

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

Das Krankenhaus Sachsenhausen berechnet ab dem **1. Oktober 2016** 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 über 13.500 Diagnosen (ICD-10-GM Version 2016) und über 29.000 Prozeduren (OPS Version 2016) 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 Zahl-Landesbasisfallwert liegt bei **3.264,35 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	Erlös
E69A	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter < 1 Jahr ohne RS-Virus-Infektion oder bei Para- / Tetraplegie	0,907	3.264,35 €	2.960,77 €
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose	0,545	3.264,35 €	1.779,07 €

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 2016 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2016 (FPV 2016) 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 2016

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 2016.

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gem. § 5 FPV 2016

Gem. § 17b Abs. 1 Satz 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 2016 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2016 vorgegeben.

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte:

Zusatzentgelt	Bezeichnung	OPS-Kode	Betrag
ZE 01.01	Hämodialyse, intermittierend	8-854.-	224,94 €
ZE101.01	Medikamente-freisetzende Koronarstents, 1 Stent	8-837.m0	119,83 €
ZE101.02	Medikamente-freisetzende Koronarstents, 2 Stents	8-837.m1 8-837.m2	239,66 €
ZE101.03	Medikamente-freisetzende Koronarstents, 3 Stents	8-837.m3 8-837.m4	359,49 €
ZE101.04	Medikamente-freisetzende Koronarstents, 4 Stents	8-837.m5 8-837.m6	479,32 €
ZE 130.01	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	9-200.0 bis 9-200.5	1.058,02 €
ZE130.02	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	9-200.6 bis 9-200.e	2.342,24 €
ZE136.01	Medikamente-freisetzende Ballons an Koronargefäßen	8-83b.b6	351,00 €

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 zur FPV 2016 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.

Das Krankenhaus berechnet folgende krankenhausindividuellen Zusatzentgelte:

Zusatzentgelt	Bezeichnung	OPS-Kode	Betrag
ZE2016-54	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	5-449.h3	605,00 €
ZE2015-25	Modulare Endoprothesen	5-829.k	600,00 €

Können für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2016 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2016 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2016 keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2016

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:

Das Krankenhaus hat zurzeit keine krankenhausindividuellen Entgelte vereinbart.

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2016 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 2016 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 2016 für Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2016 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 in den Fallpauschalen und Zusatzentgelten aus den Entgeltkatalogen nach § 7 Satz 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG zwar zugeordnet, mit ihnen jedoch nichts sachgerecht vergütet werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 2a KHEntgG folgende gesonderte Zusatzentgelte vereinbart:

Das Krankenhaus hat zurzeit keine gesonderten Zusatzentgelte vereinbart.

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.

in Höhe von 76,33 €.

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

- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen

in Höhe von 45,00 € pro Tag.

- Zuschlag für Erlösausgleiche gem. § 5 Abs. 4 KHEntgG

in Höhe von 0,30 %

- Versorgungszuschlag gem. § 8 Abs. 10 Satz 1/2 KHEntgG

in Höhe von 0,80 %

- Zuschlag Hygiene-Förderungsprogramm nach § 4 Abs. 11 KHEntgG

in Höhe von 0,31 %

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.

Darüber hinaus kann sich aus weiteren gesetzlichen Bestimmungen die Notwendigkeit zur Erhebung von Zu- und Abschlägen ergeben.

7. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 7 Abs. 1 Ziff. 6 KHEntgG

Für die Vergütung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUBs), die noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen und bundeseinheitlich festgelegten Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden können und die nicht gem. § 137 c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG zurzeit folgende zeitlich befristeten fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab.

Das Krankenhaus hat zurzeit keine zeitlich befristeten fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte vereinbart.

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

Zusätzlich zur Fallpauschale (DRG) wird ein Qualitätssicherungszuschlag

in Höhe von 1,32 €

erhoben. Der Zuschlag ergibt sich aus einer Vereinbarung nach § 137 SGB V, die zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft abgeschlossen wurde sowie auf Landesebene erfolgter Umsetzungsvereinbarungen.

9. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

- DRG-Systemzuschlag nach §17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall

in Höhe von 1,15 €

- 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

in Höhe von 1,63 €

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

Gem. § 115 a SGB V berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen folgende Entgelte, soweit diese nicht bereits mit der Fallpauschale abgegolten sind:

Fachabteilung	Vorstationäre Behandlung	Nachstationäre Behandlung
Chirurgie	100,72 €	17,90 €
Endokrinologie (Diabetologie)	310,87 €	44,48 €
Gynäkologie / Geburtshilfe	119,13 €	22,50 €
Innere Medizin	147,25 €	53,69 €

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.

