

DRG-Entgelttarif 2017 für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) und Unterbringung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

Die Clinic Dr. Decker GmbH berechnet ab dem 01.07.2017 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 circa 13.000 Diagnosen (ICD-10-GM Version 2017) und circa 30.000 Prozeduren (OPS Version 2017) 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 € 3.350,50 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	0,687	3.500 €	2.404,50 €
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesse	3,503	3.500 €	12.260,50 €

Welche DRG bei Ihrem Krankheitsbild letztlich für die Abrechnung heranzuziehen ist, lässt sich nicht vorher-sagen. 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 2017 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der DRG-Entgeltkatalogverordnung 2017 (FPV 2017) 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 2017

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 2017 (FPV 2017).

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2017

Gem. § 17 b Abs. 1 Satz 7 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 2017 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2017 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2017 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 2017 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 2017 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2017 keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte:

ZE 2017-97	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren /	
ZE 2017-98	Gabe von Blutgerinnungsfaktoren:	
	Die Höhe des Entgeltes richtet sich nach den jeweiligen Tagespreisen der Blutprodukte (Kostenerstattung)	
ZE 2017-25	Modulare Endoprothesen Hüfte	1.658,00 €/Stück
ZE 2017-25	Modulare Endoprothesen Knie	2.500,00 €/Stück
ZE 2017-25	Modulare Endoprothesen Schulter	1.843,00 €/Stück
ZE 2017-61	Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation Oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, wiederaufladbar; OPS 5-039.e2	22.600,00 €/Stück
ZE 2017-61	Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation Oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, wiederaufladbar; OPS 5-039.f2	22.600,00 €/Stück
ZE 2017-61	Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation Oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, wiederaufladbar; OPS 5-059.c2	23.000,00 €/Stück

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2017

Für die Vergütung von Leistungen, die nach § 7 Abs. 1 FPV 2017 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:

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2017 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **600,00 €** abzurechnen. Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2016 für Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2017 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag 450,00 € abzurechnen.

5. Zu- und Abschläge gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 4 KHEntgG

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

Der Ausbildungszuschlag beträgt gegenwärtig **€ 76,50 je Fall**

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

- Zuschlag für die Aufnahme von Begleitpersonen gem. § 17b Abs. 1 KHG (aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme) **€ 45,00 pro Tag**
- Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 11 KHEntgG **in Höhe von 0,23 %** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG (Hygiene-Förderprogramm)
- Pflegezuschlag bei sämtlichen ab dem 01.01.2017, bzw. 01.07.2017 aufgenommenen Patientinnen oder Patienten, die zur vollstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden gemäß § 8 Abs. 10 KHEntgG je vollstationärem Fall in Höhe von **28,93 Euro**
- Abschlag für Mehrleistungen 2017 gemäß § 4 Abs. 2a Satz 4 KHEntgG in Höhe von **-138,14 Euro** auf die abgerechnete Höhe bzw. Bewertungsrelation der DRG-Fallpauschale
- Abschlag für Erlösausgleiche 2017 gemäß § 5 Abs. 4 KHEntgG in Höhe von **-7,01 %** 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

6. Qualitätssicherungszu- und abschläge nach § 7 Abs. 1 Ziff. 7 KHEntgG

Zuschlag: **€ 1,01 je Fall**

7. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 7 Abs. 1 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 gemäß § 137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gemäß § 6 Abs. 2 KHEntgG folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab:

- Einlage beschichteter (gecoverter) Stent mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, je Stent, 25 bis 50 mm; OPS 8-842.*b oder 8-842.*c in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 **€ 1.803,64**
- Einlage beschichteter (gecoverter) Stent mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, je Stent, 100 mm; OPS 8-842.*b oder 8-842.*c in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 **€ 2.223,08**
- Einlage beschichteter (gecoverter) Stent mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, je Stent, 150 mm; OPS 8-842.*b oder 8-842.*c in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 **€ 2.598,29**
- Einlage beschichteter (gecoverter) Stent mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, je Stent, 250 mm; OPS 8-842.*b oder 8-842.*c in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 **€ 3.689,50**
-

8. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall: **€ 1,30 je Fall**

Zuschlag für die Finanzierung des Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139 a i.V.m. § 139c SGB V und die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139c SGB V für jeden abzurechnenden Krankenhausfall: **€ 1,49 je Fall**

9. Zuschläge und Entgelte für sonstige Leistungen

Leichenschau und Ausstellung einer Todesbescheinigung: **€ 75,00**

Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung: Die Höhe des Entgeltes berechnet sich nach dem tatsächlichen Aufwand der Klinik

10. Zuzahlungen

Zahlungspflicht der gesetzlichen 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 je Kalendertag** (§ 61 Satz 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43 b Abs. 3 SGB V **im Auftrage der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.

11. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2017 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2017 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2017 zusammengefasst und abgerechnet.

12. 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.

13. Kosmetischen Leistungen / Medizinische Wahlleistungen

Vorauszahlung für kosmetische Leistungen: € 430,00 zzgl. 19 % MwSt. *

*Wird bei der Aufnahme erhoben und mit der Rechnung verrechnet. Übersteigende Beträge werden nach Rechnungsstellung zurückerstattet.

a) OP-Pauschalen für kosmetische Leistungen

werden bei kosmetischen Eingriffen, die nicht von einer Krankenkasse oder einem sonstigen Sozialleistungsträger übernommen werden, für die Kosten der Operation mit Ausnahme teurer Sachleistungen, ärztlicher Leistungen und Wahlleistungen berechnet.

OP-Pauschale je Eingriff: € 250,00 zzgl. 19 % MwSt.

b) Tagespauschalen für kosmetische Leistungen bzw. für postoperative Leistungen nach ambulanter kosmetischer Operation

werden bei kosmetischen Leistungen, die nicht von einer Krankenkasse oder einem sonstigen Sozialleistungsträger übernommen werden, für die Kosten des stationären Aufenthaltes mit Ausnahme teurer Sachleistungen, ärztlicher Leistungen und ärztlicher und medizinischer Wahlleistungen berechnet.

Tagespauschale für den stationären Aufenthalt:

Pro Tag im Mehrbettzimmer: € 180,00 zzgl. 19 % MwSt.

Pro Tag im Zweibettzimmer: € 280,00 zzgl. 19 % MwSt.

Pro Tag im Einbettzimmer: € 380,00 zzgl. 19 % MwSt.

c) Hotelleistungen für medizinisch nicht erforderliche Belegungstage:	
1-Bett-Zimmer:	€ 162,30* ,
2-Bett-Zimmer:	€ 130,20*
Mehrbett-Zimmer	€ 76,70*

***(darin enthalten 7 % MwSt. für Unterkunft und 19 % MwSt. für Verpflegung)**

14. Entgelte für Wahlleistungen

Wahlleistungen (§ 17 KHEntgG) gehören nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen und werden auf Wunsch des Patienten erbracht und zusätzlich berechnet.

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.

Bei der Wahlleistung Telefon wird auch der Entlassungs- oder Verlegungstag berechnet.

a) Ärztliche Leistungen

Bei der Inanspruchnahme der Wahlleistung „ärztliche Leistungen“ kann die Wahl nicht auf einzelne liquidationsberechtigende 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 § 6 a 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 einer gesonderten Rechnung geltend gemacht.

Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen werden, auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden, vom in der Wahlleistungsvereinbarung benannten 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. Die ärztlichen Leistungen der Konsiliarärzte und der fremden ärztlich geleiteten Einrichtungen werden von diesen nach den für sie geltenden Tarifen berechnet.

b) Unterbringung im Einbettzimmer	
i. mit WC (Zimmer 204, 205, 215, 216)	€ 94,65
ii. mit WC, Badewanne bzw. Dusche	€ 95,34
c) Unterbringung im Zweibettzimmer	
i. mit WC, Dusche bzw. Badewanne	€ 52,22
d) Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson	€ 82,05 (darin enthalten 7 % MwSt für Unterkunft und 19 % MwSt. für Verpflegung)
e) Gestellung einer Sonderwache	Erstattung des tatsächlichen Aufwandes
f) Telefon	
tägliche Nutzungsgebühr (entfällt bei Inanspruchnahme Wahlleistung Ein- oder Zweibettzimmer)	€ 1,50 inkl. 19% MwSt.
Gebühr je Einheit	€ 0,20 inkl. 19% MwSt.
g) Zimmersafe	
Nutzungsgebühr, Kautions für den Schlüssel	€ 10,00

15. Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.07.2017 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01.02.2017 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen unsere Mitarbeiter am Empfang, bzw. die Abteilung stationäre Abrechnung gerne zur Verfügung. Gleichzeitig können Sie dort auch jederzeit Einsicht in das DRG-Klassifikationssystem mit den zugehörigen Kostengewichten sowie den 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.

Ihre Klinikleitung