



Klinik für MIC
**Minimal
Invasive
Chirurgie**

Eine Klinik für Alle

DRG-Entgelttarif 2013 für Krankenhäuser
im Anwendungsbereich des KHEntgG
und Unterrichtung des Patienten
gemäß § 8 KHEntgG

Stand 15.06/2013



DRG-Entgelttarif 2013 für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

Die Klinik für MIC berechnet ab dem **01. Januar 2013** 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 Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) sowie des Krankenhausentgeltgesetzes (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, aufwendige diagnostische oder therapeutische Leistungen). Eventuell vorhandene Nebendiagnosen können zudem die Schweregradeinstufung beeinflussen. Für die Festlegung der Diagnosen beziehungsweise Prozeduren stehen Kataloge mit circa 13.300 Diagnosen (ICD-10-GM Version 2013) und circa 30.000 Prozeduren (OPS Version 2013) 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 DRG 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 Landesbasisfallwert liegt bei **2.995,19 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/Euro
N21Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder komplexe Myomenukleation	1,112	2.995,19	3.330,65

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 2013 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Fallpauschalenvereinbarung für das Jahr 2013 (FPV 2013) 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 2013

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 für das Jahr 2013 die FPV 2013.

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gem. § 5 FPV 2013

Gem. § 17b 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 2013 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte**

durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2013 vorgegeben. Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2013 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 2013 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt 600,00 Euro abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2013 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2013 keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt 600,00 Euro abzurechnen. Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte: keine

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2013

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:

- z.B. Leistungen nach Anlage 3a und 3b FPV2013: keine
- z.B. unbewertete teilstationäre Leistungen, die nicht in Anlage 3b aufgeführt sind : keine
- z.B. Leistungen besonderer Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 S. 15 KHG: keine

Können für die Leistungen nach Anlage 3a FPV 2013 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag 600,00 Euro abzurechnen.

Können für die Leistungen nach Anlage 3b FPV 2013 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag 300,00 Euro abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2013 für Leistungen nach Anlage 3a FPV 2013 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag 450,00 Euro abzurechnen.

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

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

a. Vorstationäre Behandlung

Innere Medizin:	147,25 Euro
Allgemeine Chirurgie:	100,72 Euro
Gastroenterologie:	164,64 Euro
Frauenheilkunde u. Geburtshilfe:	119,13 Euro
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde:	78,74 Euro

b. Nachstationäre Behandlung

Innere Medizin:	53,69 Euro
Allgemeine Chirurgie:	17,90 Euro
Gastroenterologie:	63,91 Euro
Frauenheilkunde u. Geburtshilfe:	22,50 Euro
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde:	37,84 Euro

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.

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

Gemäß § 17a KHG berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall zur Finanzierung von Ausbildungskosten von.
Der Ausbildungszuschlag beträgt gegenwärtig:
58,55 Euro.

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

- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen Begleitperson in Höhe von **45,00 Euro** pro Tag
- Abschlag wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung gem. § 4 Abs. 6 KHEntgG in Höhe **50,00 Euro**

7. Qualitätssicherungszuschlag nach § 7 Abs. 1 Ziff. 7 KHEntgG

- in Höhe von **0,94 Euro.**

8. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

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

- in Höhe von **1,10 Euro.**

b. Zuschlag für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139a i.V.m. § 139c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139c SGB V für jeden abzurechnenden Krankenhausfall

- in Höhe von **1,13 Euro.**

9. Entgelte für sonstige Leistungen

a. Begutachtung

Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlaß einer Begutachtung berechnen das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand. Daneben werden Schreibgebühren, Porto- und Versandkosten berechnet.

10. Zuzahlungen

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom gesetzlich versicherten volljährigen 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 10,00 Euro je Kalendertag (§ 61 Satz 2 SGB V).

Das Krankenhaus ist **gesetzlich verpflichtet**, diese Zuzahlung notfalls mit Zwangsmitteln einzuziehen. Die Zuzahlungen sind jedoch eine Forderung der Krankenkasse und werden vom Krankenhaus **nicht einbehalten** sondern an diese weitergeleitet. Das Krankenhaus handelt lediglich **im Auftrag** der Krankenkasse.

11. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2013 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2013 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2013 zusammengefaßt und abgerechnet.

12. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet. Die Inanspruchnahme von Wahlleistungen setzt voraus, daß diese gesondert vereinbart werden. Insoweit verweisen wir auf unser Formular „Wahlleistungsvereinbarung“ sowie auf die dazugehörige „Patienteninformation bei wahlärztlichen Leistungen“. Aus der „Wahlleistungsvereinbarung“ ergeben sich die Entgelte für nichtärztliche Wahlleistungen (z. B. Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer). Aus der „Patienteninformation bei wahlärztlichen Leistungen“ geht hervor, nach welchem System die ärztlichen Wahlleistungen berechnet werden. Wir bitten Sie, die Entgelte für Wahlleistungen den genannten Dokumenten zu entnehmen.

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01. Januar 2013 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01. Januar 2012 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen folgende Mitarbeiter unseres Krankenhauses hierfür gern zur Verfügung:

Frau Pollack bzw. Frau Weydmann.

Gleichzeitig können Sie dort auch jederzeit Einsicht in das DRG-Klassifikationssystem mit den zugehörigen Kostengewichten und Abrechnungsregeln nehmen.

Auf Wunsch stellen wir Ihnen unentgeltlich eine Patientenquittung zum stationären Aufenthalt aus.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, daß die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen und der Wahlleistungen eine nicht unerhebliche finanzielle Belastung bedeuten kann. Dies gilt insbesondere für Selbstzahler. Prüfen Sie bitte, ob Sie ggf. in vollem Umfang für eine Krankenhausbehandlung versichert sind.

Klinik für MIC

Kurstraße 11 | 14129 Berlin-Zehlendorf

Telefon: +49 (0)30 809 88 - 155

Fax: +49 (0)30 809 88 - 188

Email: linik@mic-berlin.de

Internet: www.mic-berlin.de

www.mic-blog.de

www.wiki-mic.de

Stand 15.06/2013