

DRG-Entgelttarif (gültig ab 01.01.2017)

und Unterrichtung des Patienten gem. § 8 Abs. 8 Krankenhausentgeltgesetz (KEntgG)

I. Allgemeines

Das Krankenhaus berechnet

- α) **Fallpauschalen** (§ 7 KEntgG, vgl. dazu Abschnitt II),
- β) **Entgelte für Wahlleistungen** (gesondert berechenbare Leistungen i. S. § 17 KEntgG außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen, vgl. dazu Abschnitt III),
- c) **Entgelte für sonstige Leistungen** (vgl. dazu Abschnitte IV und V).

II. Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen

Das Krankenhaus berechnet die allgemeinen Krankenhausleistungen wie folgt:

1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 1 KEntgG

Das Entgelt für die allgemeinen voll- und teilstationären Leistungen des Krankenhauses richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben des KHG sowie des KEntgG 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 Krankheitsfalles.

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 bzw. Prozeduren stehen Kataloge mit ca. 13.000 Diagnosen (ICD-10-GM Version 2017) und ca. 30.000 Prozeduren (OPS Version 2017) zur Verfügung. Neben den bisher genannten Faktoren können auch noch andere Faktoren, wie z. B. das Alter oder die Entlassungsart Auswirkung auf die Zuweisung zu 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 textlicher Definitionen. Ergänzend finden sich hier auch Tabellen von zugehörigen Diagnosen oder Prozeduren.

Die jeweilige DRG ist mit einem entsprechenden Relativgewicht bewertet, welches im Rahmen der DRG-Systempflege jährlich variieren kann. Diesem Relativgewicht ist ein in Euro ausgedrückter Basisfallwert (festgesetzter Wert einer Bezugsleistung) zugeordnet. Der ab dem 01.01.2017 gültige Basisfallwert liegt bei 3.272,21 € und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel:

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
B67A	Morbus Parkinson mit äußerst schweren CC oder schwerster Beeinträchtigung	1,495	3.272,21 €	4.891,95 €

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
B67B	Morbus Parkinson ohne äußerst schwere CC, ohne schwerste Beeinträchtigung	1,058	3.272,21 €	3.462,00 €

Welche DRG bei Ihrem Krankheitsbild letztlich für die Abrechnung heranzuziehen ist, lässt sich nicht vorhersagen. Hierfür kommt es darauf an, welche Diagnose(n) am Ende des stationären Aufenthaltes gestellt und welche diagnostischen bzw. therapeutischen Leistungen im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden. Für das Jahr 2017 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Fallpauschalenvereinbarung 2017 (FPV 2017) 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 2017

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 das Jahr 2017 (FPV 2017).

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2017

Gem. § 17 b Abs. 1 S. 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 2017 werden die bundeseinheitlichen Zusatzentgelte durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2017 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2017 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.

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2017

Für die Vergütung von Leistungen, die nach § 7 Abs. 1 FPV 2017 noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden, hat die Parkinson-Klinik gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgendes tagesbezogene krankenhausindividuelle Entgelt vereinbart:

Leistungen für die multimodale Komplexbehandlung (DRG B49Z) = 347,00 €

Mit den Fallpauschalen und Zusatzentgelten werden alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet.

Allgemeine Krankenhausleistungen sind die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung des Versorgungsauftrages des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind. Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu auch (§ 2 Abs. 2 KHEntgG)

- a) die während des Krankenhausaufenthaltes durchgeführten Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten i. S. des Sozialgesetzbuches V.
- b) die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter,
- c) die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson.

5. Zu- und Abschläge gem. § 7 Abs. 1 KHEntgG

Gemäß § 17a KHG berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall zur Finanzierung von Ausbildungskosten.

Der Ausbildungszuschlag beträgt gegenwärtig: **106,50 €**

Ferner berechnet das Krankenhaus gem. § 17b Abs. 1 S. 4 und 6 KHG folgende Zuschläge / Abschläge:

- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von **45,00 €** pro Tag.
- Abschlag wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung gemäß § 4 Abs. 6 KHEntgG in Höhe von **50,00 €** (nicht bei der Abrechnung der DRG B49Z).

6. Qualitätssicherungszuschlag nach § 7 Abs. 1 Ziff. 7 KHEntgG

1,26 €/Fall

7. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

- DRG-Systemzuschlag nach § 17 b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von **1,30 €**.
- Zuschlag für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139a i. V. m. § 139c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i. V. m. § 139c SGB V für jeden abzurechnenden Krankenhausfall in Höhe von **1,49 €**.

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

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

- a) vorstationäre Behandlung
114,02 €/Fall
- b) nachstationäre Behandlung
40,90 €/Behandlungstag

9. Zuzahlungen

- a) Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten:
Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom gesetzlich versicherten Patienten von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an – innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage – eine Zuzahlung ein (§ 39 Abs. 4 SGB V). Der Zuzahlungsbetrag beträgt zurzeit € 10,-- je Kalendertag (§ 61 Satz 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43 b Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** eingezogen.

10. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2017 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2017 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2017 zusammengefasst und abgerechnet.

III. Entgelte für Wahlleistungen

Für die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen (§ 6 AVB) werden gesondert berechnet (§ 17 KEntgG):

1. **Ärztliche Leistungen** aller an der Behandlung beteiligten Fachabteilungen und Institute, der Konsiliarärzte und der fremden ärztlich geleiteten Einrichtungen.
 - a) Die ärztlichen Leistungen werden von den liquidationsberechtigten Ärzten gesondert berechnet. Für die Berechnung der Wahlleistung „Arzt“ finden die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und des Krankenhausentgeltgesetzes Anwendung.

Liquidationsberechtigte Ärzte sind:

Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Jost, Chefarzt,
(ständiger ärztl. Vertreter: Herr Dr. Jiri Koschel)

Nach § 6a der GOÄ erfolgt eine Minderung der Gebühren um 25 %.

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

2. Wahlleistung Unterkunft

a) im 1-Bett-Zimmer

	Zuschlag je Berechnungstag
	ab 01.01.2017
Unterbringung im Erweiterungsbau	121,98 €
Unterbringung im sanierten Einbettzimmer Nr. 2011 im Nusserbau	121,98 €
Unterbringung im Altbau (übrige Einbettzimmer)	106,51 €

b) im 2-Bett-Zimmer

	Zuschlag je Berechnungstag
	ab 01.01.2017
Unterbringung im Erweiterungsbau und im Altbau	61,72 € €

3. Sonstige entgeltliche Leistungen im Dreibettzimmer

Safe	=	0,50 €/ Tag
Farbfernseher	=	Gebühren siehe Liste in der Patientenaufnahme
Telefon	=	1,90 €/ Tag

IV. Entgelte für Begutachtungen

1. Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnet das Krankenhaus Entgelte nach I.
2. Daneben
 - berechnet der liquidationsberechtigte Arzt sein Honorar,
 - werden Schreibgebühren für das Gutachten erhoben, je angefangene Seite 3,50 € je erforderliche Durchschlagseite 0,17 € (GOÄ Ziffern 95 und 96),
 - werden Porto- und Versandkosten berechnet.

V. Entgelte für sonstige Leistungen

Nach GOÄ Ziffer 100 berechnet das Krankenhaus für Leichenschau und Ausstellung einer Todesbescheinigung 33,51 €

VI. Inkrafttreten

Dieser Pflegekostentarif tritt am 01.01.2017 in Kraft.