

DRG Entgelt- und Pflegekostentarif

für die Kliniken Schmieder Heidelberg

Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)

Gültig ab 01.01.2012

Krankenhausbehandlung

Fallpauschalen (DRGs) gem. § 17b KHG

Das Entgelt für die allgemeinen voll- und teilstationären Leistungen der Kliniken richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben des KHG sowie des KHEntgG in der jeweils gültigen Fassung. Danach werden allgemeine Krankenhausleistungen überwiegend über diagnose-orientierte 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). Eventuelle 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 2009) und circa 26.000 Prozeduren (OPS Version 2009) 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-Definitions-handbuch 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.² Der derzeit gültige Basisfallwert beträgt **2.970,00 Euro** 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
B68A	Multiple Sklerose und zerebrale Ataxie mit äußerst oder schweren CC	1,832	2.970,00	5.441,04

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.

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.

Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2011

Gemäß § 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 2010 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 der Anlage 6 zur FPV 2011 genannten Zusatzentgelte krankenhausespezifische 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 krankenhausespezifischen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte:

Zusatzentgelt	Bezeichnung	Entgelthöhe
ZE93.05	Gabe von Human-Immunglobulin, polyvalent, parenteral	1.351,24 €
ZE93.06	Gabe von Human-Immunglobulin, polyvalent, parenteral	1.828,14 €
ZE93.11	Gabe von Human-Immunglobulin, polyvalent, parenteral	4.371,64 €
ZE97.01	Gabe von Natalizumab, parenteral	2.054,86 €

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 folgende fall- bzw. tagesbezogenen krankenhausespezifischen Entgelte vereinbart:

Leistungen nach Anlage 3 der FPV 2011

B61B	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt ab dem 01. Januar 2012	350,00 €
------	---	----------

Leistungen besonderer Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 S. 15 KHG

Neurologische Frührehabilitation Phase B ab dem 01.01.2012 bis 31.03.2012	568,40 €
Neurologische Frührehabilitation Phase B ab dem 01.04.2012	540,89 €

Können für die Leistungen nach Anlage 3a FPV 2011 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **600,00 €** abzurechnen.

Zuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen gem. § 7 Ziff. 4 KHEntgG und sonstige Zu- und Abschläge ab dem 1. Januar 2012

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

Der Ausbildungszuschlag beträgt gegenwärtig: **87,70 Euro**

Für die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme von Begleitpersonen wird gem. § 17b Abs. 1 S. 4 und 6 KHG ein Zuschlag von **45,00 €** pro Tag³ berechnet.

Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

- DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG
in Höhe von **1,14 €**
- Zuschlag für die Finanzierung des gemeinsamen Bundesausschusses und des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139 a SGB V / § 91 SGB V
in Höhe von **0,93 €⁴**
- Zuschlag zur Finanzierung für Maßnahmen zur Qualitätssicherung gem. 135 a SGB V
in Höhe von **1,34 €**

Entgelte für sonstige Leistungen

Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnen die Kliniken ein Entgelt nach Phase D.

Daneben werden das ärztliche Honorar, Schreibgebühren, Porto- und Versandkosten berechnet.

Zuzahlungen 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 derzeit € 10.- je Kalendertag (§ 61 Satz 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus an die entsprechende Mitgliedskrankenkasse abgeführt.

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.

Entgelte für ärztliche 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 ärztlichen Wahlleistungen entnehmen.

Entgelte für Wahlleistung 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 Patient in einem 1-Bett-Zimmer

Kliniken Schmieder Heidelberg 43,18 €

Unterbringung einer Begleitperson

Unterbringung im Patientenzimmer bei Wahlleistung Einbettzimmer 23,70 €

Unterbringung im Patientenzimmer ohne Wahlleistung
Einbettzimmer 38,70 €

sonstige Leistungen

Telefon:

Grundgebühr je Tag 1,30 €
Pro Gesprächseinheit 0,15 €

Inkrafttreten

Dieser DRG Entgelt- und Pflegekostentarif tritt am **01.01.2012** in Kraft.

Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif/Pflegekostentarif vom 01.07.2012 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter der Belegungsabteilung hierfür gerne zur Verfügung:

Telefon: 06221/6540-263 und 264

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.

Anmerkungen:

² Der Basisfallwert kann gemäß § 15 Abs. 2 S. 1 KHEntgG Verrechnungsbeträge in Form von Zu- und Abschlägen enthalten. In Bayern werden diese Zuschläge in der Rechnung gesondert ausgewiesen.

³ 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 nach Ziff. 11c zu unterscheiden.

⁴ 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.