
ZE2016-25	5-829.k	Modulare Endoprothesen - Schulter	986,49 EUR
ZE2016-25	5-829.k	Modulare Endoprothesen - Knie	1.700,00 EUR
ZE2016-50	5-38a.a1	Implantation einer (Hybrid)-Prothese an der Aorta	9.362,50 EUR
ZE2016-53	5-38a.13	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	6.592,00 EUR
ZE2016-54*)	5-429.j1	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt (Ösophagus)	414,20 EUR
ZE2016-54*)	5-429.j4	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt (Ösophagus)	823,30 EUR
ZE2016-54*)	5-513.m0	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt (Gallengänge)	466,63 EUR
ZE2016-54*)	5-513.m1	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt (Gallengänge)	933,25 EUR
ZE2016-54*)	5-449.h3	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt (Magen)	702,56 EUR
ZE2016-54*)	5-469.k3	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt (Darm)	414,20 EUR
ZE2016-54*)	5-489.g0	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt (Rektum)	414,20 EUR
ZE2016-54*)	5-513.n0	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt (Gallengänge)	618,67 EUR
ZE2016-56	6-002.f*	Gabe von Bosentan, oral	0,41 EUR
ZE2016-61	5-039.e2	Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimu- lation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, wiederaufladbar	21.220,00 EUR
ZE2016-61	5-039.f2	Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimu- lation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, wiederaufladbar	15.732,67 EUR
ZE2016-63	6-003.40	Gabe von Dibotermin alfa, Implantation am Knochen	2.812,40 EUR
ZE2016-63	6-003.41	Gabe von Dibotermin alfa, Implantation am Knochen	5.624,80 EUR
ZE2016-67*)	8-840.*4	Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal	589,57 EUR
ZE2016-74	6-003.a*	Gabe von Sunitinib, oral	3,88 EUR
ZE2016-75	6-003.b*	Gabe von Sorafenib, oral	0,10 EUR
ZE2016-77	6-003.g*	Gabe von Lenalidomid, oral	12,06 EUR
ZE2016-91	6-004.3*	Gabe von Dasatinib, oral	1,12 EUR
ZE2016-92	6-005.1*	Gabe von Catumaxomab, parenteral	54,62 EUR
ZE2016-109	8-854.8	Dialyse mit High-Cut-off-Dialysemembran	780,00 EUR
ZE2016-111	6-005.d	Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral	3,57 EUR
ZE2016-112	6-006.2	Gabe von Abirateronacetat, oral	0,13 EUR
ZE2016-113	6-006.1	Gabe von Cabazitaxel, parenteral	78,12 EUR
ZE2016-114	6-006.3	Gabe von Ipilimumab, parenteral	71,27 EUR

*) pro eingesetztem Stent / Prothese / Ballon

DRG-Entgelttarif / Pflegekostentarif

Anlagen 2 - 4

Anlage 2 Sonstige Entgelte gem. § 7 FPV 2016

DRG	Bezeichnung	Betrag
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
U42Z	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen	281,00 EUR

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

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

	Bezeichnung	Betrag
NUB-11	Eribulin (Halaven®), je µg	0,36 EUR
NUB-16	Trastuzumab-Emtansin (Kadcyla®), je mg	18,09 EUR
NUB-21	Brentuximabvedotin (Adcetris®), je mg	74,93 EUR

DRG-Entgelttarif / Pflegekostentarif
Anlage 5
Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen

Fachabteilung	vorstationär pro Behand- lungsfall	nachstationär pro Behand- lungstag
Allgemeine Chirurgie	100,72 EUR	17,90 EUR
Innere Medizin	147,25 EUR	53,69 EUR
Gynäkologie/Geburtshilfe	119,13 EUR	22,50 EUR
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	78,74 EUR	37,84 EUR
Neurologie	114,02 EUR	40,90 EUR
Psychosomatik- und Psychotherapie	99,19 EUR	47,55 EUR
Intensivmedizin*	104,30 EUR	36,81 EUR

* Abrechnung nur in Ausnahmefällen nach Abstimmung mit der zuständigen Krankenkasse

**Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten
bei vor- und nachstationärer Behandlung**
Computer-Tomographie-Geräte (CT)

Leistungen nach den DKG-NT I-Ziffern

Pauschale gemäß Anlage 3 des
Vertrages n. § 115a Abs. 3 SGB V

5369	122,71 EUR
5370, 5375	81,81 EUR
5371	94,08 EUR
5372	106,35 EUR
5373, 5374	77,72 EUR
5376	20,45 EUR
5377	32,72 EUR
5378	40,90 EUR
5380	12,27 EUR

