

Klinik Hallerwiese

Klinik Hallerwiese, St.-Joh.- Mühlgasse 19, 90419 Nürnberg – Tel: 0911/33 40 01

DRG-Entgelttarif 2011 für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

Die Klinik Hallerwiese der Diakonie Neuendettelsau berechnet ab dem 01.01.11 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 Version 2011) und circa 27.000 Prozeduren (OPS Version 2011) 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 2.982,60 € und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

BEISPIEL

DRG	DRG - Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Erlös
B79Z	Schädelfraktur	0,611	2.982,60 €	1.822,37 €
I04Z	Revision u. Ersatz des Kniegelenkes mit Komplizierender Diagnose oder Arthrodesse	3,399	2.982,60 €	10.137,86 €

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 2011 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2011 (FPV 2011) 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 2011

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 FPV 2011.

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2011

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 2011 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2011 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 zur FPV 2011 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 2011 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 2011 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2011 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:

ZE2011-05 Distraction am Gesichtsschädel	1.600,00 €
ZE2011-27 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren (Der Leistungsinhalt und die erstattungsfähigen Kosten ergeben sich aus der Anlage zu E3.2 der AEB.)	
ZE2011-47 Autogene/Autologe matrixinduzierte Chondrozytentransplantation	4.500,00 €

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2011

Für die Vergütung von Leistungen, die nach § 7 Abs. 1 FPV 2011 noch nicht von den DRG – Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern keine fall- bzw. tagesbezogene krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart.

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 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 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **300,00 €** abzurechnen.

Wurden für Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2011 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

5. Zu- und Abschläge gem. § 7 Ziff. 4 KHEntgG

Gemäß § 17 a KHG berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall zur Finanzierung von Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen. Der Ausbildungszuschlag beträgt gegenwärtig **63,25 €**

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

- Zuschlag für die medizinische notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von **45,00 €** pro Tag.

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

Qualitätssicherungszuschlag 0,89 €

7. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abrechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von 1,13 €

Zuschlag 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 für jeden abrechnenden Krankenhausfall in Höhe von 0,80 €

8. Weitere Zu- und Abschläge

Zuschlag zur Umsetzung des Förderprogramms zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals gemäß § 4 Abs. 10 KHEntgG in Höhe von 0,92 % auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG.

9. 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 in der Hauptabteilung**
- | | |
|--|----------|
| Fallbezogene Pauschale: Frauenheilkunde und Geburtshilfe | 119,13 € |
| Fallbezogene Pauschale: Allg. Chirurgie | 100,72 € |
- b. **nachstationäre Behandlung in der Hauptabteilung**
- | | |
|--|---------|
| Fallbezogene Pauschale: Frauenheilkunde und Geburtshilfe | 22,50 € |
| Fallbezogene Pauschale: Allg. Chirurgie | 17,90 € |
- c. **Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten**
- Computer – Tomographie – Geräte (CT)
 - Magnet – Resonanz – Geräte (MR)

Gem. § 8 Abs. 2 S. 3 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.

10. Entgelte für sonstige Leistungen

- Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnet das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.
- Für die Benutzung der Leichenhalle und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus 35,00 Euro.
- Gesondert berechnet wird die Leistung der Sterilisation in der Hauptabteilung nach einer normalen Entbindung in Höhe von 265,00 Euro und bei einer medizinischen notwendigen Operation (z. B. Sectio) zusätzlich 115,00 Euro.
- Gesondert berechnet wird die Leistung der Sterilisation in der Belegabteilung nach einer normalen Entbindung in Höhe von 190,00 Euro und bei einer medizinischen notwendigen Operation (z. B. Sectio) zusätzlich 68,50 Euro.
- Gesondert berechnet wird die Nebenleistung einer medizinisch notwendigen HNO Operation die Korrektur des Nasenhöcker in der Belegabteilung in Höhe von 273,70 €.

11. 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,- 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.

12. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2011 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2011 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2011 zusammengefasst und abgerechnet.

13. Belegärzte / Beleghebammen, -entbindungspfleger

Mit den Entgelten nach Nr. 1 - 12 sind nicht abgegolten:

1. die ärztlichen Leistungen der Belegärzte in Belegkrankenhäusern und Belegabteilungen sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses.
2. Die Leistungen von Beleghebammen / - Entbindungspflegern.

Die Leistungen werden von dem Belegarzt bzw. der Hebamme / dem Entbindungspfleger gesondert berechnet.

14. 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.

15. Inkrafttreten:

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.01.2011 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01.01.2010 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: Herr F. Jobke,

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.