

DRG-Entgelttarif

im Anwendungsbereich des KHEntG und Unterrichtung des Patienten

Die **m&i-Fachklinik Ichenhausen** der **m&i-Klinikgesellschaft in Ichenhausen GmbH**

berechnet ab dem **1. Juni 2010** für den Bereich der **Akut Inneren Medizin** 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 KHEntG 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 2010) und circa **27.000** Prozeduren (OPS-301 Version 2010) 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 Landesbasisfallwert liegt bei **€ 2.982,50** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiele (mit aktuellem Basisfallwert):

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Preis
B67B	Morbus Parkinson	1,188	€ 2.982,50	€ 3.543,21

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Preis
I68C	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich		€ 2.982,50	€ 2.189,16

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 2010 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2010 (FPV 2010) 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 2010

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 (FPV 2010).

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2010

Gem. § 17 b 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 2010 werden die **bundeseinheitlichen** Zusatzentgelte durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2010 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 zur FPV 2010 genannten Zusatzentgelte **krankenspezifische** Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntG vereinbart werden. Diese Zusatzentgelte können zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen oder den Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntG abgerechnet werden.

Können für die Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2010 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenspezifischen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt € 600,- abzurechnen.

Würden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2010 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2010 keine krankenspezifischen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntG für jedes Zusatzentgelt € 600,00 abzurechnen.

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2010

Für die Vergütung von Leistungen, die nach § 7 Abs. 1 FPV 2010 noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 1 KHEntG mit den zuständigen Kostenträgern folgende fall- bzw. tagesbezogene krankenspezifische Entgelte vereinbart:

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

Besondere Einrichtungen **Schwerst-Schädel-Hirn-Verletzte (Phase B)** mit einem vollstationären, **tagesbezogenen** Entgelt i. H. v. zur Zeit: **€ 422,01**

Leistungen der Anlage 3 FPV 2010:

B49Z Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson **€ 316,40**

Können für die Leistungen nach Anlage 3 a FPV 2010 aufgrund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenspezifischen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag € 600,00 abzurechnen. Können für die Leistungen nach Anlage 3 b FPV 2010 aufgrund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenspezifischen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag € 300,00 abzurechnen.

Würden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2010 für Leistungen nach Anlage 3 FPV 2010 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntG für jeden Belegungstag € 450,00 abzurechnen.

5. Zuschläge gem. § 7 Abs. 1 KHEntG

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

– Zu-/Abschlag für Erlösausgleiche gem § 5 (4) KHEntG auf DRG-Fallpauschalen und sonstige Entgelte nach § 6 (1) KHEntG.

6. Qualitätssicherungszuschlag nach § 17b Abs. 1 Satz 5 KHG

Zuschlag für externe vergleichende Qualitätssicherung nach § 137 SGB V als **Qualitätssicherungszuschlag** für jeden vollstationären Fall.

Ein Teil dieses Zuschlages wird an die Bundesgeschäftsstelle bzw. Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung abgeführt.

Die Höhe dieses Zuschlages wird auf Bundesebene festgesetzt.

7. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

– DRG-Systemzuschlag nach § 17 b Abs. 5 KHG

– Zuschlag für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139 a SGB V

– Zuschlag für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V

– Zuschlag für die Finanzierung der den Krankenhäusern entstehenden Investitions- und Betriebskosten der erforderlichen erstmaligen Ausstattungskosten in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase (Telematikzuschlag)

– Zuschlag zur Umsetzung des Förderprogramms zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals gemäß § 4 Abs. 10 KHEntG auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntG

– Zu- oder Abschlag wegen Konvergenzverlängerung gemäß § 5 Abs. 6 KHEntG

– Abschlag für Mehrleistungen gemäß § 4 Abs. 2a S. 1 KHEntG

– Abschlag zur Berücksichtigung einer mehr als hälftigen Tarifkostenfinanzierung gemäß § 4 Abs. 2a S. 2 KHEntG

Hierfür sind nach Vereinbarung auf Bundesebene für jeden vollstationären Krankenhausfall Zuschläge zu berechnen. Diese Beträge sind durch das Krankenhaus an die entsprechenden Selbstverwaltungen abzuführen.

8. Zuschläge für besondere Tatbestände

Zuschlag zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen (§ 4 Abs. 13 KHEntG) auf die im Erlösbudget und der Erlössumme nach § 6 Abs. 3 KHEntG enthaltene Entgelte.

9. Zuzahlungen

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom Patienten von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an – innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens **28 Tage** – eine Zuzahlung ein. Der Zuzahlungsbetrag beträgt zur Zeit **€ 10,00** je Kalendertag. Dieser Betrag wird vom Krankenhaus an die entsprechende Mitgliedskrankenkasse abgeführt.

10. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2010 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2010 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2010 zusammengefasst und abgerechnet.

11. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet (§ 17 KHEntG):

a. Ärztliche Leistungen:

Im Falle der Inanspruchnahme der **Wahlleistung Chefarzt** wird auf die gesondert auszufüllende **Wahlleistungsvereinbarung** verwiesen.

b. Entgelte für Wahlleistung Einzelzimmer

Einzelzimmerzuschlag:

Allgemeine Pflegeklasse pro Berechnungstag **€ 57,25**

c. Entgelte für Begleitpersonen inkl. Vollpension

pro Berechnungstag **€ 49,00**

12. Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am **1. Juni 2010** in Kraft. Gleichzeitig wird der bisher gültige DRG-Entgelttarif/Pflegekostentarif vom 1. Januar 2010 aufgehoben.