Anlage 5

Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten bei vor- und nachstationärer Behandlung

Magnet-Resonanz-Geräte (MR)

Leistungen nach den DKG-NT I-Ziffern	Pauschale gemäß Anlage 3 des Vertrages n. § 115a Abs. 3 SGB V
5700, 5720	179,97 EUR
5705	171,79 EUR
5715	175,88 EUR
5721, 5730	163,61 EUR
5729	98,17 EUR
5731, 5732	40,90 EUR
5733	32,72 EUR
5735	245,42 EUR

Linksherzkatheter-Messplätze (LHM)

Leistungen nach den DKG-NT I-Ziffern	Pauschale gemäß Anlage 3 des Vertrages n. § 115a Abs. 3 SGB V
627	61,36 EUR
628	32,72 EUR
629	81,81 EUR
5315	89,99 EUR
5316, 5325	122,71 EUR
5317, 5326	16,36 EUR
5318	24,54 EUR
5324	98,17 EUR
5327	40,90 EUR
5328	49,08 EUR

Ausgenommen sind die Leistungen nach Maßgabe des § 5 der Allgemeinen Tarifbestimmungen des DKG-NT I (z.B. Kontrastmittel)¹

¹ Diese Leistungen werden nach dem Einstandspreis des jeweiligen Krankenhauses vergütet

DRG-Entgelttarif / Pflegekostentarif

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 98,38 EUR.
- 2) Qualitätssicherungszuschlag nach § 17 b Abs. 1 Satz 5 KHG in der stationären Krankenhausbehandlung in Höhe von 1,20 EUR/Fall.
- 3) Versorgungszuschlag nach § 8 Abs. 10 Satz 1 KHEntgG je voll- und teilstationärem Fall, für den Entgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nummer 1 KHEntgG berechnet werden, in Höhe von 0,80 % der entsprechenden Entgelte.
- 4) Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben
 - a) DRG-Systemzuschlag nach § 17 b Abs. 5 KHG in Höhe von 1,15 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 1,63 EUR/Fall.
- 5) Für die besonderen Aufgaben des onkologischen 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 0,03 % auf die im Erlösbudget und der Erlössumme nach § 6 Abs. 3 KHEntgG enthaltenen Entgelte.
- 6) Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 11 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
- 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.

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.

**Wahlärzte**

Fachabteilung	Wahlarzt	ständiger ärztlicher Vertreter
Anästhesiologie und operative Intensivmedizin	Herr Prof. Dr. Georg Mols	Herr Dr. Heinz Burger Herr Horst Gaiser Herr Dr. Eric Haffner Herr Dr. Holger Harpering Herr Dr. Michael Krappitz Herr Dr. Klaus Schmidt Frau Dr. Ulrike Vogt Herr Dr. Martin Winckler
Chirurgische Klinik - Gefäßchirurgie	Herr Dr. Hubert Baumann	Herr Dr. Werner Lindemann
Chirurgische Klinik - Viszeral-, Thoraxchirurgie	Herr Dr. Werner Lindemann	Herr Dr. Hubert Baumann Herr Dr. Georg Eisenmann Herr Dr. Bernd Fricke Herr Dr. Tobias Götz Herr Dr. Lothar Knipping Herr Dr. Klaus Walter
Chirurgische Klinik - Unfall-, Orthopädische, Wirbelsäulenchirurgie	Herr Prof. Dr. Peter Verheyden	Herr Dr. Franz Albert Herr Thomas Hensle Herr Dr. Tobias Götz Herr Dr. Richard Mährlein Herr Dr. Achilles Papathanasopoulos Herr Dr. Lothar Wilhelm
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Herr Dr. Muneer Mansour	Frau Ludmilla Bengert Frau Dr. Sabine Dohnicht Herr Dr. Daniel Pfisterer Herr Dr. Wolfgang Riehle
HNO-Klinik	Herr Dr. Olaf Ebeling	Frau Sandra Gunser Herr Dr. Eckart Moning Frau Dr. Miriam Wohlfeil
Innere Medizin - Angiologie	Herr Dr. Thorsten Grumann	