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 **25,- €**.
3. Patienten, die keinerlei ärztlicher Leistung mehr bedürfen, aber noch im Krankenhaus versorgt werden (Pflegefälle) wird pro Tag ein Entgelt in Höhe von **174,57 €** berechnet.

12. Zuzahlungen

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 Abs. 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43 b Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** eingezogen.

13. Entgelte bei Wiederaufnahmen und Rückverlegungen

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2016 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2016 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2016 zusammengefasst und abgerechnet.

14. Leistungen von Belegärzten und 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 Abs. 1 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 der Regel gesondert von den jeweils liquidationsberechtigten Krankenhausärzten geltend gemacht, sofern nicht die Verwaltung des Klinikums oder eine externe Abrechnungsstelle für den liquidationsberechtigten Arzt tätig wird.

Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen werden vom nachfolgend aufgeführten Wahlarzt der Fachabteilung oder der ärztlich geleiteten Einrichtung persönlich oder unter der Aufsicht des Wahlarztes nach fachlicher Weisung von einem nachgeordneten Arzt der Abteilung bzw. des Instituts (§ 4 Abs.2 Satz 1 GOÄ/GOZ) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs.2 Satz 3 GOÄ/GOZ) erbracht:

Fachabteilung	Wahlarzt	Ständiger ärztlicher Vertreter
Anästhesie	Dr. med. Konrad Stubbig Chefarzt	Dr. med. Karin Parutsch Oberärztin
Chirurgie	Dr. med. Plamen Staikov Chefarzt	Holger Bahn Oberarzt
Diabetologie	Ralf Jung, (komm. Leiter Diabetologie)	Dr. med. Klara Stein Oberärztin (klin. Diabetologie) Antje Rohwold, Fachärztin (strukt. Diabetestherapie)
Gastroenterologie	Prof. Dr. med. Dr. oec. troph. Jürgen Stein Leitender Arzt Gastroenterologie	Dr. med. Antje Dienethal Oberärztin
Geburtshilfe	Dr. med. Anke Reitter Chefärztin	Norman Döhring Oberarzt (Geburtshilfe) Dr. med. Zerrin Maden Oberärztin (Pränatalmedizin)
Gynäkologie	Dr. med. Philipp-Andreas Hessler Chefarzt	Stefan Kuhfus, Oberarzt
Innere Medizin	Priv. Doz. Dr. med. Claudius Teupe Chefarzt	Ralf Strehmel Oberarzt (Schlaflabor) Dr. med. Sven Faßbender Oberarzt (Innere Medizin)
Unfallchirurgie	Dr. med. Hasso Berker Leitender Arzt Unfallchirurgie	Franz Ulrich Birne Oberarzt

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

b. Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer oder 2-Bett-Zimmer

Für die Wahlleistung Unterkunft sowie die Unterbringung einer Begleitperson einschließlich Verpflegung werden Zuschläge pro Berechnungstag erhoben. 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. Folgende Zuschläge werden pro Berechnungstag erhoben:

Chirurgie

1-Bett-Zimmer mit Sanitärzone	88,29 €
1-Bett-Zimmer ohne Sanitärzone	81,01 €
2-Bett-Zimmer mit Sanitärzone	38,43 €
Begleitperson	103,25 €

Diabetologie

1-Bett-Zimmer mit Sanitärzone	88,29 €
1-Bett-Zimmer ohne Sanitärzone	80,83 €
2-Bett-Zimmer mit Sanitärzone	39,05 €
2-Bett-Zimmer ohne Sanitärzone	33,97 €
Begleitperson	99,30 €

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

1-Bett-Zimmer mit Sanitärzone	88,60 €
2-Bett-Zimmer mit Sanitärzone	37,48 €
Begleitperson	100,00 €

Innere Medizin

1-Bett-Zimmer mit Sanitärzone	87,33 €
1-Bett-Zimmer ohne Sanitärzone	81,32 €
2-Bett-Zimmer mit Sanitärzone	38,43 €
2-Bett-Zimmer ohne Sanitärzone	33,37 €
Begleitperson	96,64 €

Suiten

Suite 1 (groß)	145,00 €
Suite 2	130,00 €

Familienzimmer

95,00 €

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 1. Oktober 2016 in Kraft. Gleichzeitig wird der ab 1. April 2015 geltende Entgelttarif aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter unseres Patientenmanagements hierfür gerne zur Verfügung.

Gleichzeitig können Sie dort auch jederzeit Einsicht in die gesetzlichen Grundlagen und das DRG-Klassifikationssystem mit den dazugehörigen 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.

Mit freundlichen Grüßen

Krankenhaus Sachsenhausen

Dr. Uwe Kage
Krankenhausdirektor