

DRG-Entgelttarif 2010 für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

Die Evangelische Krankenhaus Stift Bethlehem gGmbH berechnet ab dem **01.07.2010** folgende Entgelte:

1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 17b KHG

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) und circa 23.000 Prozeduren (OPS-301) 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 ab **01.07.2010** bei **2.855,00 €** 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	0,611	€ 2.860	€ 1.747,46
I30Z	Komplexe Eingriffe des Kniegelenks	1,089	€ 2.860	€ 3.114,54

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 **2010** werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 FPV **2010** 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 **2010**

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 **2010** (FPV **2010**).

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV **2010**

Gem. § 17b Abs. 1, S. 12 KHG können die für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (GKV-Spitzenverbände, PKV-Verband und Deutsche Krankenhausgesellschaft) Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren. Dies gilt auch für die Höhe der Entgelte. Für das Jahr **2010** werden die bundeseinheitlichen Zusatzentgelte durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV **2010** vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 zur FPV **2010** genannten Zusatzentgelte krankhausindividuelle 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 2010

Für die Vergütung von Leistungen, die nach § 7 Abs. 1 FPV 2010 noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende fall- bzw. tagesbezogene krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart:

- z.B. Leistungen der Anlage 3 der FPV 2010
B 61 Z – € 4.747,45

- z.B. teilstationäre Leistungen: keine

- z.B. Leistungen besonderer Einrichtungen nach § 17 b Abs. 1, S. 15 KHG: keine

Sofern noch keine entsprechenden Entgelte vereinbart sind, sind gem. § 7 Abs. 4 FPV 2010 für jeden Belegungstag 600,00 € abzurechnen.

5. Entgelte für nicht durch die Fallpauschalen und Zusatzentgelte sachgerecht vergüteten Leistungen gem. § 6 Abs. 2a 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: **keine**

6. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 7 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, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG erstmals für das Kalenderjahr 2010 mit den zuständigen Kostenträgern folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte vereinbart: **keine**

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

Gem. § 115a SGB V berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen folgende Entgelte:

a) vorstationäre Behandlung

Fachabteilung	vorstationär pro Fall
Innere Medizin	147,25 €
Allgemeine Chirurgie	100,72 €
Frauenheilkunde/Geburtshilfe	119,13 €
Geburtshilfe	119,13 €
Intensivmedizin ⁽¹⁾	104,30 €

b) Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

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

Computer-Tomographie (CT)

Leistungen nach DKG-NT (Anlage 2)	Pauschale
5369	122,71 €
5370, 5375	81,81 €
5371	94,08 €
5372	106,35 €
5373, 5374	77,72 €
5376	20,45 €
5377	32,72 €
5378	40,90 €
5380	12,27 €

Magnet-Resonanz-Geräte (MR)

Leistungen nach DKG-NT I-Ziffern:	Pauschale
5700, 5720	179,97 €
5705	171,79 €
5715	175,88 €
5721, 5730	163,61 €
5729	98,17 €
5731, 5732	40,90 €
5733	32,72 €
5735	245,42 €

- Computer-Tomographie-Geräte (CT):
- Magnet-Resonanz-Geräte (MR):
- Linksherzkatheter-Messplätze (LHM):
- Hochvolttherapie-Geräte:
- Positronen-Emissions-Tomographie-Geräte (PET):

Gem. § 8 Abs. 2 Nr. 4 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 01.01.2010

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

Der Ausbildungszuschlag beträgt ab **01.01.2010 € 89,94** und ab **01.09.2010 € 233,70**

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

z.B. Zuschlag für die Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von **45,00 €** pro Tag

z.B. Sicherstellungszuschlag

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

- **Qualitätssicherungszuschlag: € 0,90**

10. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

- DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG in Höhe von **0,99 €**
- Zuschlag für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139 a SGB V und des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V in Höhe von **0,87 €**

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 € 51,13.

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. Der Zuzahlungsbetrag beträgt zurzeit **€ 10,-** je Kalendertag. Dieser Betrag wird vom Krankenhaus an die entsprechende Mitgliedskrankenkasse abgeführt.

b) Zusatzklausel für Krankenhäuser in den neuen Bundesländern und im Ostteil Berlins:

Im Rahmen des Krankenhausinvestitionsprogramms gemäß Art. 14 Gesundheitsstrukturgesetz berechnet das Krankenhaus gegenüber den Benutzern des Krankenhauses bzw. deren Kostenträgern einen Investitionszuschlag in Höhe von **5,62 €** für jeden Berechnungstag eines tagesgleichen Pflegesatzes, 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 2007** oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 **FPV 2007** werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 **FPV** 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 (§ 17 KHEntgG):

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 oder beamteten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115 a 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 einer gesonderten Rechnung geltend gemacht.

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, S. 1 GOÄ/GOZ) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs. 2, S. 3 GOÄ/GOZ) erbracht:

Fachabteilung	Wahlarzt	ständiger ärztlicher Vertreter
Innere Medizin	Herr CA PD Prof. Dr. med. D. Werner	Herr OA Dr. med. J. Teichert Frau OÄ Dr. med. A. Wimmer Herr OA Dr. med. Ch. Hendrikson
Chirurgie	Herr CA Dr. med. R. Friedrich Herr CA Dr. med. T. Sinow	Herr OA Dipl.-Med. H. von Stenglin Herr OA Dr. med. G. Schmal
Gynäkologie/Geburtshilfe	Frau CÄ Dr. med. K. Friedrich	Frau OÄ Dipl.-Med. K. Noak Frau OÄ B. Knuth
Anästhesie/Intensivmedizin	Herr CA Dr. med. P. Krebs	Herr OA A. Bohmann Herr OA Dipl.-Med. H. Raspe Herr OA Dr. med. S. Nasser

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

b. Unterkunft

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.

- Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer: € 31,50 pro Tag

Für einen Zeitraum von maximal vier Tagen besteht die Möglichkeit der Reservierung bzw. des Freihaltens des gebuchten 1-Bett-Zimmers für den Fall, dass das Zimmer vorübergehend nicht genutzt werden kann. Während der Zeit der Reservierung/des Freihaltens, in welcher das Zimmer nicht anderweitig belegt wird, berechnet das Krankenhaus einen um 25 % geminderten Zimmerpreis, mindestens jedoch **20,00 €**.

c. Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson: 45,00 € je Berechnungstag

d. Gestellung einer Sondernachtwache – Erstattung des tatsächlichen Aufwandes

16. Inkrafttreten

Dieser DRG- Entgelttarif tritt am **01.08.2010** in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif/ Pflegekostentarif vom **01.10.2007** 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:

Frau S. Dräger Tel.: 433 261
Frau A. Volkmar Tel.: 433 260

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.