**Wahlärzte**

Fachabteilung	Wahlarzt	ständiger ärztlicher Vertreter
Innere Medizin - Gastroenterologie	Herr Prof. Dr. Leonhard Mohr	Herr Dr. Matthias Egger Frau Dr. Angela Nieder Herr Dr. Dirk Scharr Frau Dr. Lysann Seiler Frau Dr. Tania Walzer Herr Dr. Egon Wiestler
Innere Medizin - Kardiologie	Herr Prof. Dr. Manfred Mauser	Herr Dr. Reinhard Abel Herr Dr. Michael Schwenk Frau Dr. Martina Unmüßig
Innere Medizin - Onkologie	Herr Dr. Matthias Egger	Herr Prof. Dr. Leonhard Mohr Frau Dr. Angela Nieder Herr Dr. Dirk Scharr
Innere Medizin, Standort Ettenheim	Herr Dr. Theobald Vetter	Herr Dr. Hans-Joachim Ulmer
Institut für Radiologie	Herr Prof. Dr. Harald Brodoefel	Herr Dr. Philipp Grebe Herr Felix Wegen
Institut für Radiologie Sektion Nuklearmedizin und Strahlentherapie	Herr Dr. Reza Elahi	Herr Prof. Dr. Peter Billmann Herr Dr. Philipp Grebe
Labor	Herr Dr. Christian Göpfert	
Neurologische Klinik	Herr Prof. Dr. Volker Schuchardt	Herr Dr. Hansjörg Griesser-Leute Herr Dr. Benno Kirsch Herr Dr. Stefan Rietz
Neurologie / Neurochirurgie	Herr Dr. Christian Smely	Herr Pierre Kluge Herr Dr. Bertold Wörner
Schmerztherapie	Herr Dr. Ingo Schilk	Frau Dr. Elke Wernecke
Pathologisches Institut	Herr Prof. Dr. Lothar Tietze	Frau Dr. Michaela Nägele Herr Dr. Gerhard Zolnhofer Frau Ursula Riester
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Herr Dr. Dr. Reinhard Niemann	Frau Dr. Gudrid Bestehorn

Zuschläge für Unterkunft und weitere Wahlleistungen

Zuschläge für Unterkunft

Unterbringung im Einbettzimmer

75,19 EUR Zuschlag je Berechnungstag Psychotherapie Standort Lahr

91,10 EUR Zuschlag je Berechnungstag übrige Fachabteilungen Standort Lahr

83,37 EUR Zuschlag je Berechnungstag Standort Ettenheim

Unterbringung im Zweibettzimmer

37,74 EUR Zuschlag je Berechnungstag Psychotherapie Standort Lahr

43,71 EUR Zuschlag je Berechnungstag übrige Fachabteilungen Standort Lahr

39,71 EUR Zuschlag je Berechnungstag Standort Ettenheim

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: 13,40 EUR

Frühstück: 3,40 EUR

Mittagessen: 6,60 EUR

Abendessen: 3,40 EUR

c) Bereitstellung eines Fernsprechapparates

c1.) Bereitstellung 2,00 EUR je Kalendertag

c2.) tatsächliche Gebühren in Höhe von 0,05 EUR je Einheit.

d) Nutzung des Internets (ohne Wahlleistung Unterkunft):

Bereitstellung eines Internet Sticks 3,00 EUR je Kalendertag

e) Wahlleistung Unterbringung und Verpflegung nach einer ambulanten Operation:

45,00 EUR je Nacht

DRG-Entgelttarif / Pflegekostentarif

Anlage 9

Pflegekostentarif

II. Pflegekostentarif im Anwendungsbereich der BPfIV

Das Ortenau Klinikum Lahr-Ettenheim in Lahr berechnet ab dem 01.01.2016 folgende Entgelte:

1. Basispflegesatz gem. § 13 Abs. 3, 4 BPfIV

Der Basispflegesatz ist das Entgelt für nichtmedizinische Leistungen, d.h. für nicht durch ärztliche oder pflegerische Tätigkeit veranlasste Leistungen.

vollstationärer Basispflegesatz Psychotherapie 72,88 EUR.

2. Abteilungspflegesätze gem. § 13 Abs. 2, 4 BPfIV

vollstationärer Abteilungspflegesatz Psychotherapie 146,74 EUR.

Die tagesgleichen Pflegesätze werden für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des Krankenhausaufenthaltes berechnet (Berechnungstag), der Entlassungs- oder Verlegungstag jedoch nur bei teilstationärer Behandlung (§ 14 Abs. 2 BPfIV).

Nimmt der Patient vom Krankenhaus gebotene Leistungen (z.B. Verpflegung) nicht oder nicht voll in Anspruch, tritt eine Minderung der Entgelte nicht ein.

Für die Dauer einer Beurlaubung werden den Krankenkassen lediglich die Tage mit dem jeweiligen Abteilungspflegesatz in Rechnung gestellt, an denen der Patient den Urlaub antritt bzw. aus dem jeweiligen Urlaub zurückkehrt. Fallen Urlaubsantritt und Urlaubsende auf einen Tag, werden die Pflegesätze weiterberechnet.