

DRG-Entgelttarif 2014 für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

Die Kreiskrankenhaus Weißwasser gGmbH

berechnet ab dem 01.10.2014 folgende Entgelte:

1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 17b KHG / § 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 **3.117,15 €** 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 | 3.117,15 € | 2.032,38 € |
| I04Z | Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniege- lenk mit komplizierter Diag- nose oder Arthrobose | 3,370 | 3.177,15 € | 10.504,80 € |

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 gem. § 5 FPV 2014

Gem. § 17b 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 der 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 Zusatzentgelte 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 krankenhausindividuellen 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:
ZE 30; ZE 60; ZE 63; ZE 71; ZE 80; ZE 84; ZE 108; ZE 109; ZE 121; ZE 130

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2014

Das Kreis Krankenhaus berechnet keine sonstigen Entgelte.

5. Entgelte für nicht durch die Fallpauschalen und Zusatzentgelte sachgerecht vergüteten Leistungen gemäß § 6 Abs. 2a KHEntgG

Es werden keine besonderen Zusatzentgelte vereinbart.

6. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 7 Ziff. 6 KHEntG

Es sind keine fallbezogenen Entgelte mit den Kostenträgern vereinbart.

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

Gemäß § 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

| | |
|----------------------------------|----------|
| <u>Visceralchirurgie</u> | 100,72 € |
| <u>Unfallchirurgie</u> | 82,32 € |
| <u>Gynäkologie</u> | 119,13 € |
| <u>Innere</u> | 147,25 € |
| <u>Kinder- und Jugendmedizin</u> | 94,08 € |

b. nachstationäre Behandlung

| | |
|----------------------------------|---------|
| <u>Chirurgie (VC/UC)</u> | 17,90 € |
| <u>Gynäkologie</u> | 22,50 € |
| <u>Kinder- und Jugendmedizin</u> | 37,84 € |

Gem. § 8 Abs. 2 S. 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. Zuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen gem. § 7 Ziff. 4 KHEntgG und sonstige Zu- und Abschläge ab dem 01. Januar 2014

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

Der Ausbildungszuschlag beträgt jahresdurchschnittlich: 33,68 Euro

Ferner berechnet das Krankenhaus gem. § 17b Abs. 1 Satz 4 und 6 KHG folgende Zuschläge/ Abschläge: Zuschlag für die Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von 45,00 Euro pro Tag (nur Fälle der medizinisch notwendigen Aufnahme von Begleitpersonen).

9. Qualitätssicherungszuschläge nach § 17b Abs. 1 Satz 5 KHG sowie Qualitätssicherungsabschläge nach § 8 Abs. 4 KHEntgG

| | |
|------------|----------------------|
| Zuschläge: | 1,03 Euro je Patient |
| Abschläge: | Stufe 1 155,00 Euro |
| | Stufe 2 62,00 Euro |

10. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

- DRG- Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden Krankenhausfall
in Höhe von 1,05 Euro
- Zuschlag für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139a SGB V in Verbindung mit § 139c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 in Verbindung mit § 139c SGB V für jeden abzurechnenden Krankenhausfall
in Höhe von 1,27 Euro

11. Entgelte für sonstige Leistungen

1. Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnet das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand
2. Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus 35,31 Euro.
3. Für die Fertigung der Kopie der Krankenakte berechnet das Krankenhaus eine Grundgebühr von 20,00 Euro sowie für jede kopierte Seite 0,25 Euro.
4. Telefongebühren gesonderte Anlage

12. 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 10,00 Euro pro Kalendertag (§61 Satz 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus an die entsprechende Mitgliedskrankenkasse abgeführt.

b. Zusatzklausel für Krankenhäuser in den neuen Bundesländern und im Ostteil Berlin:

Im Rahmen des Krankenhausinvestitionsprogramm gemäß Art.14 Abs. 1 Gesundheits-Strukturgesetz (GSG) berechnet das Krankenhaus gegenüber den Benutzern des Krankenhauses bzw. deren Kostenträger einen Investitionszuschlag in Höhe von 5,62 Euro für jeden Berechnungstag eines tagesgleichen Pflegegesetzes, bei Fallpauschalen für die entsprechenden Belegungstage. Bei teilstationärer Behandlung wird der Zuschlag auch für den Entlassungstag berechnet.

13. 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.

14. Belegärzte, Beleghebammen,- entbindungspfleger

Mit den Entgelten nach Nr. 1 - 11 sind nicht abgegolten:

1. die ärztlichen Leistungen von Belegärzten in Belegkrankenhäusern und 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.

15. 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 wahlärztliche Leistungen entnehmen.


Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.01.2014 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 1.1.2013 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, steht Ihnen Frau Kunz 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.


Wolfgang Mayer
Geschäftsführer


Steffen Thiele
Geschäftsführer Klinikmanagement