



Anlage 1

**DRG-Entgelttarif für Krankenhäuser
im Anwendungsbereich des KHEntgG
und
Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG**

Die

**Klinik Öschelbronn Gemeinnützige GmbH
Centrum für Integrative Medizin und Krebstherapie**

berechnet ab dem 01.03.2014 folgende Entgelte:

1. Fallpauschalen (DRGs) 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.

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 2014) und circa 30.000 Prozeduren (OPS Version 2014) 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 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 derzeit gültige Basisfallwert liegt bei €3.193,50 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	0,652	€ 3.193,50	€ 2.082,16
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodese	3,370	€ 3.193,50	€ 10.762,10

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 2014 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Fallpauschalenvereinbarung 2014 (FPV 2014) 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 2014

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 2014 (FPV 2014).

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2014

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 2014 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2014 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 zur FPV 2014 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 2014 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt € 600,00 abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2014 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2014 keine krankenhausindividuelle Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt € 600,00 abzurechnen

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte:

1. ZE 26 Anthroposophisches Zusatzentgelt:		<u>€ 1.116,28</u>
2. ZE 60 Palliativmedizinisches Zusatzentgelt:	ZE 60.01:	<u>€ 1.273,89</u>
	ZE 60.02:	<u>€ 1.756,38</u>
	ZE 60.03:	<u>€ 2.760,58</u>
3. ZE 130 Hochaufwändige Pflege für Erwachsene:	ZE130.01	<u>€ 1.110,05</u>
	ZE130.02	<u>€ 2.229,68</u>
4. Zusatzentgelt für Chemotherapie		

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2014

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:

- z.B. Leistungen nach Anlage 3a und 3b FPV 2014

- z.B. teilstationäre Leistungen

Tagesklinik: Tagessatz von € 223,26

Können für die Leistungen nach Anlage 3a FPV 2014 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag € 600,00 abzurechnen. Können für die Leistungen nach Anlage 3b FPV 2014 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden

Belegungstag € 300,00 abzurechnen. Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2014 für Leistungen nach Anlage 3a FPV 2014 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag € 450,00 abzurechnen.

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

Für folgende Leistungen, die den Fallpauschalen und Zusatzentgelten aus den Entgeltkatalogen § 7 S. 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:

1. ZE145 Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung:	ZE 145.01 € <u>1.572,06</u>
	ZE 145.02 € <u>1.906,10</u>
	ZE 145.03 € <u>3.220,35</u>

6. Zu- und Abschläge gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 4 KHEntgG

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

Der Ausbildungszuschlag beträgt gegenwärtig € 93,71.

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

- DRG Systemzuschlag vollstationär in Höhe von € 1,05
- BGA/IQWIG Systemzuschlag in Höhe von € 1,27
- Versorgungszuschlag 0,8 % von DRG und Zusatzentgelten
- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von € 45,00 pro Tag
- Zuschlag für die Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von € 52,00 pro Tag (Übernachtung € 31,00, Verpflegung € 21,00)

7. 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. § 137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab:

Cabazitaxel pro 1 mg:	€ <u>74,31</u>
Nab-Paclitaxel pro 1 mg:	€ <u>3,59</u>
Eribulin (Halaven) pro 1 mg:	€ <u>0,44</u>

8. Qualitätssicherungs- und abschläge nach § 7 Abs. 1 Ziff. 7 KHEntgG

- QS-Zuschlag in Höhe von € 1,85

9. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

-DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von € 1,05

- Zuschlag für die Finanzierung des Institutes 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 abzurechnen Krankenhausfall, kurz BGA/IQWIG in Höhe von € 1,27

10. Entgelte für vorstationäre Behandlungen gem. § 115 a SGB V

Gem. § 115 a SGB V berechnet das Krankenhaus für vorstationäre Behandlungen folgende Entgelte, soweit diese nicht bereits mit der Fallpauschale abgegolten sind: Tagessatz in Höhe von € 147,25.

Gem. § 8 Abs. 2 S. 3 Nr. 3 KHEntgG ist eine **vorstationäre Behandlung** neben einer Fallpauschale (DRG) nicht gesondert abrechenbar.

11. Entgelte für sonstige Leistungen

1. Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnen das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.
2. Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus € 34,00 + MWSt.
3. Weiterhin fallen folgende Kosten an: Sterbehemd 18,00 € + MWSt., Aufbahrung (bis 24 Std.) € 53,00 + MWSt., Aufbahrung (ab 24 Std. pro Tag) € 80,00 + MWSt.

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 € 10,00 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 2014 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2014 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2014 zusammengefasst und abgerechnet.

11. 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.

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.03.2014 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif / Pflegekostentarif vom 01.01.2014 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen folgende Mitarbeiter unseres Krankenhauses hierfür gerne zur Verfügung: Patientenmanagement, Ebene 0.

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.

Ihre Klinik Öschelbronn

Anmerkungen:

- i. Die Höhe des Zuschlages von 45,00 € 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 zu unterscheiden.
 - ii. Jedes Krankenhaus, das nicht an der Notfallversorgung teilnimmt, hat einen Abschlag von der Krankenhausrechnung vorzunehmen. Solange die Höhe dieses Abschlags noch nicht vereinbart wurde, ist ein Betrag von 50,00 € je vollstationärem Fall abzuziehen.
 - iii. Nach § 8 Abs. 9 KHEntgG – neu – sind der DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG, der Systemzuschlag für den Gemeinsamen Bundesausschuss und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 91 Abs. 3 Satz 1 i.V.m. § 139c SGB V sowie der nach § 291a Abs. 7 und 7a SGB V zu erhebenden Telematikzuschlag in der Rechnung als „Systemzuschlag“ zusammengefasst auszuweisen. Diese Vorgabe widerspricht jedoch den §§ 139 c S. 2 und 291 a Abs. 7a S. 1 SGB V, wonach die Zuschläge in der Rechnung gesondert auszuweisen sind. Aus diesem Grunde wurde die gesonderte Ausweisung dieser drei Zuschlagstatbestände beibehalten.
 - iv. Aufgrund eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 21.12.2004 werden die Zuschläge für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139 a i.V.m. § 139 c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139 c SGB V gemeinsam erhoben und als ein gemeinsamer Zuschlag in der Rechnung des Krankenhauses ausgewiesen. Im Übrigen siehe Fn. 7.
 - v. Vgl. Fn. 3.
 - vi. Nach § 121 Abs. 5 SGB V i.V.m. § 18 Abs. 3 KHEntgG können Krankenhäuser mit Belegbetten zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärzten auch Honorarverträge schließen. Die Leistungen des Belegarztes würden ihm in dieser Konstellation vom Krankenhaus vergütet werden.
1. Aushang AuDi
 2. Homepage
 3. Archivierung Geschäftsführung (Ordner Klinik gGmbH)

	Erstellt:	Geändert:	Geändert:	Geändert	Geändert	Geändert
von	GF Heinz	GF Heinz	GF Heinz	GF Wert	GF Wert	GF Wert
am	1.2010	8.2012	10.2012	01.2013	01.2014	03.2014